

Doorbreken geweldspatroon vraagt gespecialiseerde hulp

Onderzoek naar effectiviteit van de aanpak
huiselijk geweld in de G4.

Bas Tierolf
Katinka Lünemann
Majone Steketee

Doorbreken geweldspatroom vraagt gespecialiseerde hulp

*Onderzoek naar effectiviteit van de
aanpak huiselijk geweld in de G4*

Bas Tierolf
Katinka Lünemann
Majone Steketee

met medewerking van:
Lisanne Drost
Rianne Verwijs
Anna Jansma

Utrecht, Mei 2014

Inhoud

Voorwoord	7
Dankwoord	9
<i>Deel I</i>	
1 Inleiding	15
1.1 Achtergrond gemeentelijke aanpak	15
1.2 G4 aanpak huiselijk geweld in ontwikkeling	18
1.3 Gemeentelijke visie op een Veilig Thuis	24
2 Methodologische verantwoording	29
2.1 Probleem- en vraagstelling	29
2.2 Uitwerking onderzoeksvragen	32
2.3 Onderzoeksopzet	36
<i>Deel II</i>	
3 Achtergrondkenmerken onderzoekspopulatie	47
3.1 Algemene kenmerken deelnemende ouders	47
3.2 Algemene kenmerken deelnemende kinderen	51
3.3 Conclusie	52
4 Geweld tussen partners	53
4.1 Partnergeweld als seksespecifiek probleem	53
4.2 Vragenlijst om het geweld te meten	56
4.3 Geweld tussen mannen en vrouwen in intieme relaties	57
4.4 Achtergrondkenmerken en risicofactoren in relatie tot geweld	64
4.5 Ontwikkelingen in het partnergeweld	65
4.6 Conclusie	70
5 Invloed van het geweld op ouderschap	73
5.1 Jeugdtrauma's van de ouders	73
5.2 Psychotrauma's van de ouders	76
5.3 Alcoholgebruik van de ouders	80
5.4 Socialisatie van de ouders	82
5.5 Impulsiviteit/agressiviteit ouders	84

5.6	Opvoedingsstress van de ouders	86
5.7	Relatie tussen partnergeweld en welbevinden van ouders	88
5.8	Conclusie	90
6	Ontwikkeling van het kind	91
6.1	Emotionele veiligheid kinderen	91
6.2	Psychotrauma's van de kinderen	97
6.3	Conclusie	103
7	Ontvangen hulp	105
7.1	Inventarisatie hulpverlenings- of begeleidingstraject ouders	105
7.2	Inventarisatie hulpverleningstraject aan de kinderen	110
7.3	Wat is het effect van de hulpverlening voor de ouders?	113
7.4	Wat is het effect van de hulpverlening voor de kinderen?	117
7.5	Conclusie	118
8	Conclusies effectstudie huiselijk geweld	121
8.1	Welke respondenten worden bereikt met de aanpak?	121
8.2	Wat zijn de effecten en resultaten van de aanpak?	122
8.3	Welk effect heeft de hulpverlening?	124
8.4	Conclusie	125
<i>Deel III</i>		
9	Hulpbehoefte en ervaren hulp	129
9.1	Achtergrond geïnterviewde vrouwen	129
9.2	Beschrijving van het partnergeweld en het psychisch welbevinden	132
9.3	Het hulpverleningstraject	136
9.4	Oordeel over geboden hulp	142
9.5	Conclusie	153
10	Perspectief van de hulpverleners	155
10.1	Achtergrond geïnterviewde hulpverleners	165
10.2	Integraal werken, hoe doe je dat?	167
10.3	Systeemgericht werken in de praktijk	169
10.4	Knelpunten en goede praktijken	174
10.5	Conclusie	187

11	Conclusie: Werkzame elementen in de hulp	189
11.1	Achtergrond casusgroep en hulptraject	189
11.2	De aanpak van geweld in gezinnen vergt een lange adem	190
11.3	De werkzame elementen en praktijken	191
<i>Deel IV</i>		
12	Conclusies en aanbevelingen	199
12.1	Conclusie	199
12.2	Aanbevelingen	204
	Literatuur	213

Voorwoord

Huiselijk geweld. Het lijkt een volstrekt onmogelijke combinatie. Huiselijk suggereert immers warmte en geborgenheid en allerminst een verwijzing naar een plek waar conflicten of onenigheden resulteren in vechtpartijen of continue mentale kwetsuren. Een plek waar angst en onzekerheid regeert waar alle huisgenoten onder gebukt gaan. Het is dan ook vanzelfsprekend dat de overheid hier een beschermende taak heeft; naar volwassenen toe die niet in staat zijn hun emoties te beheersen, maar vooral ten aanzien van kinderen die opgroeien in een sfeer van permanente onveiligheid.

In het midden van de jaren tachtig verscheen het onderwerp op de politieke agenda van de rijksoverheid, vanaf het begin van deze eeuw werden de vier grote steden actief op dit terrein. In aansluiting op een gemeenschappelijk actieprogramma, kreeg het Verwey-Jonker Instituut in 2008 de opdracht te onderzoeken wat de effecten zijn van de hulpverlening aan gezinnen met jonge kinderen. Daartoe werd in de periode 2009 tot 2012 een groep gezinnen gevolgd waar sprake was van langdurig en excessief geweld. Tussentijdse uitkomsten van dit longitudinale onderzoek werden besproken in een Stuurgroep waarin de betrokken steden vertegenwoordigd werden door ambtenaren met ervaring en kennis op dit beleidsterrein, evenals deskundige medewerkers van de VNG en relevante ministeries. Mij werd gevraagd om deze groep voor te zitten. Daarover hoefde ik niet lang na te denken. Een belangrijk deel van mijn politieke en buitenparlementaire bestaan heb ik besteed aan dit gruwelijke probleem dat zich in onze nabijheid afspeelt. Die decennialange betrokkenheid en de nog steeds bestaande ernst en omvang van partnergeweld, hebben echter niet geleid tot ongeloof of cynisme als het gaat om verbetering daarvan.

Integendeel. Het gemeentelijk beleid kreeg in de laatste jaren impulsen die een verbeterde, gezamenlijke aanpak van de hulpverlening mogelijk maken. Zoals de Stimuleringsmaatregel Advies- en Steunpunten Huiselijk Geweld die maakte dat er in 2007 een landelijk dekkend stelsel van steunpunten in alle centrumgemeenten kon worden gerealiseerd. Het Tijdelijk Huisverbod dat vanaf 2009 ingezet kan worden of de verplichte Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling. Maar de decentralisatie van de Wmo, de Jeugdzorg en de AWBZ kunnen een betere en effectievere hulpverlening bij huiselijk geweld en

kindermishandeling in een stroomversnelling brengen. Het samengaan van de AMK's en de Steunpunten Huiselijk Geweld kan maken dat een belangrijk streven, een gezamenlijke voordeur, eindelijk mogelijk wordt.

De uitkomsten van het onderzoek, dat met veel inzet en passie werd uitgevoerd, geven ons een blik op het succes en falen van de hulp tot nu toe. Het vormen de onmisbare richtingaanwijzers voor de wijze waarop gemeenten op dit gebied de hun toegewezen verantwoordelijkheid kunnen invullen.

Hedy d'Ancona

Dankwoord

Gedurende dit onderzoek hebben een groot aantal mensen medewerking verleend bij het ondersteunen en uitvoeren van verschillende onderdelen van het onderzoek. Onze speciale dank gaat uit naar de deelnemende gezinnen die vanuit een moeilijke situatie toch wensten mee te werken aan dit onderzoek en gedurende drie metingen in anderhalf jaar tijd een aanzienlijke hoeveelheid vragen hebben beantwoord over het wel en wee van hun situatie.

Daarnaast werd dit traject begeleid vanuit Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht door vier lokale stuurgroepen, onder leiding van respectievelijk Barbara Schmeits - Dienst Zorg en samenleven, Amsterdam; Anita Nanhoo - GGD Rotterdam (tevens initiatiefnemer van dit onderzoek en projectleider namens de G4); Els Kors - Gezondheid en Welzijn, Den Haag; Fadua Azrar - Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling, Utrecht later opgevolgd door Marika de Boer. De centrale begeleidingscommissie van dit onderzoek werd in eerste instantie (2009) voorgezeten door Ivo Opstelten (indertijd burgemeester van Tilburg en voorzitter van de stuurgroep Aanpak Kindermishandeling), die na het aanvaarden van zijn ministerspost in 2010 werd vervangen door Hedy d'Ancona. Onder haar bezielende en kritische leiding hebben we vier jaar lang dit onderzoek uitgevoerd. Naast de eerdergenoemde vertegenwoordigers uit de G4 bestond de begeleidingscommissie verder uit Jules Mulder - De Waag, later opgevolgd door Coen van Gestel; Ico Kloppenburg - VNG; Peter van der Linden - NJI en Aaf Tiems - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Vanuit de lokale vertegenwoordigers van de G4 kregen de onderzoekers toegang tot de lokale steunpunten huiselijk geweld (SHG's), de lokale Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK's) en alle hulpverlenende instanties in de G4. De SHG's en AMK's hebben samen met Vangnet Jeugd in Amsterdam en de Waag in Utrecht en Den Haag actief met ons samengewerkt om gezinnen die te maken hebben met huiselijk geweld te benaderen om mee te werken aan dit onderzoek. Daarnaast hebben twintig hulpverleners anoniem meegewerkt aan een interview over de geboden hulp en zijn er twee expertmeetings geweest waarvan wij de deelnemers, Marjon Boschman, Arno van Dam, Justine van Lawick, Jeanet van Bavel, Marleen Derks, Yvonne Lammers, Tji-Way Tang, Mirjam Nobel, Cocky Ruitenbergh, Bob Weysters, Paul Baeten, willen bedanken voor hun reflectie op de hulpverlening. Vanuit het Verwey-Jonker Instituut hebben Willemijn Smit, Eliane Smits van Waesberghe en Suzanne Ketner in de eerste jaren van het onderzoek belangrijke bijdragen geleverd. Ten slotte gaat onze dank uit naar de onderzoekers van de afdeling

Pedagogiek van de Vrije Universiteit Amsterdam, Francien Lamers en Carlo Schuengel voor hun inspirerende ideeën ten behoeve van de theoretische en praktische uitwerking van het onderzoek en natuurlijk de master studenten die alle potentiële cliënten hebben benaderd en bezocht gedurende de twee en half jaar van dataverzameling: Amanda van Soest, Britt Busink, Anne Wolkorte, Christel Roest, Daniëlle Klaster, Frederike Vellekoop, Jamy Ribbers, Jorine Camphuizen, Kelly van der Koelen, Leanne Ouwerkerk, Linda Korrel, Renske van den Buijs, Siham el Moussaoui, Simon Ferwerda, Sultan Avkapan, Suzanne Zwarthoed, Eva Joosten, Eva van den Broek, Rianne Veurink, Anne Klop, Nina Jorna, Claudia Schade, Ellen Bouter, Charley Kobes en Cheryl van Kempen.

Bas Tierolf

Katinka Lünemann

Majone Steketee

Deel 1

1 *Inleiding*

1.1 *Achtergrond gemeentelijke aanpak*

1.1.1 *Aanleiding voor het onderzoek*

De vier grote gemeenten worden vaak geconfronteerd met huiselijk geweld, vaker dan het landelijk gemiddelde, afgaande op de politieregistratie. Dit heeft er mede toe geleid dat de G4 vanaf 2003 met verve de aanpak van huiselijk geweld hebben opgepakt. Er is veel beleidsdrukke rond de aanpak huiselijk geweld: er wordt veel in gang gezet en de beleidsvernieuwingen volgen elkaar snel op. De aanpak richt zich vooral op partnergeweld en geweld in gezinnen, maar daarnaast wordt specifiek beleid op andere vormen van huiselijk geweld ontwikkeld, zoals eengerelateerd geweld, huwelijksdwang, ouderenmishandelingen, loverboyproblematiek en genitale verminking (Lünnemann et al., 2011).

In 2008 hebben Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht hun beleidsafspraken ten aanzien van de aanpak huiselijk geweld vastgelegd in het G4 Actieprogramma 2008-2011. Een integrale aanpak staat centraal met als doel het geweld zichtbaar te maken, te stoppen en te voorkomen. Dit betekent meer aandacht voor intergenerationele overdracht, meer drang en dwang voor plegers en modernisering en professionalisering van opvanginstellingen.

In aansluiting op het G4 Actieprogramma 2008-2011 heeft het Verwey-Jonker Instituut onderzoek gedaan naar de aanpak van huiselijk geweld in de vier grote gemeenten met als doel inzicht te verwerven in de effecten van de aanpak huiselijk geweld in de G4.

1.1.2 *Gemeentelijk beleid huiselijk geweld*

De aanpak van huiselijk geweld is relatief nieuw beleid. In de jaren zeventig van de vorige eeuw werden Blijf van mijn Lijf huizen opgericht waar vrouwen met hun kinderen onderdak vonden. Aandacht voor vrouwenmishandeling is onderdeel van het landelijke beleid 'Bestrijding sexueel geweld tegen vrouwen en meisjes' in de jaren tachtig. En in de jaren negentig zijn er bij de politie initiatieven voor een specifiek beleid vrouwenmishandeling, bijvoorbeeld in Utrecht en Den Haag (Lünnemann, 1996; Van der Ent & Evers, 1995).

Begin deze eeuw wordt de term vrouwenmishandeling vervangen door het seksneutrale term huiselijk geweld in navolging van de Engelse term domestic violence. Huiselijk geweld, geweld in huiselijke kring, wordt breed op de politieke en maatschappelijke kaart gezet met de regeringsnota Privé geweld-Publieke zaak (2002). De regiefunctie van de aanpak huiselijk geweld werd bij de gemeente gelegd en dit werd geformaliseerd in 2007 met de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De Wmo verplicht gemeenten beleidsplannen te ontwikkelen waarin wordt aangegeven hoe de kwaliteit wordt geborgd. In 2011 wordt de verplichting tot het vaststellen van een regionale visie over de aanpak van huiselijk geweld vastgelegd in de kamerbrief aanpak van geweld in afhankelijkheidsrelaties van 14 december 2011. De VNG en Federatie Opvang hebben naar aanleiding van het advies van de Commissie de Jong om te komen tot een toekomstbestendig en flexibel stelsel van hulp en opvang aan slachtoffers van geweld in huiselijke kring gewerkt aan de RegioAanpak Veilig Thuis, een regiovisie Huiselijk geweld en kindermishandeling (2013). Dit dient als kader voor gemeenten om een eigen regiovisie te ontwikkelen. De G4 hebben wat betreft de inhoudelijke visie het voortouw genomen met hun gemeentelijke visie op een veilig thuis in 2013 (zie paragraaf 1.3).

Naast de Wmo zijn er nog drie ontwikkelingen van belang voor het gemeentelijke beleid huiselijk geweld. Ten eerste kan de Stimuleringsmaatregel Advies en Steunpunten Huiselijk geweld (2004) beschouwd worden als een impuls voor gemeentelijk beleid huiselijk geweld. Vanaf 2007 is er een landelijk dekkend stelsel van Steunpunten Huiselijk Geweld (SHG) in alle centrumgemeenten, ondergebracht bij vrouwenopvang, maatschappelijk werk of GGD. De oorspronkelijke grote verschillen in taakstelling en werkwijze zijn door kwaliteitseisen vanuit de branches verminderd (Vink & Geurts 2008; Goes et al. 2009; Dijkstra & Geurts 2011; Pattje 2011). De invoering van het Tijdelijk huisverbod huiselijk geweld in 2009 is een tweede belangrijke impuls. Elke gemeente was genoodzaakt de bevoegdheid van de burgemeester tot het opleggen van een huisverbod in geval van huiselijk geweld te implementeren. De invoering van het huisverbod heeft bijgedragen aan een integrale aanpak van huiselijk geweld doordat de bevoegdheid tot het opleggen van een huisverbod werd gekoppeld aan de verplichting hulp te bieden aan achterblijvers en uithuisgeplaatste (De Vaan, Timmermans & Homburg, 2013; Schreienberg et. al., 2010). Tot slot is de Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (2013) een impuls voor gemeentelijk beleid. Deze wet verplicht instellingen in de gezondheidszorg, onderwijs, kinderopvang, maatschappelijke ondersteuning, jeugdzorg en justitie te werken met een meldcode, zodat professionals handvatten hebben wat te doen bij signalen van geweld in huiselijke kring. Voordat de wet officieel werd ingevoerd, waren gemeenten en instellingen al druk bezig met het formuleren en

implementeren van een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, waarbij Rotterdam een voortrekkersrol had door het invoeren van de Rotterdamse Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling in 2007 (Lünnemann, 2009; Verwijs et al., 2012).

1.1.3 Landelijke aanpak huiselijk geweld

Gemeentelijk beleid staat niet los van landelijk beleid. Verschillende departementen hebben een beleid ten aanzien van geweld in gezinnen of privésfeer en een eigen programma. In 2013 nam VWS het stokje van coördinerend ministerie over van het ministerie van Veiligheid en Justitie omdat het zwaartepunt van het beleid ligt bij Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De term huiselijk geweld wordt vervangen door geweld in afhankelijkheidsrelaties (GIA), waarmee de nadruk ligt op de geweldsproblematiek in afhankelijkheidsrelaties. Dit is breder is dan de huiselijke kring. De rol van gemeenten wordt groter in het kader van de decentralisaties van de jeugdzorg en delen van de AWBZ naar de gemeenten. Dat is de reden dat aan het interdepartementale overleg van de ministeries VWS, OCW, V&J en SZW ook de VNG (niet zijnde een departement) is toegevoegd (kamerbrief Voortgangsrapportage geweld in afhankelijkheidsrelaties, 15 juli 2013).

In de programma's van de departementen wordt in verschillende termen over de problematiek geschreven en verschillende aspecten worden benadrukt. Toch is er op grote lijnen overeenstemming: in alle gevallen is er aandacht voor preventie, in de zin van publiekscampagnes en voorlichting, en voor vroegsignalering, waaronder het vergroten van kennis over geweld in afhankelijkheidsrelaties c.q. huiselijk geweld door trainingen en in opleidingen. Daarnaast wordt een systeemaanpak beschouwd als de beste manier om hulp te bieden in geval van geweld in gezinnen: slachtoffer, dader en kinderen dienen hulp te krijgen. Ook is alle beleid doordeesemd met de wens te komen tot een gezamenlijke (integrale) ketenaanpak met daaraan gekoppeld de noodzaak van protocollen en werkafspraken en een verbeterde registratie en informatie-uitwisseling. Hoewel landelijk beleid eenduidig is als het gaat om het belang van een integrale ketenbenadering en een systeemaanpak, staan de programma's verder min of meer los van elkaar en ontbreekt een visie op hoe de programma's zich tot elkaar verhouden. Onduidelijk blijft hoe een repressieve aanpak (meer aangiften en aanhoudingen) zich dient te verhouden tot een bestuurlijke aanpak (het huisverbod als preventieve maatregel of als repressieve maatregel) of hoe de hulpverlening in het vrijwillige kader zich dient te verhouden tot een strafrechtelijke regulering. Het landelijk beleid stelt een integrale en systeemgerichte aanpak centraal, maar hoe dit moet worden vormgegeven wordt aan de lokale praktijk overgelaten (Lünnemann, Goderie & Tierolf 2010).

1.1.4 Decentralisatie en transitie

De decentralisatie van taken van de landelijke overheid naar de lokale overheid is met de Wmo versterkt. De transitie van de jeugdzorg naar de gemeenten brengt een nieuwe dynamiek in gang. Het heeft onder meer tot gevolg dat beginnende integratie van de aanpak van kindermishandeling en de aanpak huiselijk geweld op gemeentelijk niveau in de G4 in een stroomversnelling komt doordat de Advies en Meldpunten Kindermishandeling (AMK) en de Steunpunten Huiselijk Geweld samen moeten gaan in de Advies en Meldpunten Huiselijk geweld en Kindermishandeling (AMHK) (Pattje 2013).

Doel van het samenvoegen van de functies Advies en Meldpunt (AMK's) en de Steunpunten Huiselijk Geweld (SHG's) is één meldpunt instellen voor burgers en professionals voor (vermoedens van) huiselijk geweld en kindermishandeling, en meer samenhang creëren in de aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling (Jeugdwet, 2013). Vanaf 1 januari 2015 dragen de gemeenten verantwoordelijkheid voor volwassenen en kinderen die te maken hebben met geweld of mishandeling in de huiselijke kring. Op die datum moeten gemeenten, als gevolg van de nieuwe Jeugdwet en de Wmo, een (bovenlokaal) Advies en Meldpunt Huiselijk geweld en Kindermishandeling (AMHK) hebben georganiseerd. Dit is een aanzienlijke opgave die in korte tijd gerealiseerd moet worden. Momenteel is men bezig om te kijken hoe de regio-indeling tot stand kan komen gezien de regioverschillen. In Nederland zijn er 15 Bureaus Jeugdzorg (AMK's) en 35 centrum gemeenten Vrouwenopvang (waarbinnen SHG's). Het AMHK krijgt een aantal wettelijke taken, de advies functie; meldfunctie; onderzoeksfunctie en samenhang andere organisaties (inschakelen van passende hulp). De vraag is of gemeenten ook een aantal bovenwettelijke taken, zoals procesregie, casusregie en voorlichting, bij het AMHK zal beleggen. Daarnaast is de vraag hoe de expertise van het AMHK ingezet kan worden in het lokale veld.

1.2 G4 aanpak huiselijk geweld in ontwikkeling

De G4 gemeenten hebben evenals de landelijke overheid een integrale ketenaanpak en het bieden van systeem gericht hulp als uitgangspunt. Hoe de vier grootste gemeenten daar voorwaarden voor scheppen is onderwerp van deze paragraaf. We schetsen met grote pennenstreken de verschillende aspecten van de aanpak huiselijk geweld in de vier grootste steden. Wat we zien is dat in de afgelopen zes jaar de bestuurlijke, organisatorische en beleidsmatige aanpak continu in beweging is.

Eerst gaan we in op de regiefunctie en daarna op samenwerking en afstemming op uitvoerend niveau.

1.2.1 Gemeentelijk regie in de G4

Gemeentelijke regie betekent (aan)sturing op basis van de gemeentelijke taken en bevoegdheden. De G4 ontwikkelen een visie, scheppen voorwaarden en bevorderen samenhang, afstemming en samenwerking in hun gemeente, kortom voeren de beleidsregie. Verschillende afdelingen en diensten binnen de gemeente zijn betrokken bij de aanpak van huiselijk geweld, zoals afdeling zorg en welzijn, veiligheid, jeugd, en een bestuurlijke afdeling wegens de uitvoering van het huisverbod. In Amsterdam is bovendien afstemming met de stadsdelen noodzakelijk in de aanpak van huiselijk geweld, zeker wat betreft de preventieve activiteiten. Dit is echter aan verandering onderhevig door het verdwijnen van de stadsdelen als bestuurlijke laag waardoor de verantwoordelijkheid voor preventieactiviteiten opnieuw tegen het licht wordt gehouden.

Daarnaast betreft regie de aansturing van het veld. Er is een breed palet aan instellingen en organisaties betrokken bij de aanpak van huiselijk geweld, onder te verdelen in de zorgketen, de strafrechtsketen en de bestuursrechtelijke keten. De aansturing van het veld is lastig omdat de keten of het netwerk aan instellingen zo veelomvattend is. Bovendien gaat het niet alleen om een gemeentelijke aanpak, maar om een gemeentelijke aanpak binnen een regionale aanpak; de vier grootste gemeenten hebben als centrumgemeenten ook een specifieke taak ten aanzien van de regiogemeenten.

Convenanten en financiering als sturingsinstrumenten

Convenanten zijn een manier om verschillende instellingen achter een aanpak te krijgen. Naast de strafrechtelijk convenanten waar de strafrechtelijke partijen (politie, openbaar ministerie, reclassering en forensisch-psychiatrische daderbehandeling) en de gemeenten aan gebonden zijn en die voortvloeiden uit de Aanwijzing huiselijk geweld, zijn er convenanten met hulp en zorginstellingen afgesloten. Een convenant vormt vaak een stimulans of startpunt voor een gezamenlijke aanpak. Gevaar is dat het een lege huls wordt doordat het algemene intenties zijn en de gemeente geen bevoegdheid heeft afspraken af te dwingen. In de steden vormen de convenanten een goede basis. De uitvoering van het convenant en hoe een overlegstructuur moet worden vorm gegeven is voor alle steden een zoektocht.

Naast de convenanten hebben gemeenten de mogelijkheid te sturen op de aanpak van huiselijk geweld als er een financieringsrelatie is. Dan kunnen voorwaarden worden gesteld en prestatieafspraken worden vastgelegd. Bij het ontbreken daarvan komt het meer aan op de overtuiging en het maken van afspraken. Doelen en prioriteiten van andere financiers kunnen botsen met die van de gemeente, waardoor de gemeente beperkt is in haar mogelijkheden om een integrale aanpak huiselijk geweld vorm te geven.

Bestuurlijk overleg met ketenpartners en op ambtelijk niveau

De vier steden hebben elk een verschillende bestuurlijke structuur, afhankelijk van de lokale bestuurlijke vormgeving. De ervaring in de G4 leert dat te

veel overlegvormen een negatieve druk op de samenwerking geeft. Voor instellingen blijkt het onmogelijk om op alle overlegvormen aanwezig te zijn in geval er op zowel strategisch, tactisch en uitvoerend niveau een overlegvorm is. De effectiviteit van overleg gaat achteruit door het telkens ontbreken van (elkaar afwisselende) partners. Tegelijkertijd is het belangrijk om wel op deze drie niveaus overleg te hebben. Elke stad heeft een eigen bestuurlijke vorm, waarbij in de loop der tijd de overlegmomenten op bestuurlijk niveau zijn teruggedrongen bijvoorbeeld door aan te sluiten bij een bestaand breder overleg, waar huiselijk geweld of geweld in afhankelijkheidsrelaties een van de onderwerpen is.

Amsterdam kent een sterke Stuurgroep op strategisch niveau waar ketenpartners uit de zorg- en strafrechtsketen op hoger managementniveau of directie-niveau zitting hebben en betrokken ambtelijke diensten en stadsdelen vertegenwoordigd zijn. Strategische vraagstukken worden afgestemd. Daarnaast is er op tactisch niveau het zogenaamde coördinatieoverleg, waar verschillende overleggen zijn samengevoegd. Hier hebben vooral beleidsadviseurs van de verschillende ambtelijke afdelingen zitting.

In Utrecht bestaat de Regionale Adviesgroep Geweld in Afhankelijkheidsrelaties. Dit is een gezamenlijk overleg van de centrumgemeenten Utrecht en Amersfoort en alle ketenpartners, voorgezeten door een centrumgemeente. Er wordt advies uitgebracht aan het Regionaal college en het Arrondissementaal Justitieel Beraad. Daarnaast is een klankbordgroep op middenmanagementniveau van politie, justitie en hulpverleningspartners. Op ambtelijk niveau is er een Wmo bestuurlijk overleg GIA.

In Rotterdam is er op strategisch niveau de centrumgemeentelijke regiegroep huiselijk geweld en kindermishandeling, bestaande uit ketenpartners uit de zorg en strafrechtsketen, twee ambtelijke diensten van de gemeente Rotterdam en twee vertegenwoordigers namens de schilgemeenten. Deze regiegroep ziet toe op de realisatie van het actieprogramma Veilig Thuis 2011-2014 en het convenant van 2013. Op ambtelijk niveau is er een Regionale Regiegroep huiselijk geweld en kindermishandeling. De leden ervan vormen tevens de beleidsadviesgroep huiselijk geweld en kindermishandeling welke gevraagd en ongevraagd advies geeft aan het Veiligheidshuis Rotterdam Rijnmond (VHRR).

In Den Haag is de, op strategisch niveau, bestaande stuurgroep huiselijk geweld in 2014 opgeheven om 'bestuurlijke drukte' te voorkomen. De bedoeling is dat besluitvorming plaats gaat vinden in bestaande strategische overlegvormen, zoals het bestuurlijk overleg van de GGD Haaglanden en het Veiligheidshuis. Dit omvormingsproces is momenteel (voorjaar 2014) gaande. Daarnaast is er op beleidsniveau een ambtelijk regio-overleg met de vijf gemeenten en vindt zo nodig besluitvorming plaats op bestuurlijk niveau met de vijf wethouders. Ook is op uitvoerend-tactisch niveau een ketendirecteuren

overleg voor finale beslissingen over de uitvoering van de aanpak geweld in afhankelijkheidsrelaties en op middenmanagement niveau een overleg dat de aansturing van de aanpak betreft. Dit overleg biedt ook voeding aan het ketendirecteuren (over en weer).

Overleg op uitvoerend niveau

Op uitvoerend niveau zien we verschillende vormen van casusoverleg, waarbij de tendens is het aantal casus voor een casusoverleg terug te dringen. In de periode 2008-2011 bleek dat ketenpartners te vaak bij een casusoverleg zaten waar ze geen rol hadden. Bovendien bleek een casusoverleg meer gericht te zijn op het verdelen van cliënten, dan dat het leidde tot een gezamenlijke (integrale) aanpak. Ook werd de tijd besteed aan overleg lang niet voor alle ketenpartners vergoed binnen het financieringssysteem. Dit alles droeg eraan bij zuinig te zijn met casusoverleg.

In Den Haag, waar in 2009 de Haaglandse Aanpak werd vastgesteld, gefundeerd op casusoverleg naar aanleiding van politiemeldingen, werd deze aanpak in 2012 omgezet naar het werken met multidisciplinaire Veilig Verderteams die outreachend werken. Een team bestaat uit een medewerker van SHG, Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW), Bureau Jeugdzorg (BJZ), en een instelling die plegeraanpak heeft.¹ De procesregie ligt bij het SHG. In het Veilig Verderteam vinden altijd netwerkgesprekken plaats, waar professionals en cliënten gezamenlijk tot een gezinsgerichte aanpak komen. Niet alle meldingen worden behandeld in een Veilig Verderteam; dit is afhankelijk van de problematiek. Het SHG verwijst ook op andere manieren door, bijvoorbeeld naar de GGZ of het AMW. Daarnaast is er casusoverleg in het Veiligheidshuis voor complexe zaken waar een huisverbod is opgelegd en/of een strafrechtelijke procedure loopt; met een systeemgerichte focus wordt gezocht naar de juiste aanpak. Daarnaast zijn medewerkers van het SHG sinds kort structureel aanwezig bij de ZSM-tafels.² Ook is er een casusoverleg tussen politie en het SHG wat betreft eergeweld en een casusoverleg ouderenmishandeling.

In Utrecht is van oudsher de strafrechtelijke aanpak in samenwerking met zorg georganiseerd via de ketenaanpak Veilig Huis. Later werd dit onderdeel van het Veiligheidshuis. Zaken van huiselijk geweld waar een strafrechtelijke procedure loopt worden in het Justitieel Casusoverleg Huiselijk geweld (JCHG) besproken in het Veiligheidshuis en/of gaan direct naar het ZSM-casusoverleg.³ Daarnaast is er het Districts Overleg Huiselijk geweld (DOHG) voor

1 Oorspronkelijk was dit de Waag, maar door het ontbreken van financiering voor deze vorm van werken, was de Waag genoodzaakt zich terug te trekken (interne evaluatie VVT, 2013).

2 ZSM staat voor zo snel mogelijk en is een snelle manier van afdoening door het OM in overleg met ketenpartners die bij de zaak zijn betrokken (OM, reclassering, politie, Slachtofferhulp Nederland, SHG en zo nodig andere ketenpartners).

3 Hier vindt doorlopend casusoverleg plaats tussen partners die bij de zaak zijn betrokken (OM, reclassering, politie, Slachtofferhulp Nederland).

toegeleiding naar hulpverlening. In het DOHG worden tegenwoordig alleen nog zaken besproken waarvan casusoverleg noodzakelijk is voor effectieve toeleiding naar een gezinsgerichte aanpak (en niet meer alle zaken die via een melding of aangifte bij de politie bekend zijn). Sinds 2013 kunnen ook meldingen die via de meldcode bij het SHG zijn binnengekomen worden besproken in het DOHG (Convenant Aanpak Huiselijk geweld van de ketenpartners in de provincie Utrecht).

In Rotterdam is in 2007 een structuur ontwikkeld op deelgemeenteniveau van 14 Lokale Teams Huiselijk Geweld; een samenwerkingsverband van lokale hulp- en dienstverlenende organisaties gespecialiseerd in de aanpak van huiselijk geweld. Gevallen van huiselijk geweld worden via het SHG naar een LTHG geleid. Deze LTHG's zijn in 2011 samengegaan met de Lokale Zorg Teams. De deelgemeentelijke indeling gaat veranderen en dit zal van invloed zijn op de casusoverlegstructuur. Daarnaast is er in het Veiligheidshuis een dagelijks afdoeningsoverleg (ZSM en ZSMplus) tussen de officier van justitie, politie en/of de GGD Rotterdam-Rijnmond/SHG, Raad voor de Kinderbescherming en Reclassering Nederland over zaken waar een aanhouding door de politie heeft plaatsgevonden. De meer complexe zaken worden doorgezet naar een wekelijks casusoverleg 'Huiselijk Geweld' van het Veiligheidshuis, waar naast de hiervoor genoemde partners ook Bureau Jeugdzorg, Stichting Arosa, het Centrum voor Dienstverlening aanwezig kunnen zijn.

In Amsterdam lag de verantwoordelijkheid voor het casusoverleg in eerste instantie op stadsdeelniveau, wat grote verschillen per stadsdeel met zich meebracht. Dit leverde voor de ketenpartners die stedelijk georganiseerd zijn veel onduidelijkheid en verwarring op. In 2011 is er een nieuwe structuur geïmplementeerd. Het Steunpunt Huiselijk Geweld Amsterdam is het door het College van B&W aangewezen steunpunt voor meldingen in het kader van de meldcode. Er is geen algemeen casusoverleg voor huiselijk geweld. Sinds 2014 is er wel een proeftuin voor complexe zaken huiselijk geweld waar informatie bij elkaar komt en wordt besloten welke casusregisseur het meest geschikt is. Ook wordt op ad hoc basis een casusoverleg belegd in geval van huiselijk geweld door uitvoerders. Er is wel structureel casusoverleg als het gaat om eergeweld, het tijdelijk huisverbod en AWARE-zaken. Ook kan het SHGA complexe gevallen doorsturen naar de stadsdeeltafels voor volwassenen of risico gezinnen.

We zien dat de vorm en hoeveelheid van casusoverleggen verschilt per gemeente. Wel geldt voor alle vier de steden is een verschuiving naar minder casusoverleg en meer gerichtheid op concrete hulpverlening, hoewel Rotterdam hier een uitzondering op kan zijn doordat naast het LTHG gericht op directe (multidisciplinaire) hulpverlening er meer overleg is gekomen in het Veiligheidshuis.

1.2.2 *Aanpak huiselijk geweld: Van preventie tot interventie*

Op uitvoerend niveau speelt in alle steden het SHG een belangrijke rol als front office.⁴ In de loop der jaren heeft een uitbreiding naar meer thema's plaatsgevonden; eerst was de aandacht vooral gericht op partnergeweld, nu ook op ouderenmishandeling, eengerelateerd geweld en seksueel geweld. Het SHG is in Rotterdam ondergebracht bij de GGD, in Utrecht, Den Haag en Amsterdam is het belegd (als werkeenheid) bij de vrouwenopvang. Het SHG is in alle steden het centrale punt waar meldingen binnenkomen, waar advies wordt gegeven en hulpverlening in de back office wordt georganiseerd. Het SHG heeft hiermee in feite de uitvoeringsregie.

Ook is het SHG een kenniscentrum. Een belangrijke taak is daarom deskundigheidsbevordering van beroepsgroepen, zoals huisartsen, medici, docenten op basis en middelbare op scholen en kinderdagverblijven, bijvoorbeeld via train de trainer programma's. Daarnaast heeft het SHG een taak in preventie zoals voorlichting in de wijk en publiekscampagnes.

Het SHG is het meldpunt voor alle vormen van huiselijk geweld (geweld tegen volwassenen in de privésfeer). De politie is de grootste leverancier van meldingen huiselijk geweld. De politiemeldingen huiselijk geweld gaan via een geautomatiseerde link door naar de SHG's.⁵ Daarnaast komen er meldingen binnen van professionals (en bezorgde burgers). Ook slachtoffers en plegers kunnen zich melden.⁶ Zorgmeldingen over kinderen wegens geweld in het gezin komen bij Bureau Jeugdzorg terecht (AMK), behalve in Amsterdam, daar gaan de zorgmeldingen naar de GGD Vangnet MGGZ. Het SHG heeft contact met het AMK/BJZ/

Vangnet over de zorgmeldingen. Met de komst van de AMHK zal bovenstaande structuur veranderen. De manier van registreren is voor elke SHG weer anders en de oprichting van de AMHK's biedt de kans tot een meer eenduidige registratie te komen.

Doorgeleiding naar concrete hulp, casemanagement en procesregie zijn belangrijke taken van het SHG. Het SHG heeft bijvoorbeeld een rol als casemanager in het huisverbod vanaf 2009 en speelt een rol in het Veiligheidshuis waar de afstemming tussen strafrechtelijke, bestuurlijke en zorglijjn plaatsvindt. In Utrecht is de rol in het Veiligheidshuis van oudsher sterk, voor Den Haag en Rotterdam geldt dat het SHG vanaf 2011 onderdeel is

4 Met de invoering in 2013 van de Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling heeft het SHG een wettelijke basis en heeft de bevoegdheid persoonsgegevens te registreren en uit te wisselen (Functies steunpunten huiselijk geweld, VWS, 2011).

5 In Amsterdam is sinds 2011 deze directe doorverwijzing tot stand gekomen met de installatie van het centrale SHGA.

6 In Amsterdam, waar tot 2011 een centraal SHG ontbrak, waren er laagdrempelige steunpunten huiselijk geweld waar vooral slachtoffers zich meldden en een kortdurend hulpaanbod kregen (Goderie & Flikweerd, 2011).

geworden van het Veiligheidshuis. In Amsterdam speelt de GGD een rol in die gevallen van huiselijk geweld waar sprake is van een ernstige dreiging en de politie erbij is betrokken. Zij hebben ook het casemanagement rond het huisverbod. In Amsterdam maakt thema huiselijk geweld geen onderdeel uit van het Veiligheidshuis.

Er is in alle steden (flink) geïnvesteerd op casemanagement en een outreachende aanpak door het SHG, dat wil zeggen dat medewerkers van het SHG cliënten bellen en er zo nodig bij vermoedens van ernstig geweld er op af te gaan, of een andere instelling te vragen contact op te nemen met het gezin. Tegelijkertijd blijft het lastig om alle cliënten die via de politie worden gemeld, daadwerkelijk te bereiken en tot een goed hulpaanbod te komen. Niet alle politiemeldingen bevatten voldoende informatie om mensen te benaderen, en niet alle cliënten willen hulp, bijvoorbeeld omdat de burens de politie hebben gebeld, en zij zelf geen hulp willen. Het SHG heeft als taak cliënten door te verwijzen naar passende hulpverlening. Dit kan ook al bestaande hulpverlening van cliënten zijn. Als cliënten niet bereikbaar zijn en er ingeschat wordt dat er sprake is van ernstige dreiging, wordt een huisbezoek afgelegd.

Duidelijk is dat het niet eenvoudig is om een ketensamenwerking op beleidsmatig en uitvoerend niveau van de grond te krijgen. Elke stad loopt daarin zijn eigen proces. In alle steden wordt doorverwezen naar AMW, (jeugd)GGZ, Bureau Jeugdzorg/AMK, forensische zorg, vrouwenopvang of andere instellingen die de juiste hulp kunnen bieden. Daarnaast wordt voor die gevallen waar een gezinsaanpak noodzakelijk is en waar meer ketenpartners bij betrokken zijn, doorverwezen naar een casusoverleg (Utrecht), of een Veilig Verder team (Den Haag), of een op wijkniveau georganiseerd lokaal team huiselijk geweld (LTHG/LZT in Rotterdam) of een proeftuin of stadsdeeltafel (Amsterdam), zoals in de vorige subparagraaf 1.2.1 uiteen is gezet.

1.3 Gemeentelijke visie op een Veilig Thuis

In 2012 namen de G4 het initiatief tot het ontwikkelen van een visie op een geïntegreerde aanpak van partnergeweld en kindermishandeling vooruitlopend op de grote decentralisatieoperaties op de terreinen zorg (AWBZ), jeugd en arbeid en voortkomend uit het besef dat partnergeweld en kindermishandeling samenhangen (zie hoofdstuk 2, onder probleemstelling). In 2013 is de gemeentelijke visie op de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling 'Een veilig thuis' uitgebracht door de vier wethouders van de G4. Deze visie is aangeboden aan de wethouders van de centrumgemeenten voor vrouwenopvang, die aangewezen zijn de aanpak van huiselijk geweld binnen hun regio te

coördineren. Zij hebben toegezegd de gemeentelijke visie 'Een veilig thuis' als onderlegger te gebruiken voor hun eigen regionale visie.

De visie is opgebouwd uit tien elementen die gevoed zijn door twee basisprincipes: 1) de sociale steunstructuur, zoals ontwikkeld in het Wmo-beleid, vormt ook de basis voor de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling en 2) de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling onderscheidt het zich van alle andere beleidsvelden van de Wmo doordat hier veiligheid het kernthema is. In situaties van (acute) dreiging en escalatie van geweld is een krachtige en snelle aanpak in afstemming met politie en justitie noodzakelijk en kan niet eerst worden teruggevallen op de sociale structuur. De visie gaat kortom over de positionering van een geïntegreerde aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling binnen het sociale domein waarbij het veiligheidsaspect voorop staat.

De tien elementen van de visie zijn:

1. Veiligheid voorop
2. Triage
3. Duidelijkheid in de regie, uitgaande van één gezin, één plan, één regisseur
4. Inzet eigen kracht en het gebruik van het sociale netwerk
5. Het intact houden van de sociale omgeving
6. Visie op hulpverlening
7. Kinderen gaan voor
8. Het zonder drempels kunnen bespreken van vermoedens
9. Planmatige en gelaagde preventie
10. Eenheid in juridische logica's

De eerste twee elementen betreffen de veiligheid: de ernst van de dreiging is (mede)bepalend voor de snelheid waarmee moet worden gereageerd en of er veiligheidsmaatregelen moeten worden genomen. De triage heeft tot doel complexe en minder complexe casuïstiek te onderscheiden, de ernst van de dreiging te taxeren en te bepalen of specialistische hulp noodzakelijk is. De triage past binnen het nieuw in te richten AMHK.

Regievoering is het derde element. Benadrukt wordt dat een veiligheidsplan en hulpverleningstraject gericht moeten zijn op het duurzaam beëindigen van het geweld, en via de casusregie is er toezicht op de uitvoering ervan. Welke organisatie de casusregie heeft is afhankelijk van de aard van de problematiek en wordt bepaald door de procesregie. De procesregie moet worden gelegd bij de organisatie waar de melding binnenkomt.

Elementen vier en vijf zijn de kern van het Wmo-beleid waar de sociale steunstructuur uitgangspunt is van beleid. De aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling moet onderdeel vormen van de lokale infrastructuur, zodat eenvoudig dwarsverbanden gelegd kunnen worden naar andere leefgebieden, zoals wonen, schulden en werk, of andere disciplines zoals de

VG-sector voor mensen met een verstandelijke beperking. De professionals zullen ondersteund worden door gespecialiseerde hulpverleners. Ook moet er oog zijn voor de mogelijke negatieve aspecten van de sociale omgeving in geval van huiselijk geweld en kindermishandeling. Uitgangspunt is echter dat de sociale omgeving intact wordt gehouden en ambulante hulp de voorkeur heeft.

Als het gaat om hulpverlening, het zesde element, wordt benadrukt dat er direct wordt ingezet op de bij de problematiek passende hulpverlening waarbij de samenwerking tussen organisaties plaatsvindt in multidisciplinair samengestelde teams, en de samenwerking vorm krijgt in het directe contact met gezinnen. Hiermee wordt afgeweken van de tot dan toe gangbare manier van hulpverleners, namelijk ketensamenwerking via casusoverleggen over de hoofden van de gezinsleden heen en het veelal volgtijdelijk inzetten van lichtere naar zwaardere vormen van hulp. Er wordt systeemgericht gewerkt en doelen worden met betrokkenen samen vastgesteld, tenzij de rechter of Raad voor de Kinderbescherming bepaalde doelen heeft vastgesteld, welke niet onderhandelbaar zijn. Er moet gewerkt worden vanuit een integraal plan gericht op herstel. Herstel is altijd maatwerk. Kinderen staan voorop, het zevende element, betekent dat ook in geval van partnergeweld kinderen de hoofdpersoon zijn. Dus zowel in het veiligheidsplan als in het hulptraject verdienen zij aandacht. Ook is traumabehandeling nodig voor ernstig beschadigde kinderen.

Als achtste element wordt de verantwoordelijkheid van burgers genoemd om vermoedens van huiselijk geweld en kindermishandeling te bespreken met eerstelijns professionals. Daarnaast wordt preventie als negende element genoemd: preventie gericht op beïnvloeding van de gehele bevolking van de gemeente, maar ook gericht op risicowijken, risicogroepen en risicogezinnen. Tot slot wordt gewezen op de verschillende juridische logica's van strafrecht en civiel recht, en wordt ervoor gepleit dat rechters zich op de hoogte stellen van elkaars dossiers, vooral als het gaat om partnergeweld en omgang.

Leeswijzer

Het rapport is uit verschillende delen opgebouwd. Deel I bestaat uit bovenstaande inleidende hoofdstuk over de gemeentelijke aanpak van huiselijk geweld en hoofdstuk 2. In hoofdstuk 2 beschrijven we de onderzoekopzet en de gehanteerde onderzoeksmethoden.

In deel II worden de resultaten van de effectstudie beschreven. In hoofdstuk 3 beschrijven we de groep respondenten die aan het onderzoek hebben deelgenomen. In hoofdstuk 4 gaan we in op het geweld tussen partners. Wat gaat er schuil achter de term partnergeweld? Hoe ziet de geweldsdynamiek eruit tussen mannen en vrouwen in een intieme relatie? Tot slot beantwoorden we de vraag of het geweld in de loop van de tijd is afgenomen. In hoofdstuk 5 gaan we in op de vraag in hoeverre partnergeweld van invloed is op de opvoedingsvaardigheden van de ouders. Ondervinden ouders door de aanpak huiselijk geweld in de loop der tijd minder opvoedingsstress? In hoofdstuk 6 gaan we in op de gevolgen van partner geweld voor de kinderen in het gezin. Hierbij kijken we naar de emotionele veiligheid en de psychotrauma's van kinderen. In hoofdstuk 7 analyseren we het hulpverleningsproces dat in gang is gezet. Welke hulp en ondersteuning hebben de gezinnen ontvangen voor de ouders en de kinderen? En is er een effect van de aanpak te constateren? Dit deel wordt afgesloten met de belangrijkste resultaten van de effectstudie (hoofdstuk 8).

In deel III staat de beleving of betekenisverlening van moeders en professionals centraal. Het gaat om het verkennen en inzichtelijk maken van de werkzame elementen van de aanpak huiselijk geweld op grond van diepte interviews met vrouwen en hulpverleners, en twee expertmeetings met professionals. In hoofdstuk 9 staat de hulpbehoefte en ervaren hulp van de moeders centraal. In hoofdstuk 10 geven we het perspectief van de hulpverleners op het hulpaanbod weer. Lukt het om integraal en systeemgericht hulp te bieden? Tot slot gaan we aan de hand van drie voorbeelden in op de knelpunten en goede praktijken. We besluiten dit deel met een conclusie waarin we vooral ingaan op in op werkzame elementen in de hulpverlening (hoofdstuk 11).

In deel IV worden de belangrijkste conclusies van het onderzoek samengevat en doen wij aanbevelingen wat er verbeterd kan worden in de hulpverlening aan gezinnen waar sprake is van geweld.

2 *Methodologische verantwoording*

Dit onderzoek heeft tot hoofddoel na te gaan of de aanpak van huiselijk geweld binnen de G4 effectief is. Het onderzoek moet inzicht geven in de vraag: Wat is de ervaren opbrengst van de integrale aanpak huiselijk geweld in de vier grote steden volgens de betrokken partijen en wat zijn de effecten op slachtoffers en kinderen (als slachtoffer/getuige)? In het effectonderzoek zijn cliënten in de vier grote steden die in de periode 2009-2010 aangemeld zijn bij een SHG, AMK of andere hulpinstelling vanwege partnergeweld, gedurende anderhalf jaar gevolgd. Dit gebeurde door het afnemen van vragenlijsten.

In dit hoofdstuk geven we een methodologische verantwoording van het onderzoek. Eerst gaan we in op de probleemstelling en de centrale vraagstelling. Vervolgens verantwoorden we het onderzoeksdesign. Ook gaan we uitgebreid in op de selectie en werving van respondenten en hoe de onderzoeksgroep eruitziet.

2.1 *Probleem- en vraagstelling*

Huiselijk geweld, dat wil zeggen fysiek, seksueel en psychisch geweld in huiselijke kring, staat sinds deze eeuw hoog op de politieke agenda. De overheid stimuleert een integrale aanpak en heeft gemeenten de regierol toegewezen (*Privé geweld - publieke zaak*, 2002), die is geformaliseerd met de invoering van de Wmo. Huiselijk geweld komt voor onder alle lagen van de bevolking en in alle culturen, en is een van de meest voorkomende vormen van geweld in onze samenleving. Er zijn drie grootschalige onderzoeken naar huiselijk geweld: in 1997 onder autochtonen, in 2002 onder allochtonen en recent in 2010 (Van Dijk, Flight, Oppenhuis & Duesman, 1997; Van Dijk & Oppenhuis 2002; Van Dijk, Veen & Cox, 2010; Van der Veen & Bogaerts, 2010). Ruim 9% van de Nederlandse bevolking was in de afgelopen vijf jaar slachtoffer van evident huiselijk geweld. In bijna 75% van de gevallen gaat het om lichamelijk geweld (65%) en seksueel geweld (8%). In ruim een derde van de gevallen van evident huiselijk geweld was de plegger de partner of ex-partner, waarvan in de meerderheid van de gevallen de ex-partner (een groot deel gaf aan gescheiden te zijn). Vrouwen noemen vaker hun ex-partner als plegger dan mannen (Van der Veen & Bogaerts, 2010). De groep vrouwen en mannen die

binnen hun relatie ernstig controlerend geweld ondervinden lijkt in dit onderzoek niet te zijn bereikt.⁷

Hoewel huiselijk geweld verschillende vormen omvat (partnergeweld, oudermishandeling, kindermishandeling, ouderenmishandeling), is dit onderzoek gericht op de getalsmatig belangrijkste categorie, namelijk partnergeweld in gezinnen met kinderen. Oudermishandeling, geweld van kinderen (pubers en adolescenten) tegen hun ouder (vaak moeder) en ouderenmishandeling, geweld tegen de (bejaarde) ouder door mensen in huiselijke kring en mantelzorgers, maar ook door professionals in verzorgingshuizen, laten we buiten beschouwing.

Wij beperken ons dus tot geweld gericht op de partner en het minderjarige kind als getuige van het geweld dat hier schade van ondervindt. Overigens is er een samenhang tussen partnergeweld en kindermishandeling. Hoe ernstiger en frequenter het geweld tegen de partner, hoe groter de kans dat er ook geweld tegen kinderen plaatsvindt. Op grond van een review van 42 studies constateren Appel en Holden (1998) dat de overlap van partnergeweld en kindermishandeling in gezinnen ongeveer 41 procent is. Vrouwen die zelf worden mishandeld in hun relatie lopen tweemaal zo vaak kans hun kinderen te mishandelen als vrouwen die geen geweld ervaren in de relatie (Slep & O'Leary, 2001; Dijkstra, 2007; Radford & Hester, 2006). Als een man zijn vrouw mishandelt, is de kans groot dat hij ook zijn kind mishandelt; vijftig procent van de mannen die hun partner mishandelen, is ook agressief tegenover de kinderen (Williams, Boggess & Carter, 2001). Het onderzoek onder scholieren in Nederland wees uit dat er een relatief sterke correlatie is tussen het getuige zijn van ernstig geweld tussen de ouders en het zelf slachtoffer zijn van fysieke kindermishandeling (Lamers-Winkelmann et al., 2007).

Kitzmann, Gaylord, Holt, & Kenny (2003) concludeerden in hun meta-analyse van 118 studies dat getuige zijn van partnergeweld soortgelijke gevolgen had voor kinderen als getuige zijn van partnergeweld én zelf fysiek mishandeld worden. Mishandeling en geweld binnen het gezin hebben dus verstrekkende gevolgen voor de sociale ontwikkeling van kinderen. In Nederland gaan we ervan uit dat er per jaar ongeveer 100.000 kinderen getuige zijn van geweld in het gezin. Van die kind-getuigen lopen 40.000 kinderen het risico op het ontwikkelen van gedragsproblemen en emotionele problemen (Lamers-Winkelmann, 2006; Lamers-Winkelmann, Slot, Bijl & Vrijbrief, 2007). Vanuit buitenlands onderzoek wordt geschat dat meer dan tachtig procent van de kinderen die opgroeien in een gezin waar relationeel geweld voorkomt, getuige is van dit geweld (Cummings, El-Sheik, Kouros, & Buckhalt, 2009;

7 Het onderzoek is gebaseerd op internet-surveys. Dit is geen geschikte methode om slachtoffers te bereiken die in een ernstig controlerende gewelddadige relatie verkeren (Römkens, 2010; Van Wijk, 2012). Tegenwoordig wordt een onderscheid gemaakt tussen geweld als onderdeel van controle en macht en geweld dat situationeel en/of incidenteel voorkomt (Johnson 1999, 2006, 2008). Van 'intimate terrorism' is sprake als eenzijdig geweld wordt gebruikt ter controle van de ander.

Dijkstra, 2001). Blootstelling aan frequent partnergeweld verhoogt het risico op aanpassingsproblemen bij kinderen. Ook leidt deze frequente blootstelling tot meer gedragsproblemen en meer problemen in de omgang met leeftijdgenoten. Uit het onderzoek van Jouriles, Norwood, McDonald, Vincent en Mahoney (1996) blijkt dat blootstelling aan psychisch geweld tussen de ouders ook leidt tot gedragsproblemen bij kinderen. Verder blijkt dat kinderen die opgroeien in gezinnen waar geweld voorkomt een grote kans hebben op het ontwikkelen van traumasymptomen, zoals depressiviteit, angst, opstandigheid, posttraumatische stress-symptomen en dissociatieverschijnselen (Kilpatrick & Williams, 1997; Rossman, Bingham, & Emde, 1997). Kinderen die getuige zijn van fysiek geweld tussen de ouders hebben vaker psychische problemen dan kinderen die geen getuige zijn van geweld, ook als zij zelf geen slachtoffer zijn van fysiek geweld (Cummings, Pellegrini, Notarius, & Cummings, 1989). Jonge kinderen lijken meer schade te ondervinden dan adolescenten: zij hebben een grotere kans PTSS te ontwikkelen. Oudere kinderen kunnen zich beter beschermen door bijvoorbeeld vaker weg te gaan (Veter & Cooper, 2005).

Het onderzoek is mede in het licht van voorkomen van intergenerationele overdracht van huiselijk geweld gericht op kinderen; vandaar dat het onderzoek zich richt op gezinnen. Alleen cliënten die deel uitmaken van een gezin met kinderen in de leeftijd van 3 tot 18 jaar nemen we mee in het onderzoek.

De afgelopen decennia heeft zich een verschuiving in de aanpak van partnergeweld voorgedaan. Stond eerst vooral de opvang van en hulp aan slachtoffers centraal, later kwam er ook aandacht voor plegers, vooral door de politie en ambulante forensische hulp. Tegenwoordig is er aandacht voor het (gezins) systeem. De afgelopen jaren zijn verschillende interventies of methodieken ontwikkeld, zowel door de vrouwenopvang (Rensen et al., 2008) als door GGZ-instellingen of maatschappelijk werk (Plemper, 2004). In de hulpverlening komt aandacht voor verschillen in etnische achtergronden (Groen, 2001; Mozaïek, 2004). Er is een breed draagvlak voor een systeemgerichte aanpak binnen de vrouwenopvang en andere instellingen. In de praktijk is het echter meer een visie van waaruit hulpverlening plaatsvindt, dan dat er op grote schaal methodisch zo wordt gewerkt. Ook de recente aandacht voor preventie van intergenerationele overdracht kent nog geen methodische praktijk (Lünnemann, Goderie & Tierolf, 2010). Er is nog weinig ervaring met evidence based interventies (Rensen et al., 2008) wegens gebrek aan (grootschalig) wetenschappelijk onderzoek. Ook internationaal is er nog niet veel (RTC) effectonderzoek gedaan (Sullivan & Alexy, 2001). Het (schaarse) onderzoek naar interventies die op opvoeders/kinderen zijn gericht, wijst wel op het belang van een systemische aanpak in vergelijking met een individuele (Graham-Bermann, Lynch, Banyard, DeVoe & Halabu, 2007).

In het effectonderzoek gaan we na wat de effecten zijn van de aanpak en gerealiseerde hulpverleningstrajecten. De centrale vraag luidt:

- Wat zijn de effecten en resultaten van de aanpak en de hulpverleningstrajecten?

De centrale subvragen luiden:

- In hoeverre is er een afname van geweldservaringen bij slachtoffers en kinderen?
- In hoeverre is er herhaling van geweld door de plegers?
- In hoeverre is er een afname van traumatisering van de ouders en een verbetering in het welbevinden van ouders?
- Is er een afname van problemen in de opvoedingssituatie? In hoeverre voelen ouders zich (weer) in staat om hun pedagogische verantwoordelijkheid op zich te nemen?
- In hoeverre is er een afname van traumatisering van de kinderen die of zelf slachtoffer zijn of getuige zijn van huiselijk geweld?

2.2 *Uitwerking onderzoeksvragen*

De onderzoeksvragen zijn gebaseerd op drie thema's: bescherming in de zin van het vergroten van veiligheid door het stoppen van het geweld; de invloed van geweld op ouderschap; de ontwikkeling van het kind.

2.2.1 *Bescherming*

Een belangrijke onderzoeksvraag is de vraag of de aanpak ertoe heeft geleid dat het geweld daadwerkelijk is afgenomen en in hoeverre er herhaling is van het geweld. Partnergeweld betreft meestal een combinatie van verschillende vormen van geweld. Zo vindt fysiek geweld bijna altijd plaats in combinatie met psychisch geweld. Daarnaast kan sprake zijn van eenzijdig en wederzijds geweld. Uit onderzoek naar geweld tegen vrouwen in een heteroseksuele relatie (Römkens, 1989, 1992) is gebleken dat ruim een op de vijf vrouwen (20,9%) ooit eenzijdig geweld heeft ondervonden in een relatie met een man. Ruim de helft daarvan was slachtoffer van (zeer) ernstig en herhaald geweld. Ruim een op de twintig vrouwen (5,5%) was ooit in een relatie betrokken bij wederkerig geweld; zij en de partner gebruikten over en weer geweld van lichte tot matige ernst. Het ging niet om ernstig geweld bij wederkerig geweld. Meer recent komt uit onderzoek naar voren dat mannen en vrouwen niet wezenlijk van elkaar verschillen als het gaat om lichamelijk geweld als slaan, duwen, krabben en schoppen, en dit geldt ook voor psychisch geweld (Straus & Ramirez, 2007; Tanha, Beck, Figueredo & Raghavan, 2010; Van Wijk & De Bruijn, 2012). Het wezen van partnergeweld bestaat echter niet alleen uit de gedragingen, maar ook uit dwang en controle. Vrouwen zijn veel vaker

slachtoffer van 'coercive control' door hun partner dan mannen, en het zijn vooral vrouwen die slachtoffer zijn van seksuele dwang door hun partner of ex-partner (Tanha et al., 2010; Stark, 2007).

Om de mate van geweld te meten is gebruik gemaakt van de Revised Conflict Tactics Scale (CTS2). De vragenlijst meet de mate waarin partners betrokken zijn bij fysiek en psychisch geweld tegen elkaar in het jaar voorafgaand aan de invuldatum. Daarmee meet deze vragenlijst zowel eenzijdig als wederkerig geweld. Daarnaast is nagegaan hoe betrokkenen omgaan met conflictsituaties en welke strategieën zij hanteren in situaties van geweld. Dwang- en controlemechanismen meet dit instrument minder duidelijk. Vragen over seksueel geweld zijn niet meegenomen omdat we ons moesten beperken in het aantal vragenlijsten. De CTS2 geeft daarmee geen compleet beeld van het geweld dat heeft plaatsgevonden. Het geeft echter wel een goed beeld van het type fysieke en psychische geweldsgedragingen en de frequentie ervan.

Naast afname van geweld is gekeken naar de emotionele veiligheid van kinderen, omdat de achterliggende theorie veronderstelt dat kinderen die zijn blootgesteld aan partnergeweld zich emotioneel onveilig voelen. Emotionele veiligheid is een product van het verleden dat het gedrag van het kind in het heden bepaalt (Davies & Cummings, 1994). Er liggen twee ideeën ten grondslag aan het risico dat partnergeweld heeft op de ontwikkeling van kinderen. Ten eerste lijkt geweld tussen ouders direct te leiden tot stress bij kinderen en hierdoor het risico op gedragsproblemen te verhogen. Ten tweede lijkt een verstoorde ouder-kindrelatie dit verband te mediëren. Partnergeweld leidt vaak ook tot een verstoorde ouder-kindrelatie en die verstoorde relatie leidt in veel gevallen tot instabiliteit van het familiesysteem (Davies, Cummings, & Winter, 2004; Pels, Lünemann & Steketee, 2010) en tot psychische problemen bij het kind (Davies, Winter & Cicchetti, 2006; Mak, Steketee & van der Schuur, 2013).

Om de emotionele veiligheid van kinderen te onderzoeken, hebben we twee vragenlijsten gebruikt die de strategieën van kinderen meten om emotionele veiligheid tijdens ouderlijke conflicten te behouden: de Security in the Marital Subsystem Parent Report (SIMS-PR) en de Security in the Interparental Subsystem Scale Child Report (SIS).

2.2.2 Invloed van partnergeweld op ouderschap

Geweld tussen ouders heeft zijn weerslag op de sfeer in huis en de opvoeding van kinderen. Ouders die te maken hebben met geweld in hun relatie vinden het vaak moeilijk om hun kinderen emotionele steun te bieden (Pels, Lünemann & Steketee, 2011). Ze kunnen de kinderen niet altijd de aandacht geven die zij - juist ook in de geweldscontext - nodig hebben. De geweldservaringen dragen ertoe bij dat het meer psychische inspanning kost om een goede ouder te zijn, zeker als de moeder ook als slachtoffer is

getraumatiseerd (Holden & Ritchie, 1991; Harold & Howarth, 2004).

Mishandelde vrouwen hebben een grotere kans op depressie, angsten, psychosomatische klachten, eetproblemen en problemen met seksualiteit (Fischbach & Herbert, 1997; WHO, 2001). In het onderzoek gaan we na of er een effect van de aanpak is op het welbevinden en psychisch, sociaal en maatschappelijk functioneren van de slachtoffers van partnergeweld. Het instrument dat we daarvoor gebruikten, is de Trauma Symptom Inventory van Briere (1995). Deze lijst biedt voldoende mogelijkheden om veranderingen in traumatische ervaringen te meten. Bij pre- en postmeting zijn de effecten van de aanpak te meten op tien subschalen.

Daarnaast kijken we naar een aantal achtergrondvariabelen van de ouders zelf. In hoeverre zijn er trauma's in de jeugd van de ouders? Uit de literatuur is bekend dat een aantal individuele factoren voorspellers zijn voor partnergeweld. Een relatief jonge leeftijd en een lagere sociaaleconomische klasse zijn statische relevante criminogene factoren, evenals geweld in het gezin van herkomst. Een geschiedenis van relatieconflicten, ernst van eerder geweld en eerder seksueel geweld,⁸ verbale agressie of psychisch geweld en middelengebruik zijn dynamische factoren. Antisociale persoonlijkheidstrekken, persoonlijkheidsstoornissen met als kenmerken boosheid, impulsiviteit en instabiliteit van gedrag (bijvoorbeeld antisociale, borderline, narcistische of theatrale persoonlijkheidsstoornissen) worden ook geassocieerd met een hoger risico op herhaald partnergeweld. Alcoholmisbruik lijkt de beste voorspeller voor partnergeweld, ook op individueel niveau (Hilton & Harris, aangehaald in Winkel, Baldry, Kuijpers & Pemberton, 2009; De Ruiter, 2011). Voor middelengebruik in het algemeen geldt overigens dat er een verband is met een geweldsgeschiedenis: plegers met een geschiedenis van familiegeweld (inclusief partnergeweld) hebben een grotere kans op middelenmisbruik dan wanneer dit niet het geval is (vgl. Winkel et al., 2009). Ook blijkt uit onderzoek dat probleemdrinkers vaker recidiveren met fysiek, psychisch en seksueel geweld tegen hun partner dan niet-probleemdrinkers (Horn, Scholing & Mulder, 2006).

Om jeugdtrauma's, impulsiviteit, socialisatie en alcoholgebruik onder ouders te meten is gebruik gemaakt van vier verschillende meetinstrumenten:

- Jeugdtrauma's ouders. De Adverse Childhood Experiences (ACE) gaat over gebeurtenissen in de eerste 18 jaar en wordt, met een simpele scoringsmethode, gebruikt om vast te stellen in welke mate de deelnemers in het onderzoek zijn blootgesteld aan jeugdtrauma's.
- Impulsiviteit/agressiviteit ouders. De Eysenck Impulsivity Scale beoogt iets te zeggen over de impulsiviteit/agressiviteit van respondenten.

8 Mannen die hun partner tot seksuele handelingen dwingen, lopen een hoger risico op herhaling van het plegen van geweld (Gondolf, 2001; Campbell et al., 2001; De Ruiter, 2011; Winkel et al., 2009).

- Socialisatie. De Gough Socialisation Scale is ontstaan uit items van de California Psychological Inventory.
- Alcoholgebruik ouders. De Audit-C kan helpen om personen te identificeren die (beginnende) alcoholproblematiek hebben of probleemdrinker zijn.

Een andere belangrijke onderzoeksvraag is in hoeverre ouders zich (weer) in staat voelen om hun pedagogische verantwoordelijkheid op zich te nemen. Met behulp van de NOSI-K (Nijmeegse Ouderlijke Stress Index-verkorte versie) vragenlijst is 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.

2.2.3 *Kinderen en hun ontwikkeling*

Een derde aspect van het onderzoek is de vraag in hoeverre er een afname is van traumatisering van de kinderen die of zelf slachtoffer zijn of getuige zijn van huiselijk geweld. Kinderen kunnen op verschillende manieren getraumatiseerd raken door geweld thuis, zoals in de probleemstelling naar voren kwam. Op de korte termijn kunnen kinderen last krijgen van angsten, depressie, hyperactiviteit, schaamte en boosheid. Op de lange termijn kunnen deze gevolgen een blijvend karakter krijgen. De problemen ontstaan onder andere doordat het kind probeert zich aan te passen aan en om te gaan met de voortdurende stress die huiselijk geweld oproept (Kelly, Faust, Runyon & Kenny, 2002). Duidelijk is dat kinderen die getuige zijn van ouderlijk geweld effecten ondervinden die vergelijkbaar zijn met de gevolgen van fysieke kindermishandeling (Dijkstra, 2007; Rester & Hester, 2006).

Kinderen die een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt, kunnen hier zo door beïnvloed raken dat ze last krijgen van sociale angst (Pynoos, Steinberg & Piacentini, 1999). Dit houdt in dat ze bang zijn om negatief te worden beoordeeld in sociale situaties, mede uit onzekerheid over eigen vaardigheden en verschijning. De angst kan zo groot zijn dat het kind zich terug gaat trekken uit sociale situaties en deze gaat vermijden. Naarmate een kind meerdere traumatische gebeurtenissen meemaakt, wordt de kans op sociale angst groter (Alink et al., 2013; IJzendoorn, 2008; Bandelow et al., 2004). De gevolgen hiervan zijn vooral eenzaamheid en isolement. Tegelijkertijd is het kind teleurgesteld in zichzelf omdat het sociale situaties vermijdt. Hierdoor ontstaat een vicieuze cirkel (Van der Ploeg, 2005; Emery, 2006). Hoe langer een kind last heeft van sociale angst, hoe groter de drempel wordt om deel te nemen aan sociale situaties. In het dagelijks leven is dit natuurlijk erg lastig. Het kind zal waarschijnlijk weinig vrienden maken, maar ook op school kan de sociale angst moeilijkheden opleveren, bijvoorbeeld met spreken in de klas. Ook in het latere leven kan sociale angst een grote belemmering zijn, denk aan sollicitatiegesprekken. Als gevolg van een traumatische gebeurtenis kan verder sprake zijn van (reactieve) depressie, vaak van acute

en kortstondige aard (Van der Ploeg, 2005). Voorts vertonen kinderen die getraumatiseerd zijn vaak impulsief en hyperactief gedrag en hebben ze moeite met de concentratie (IJzerdoorn, 2008; Armsworth & Holaday, 1993). Of een getraumatiseerd kind inderdaad hyperactief gedrag gaat vertonen, hangt onder meer samen met de leeftijd waarop de traumatische gebeurtenis plaatsvond.

Een belangrijk doel van de aanpak van huiselijk geweld is preventie van intergenerationele overdracht. De verwachting is dat door een sluitende aanpak de mogelijke traumatisering van de kinderen te voorkomen is en kinderen minder (gedrags)problemen zullen krijgen. Op de langere termijn wordt een afname van intergenerationele overdracht van huiselijk geweld verwacht.

Het onderzoek gaat na of de betrokken kinderen in deze gezinnen trauma-symptomen vertonen. We maken gebruik van de Trauma Symptom Checklist for Young Children voor kinderen tot 10 jaar. Om de traumasymptomen van kinderen van 10 tot 18 jaar in kaart te brengen, vulden deze kinderen de Nederlandse vertaling van de Trauma Symptom Checklist for Children in (TSCC; Briere, 1996). De TSCC evalueert posttraumatische symptomen bij kinderen en adolescenten (van 8 tot 16 jaar, met normatieve aanpassingen voor 17-jarigen), waaronder de effecten van kindermishandeling (seksueel, fysiek en geestelijk), verwaarlozing, ander interpersoonlijk geweld, getuige zijn van trauma's van anderen, grote ongelukken en natuurrampen.

2.3 *Onderzoeksopzet*

Het onderzoek is met behulp van verschillende onderzoeksmethodieken uitgevoerd. Ten eerste is in de verkennende fase van het onderzoek de aanpak huiselijk geweld in de vier grootste steden in beeld gebracht door een documentstudie en interviews met sleutelfiguren. Beschreven is hoe de bestuurlijke setting is en hoe het hulpaanbod er in de vier steden uit ziet.⁹ (In hoofdstuk 1, de inleiding, hebben we de resultaten ervan besproken). Daarnaast zijn in het effectonderzoek gezinnen die in aanraking zijn gekomen met het SHG of AMK of een andere hulpinstelling gedurende anderhalf jaar gevolgd om na te gaan wat de geboden zorg heeft opgeleverd. Ten slotte heeft er een verdiepend casusonderzoek plaatsgevonden met als voornaamste doel te achterhalen wat de werkzame elementen zijn van de aanpak in de vier steden. Bij een complex onderwerp als huiselijk geweld, dat gevoelig ligt en nog altijd tot de taboesfeer behoort, biedt kwalitatief onderzoek de mogelijkheid om de beleving of betekenisverlening van de betrokkenen te achterhalen en de thematiek in concrete, alledaagse omstandigheden te beschrijven en te interpreteren.

⁹ Deze procesevaluatie is in een interne tussenrapportage vastgelegd (Lünnemann et al., 2011).

2.3.1 *Het effectonderzoek*

De vragenlijsten zijn op drie momenten afgenomen bij de onderzoeksgroep. De onderzoeksgroep is voor de eerste keer benaderd kort na aanmelding bij een instelling zoals het SHG, AMK, Vangnet Jeugd of De Waag. De tweede meting vond een jaar na de eerste meting plaats. De derde meting heeft plaatsgevonden een half jaar na de tweede meting.

Voor het effectonderzoek hebben wij over de drie metingen informatie verzameld betreffende 607 respondenten, 211 volwassenen (voornamelijk vrouwen n=193; 18 mannen) en 396 kinderen die te maken hebben gehad met geweld in het gezin. We zien dat er een geleidelijke afname is van het aantal deelnemers bij de volgende metingen (zie de onderstaande tabel 2.1).

Tabel 2.1 Deelnemende ouders en kinderen per meting

		N	% van totaal
1e meting	Aantal ouders	211	100%
	Aantal kinderen	381	96%
2e meting	Aantal ouders	127	60%
	Aantal kinderen	239	60%
3e meting	Aantal ouders	109	52%
	Aantal kinderen	198	50%

Van de ouders hebben we de gegevens van alle drie de metingen, terwijl we bij een deel van de kinderen maar gegevens van één of twee metingen hebben. Van het merendeel van de kinderen (67%) hebben we de gegevens van alle drie de metingen. Er zijn zowel kinderen afgevallen als bijgekomen (dit betreft die kinderen die niet meegedaan hebben aan de eerste meting omdat zij hiervoor nog te jong waren, maar die wel de gewenste leeftijd hadden bij de tweede of derde meting).

2.3.2 *Het casusonderzoek*

Het casusonderzoek is een verdieping op het effectonderzoek. Deze verdiepende studie heeft als voornaamste doel te achterhalen wat de werkzame elementen zijn van de aanpak huiselijk geweld in de vier steden. Bij complexe onderwerp als huiselijk geweld biedt kwalitatief onderzoek de mogelijkheid om de beleving of betekenisverlening van de betrokkenen te achterhalen en de thematiek in concrete, alledaagse omstandigheden te beschrijven en te interpreteren. We hebben eerst moeders bevraagd via diepte-interviews. Via de moeders hebben we contactgegevens van hun hulpverleners gekregen en we hebben deze hulpverleners gesproken over het hulpaanbod en het aanbod aan de cliënt. Ook hebben we twee expertmeetings gehouden: een met vooral deskundigen uit de GGZ, en een met vooral hulpverleners werkzaam bij een

SHG en AMK. Met drie voorbeelden is ingegaan op knelpunten en goede praktijken.

De vrouwen die zijn geïnterviewd, zijn geworven via de tweede meting. Zij konden aan het einde van de vragenlijsten aangeven of zij een gesprek over de hulpverlening wilden. Vervolgens zijn de vrouwen benaderd, waarbij rekening is gehouden met een spreiding naar stad. Er zijn geen mannen benaderd omdat zij te klein in aantal waren.

2.3.3 *Werving respondenten onderzoek*

De doelgroep van het onderzoek zijn gezinnen die op de titel huiselijk geweld of partnergeweld in aanraking zijn gekomen met de aanpak huiselijk geweld in een van de vier grote steden, via de kanalen die hiervoor zijn ingericht: de SHG, AMK, of instellingen als de (crisis)interventieteams AMW of Vangnet Jeugd (specifiek voor Amsterdam). Cliënten van bovengenoemde organisaties waren potentiële deelnemers aan het onderzoek wanneer ze voldeden aan de volgende criteria:

- behorend tot een gezin waarin partnergeweld heeft plaatsgevonden of plaatsvindt;
- behorend tot een gezin met kinderen waarvan de kinderen de leeftijd hebben van 3 tot 18 jaar;
- zowel kind(eren) als ouder(s) kunnen de Nederlandse taal lezen en begrijpen.

Oorspronkelijk was het de bedoeling dat de hulpverleners binnen alle organisaties die betrokken waren bij de aanpak huiselijk geweld in de G4 de doelpopulatie zouden benaderen. Dit betekent dat de onderzoekers vanaf eind 2009 tot half 2010 ruim dertig organisaties benaderden. Alle betrokken organisaties gaven aan mee te werken aan het onderzoek. In totaal is aan ongeveer 300 hulpverleners uitgelegd hoe de procedures precies werkten, wat werd verwacht van de hulpverleners en hoe cliënten konden deelnemen aan het onderzoek. Daarnaast is een instructiefilmpje gemaakt om aan te geven hoe hulpverleners telefonisch cliënten konden benaderen.

Hoewel alle organisaties zonder uitzondering enthousiast reageerden op het onderzoek en alle hulpverleners bereid leken cliënten te werven, bleek dit uiteindelijk niet de weg om cliënten bij het onderzoek te betrekken.

Uiteindelijk hebben maar twee hulpverleners uit Amsterdam (SHG Amsterdam Zuidoost) twee cliënten voor het onderzoek aangeleverd. Vandaar dat we vanaf najaar 2010 een andere wervingsmethode hanteerden. In overleg met het SHG Rotterdam is bekeken of het mogelijk zou zijn om de (nieuw aangeelde) cliënten telefonisch te benaderen met het verzoek om medewerking aan het onderzoek. In de registratie is bekeken of we een voorselectie konden maken van de cliënten op aanmeldingsdatum en gezinssituatie. Deze werkwijze bood de onderzoekers de mogelijkheid alle potentiële deelnemers zelf

te benaderen, aanvullende vragen te stellen en ten slotte afspraken te maken over deelname van de cliënten.

Deze wijze van werving bleek in de praktijk goed te werken. Uiteindelijk voldeed ongeveer de helft van de cliënten aan alle criteria en was bereid om mee te werken.¹⁰ Wel viel het aantal cliënten dat tot de doelgroep behoorde (gezin met kinderen) tegen; het cliëntenpotentieel was veel kleiner dan oorspronkelijk gedacht. Dientengevolge moesten we ook de doelstellingen voor het te behalen aantal cliënten bijstellen.

Eenzelfde werkwijze volgden we bij de andere SHG's in de G4-steden. Tegelijkertijd werden de Bureaus Jeugdzorg (of AMK's) die een rol spelen in de aanpak huiselijk geweld betrokken bij dezelfde aanpak. In Amsterdam zit de organisatie Vangnet Jeugd nog voor het Bureau Jeugdzorg in de keten, vandaar dat daar besloten werd via die organisatie cliënten te werven. In Utrecht meldde Bureau Jeugdzorg dat alle cliënten huiselijk geweld waar kinderen bij zijn betrokken, ook in de SHG-registratie voorkomen; vandaar dat we daar alleen de route via het SHG volgden. In Den Haag verliep zowel bij het SHG als bij het AMK de werving telefonisch. Naast deze ingangen voor cliënten die te maken hebben met huiselijk geweld, verliep in alle steden de werving ook via de vrouwen(/mannen)opvang. Deze werving ging via een persoonlijk bezoek van de onderzoekers aan de (crisis-)opvanggroepen. De onderzoekers werden uitgenodigd op een bewonersbijeenkomst, waar ze het onderzoek kort konden toelichten en bewoners (indien ze voldeden aan de criteria) konden aangeven of ze wilden meedoen. De laatste ingang die we gebruikten betrof De Waag (cliënten van de locaties Utrecht en Den Haag). De Waag biedt systeemtherapeutische behandeling voor gezinnen die te maken hebben met huiselijk geweld (met specifieke aandacht voor daders) en is vanuit dat oogpunt interessant als subgroep. Ook andere organisaties bieden deze hulp, maar die bleken uiteindelijk niet bereid mee te werken. Ook bij De Waag werden potentiële cliënten die voldeden aan de criteria gebeld met het verzoek of ze wilden meewerken. Het betrof hier overigens maar een relatief kleine groep gezinnen.

10 Een bijkomende bevinding was dat de registratie behoorlijk vervuld is; veel cliënten kwamen dubbel voor, en geregeld kwamen cliënten onder een andere naam voor in de registratie.

Tabel 2.2 Aantal geworven cliënten via de volgende instanties

Organisatie	Aantal	percentage	ouders	kinderen
SHG Rotterdam	101	16,64%	36	65
SHG Den Haag	78	12,85%	26	52
SHG Amsterdam	115	18,95%	36	79
SHG Utrecht	80	13,18%	26	54
Vrouwenopvang Amsterdam	17	2,80%	5	12
Vrouwenopvang Rotterdam	26	4,28%	10	16
Vrouwenopvang Utrecht	30	4,94%	13	17
Vrouwenopvang Den Haag	12	1,98%	5	7
Mannenopvang Utrecht	5	0,82%	2	3
AMW Utrecht	3	0,49%	1	2
Vangnet Jeugd Amsterdam	62	10,21%	21	41
BJZ Haaglanden	47	7,74%	17	30
De Waag Utrecht/Den Haag	31	5,11%	13	18
Totaal	607	100,00%	211	396

Het bleek niet altijd mogelijk goed te selecteren op het criterium ‘gezin’ in de registratiegegevens, vandaar dat bij het bellen en de bezoeken vrij veel cliënten afvielen omdat ze niet tot een gezin met kinderen behoorden. Daarnaast was de taal een criterium voor non-respons. Aangezien de onderzoekers de cliënten zelf belden, moesten zij de inschatting maken of de cliënt voldoende Nederlands begreep om mee te doen. Uitgangspunt was dat wanneer de cliënt de introductie van het onderzoek goed begreep en de introductievragen gemakkelijk beantwoordde, deelname geen probleem zou zijn. Redenen om niet deel te nemen aan het onderzoek waren onder andere: cliënt had behoefte aan rust; wilde even niet met het probleem geconfronteerd worden; vond deelname lastig; was nog te geëmotioneerd; had geen behoefte aan hulp (hoewel wij altijd duidelijk meldden dat dit een onderzoek betrof, werd toch geregeld gedacht dat het een onderdeel of vorm van hulp was); was niet geïnteresseerd in deelname.

De overgrote meerderheid van de registratiegegevens betrof vrouwen als slachtoffer van geweld. Hierdoor zijn er door de onderzoekers contacten gelegd met voornamelijk de moeders. Deze bleken voor het overgrote deel inmiddels niet meer bij hun partner te wonen, al dan niet tijdelijk. Aan de vrouwen is standaard gevraagd of de onderzoekers hun (ex-)partner mochten benaderen en of zij contactgegevens over hun (ex-)partner hadden. Slechts een enkele vrouw was bereid om de gegevens van de (ex-)partner door te geven aan de onderzoekers. De meeste vrouwen wilden liever niet dat de

onderzoekers contact opnamen met hun ex-partner. Veel vrouwen leken bang dat het doorgeven van de contactgegevens zou leiden tot agressie van hun ex-partner. Een groot deel van de vrouwen zei dan ook dat zij geen idee hadden waar hun ex-partner woonde of wat zijn telefoonnummer was. Dit maakte het zeer moeilijk om mannen te benaderen voor het onderzoek. Wij wilden niet buiten de toestemming van de vrouwen om hun ex-partners benaderen wegens het gevaar van hernieuwde escalatie. Ook ontbrak het aan gegevens om deze mannen te benaderen. Tenslotte bleek de bereidheid om aan het onderzoek mee te werken van mannen die we wel bereikten, zeer laag en veel lager dan van vrouwen.

Dit heeft voor het onderzoek twee consequenties. Ten eerste is er nauwelijks sprake van volledige gezinssystemen, dus waar beide ouders aan het onderzoek meedoen. Ten tweede is er een oververtegenwoordiging van vrouwen in het onderzoek.

2.3.4 Werving respondenten referentiegroep

Voor het effectonderzoek zijn verschillende vragenlijsten gebruikt om inzicht te krijgen in de samenhang tussen een groot aantal aspecten die samenhangen met huiselijk geweld. We gebruiken hiervoor vanuit het Amerikaans naar het Nederlands vertaalde gevalideerde vragenlijsten en reeds eerder in het Nederlands vertaalde en gevalideerde vragenlijsten. Onze onderzoeksgroep is selectief geworven via hulpverleningsinstellingen. We wilden graag de samenhang tussen de constructen die wij meten (partnergeweld, psychotrauma, opvoedingsstress, jeugdtrauma's, emotionele veiligheid), toetsen aan de situatie in 'normale' gezinnen. Daarom zetten we de onderzoeksgroep af tegen een referentiegroep.

De referentiegroep bestaat uit een steekproef van de gehele Nederlandse bevolking, dat wil zeggen dat ook in deze steekproef huiselijk geweld voorkomt. Aangezien een Nederlandse normering in een aantal gevallen ontbreekt, is het voor de duiding van de resultaten in de populatie die te maken heeft (gehad) met huiselijk geweld (hierna te noemen: de onderzoeksgroep), noodzakelijk om ook de resultaten van een Nederlandse referentiegroep te hebben. Voor twee vragenlijsten (de emotionele-veiligheid-lijsten) is geen goede normering voorhanden, vandaar dat wij hebben besloten deze data zelf te verzamelen. Dit betekent dat wij een referentiegroep benaderden die enerzijds representatief is voor de Nederlandse bevolking (18 jaar en ouder) en anderzijds voldoende gezinnen met kinderen tussen de 3 en 18 jaar omvat, om uitspraken te kunnen doen over de samenhang.

Vanwege de omvang van de verschillende vragenlijsten kozen we ervoor om niet alle instrumenten hiervoor te gebruiken, maar hebben we de belangrijkste (over geweld, jeugdtrauma's, opvoedingsstress, psychotrauma's en emotionele veiligheid) geselecteerd en in combinatie getoetst binnen een steekproef

onder de Nederlandse bevolking. De werving van respondenten voor dit onderzoek werd telefonisch uitgevoerd, waarbij uit alle bekende (mobiele en vaste) telefoonnummers (7.500.000) van de bekendste providers in Nederland (KPN, Vodafone) een willekeurige steekproef van 1.000.000 nummers werd getrokken. Deze verdeelden we in negen verschillende blokken van 111.000 nummers. De negen blokken werden vervolgens op volkomen willekeurige volgorde gezet en ter beschikking gesteld aan negen onderzoekers die gedurende tien avonden in groepjes van drie tot zeven onderzoekers van 18:30 - 20:30 uur de nummers belden. Voor het kiezen van de nummers was een programma gemaakt dat uit de pool van 111.000 nummers steeds een niet eerder getoond nummer toonde aan de onderzoeker. Na afronding van een telefoongesprek werd via de toets 'volgende' een nieuw niet eerder gebeld nummer getoond. In de gesprekken werd het onderzoek toegelicht en werd de respondent gevraagd of hij of zij mee wilde werken. Indien een respondent wilde meewerken, stelden de onderzoekers een aantal aanvullende vragen over gezinssamenstelling, zodat indien mogelijk ook de kinderen en partners konden meedoen. Daarna kreeg de respondent een e-mail met daarin de informatie over het onderzoek, de internetlink naar de vragenlijsten en gebruikersnamen/wachtwoordcombinaties voor alle mogelijke deelnemers uit het huishouden. Indien respondenten de vragenlijsten niet via internet wilden (of konden) invullen, kregen ze vragenlijsten op papier toegezonden.

Tabel 2.3 Benadering en respons referentiegroep

	Personen	Inclusief gezinsleden
Totaal aantal gesprekken	± 1400	onbekend
Verzonden uitnodigingen via e-mail	701	1154
Verzonden uitnodigingen op papier	55	86
Deelname via internet	440	726
Deelname via papier	24	30
Bruto respons*	33,14%	onbekend
Netto respons	66,19%	60,97%

* Percentage meegedaan van totaal aantal gesproken personen

Voor twee vragenlijsten (Socialisatie, Impulsiviteit) is gebruik gemaakt van een in 2007 uitgevoerd normeringsonderzoek onder ruim 600 werknemers van Reclassering Nederland. De werknemers werden benaderd met een internetlink om de vragenlijsten te beantwoorden. De respons onder deze groep was zeer hoog, bijna tachtig procent van de benaderden heeft meegedaan.

Deel II

3 *Achtergrondkenmerken onderzoekspopulatie*

In dit hoofdstuk beschrijven we de groep respondenten die aan het onderzoek hebben deelgenomen. Dit geeft zowel een beeld van de onderzoeksgroep als van de doelgroep die bereikt wordt met de aanpak huiselijk geweld in de vier grote steden.

We beschrijven zowel de achtergrondgegevens van de ouders als die van de kinderen. Bij de achtergrond van de ouders is gekeken naar een aantal algemene achtergrondvariabelen, zoals de etniciteit van de respondenten, het opleidingsniveau, inkomen en arbeid. We geven ook de achtergrondkenmerken van de kinderen weer.

Ook gaan we na of er tussen de vier grote steden verschillen zijn in achtergrondkenmerken van de onderzoeksgroep.

3.1 *Algemene kenmerken deelnemende ouders*

Zoals eerder aangegeven in hoofdstuk 2 bestaat de respondentengroep voor het overgrote deel uit vrouwen. In totaal hebben 18 mannen deelgenomen aan het onderzoek, waarvan een groot deel afkomstig was van het daderhulpprogramma van De Waag (zie in hoofdstuk 2 tabel 2.1). Deze ongelijke verdeling heeft een aantal gevolgen voor de onderzoeksopzet. Ten eerste blijken de meeste vrouwen in het onderzoek vooral slachtoffer te zijn van partnergeweld; zij melden zich bij het SHG of een andere hulpinstelling als slachtoffer van geweld. Een klein aantal mannen is via de mannenopvang geworven en heeft zich eveneens gemeld als slachtoffer. De andere mannen zitten vooral in de plegerhulpverlening. Door het ontbreken van voldoende gezinssystemen (beide partners) kunnen we de onderzoeksvraag naar hoe de aanpak invloed heeft op het gewelddadig gedrag van plegers van relationeel geweld, alleen beantwoorden via de (ex-)partner en niet door zelfrapportage van de pleger.

De onderzoeksvraag of de aanpak huiselijk geweld wel of niet effectief is in het verminderen van het geweld, het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden en het welbevinden van de kinderen kunnen we wel beantwoorden. Voor deze vraag is het niet relevant om een onderscheid te maken naar sekse of dader/slachtofferschap. Waar nodig zullen we echter wel een onderscheid maken tussen de verschillende groepen respondenten.

In totaal hebben 211 ouders, 193 moeders (91%) en 18 vaders (9%), meegedaan aan het onderzoek. Als eerste bespreken we een aantal algemene kenmerken van deze populatie. De gezinnen in het onderzoek zijn ongeveer gelijkmatig verdeeld over de vier grote steden. De meeste ouders zijn afkomstig uit Amsterdam, gevolgd door Utrecht, Den Haag en Rotterdam.

Tabel 3.1 Herkomst van de ouders naar sekse en regionale herkomst

	totaal		Man		Vrouw	
	N	%	N	%	N	%
Rotterdam	46	21,8%	3	6,5%	43	93,5%
Amsterdam	62	29,4%	0	0,0%	62	100,0%
Den Haag	52	24,6%	5	9,6%	47	90,4%
Utrecht	51	24,2%	10	19,6%	41	80,4%
Totaal	211	100%	18	8,5%	193	91,5%

We hebben gekeken naar een aantal achtergrondkenmerken van de respondenten, zoals de etnische achtergrond, het opleidingsniveau, het inkomen en het wel of niet hebben van een betaalde baan.

3.1.1 *Etnische achtergrond*

Iets minder dan de helft van de onderzoeksgroep is autochtoon (47%). Van alle inwoners in de G4 in 2011 was 54% van de bevolking autochtoon. In de onderzoekspopulatie is het percentage autochtonen dus iets lager dan op basis van de bevolking in de G4 mag worden verondersteld.

Onderstaande tabel geeft de verdeling naar etniciteit per stad weer. Er is geen significant verschil wat betreft de etnische achtergrond tussen de vier verschillende steden. Wel zijn er enkele migrantengroepen die in de ene stad wat vaker voorkomen dan in de andere, zoals Indonesiërs in Den Haag, Surinamers in Amsterdam, en Antillianen in Rotterdam. Er is een vrij grote categorie 'overig'. Hierin werden alle mogelijke landen genoemd; de meest voorkomende landen in deze categorie waren Polen (2%) en Colombianen (1,5%). We zien onder de deelnemers aan het onderzoek de meeste autochtonen in Den Haag (ruim 55%) en de minste in Amsterdam (ruim 33%).

Het beheersen van de Nederlandse taal is een vereiste voor dit soort onderzoek waarbij ouders zelf een vragenlijst moeten invullen. We kunnen concluderen dat deze voorwaarde geen belemmering is geweest en dat het in dit onderzoek goed gelukt is om voldoende respondenten met een andere etnische achtergrond te betrekken.

Tabel 3.2 Respondenten naar herkomst per stad

	Rotterdam		Amsterdam		Den Haag		Utrecht		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nederlands	21	45,7%	22	35,5%	29	55,8%	27	52,9%	99	46,9%
Antilliaans	4	8,7%	2	3,2%	2	3,8%	0	0,0%	8	3,8%
Marokkaans	6	13,0%	8	12,9%	1	1,9%	6	11,8%	21	10,0%
Surinaams	5	10,9%	14	22,6%	7	13,5%	4	7,8%	30	14,2%
Turks	1	2,2%	3	4,8%	2	3,8%	0	0,0%	6	2,8%
Indonesisch	1	2,2%	2	3,2%	4	7,7%	1	2,0%	8	3,8%
overig	8	17,4%	11	17,7%	7	13,5%	13	25,5%	39	18,5%

3.1.2 Opleidingsniveau

Aan de respondenten is gevraagd wat hun hoogste opleidingsniveau is. Het opleidingsniveau van de onderzoeksgroep is gemiddeld iets lager dan dat van de algemene bevolkingsgroep van de vier steden. Het opleidingsniveau lager onderwijs en vmbo van de volwassenen van de G4 is 33% en in de onderzoeksgroep 42%, dus iets meer deelnemers hebben een laag opleidingsniveau. Een op de acht respondenten heeft alleen lager onderwijs gevolgd (12%). Het merendeel van de respondenten (42%) heeft een middelbare opleiding en een redelijk aantal respondenten (15%) is hoger opgeleid.

Tabel 3.3 Soort onderwijs respondenten naar regionale herkomst

	Lager onderwijs		Mavo, lbo		Havo, vwo, mbo		Hbo, wo	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rotterdam	5	10,9%	16	34,8%	22	47,8%	3	6,5%
Amsterdam	9	14,8%	15	24,6%	25	41,0%	12	19,7%
Den Haag	2	3,8%	19	36,5%	25	48,1%	6	11,5%
Utrecht	10	20,0%	13	26,0%	16	32,0%	11	22,0%
Totaal	26	12,4%	63	30,1%	88	42,1%	32	15,3%

3.1.3 Inkomen en werk

Uit de literatuur is bekend dat armoede en het niet hebben van een baan van invloed zijn op het ontstaan en voortbestaan van geweld in gezinnen. Daarom hebben we ook gekeken of er in de tijd belangrijke verschuivingen zijn opgetreden in werk en inkomen.

Er zijn maar weinig mensen binnen de onderzoekspopulatie die een inkomen hebben van meer dan 3.100 euro. Het merendeel (69%) behoort tot de lagere inkomensgroep van minder dan €1.500. In de vier grote steden ligt het percentage huishoudens met een laag inkomen op 32%. Daarmee heeft de onderzoeksgroep duidelijk een lager inkomen dan gemiddeld in de vier grote steden (en Nederland).

Tabel 3.4 Inkomen respondenten naar stad

	Wat is het netto maandelijks gezinsinkomen?					
	Lager dan € 1.500		Tussen € 1.500 en € 3.100		Hoger dan € 3.100	
	N	%	N	%	N	%
Rotterdam	32	69,6%	11	23,9%	3	6,5%
Amsterdam	41	66,1%	12	19,4%	9	14,5%
Den Haag	31	59,6%	16	30,8%	5	9,6%
Utrecht	41	80,4%	8	15,7%	2	3,9%
Totaal	145	68,7%	47	22,3%	19	9,0%

De onderstaande tabel (3.5) geeft weer hoeveel procent betaald werk heeft voor meer dan 12 uur in de week. Het merendeel van de onderzoekspopulatie (44%) heeft bij de eerste meting geen betaalde baan voor meer dan 12 uur per week. Het percentage respondenten zonder werk is duidelijk hoger dan gemiddeld in de G4 en Nederland (respectievelijk 8% en 6%). We zien dat het percentage deelnemers met betaald werk iets toeneemt bij elke meting, maar het gaat maar om een heel kleine toename. Al met al blijft het percentage deelnemers met betaald werk relatief laag. Het percentage respondenten behorende tot de laagste inkomenscategorie (minder dan € 1.500,- in de maand) was bij de eerste meting al verreweg het grootste (ruim 68%), bij de tweede meting neemt dit iets af, maar bij de derde meting is het weer toegenomen tot bijna 72 procent.

Ook in de variabelen werk en inkomen is er geen verschil tussen de vier grote steden. Relatief de meeste werkende deelnemers vinden we in Den Haag, waar ruim 55 procent van de deelnemers betaald werk heeft voor meer dan 12 uur in de week, maar dit verschil is niet significant. Het laagste percentage deelnemers met betaald werk (36,5%) vinden we in Amsterdam.

Tabel 3.5 Aantal respondenten met een betaalde baan (meer dan 12 uur per week) en netto maandelijks gezinsinkomen voor de drie verschillende meetmomenten

	Heeft betaald werk voor meer dan 12 uur in de week		Netto maandelijks gezinsinkomen < € 1.500,-	
	N	%	N	%
1e meting	92	43.6%	145	68.7%
2e meting	57	44.9%	82	64.6%
3e meting	51	47.2%	78	71.6%

3.2 *Algemene kenmerken deelnemende kinderen*

De gezinnen in dit onderzoek hebben gemiddeld twee kinderen, één van 3 tot 10 jaar en één van 10 tot 18 jaar. We hebben in dit onderzoek gegevens van in totaal 396 kinderen. De herkomst naar stad van deze kinderen zien we in de onderstaande tabel. De meeste kinderen (132) komen uit Amsterdam, het kleinste aantal (81) komt uit Rotterdam.

Tabel 3.6 Kinderen naar herkomst

	aantal	percentage
Rotterdam	81	20,5%
Amsterdam	132	33,3%
Den Haag	93	23,5%
Utrecht	90	22,7%
Totaal	396	100%

De gemiddelde leeftijd van de kinderen is bij alle drie de metingen tussen 7.0 tot 7.5 jaar. Normaal gesproken zouden we verwachten dat de gemiddelde leeftijd met de metingen toeneemt, ware het niet dat er aan de ‘onderkant’ (de 3-jarigen) bij elke meting nieuwe kinderen instromen. Vandaar dat de gemiddelde leeftijd wel iets toeneemt, maar niet heel veel.

Er zijn wel wat verschillen in leeftijd tussen enerzijds Amsterdam, Den Haag en Utrecht en anderzijds Rotterdam. In Rotterdam zijn de deelnemende jongeren twee jaar ouder: de gemiddelde leeftijd ligt daar op 9 jaar. Dit komt vooral doordat er in Rotterdam meer kinderen van 14 t/m 17 jaar meedoen aan het onderzoek.

Tabel 3.7 Gemiddelde leeftijd kinderen per stad

	1e meting	2e meting	3e meting
Rotterdam	8.9	9.4	10.1
Amsterdam	6.7	7.3	6.7
Den Haag	6.3	6.7	7.2
Utrecht	6.3	7.2	6.5
Totaal	7.0	7.5	7.3

De verhouding meisjes en jongens is ongeveer gelijk (48% jongens, 52% meisjes). In Den Haag en Utrecht doen iets meer jongens mee en in Rotterdam en Amsterdam iets meer meisjes. Maar ook hier is het verschil niet significant.

3.3 *Conclusie*

We kunnen constateren dat de respondenten in het onderzoek op een aantal punten een goede weerspiegeling geven van de bevolkingsgroepen van de steden die aan het onderzoek hebben deelgenomen. Bijzonder is dat het gelukt is om voldoende deelnemers van allochtone herkomst in het onderzoek te betrekken, aangezien dat met dit type onderzoek altijd een groot probleem blijkt.

Bij andere aspecten zien we een duidelijk scheve verdeling. Zo doen er veel meer vrouwen dan mannen mee, is het opleidingsniveau over het algemeen iets lager, is het inkomensniveau duidelijk veel lager en hebben relatief weinig deelnemers werk voor meer dan 12 uur per week.

Een tweede conclusie is dat er in achtergrondkenmerken van de respondenten geen significante verschillen zijn tussen de vier steden.

4 *Geweld tussen partners*

In dit hoofdstuk gaan we in op het geweld tussen partners. Wat gaat er schuil achter de term partnergeweld? Hoe ziet de geweldsdynamiek eruit tussen mannen en vrouwen in een intieme relatie? Eerst geven we een theoretisch kader over de betekenis van geweld in intieme relaties. Nadat we uiteen hebben gezet hoe we het geweld hebben gemeten, bespreken we de resultaten. Eerst gaan we in op de geweldsdynamiek tussen mannen en vrouwen en de verschillen tussen de onderzoeksgroep en de referentiegroep, en vervolgens op de samenhang tussen achtergrondkenmerken van de onderzoeksgroep en het geweld. Tot slot beantwoorden we de vraag of het geweld in de loop van de tijd is afgenomen.

4.1 *Partnergeweld als seksespecifiek probleem*

Geweld tegen partners of tussen partners kent een grote variëteit aan geweld, dynamische (machts)processen en persoonlijkheden. Tegenwoordig wordt een onderscheid gemaakt tussen geweld als onderdeel van controle en macht en geweld dat situationeel en/of incidenteel voorkomt (Lünnemann & Pels, 2013). Johnson (1999, 2006, 2008) onderscheidde deze twee vormen op grond van een literatuurreview, en verfijnde dit later. Van ‘intimate terrorism’ spreken we als eenzijdig geweld wordt gebruikt ter controle van de ander. Doorgaans is het de man die de vrouw op allerlei manieren ernstig en langdurig controleert en geweld gebruikt om zijn macht te behouden. Het gaat niet alleen om fysiek en psychisch geweld, maar ook om seksuele dwang. In het tweede geval spreken we van ‘common couple’-geweld of situationeel partnergeweld. Binnen situationeel partnergeweld bestaat een grotere variëteit. Het kan gaan om min of meer incidenteel geweld, waarbij beide partners geweld gebruiken maar zonder dat er macht en controle is over de ander en zonder dat de controle toeneemt en het geweld escaleert. Ook kan er chronisch geweld plaatsvinden waarbij bepaalde stressfactoren een rol spelen, bijvoorbeeld alcoholgebruik of het ontbreken van agressieregulering of communicatievaardigheden.

Naast controlerend partnergeweld en situationeel partnergeweld, is er een patroon waar de partner, doorgaans de vrouw, geweld gebruikt als reactie op langdurig geweld van de ander. Het geweld wordt dan niet ingegeven door het

willen beheersen en controleren van de ander. Vrouwen die hun partner ernstig verwonden of doden doen dit gewoonlijk na jarenlange vernedering, controle en agressie. In een recent onderzoek in Engeland naar vrouwen die veroordeeld zijn vanwege geweld tegenover hun huidige partner, blijken al deze vrouwen een lange geschiedenis te hebben van geweld in het ouderlijk gezin en van partnergeweld in de huidige of soms vorige relatie (Thomson, 2013). Tot slot zien we het patroon waarin beide partners elkaar willen controleren en beheersen en beide gewelddadig zijn (Graham-Bermann & Edleson, 2003; Johnson, 2008, 2006).

Duidelijk is dat zowel mannen als vrouwen geweld gebruiken in relaties. De mate waarin zij geweld gebruiken en de mate van slachtofferschap verschillen echter. Hoe groot de verschillen zijn, is onderwerp van doorlopende discussie. De wijze waarop geweld wordt gemeten en het perspectief van de onderzoeker bepalen mede het resultaat.

Grofweg zijn er twee standpunten over geweld in intieme relaties te onderscheiden. Het ene standpunt kijkt niet alleen naar gedragingen van geweld, maar plaatst het geweld in de sociale context waarin het geweld plaatsvindt. Het gaat daarbij ook om manieren van controle en dominantie, om het samenspel van fysiek geweld, psychisch geweld en seksuele dwang en het creëren van een sfeer van angst. Het gaat daarom niet alleen om gedragingen van geweld, maar ook om vormen van macht binnen de relatie, om zeggenschap en taakverdeling (Zie bijvoorbeeld Dobash & Dobash., 1992; Johnson, 1995, 2006; Kurz, 1989; Pico-Alfonso 2005; Tanha et al., 2010; Reed et al., 2010). Vrouwen zijn vaker slachtoffer van ernstig geweld, ze zijn vaker slachtoffer van ernstig letsel waarvoor doktersbezoek noodzakelijk is, en vooral: vrouwen zijn slachtoffer van seksueel geweld. Vrouwen voelen significant meer angst dan mannen (Swan en Snow, 2010). Zij zoeken (daarom) ook vaker bescherming bij de politie of vluchten (met hun kinderen) naar een opvanghuis. Vrouwen die worden vervolgd wegens geweld tegen hun partner gebruiken dit geweld meestal uit zelfverdediging (ditzelfde geldt voor partnerdoding) (Hester, 2009; Johnson, 2008; Tanha et al., 2011; Van Veen & Bogaerts, 2010; Römken, 2010; Reed et al., 2010; Graham-Kevan & Archer, 2003). Ook komt uit onderzoek naar voren dat mannen die lichamelijk geweld gebruiken tegen hun partner veel devianter zijn dan vrouwen die zich schuldig maken aan partnergeweld (Magdol et al., 1997 in Van der Knaap et al., 2010). Zo hebben mannelijke plegers vaker een antisociale persoonlijkheidsstoornis, ze zijn vaker depressief en zijn vaker polydrugsgebruikers. Bovendien zijn zij vaker slecht opgeleid en langdurig werkloos, en ontbreekt het hun aan een sociaal netwerk. Het tweede standpunt gaat ervan uit dat mannen en vrouwen in gelijke mate als dader betrokken zijn bij partnergeweld. Wetenschappers binnen deze stroming wijzen op het groeiende aantal studies waaruit blijkt dat agressief gedrag in intieme relaties niet is voorbehouden

aan mannen en dat ook vrouwen zich schuldig maken aan (ernstige) vormen van partnergeweld (zie bijvoorbeeld Archer, 2000, 2006; Dutton & Corvo, 2006; Dutton & Nicholls, 2005; Ehrensaft, Moffitt & Caspi, 2004; Fiebert, 2009).

Onderzoek naar aard en omvang van geweld in intieme relaties kent verschillende beperkingen. Zo wordt naar voren gebracht dat studies onder de algemene bevolkingsgroep uitsluitend het niet ernstige 'common couple violence' in kaart brengen (Johnson, 1995). Populatiesteekproeven meten geen ernstige vormen van geweld, zoals het intiem terrorisme, omdat de slachtoffers niet snel aan zo'n onderzoek zullen meedoen (Johnson, 2006). Het commentaar op onderzoeken die wel de verschillen tussen mannen en vrouwen zichtbaar maken, is dat deze veelal onderzoek doen onder slachtoffers die zich bij hulpverleningsinstellingen en opvangvoorzieningen voor vrouwen hebben gemeld, en onder mannen die door de politie zijn aangehouden vanwege partnergeweld (Archer, 2000). Een selectiebias treedt op omdat personen selectief in een studie worden betrokken. Niet alle slachtoffers melden zich immers bij hulpverleners of gerechtelijke instanties.

Naast voorgaande onderzoeken is er longitudinaal epidemiologisch onderzoek onder geboortecohorten van ongeselecteerde bevolkingssteekproeven. Hieruit komt naar voren dat zowel mannen als vrouwen als dader betrokken zijn bij ernstig, klinisch relevant en frequent partnergeweld. Ehrensaft et al. (2004) vinden bijvoorbeeld in een Nieuw-Zeelands geboortecohort dat mannen en vrouwen even vaak daderschap rapporteren van ernstig partnergeweld (gedefinieerd als geweld dat resulteerde in letsel, de noodzaak voor medische behandeling, ingrijpen door de politie en/of het zoeken van hulp bij een officiële instantie). Minder ernstige vormen van partnergeweld worden daarentegen wel door vrouwen gerapporteerd, maar in aanzienlijk mindere mate door mannen. Ook andere longitudinale studies tonen aan dat mannen en vrouwen weinig verschillen in prevalentie van daderschap en dat partnergeweld vaak wederkerig blijkt te zijn (Capaldi & Owen, 2001; Fergusson et al., 2008; Moffitt, Robins & Caspi, 2001). Deze studies gaan niet in op controlemechanismen. Wel blijkt dat in ernstig gewelddadige relaties, waar zowel mannen als vrouwen zich schuldig maken aan partnergeweld, het agressieve gedrag van de man vaker een escalierend effect heeft. Wanneer de man als dader betrokken is bij geweld tussen partners duurt het geweld langer, zijn er meer incidenten en is de letselschade bij vrouwen ernstiger (Ehrensaft et al., 2004). Partnergeweld waarbij óók de man is betrokken, neemt zodoende ernstiger vormen aan en leidt vaker tot interventies van buitenaf (Ehrensaft et al., 2004).

4.2 *Vragenlijst om het geweld te meten*

In het effectonderzoek is gebruik gemaakt van de Revised Conflict Tactics Scale (CTS2) met als doel te meten of het geweld, in de zin van de frequentie van geweldsgedragingen, afneemt in de loop van de tijd. De vragenlijst meet de mate waarin partners betrokken zijn bij fysiek en psychisch geweld tegen elkaar in het jaar voorafgaand aan de invuldatum, vanuit het perspectief van de respondent. Zo meet de vragenlijst of alleen de partner geweld pleegt of dat beide partners geweld plegen. Er is zowel gekeken naar de prevalentie (welke vormen van geweld voorkomen) als de chroniciteit of frequentie (hoe vaak deze gedragingen zijn voorgekomen in het laatste jaar van de relatie). Daarnaast is nagegaan hoe betrokkenen omgaan met conflictsituaties en welke strategieën zij hanteren in situaties van geweld.

De CTS2 is door Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman ontwikkeld (1996) en door Lamers-Winkelmann naar het Nederlands vertaald. Voor dit onderzoek zijn de subschalen Fysiek geweld en Psychologisch geweld en Onderhandelen gebruikt. De vragenlijst bestaat uit 26 items die worden voorgelegd. Het gaat zowel om het geweld dat de respondent zelf gebruikt heeft als om het geweld van de partner. Er zijn zes items over de wijze waarop betrokkenen omgaan met conflictsituaties; acht items betreffen psychisch geweld en twaalf items gaan over ernstig en minder ernstig fysiek geweld. Een voorbeeld van een vraag uit de subschaal fysiek geweld is: 'Ik heb mijn (ex-)partner geschopt' of 'Mijn (ex-)partner heeft mij geschopt'. Een voorbeeld van een vraag uit de subschaal psychologisch geweld is: 'Ik heb mijn (ex-)partner beledigd of tegen hem/haar gevloekt' of 'Mijn (ex-)partner beledigde mij of vloekte tegen mij'. De vragenlijst maakt gebruik van een Likertschaal van 1 (dit is nooit gebeurd) tot 8 (meer dan twintig keer in het afgelopen jaar). De mate van onderhandelen bij conflicten is gemeten door zes items met de vraag hoe de respondent zelf en de partner omgaan met conflicten. Voorbeelden hiervan zijn 'Ik liet mijn (ex-)partner zien/merken dat ik om hem gaf, hoewel we van mening verschilden' of 'Ik legde mijn kant van de zaak uit als ik van mening verschilde met mijn (ex-)partner'.

De CTS2 neemt zowel de prevalentie en frequentie als de ernst van de verschillende fysieke en psychische geweldvormen mee. De mate van controle over de partner wordt niet gemeten in de CTS2 (dit is overigens een belangrijk kritiekpunt op de CTS2). Omdat uit onderzoek van O'Leary, Malone en Tyree (1994) blijkt dat psychologisch en fysiek geweld vaak samengaan, is er een gecombineerde schaal gemaakt die de mate van geweld weergeeft. Deze schaal bestaat uit de opgetelde scores van beide subschalen. 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. In de referentiegroep zijn de Cronbach's alpha's

voor de fysiek-geweldschaal, de psychisch-geweldschaal en de gecombineerde geweldschaal in het algemene bevolkingsonderzoek respectievelijk .89, .79 en .88. Deze zijn dus vergelijkbaar met de onderzoeksgroep en onverminderd zeer hoog.

Hoewel de CTS2 geen compleet beeld geeft van het geweld dat heeft plaatsgevonden, door het ontbreken van vragen over dwang- en controlemechanismen en seksuele dwang, geeft het wel een beeld van de hoeveelheid fysiek en psychisch geweld dat plaatsvond het afgelopen jaar, en kunnen we meten of dit geweld in de loop van de tijd toe- of afneemt.

Zoals we in hoofdstuk 2 hebben aangegeven is de onderzoeksgroep selectief geworven op partnergeweld via hulpverleningsinstellingen in de vier grote steden. Om de aard en omvang van het geweld van de onderzoeksgroep te kunnen duiden, vergelijken we in dit hoofdstuk de onderzoeksgroep met een steekproef onder de gehele Nederlandse bevolking (referentiegroep). De resultaten betreffende de mate van geweld door mannen en vrouwen geven we telkens weer voor zowel de onderzoeksgroep als de referentiegroep. Zo krijgen we inzicht in de verschillen in de ernst en aard van het geweld tussen onze onderzoeksgroep en de referentiegroep.

4.3 Geweld tussen mannen en vrouwen in intieme relaties

In deze paragraaf bespreken we de aard en omvang van fysiek en psychisch geweld tussen partners in intieme relaties. We gaan eerst in op de mate van geweld (4.3.1) en daarna op de vraag of mannen en vrouwen in intieme relaties eenzelfde soort geweld gebruiken tegenover elkaar (4.3.2). We bekijken dit voor de onderzoeksgroep en de referentiegroep.

4.3.1 Mate van geweld

Bij de onderzoeksgroep doet zich veel vaker een ernstige geweldssituatie voor dan in de referentiegroep. De onderzoeksgroep scoort voor alle vormen van geweld (fysiek en psychisch) en aard (ernstig en mild) veel hoger dan de referentiegroep. We zien dat in de referentiegroep ook geweld voorkomt tussen partners, het is immers een steekproef onder de gehele Nederlandse bevolking, maar in veel mindere mate. Zowel de prevalentie als de frequentie in het afgelopen jaar is veel hoger bij de respondenten. We kunnen concluderen dat de mensen die bij de instellingen terecht zijn gekomen vanwege partnergeweld, te maken hebben met herhaaldelijk geweld en dat er veelal ook een combinatie is van zowel lichamelijk als psychisch geweld (zie tabel 4.1).

Er zijn geen significantie verschillen in mate van geweld tussen de steden. Dit betekent dat we ervan uitgaan dat respondenten uit Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Den Haag niet van elkaar verschillen als het gaat om de geweldsachtergrond.

Tabel 4.1 Partnergeweld in de onderzoekspopulatie en de referentiegroep

	Vrouwen		Mannen	
	Onderzoek N=179	Referentie N=297	Onderzoek N=16	Referentie N=212
Zelf gedaan				
Prevalentie onderhandelen	93%	96%	100%	98%
Chroniciteit onderhandelen	60	53	64	46
Prevalentie psychisch geweld	88%	53%	94%	47%
Chroniciteit psychisch geweld	30	8	23	6
Prevalentie lichamelijk geweld	47%	10%	81%	5%
Chroniciteit lichamelijk geweld	14	4	10	5
Partner gedaan				
Prevalentie onderhandelen	88%	96%	94%	98%
Chroniciteit onderhandelen	35	50	48	45
Prevalentie psychisch geweld	93%	49%	100%	47%
Chroniciteit psychisch geweld	61	9	40	7
Prevalentie lichamelijk geweld	76%	8%	75%	6%
Chroniciteit lichamelijk geweld	48	5	20	3

Aangezien er een groot verschil is tussen de aantallen mannen en vrouwen in de onderzoeksgroep bespreken we de resultaten voor beide seksen apart. Eerst gaan we in op de vrouwen.

Vrouwen over het geweld in de intieme relatie

Bijna alle vrouwen uit de onderzoekspopulatie geven aan dat zij onderhandelen om conflicten en daarmee geweld te voorkomen. Hierin is nauwelijks verschil met de referentiegroep. Wel geven de vrouwen in onze onderzoeksgroep aan dat zij het afgelopen jaar vaker hebben onderhandeld dan de referentiegroep (zie chroniciteit onderhandelen). Als het gaat om het oordeel of de partners van de vrouwen hebben onderhandeld om geweld te voorkomen, dan zien we dat vrouwen in de onderzoeksgroep dit lager inschatten over hun partner dan de vrouwen in de referentiegroep. Voor de referentiegroep is het percentage voor vrouwen en hun partner gelijk als het gaat om onderhandelen, terwijl dit niet geldt voor de onderzoeksgroep. Vrouwen in onze onderzoeksgroep zijn van mening dat hun partner minder vaak een onderhandelingspoging doet om het geweld te voorkomen dan zichzelf. Ook komt naar voren dat hun partners minder onderhandelen dan de partners in de referentiegroep.

Wanneer we kijken naar het zelf plegen van psychisch geweld (zelf gedaan - prevalentie psychisch geweld), zien we dat 88 procent van de vrouwen zegt dat zij zelf psychisch geweld hebben gebruikt, tegenover 53 procent van de

vrouwen in de referentiegroep. Grotere verschillen blijken wanneer we kijken naar de frequentie ervan het afgelopen jaar (zelf gedaan - chroniciteit psychisch geweld, theoretische range van 1 tot 200 keer per jaar). In de algemene Nederlandse populatie oefenen de vrouwen die zeggen dat ze te maken hebben met geweld gemiddeld acht keer per jaar psychisch geweld uit, terwijl dit veel hoger ligt voor de vrouwen in de onderzoekspopulatie, namelijk dertig keer. Dus veel meer vrouwen in onze onderzoekspopulatie oefenen psychisch geweld uit en ze doen het ook veel vaker dan vrouwen in de algehele Nederlandse populatie. Ditzelfde beeld komt terug voor fysiek geweld: bijna de helft van de vrouwen in de onderzoeksgroep (47%) rapporteert fysiek geweld en dit is veel meer dan vrouwen in de referentiegroep (10%), terwijl het ook om een hogere frequentie gaat.

Als we kijken naar wat de vrouwen rapporteren over het geweld dat hun partners pleegden, zien we dat bijna alle vrouwen (93%) van de onderzoeksgroep zeggen dat hun partner psychisch geweld heeft gepleegd, wat ongeveer tweemaal zo hoog is als bij de vrouwen in de referentiegroep (49%). Fysiek geweld van de partner komt bij acht procent van de vrouwen in de referentiegroep voor. Hier zien we een groot verschil met de vrouwen in de onderzoeksgroep, waar ruim driekwart zegt dat ze te maken heeft gehad met fysiek geweld van de partner.

Opvallend hoog is het aantal incidenten waar de vrouwen in onze onderzoeksgroep slachtoffer van zijn. De vrouwen in de onderzoeksgroep hebben gemiddeld zestig keer per jaar te maken met psychisch geweld van de partner binnen de relatie, dat is gemiddeld vijf maal per maand. Tegenover negen keer in een jaar voor de referentiegroep, dat betekent minder dan eenmaal per maand. Dit patroon zien we ook terug als het gaat om fysiek geweld. Gemiddeld ondergingen vrouwen 48 keer fysiek geweld van hun partner (vier keer per maand) gedurende het laatste jaar. Tegenover een gemiddelde van vijf keer gedurende het afgelopen jaar voor de referentiegroep.

Mannen over het geweld in de intieme relatie

Bijna alle mannen in de onderzoeksgroep rapporteren dat zij psychisch geweld hebben gepleegd, terwijl iets minder dan de helft van de mannen in de referentiegroep dit rapporteert. De mannen in de onderzoeksgroep doen het ook frequenter. Daarnaast rapporteren alle mannen in de onderzoeksgroep dat hun partner psychisch geweld tegen hen heeft gepleegd; dit gebeurde frequenter dan bij de mannen in de referentiegroep.

Als het gaat om fysiek geweld rapporteert ruim tachtig procent van de mannen in de onderzoeksgroep fysiek gewelddadig te zijn geweest tegenover hun partner, tegenover vijf procent van de mannen in de referentiegroep. Ook hier zien we weer dat mannen rapporteren dat hun partner ook fysiek gewelddadig is geweest en zelfs vaker dan zichzelf.

De vraag is of de mannen uit de onderzoeksgroep hun eigen rol adequaat rapporteren. Uit onderzoek is bekend dat mannen die pleger zijn van geweld en aan daderprogramma's meedoen hun eigen aandeel flink bagatelliseren (Paymar, 2000).

Ernst van het geweld: mild en ernstig geweld

Zoals eerder vermeld is met de CTS2 ook de ernst van het geweld te onderscheiden. In totaal gaan elf vragen over ernstig geweld en negen vragen over mild geweld. Onder mild fysiek geweld wordt bijvoorbeeld verstaan: 'Mijn (ex-)partner gooide iets naar mij wat mij pijn zou kunnen doen'. Een voorbeeld van ernstig fysiek geweld is 'Mijn (ex-)partner stompte of sloeg mij met iets dat pijn kon doen'. De theoretische range van ernstig geweld ligt dus hoger dan die van mild geweld (0 - 550 (ernstig geweld) tegenover 0 - 450 (mild geweld)). In de onderstaande tabel zien we de jaarfrequentie (hoe vaak is het voorgekomen in het afgelopen jaar) van ernstig en mild geweld. Ook hier splitsen we vanwege de verschillen in aantallen de onderzoeksgroep uit naar mannen en vrouwen.

Tabel 4.2 Jaarfrequentie ernstig en mild geweld

	Mannen		Vrouwen	
	Onderzoek N=16	Referentie N=212	Onderzoek N=178	Referentie N=297
Eigen ernstig geweld (theoretische range: 0-275)	8	0,2	6	0,3
Partner ernstig geweld (theoretische range: 0-275)	12	0,5	32	0,2
Eigen mild geweld (theoretische range: 0-225)	22	3	26	4
Partner mild geweld (theoretische range: 0-225)	42	3	61	4

In de referentiegroep is er weinig verschil tussen het gerapporteerde milde en ernstige geweld van de vrouwen zelf of van hun partner. Voor de vrouwen in de onderzoeksgroep is hierin een verschil te zien. Zoals hiervoor aangegeven rapporteren vrouwen in de onderzoeksgroep meer geweld dan de vrouwen in de referentiegroep. Dit geldt zowel voor mild als voor ernstig geweld. Grote verschillen zien we ook als het gaat om de frequentie van geweld door hun partners. Het gebruik van geweld door de partners is voor mild geweld tweeënhalve maal zo hoog en voor ernstig geweld zelfs meer dan vijfmaal zo hoog als hun eigen geweld. De vrouwen in deze onderzoekspopulatie hebben vele malen vaker te maken met ernstig geweld door hun partner dan de vrouwen in de referentiegroep.

De mannen rapporteren eenzelfde patroon. Ook zij rapporteren dat de frequentie van zowel het mild als het ernstige geweld hoger is voor hun partner dan voor henzelf, ook al zijn de verschillen kleiner dan voor de vrouwen.

4.3.2 *Gebruiken mannen en vrouwen hetzelfde soort geweld?*

Duidelijk is dat beide partners geweld gebruiken. De vraag is echter of er ook wederzijds of wederkerig geweld gepleegd wordt: gebruiken beide partners even ernstig en even vaak geweld? In deze paragraaf gaan we wat dieper in op het wederzijdse karakter van het geweld, eerst voor de referentiegroep en daarna voor de onderzoeksgroep. In beide groepen is alleen gekeken naar de gezinnen, in de algemene bevolkingsgroep zijn de stellen zonder kinderen buiten deze analyses gehouden.

Door middel van een two-sample t-test is nagegaan of er een verschil is in het gemiddelde aantal geweldsincidenten van het afgelopen jaar zowel voor de zelfgerapporteerde geweldsincidenten als voor de partnergerapporteerde incidenten.

Wederzijds geweld in de referentiegroep?

De gemiddelde geweldscore onder de algemene Nederlandse bevolking ligt op ruim acht incidenten per jaar. Als we wat preciezer naar de verschillende vormen van zelfgerapporteerd geweld kijken, dan zien we dat het vooral de minder ernstige geweldsincidenten betreft. Als mensen ruzie met elkaar hebben dan komt uitschelden, gillen of schreeuwen tijdens een ruzie regelmatig voor, evenals stampvoetend het huis uitgaan. De vrouwen rapporteren wat vaker over partnergeweld, zowel waar het hun eigen gedrag (53%) als het gedrag van hun partner (49%) betreft. Het percentage mannen dat aangeeft dat er geweld is in de relatie door henzelf (48%) of door hun partner (47%) is iets lager. Vrouwen rapporteren iets meer incidenten, zowel van henzelf als van hun partner, dan mannen (negen tegenover zes); het verschil is significant ($p < .05$).

De meer serieuze vormen van geweld zoals slaan, schoppen, treiteren en arm omdraaien, komen eigenlijk alleen incidenteel voor. Er is geen significant verschil in de incidenten die gemeld worden, dit geldt zowel voor de eigen geweldsincidenten als voor het aantal geweldsincidenten dat door de partner gepleegd is. Hierin is er ook geen verschil tussen mannen en vrouwen waar te nemen. We zouden kunnen concluderen dat uit de steekproef onder de algehele bevolking blijkt dat er geen verschil is in het gedrag tussen mannen en vrouwen als ze ruzie maken (zie tabel 4.3). Beide partners maken zich schuldig aan lichte vormen van geweld binnen de relatie en het geweld vertoont bovendien een gelijksoortig karakter (in aard en ernst).

Tabel 4.3 Mate van wederzijds geweld in het algemene bevolkingsonderzoek

Gemiddelde aantal incidenten	Totaal (N=509)	Man (N=212)	Vrouw (N=297)
Eigen geweld totaal afgelopen jaar	4	3	5
Partnergeweld totaal afgelopen jaar	4	3	5
Totaal geweldsincidenten afgelopen jaar	8	6	9

Wederzijds geweld in de onderzoeksgroep?

De respondenten in het effectonderzoek hebben in hun relatie te maken met zeer ernstige vormen van geweld dat veelvuldig plaatsvindt. Gemiddeld ligt de score voor het geweld door henzelf gepleegd achtmaal zo hoog als voor de mensen in de referentiegroep, en de score voor de partner is 22 keer zo hoog.

In de onderzoeksgroep is er een duidelijk verschil in het aantal geweldsincidenten dat de respondent zelf pleegt en datgene dat de partner pleegt. De gemiddelde score voor de partner is negentig incidenten en voor de respondent zelf 32 incidenten. Dat is dus bijna driemaal zo hoog; er is dan ook een duidelijk significant verschil ($p < 0.000$) (zie tabel 4.4).

Er is geen significant verschil in het gemiddelde aantal incidenten voor alle vormen van geweld tussen mannen en vrouwen in onze dataset. Wat betreft genderverschillen moeten we in de eerste plaats opmerken dat het aantal mannen in de respondentengroep zeer laag is ($n=18$, waarbij we voor deze analyses over de gegevens van 16 mannen beschikken) ten opzichte van het aantal vrouwen ($n=178$). Daarnaast zijn twee mannen geworven via de mannenopvang. Een andere verklaring is dat mannen die geweld plegen en daderhulp ontvangen hun eigen geweld sterk bagatelliseren (Paymar, 2000).

Tabel 4.4 Mate van wederzijds geweld in het effectonderzoek

Gemiddelde aantal incidenten	Totaal (N=194)	Man (N=16)	Vrouw (N=178)
Eigen geweld totaal afgelopen jaar	32	30	33
Partnergeweld totaal afgelopen jaar	90	54	93
Totaal geweldsincidenten afgelopen jaar	122	84	126

Als we het geweld onderscheiden in mild en ernstig, dan komt een genuanceerder beeld naar voren in het geweldspatroon tussen de partners. Er blijkt dat er een sterker significant verschil is tussen het zelf gepleegde geweld en het geweld door de partner als het gaat om ernstig fysiek en ernstig psychisch geweld, dan voor mild geweld (tabel 4.5). Tevens blijkt er een verschil tussen mannen en vrouwen als het gaat om gebruik van mild en ernstig geweld (tabel 4.6).

Tabel 4.5 Gemiddelde aantal incidenten het afgelopen jaar door henzelf of door partner gepleegd, opgesplitst naar soort en ernst van het geweld

Gemiddelde aantal incidenten	Eigen geweld afgelopen jaar	Partnergeweld afgelopen jaar
Psychisch niet ernstig geweld***	21	39
Ernstig psychisch geweld***	5	16
Fysiek niet ernstig geweld***	5	20
Ernstig fysiek geweld***	2	15

*** p < .000

Psychisch geweld in de vorm van schelden, gillen en schreeuwen komt bij beide partners voor. Als het echter gaat om ernstige vormen van psychisch geweld zoals vernederende opmerkingen, dan is er minder vaak betrokkenheid van beide partners. In de helft van het aantal zaken zijn beide partners betrokken en als er maar één partner gewelddadig is, zijn het voornamelijk de mannen die deze vormen van ernstig psychisch geweld vertonen.

Als we kijken naar fysiek geweld, dan blijkt dat in zestig procent van de zaken beide partners betrokken zijn bij het geweld. Het betreft ook hier de wat minder ernstige vormen van geweld zoals duwen of vastpakken. Toch is hier ruim één op de drie mannen als enige fysiek gewelddadig. Als we kijken naar de ernstige vormen van fysiek geweld, dan zien we dat de mannen dit vaker alleen uitoefenen (55%). Zowel bij ernstig psychisch als ernstig fysiek geweld is het sekseverschil significant (p<.000).

Dit bevestigt eerder onderzoek dat het geweld van mannen tegen vrouwen ernstiger is dan het geweld van vrouwen tegen mannen (zie paragraaf 4.1).

Tabel 4.6 Percentage zaken waarin sprake is van wederzijds geweld of alleen uitgeoefend door de mannelijke of vrouwelijke partner

Percentage	Beide	Vrouw alleen	Man alleen
Psychisch geweld	169 (93%,4%)	4 (2,2%)	12 (6,2%)
Ernstig psychisch geweld***	71 (48,3%)	12 (8,3%)	64 (42,5%)
Fysiek geweld	92 (59,7%)	5 (2,2%)	57 (37%)
Ernstig fysiek geweld***	47 (38,5%)	8 (6,6%)	67 (54,9%)

*** p < .000

4.3.3 Conclusie: geweldsdynamiek tussen partners

We kunnen twee belangrijke conclusies trekken. Allereerst komt duidelijk uit de cijfers naar voren dat geweld in intieme relaties extreem veel vaker voorkomt in de onderzoekspopulatie dan in de referentiegroep. Ten tweede komt naar voren dat het bijna nooit gaat om eenzijdig geweld, maar dat dit niet betekent dat het gebruik van geweld door mannen en vrouwen in intieme relaties hetzelfde is in ernst. Er is vooral wederkerigheid in het milde psychische en fysieke geweld. Bij ernstig psychisch en fysiek geweld is er vaker eenzijdig geweld en dit wordt voornamelijk gepleegd door mannen.

4.4 Achtergrondkenmerken en risicofactoren in relatie tot geweld

Na inzicht te hebben gegeven in de geweldsdynamiek tussen de partners gedurende het jaar voorafgaand aan het moment dat er hulp werd gezocht bij een instelling, gaan we nu in op de samenhang tussen achtergrondvariabelen en relationeel geweld. Zijn er risicofactoren aan te wijzen? We gaan in op achtergrondkenmerken, de financiële situatie en werk, en opleidingsniveau.

Achtergrondkenmerken

Als we kijken naar een aantal achtergrondkenmerken als etniciteit, dan zien we dat alleen het land van herkomst van invloed is op de frequentie van het aantal geweldsincidenten. Het eigen geweld is hoger onder allochtone slachtoffers dan onder autochtonen ($p < 0.038$). Dit geldt echter niet voor het geweld van de partner. Binnen het algemene bevolkingsonderzoek is er geen significant verschil wat betreft de etnische herkomst (zie tabel 4.7).

Financiële situatie en werk

We hebben onderzocht wat de financiële situatie is van de onderzoeksgroep om na te gaan of er een relatie is met het partnergeweld. Armoede blijkt een belangrijke risicofactor te zijn voor het geweld door de partner ($p < 0.005$). Als er een minimuminkomen is (dat wil zeggen lager dan 1500 euro per maand), dan neemt het geweld door de partner significant toe. Voor het eigen geweld is het inkomen niet echt van invloed; er is geen significant verschil. Daarnaast is gekeken naar het wel of niet hebben van een betaalde baan. We beschikken hierbij alleen over de gegevens van de respondenten zelf. Het hebben van een betaalde baan heeft geen significante invloed op het geweld; het geweld door partners is iets hoger als de respondenten zelf geen betaalde baan hebben, maar er is geen significant verschil.

Opleidingsniveau

Het opleidingsniveau van de respondent vertoont geen samenhang met partnergeweld. Hoewel de groep laagopgeleiden in de onderzoeksgroep meer vertegenwoordigd is ten opzichte van het gemiddelde opleidingsniveau in de

vier grote steden, is er geen relatie gevonden tussen het opleidingsniveau en het relationele geweld. Vooral als het gaat om partnergeweld zien we wel dat als de vrouw een lagere opleiding heeft, het geweld door de partner toeneemt, maar het verschil is niet significant.

Tabel 4.7 T-test tussen eigen en partnergeweld en de relatie met achtergrondkenmerken

	Eigen geweld N=211	Geweld partner N=211
gemiddelde aantal geweldsincidenten afgelopen jaar	32	90***
Etnische achtergrond		
Allochtoon (n=101)	39*	97
Autochtoon (n=93)	26	82
Inkomen		
Lager dan 1500 (n=134)	36	104**
Tussen 1500 en 3100 (n=42)	25	58
Meer dan 3.100 euro (18)	23	57
Wel of niet betaalde baan		
Ja (n=84)	31	82
Nee (n=110)	33	95
Opleiding		
Lager onderwijs (n=25)	28	120*
Mavo/lbo (n=58)	34	87
Havo/ vwo/ mbo (n=83)	38	91
Hbo/vwo (n=27)	19	68

* p <.05 ** p <.01; *** p <.00

4.5 *Ontwikkelingen in het partnergeweld*

Een belangrijke onderzoeksvraag is of de aanpak huiselijk geweld in de vier grote steden ertoe heeft geleid dat het geweld tussen de partners daadwerkelijk is afgenomen. Tenslotte is dat een belangrijk doel van de aanpak huiselijk geweld. Is er een verandering in de geweldsscores in de anderhalf jaar dat wij de gezinnen volgden?

Prevalentie en chroniciteit onderhandelen

Als eerste kijken we naar de prevalentie en chroniciteit (zie tabel 4.8). In de onderstaande tabel staan deze gegevens voor de drie metingen weergegeven, uitgesplitst naar onderhandeling, psychisch en fysiek geweld.

Tabel 4.8 Partnergeweld over de drie metingen

	1e meting		2e meting		3e meting	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Zelf gedaan						
Prevalentie onderhandelen	100%	93%	91%	84%	91%	87%
Chroniciteit onderhandelen	66	60	51	48	41	48
Prevalentie psychisch geweld	94%	88%	73%	76%	55%	68%
Chroniciteit psychisch geweld	24	30	31	19	33	20
Prevalentie lichamelijk geweld	76%	47%	36%	34%	36%	30%
Chroniciteit lichamelijk geweld	10	14	17	9	15	7
Partner gedaan						
Prevalentie onderhandelen	88%	88%	64%	73%	82%	80%
Chroniciteit onderhandelen	48	35	46	29	36	24
Prevalentie psychisch geweld	100%	93%	82%	84%	82%	79%
Chroniciteit psychisch geweld	46	61	61	49	39	47
Prevalentie lichamelijk geweld	71%	76%	45%	55%	55%	50%
Chroniciteit lichamelijk geweld	20	48	53	33	12	40

Bij het onderhandelen (een positief getal) zien we dat de percentages bij de tweede en derde meting iets achterblijven bij de eerste meting, dit is echter niet significant. Het aantal onderhandelingspogingen blijkt wel significant afgenomen van de eerste naar de tweede meting, en het blijft constant in de derde meting. Dit betekent dat de onderzoekspopulatie minder de neiging heeft te onderhandelen in conflicten. Verder zien we dat de vrouwen vinden dat hun mannelijke partners duidelijk minder onderhandelingspogingen doen dan zijzelf bij een dreigend conflict. De mannen vinden dat hun vrouw ongeveer net zoveel onderhandelingspogingen doet als zijzelf. Hierbij moeten we opmerken dat de onderzoeksgroep mannen uit een kleine groep bestaat en divers van samenstelling is: het gaat om mannen uit de mannenopvang en mannen uit de daderhulpverlening.

Prevalentie en chroniciteit psychisch geweld

Er is een duidelijke daling in de prevalentie van psychisch geweld bij de tweede meting, zowel in de beoordeling van het zelf gepleegde geweld als in

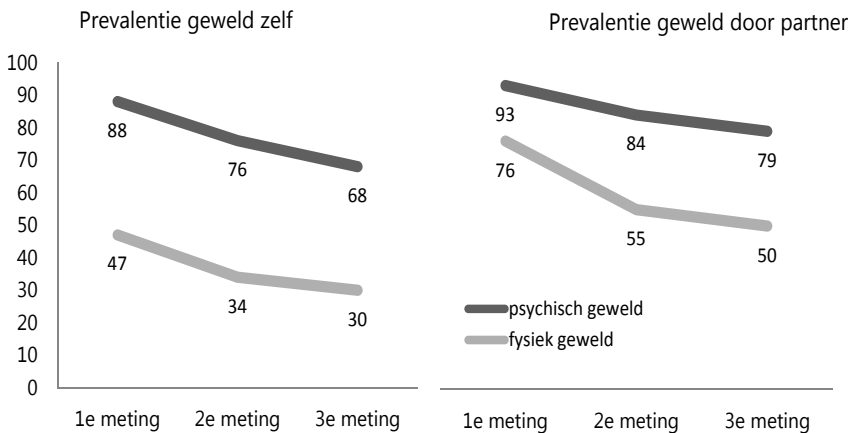
de beoordeling van het geweld gepleegd door de partner. Voor het eigen geweld zet deze daling zich voort bij de derde meting. Bij de beoordeling van de prevalentie van het psychisch geweld gepleegd door de partner blijft het percentage tussen de tweede en de derde meting min of meer gelijk (bij de vrouwen is er een lichte maar significante daling van het geweld door de partner).

Bij de vrouwen zien we daarnaast dat ze bij de tweede en de derde meting aangeven dat ze zelf veel minder vaak psychisch geweld gebruiken. Bij de mannen zien we geen significante verschillen tussen de drie metingen voor wat betreft het aantal keren dat ze zelf psychisch geweld hebben gepleegd. Ook de verschillen tussen de metingen voor wat betreft het aantal keren dat de partners van de mannen psychisch geweld hebben gepleegd, zijn niet significant.

Prevalentie en chroniciteit fysiek geweld

Het toebrengen van fysiek geweld neemt eveneens af, zowel bij de mannen als de vrouwen. Deze afname zien we vooral tussen de eerste en de tweede meting, daarna blijft de prevalentie min of meer gelijk. Ook de prevalentie van het fysieke geweld door de partners van de onderzoekspopulatie daalt sterk bij de tweede meting en blijft min of meer constant in de derde meting.

Figuur 4.1 Percentage vrouwen dat weergeeft dat er nog fysiek geweld gepleegd wordt



$p < .01$ tweede en derde meting ten opzichte van eerste meting

Ondanks een significante daling van het percentage vrouwen dat te maken heeft met fysiek geweld, zegt nog steeds de helft van de vrouwen (50%) dat de partner fysiek gewelddadig was in het afgelopen jaar. Vooral tussen de eerste en tweede meting zien we een sterke afname. Tussen de tweede en de

derde meting constateren we slechts een heel geringe afname. Vergeleken met de referentiepopulatie is er nog steeds een groot verschil: het totale fysieke geweld in de onderzoekspopulatie komt nog altijd tien keer zo vaak voor als in de referentiegroep.

Als we kijken naar hoe vaak het geweld voorkomt (is er bijvoorbeeld eenmaal per maand een geweldsincident of spreken we van wekelijks geweld), dan zien we een duidelijke daling in het aantal geweldsincidenten. Het totale aantal geweldsincidenten is significant ($p < .001$) afgenomen van 122 incidenten (ruim tien incidenten per maand) in het afgelopen jaar naar 72 (zes incidenten per maand). Dit geldt voor zowel het psychisch geweld als het fysieke geweld. Het gemiddelde totale aantal incidenten voor de referentiegroep ligt op acht incidenten voor het afgelopen jaar.

Tabel 4.9 Ontwikkeling aanvullende maten partnergeweld over de metingen

	1e meting N=194	2e meting N=115	3e meting N=93
Totaal geweldsincidenten (theoretische range 0 - 1000)	122	79*	72*
Totaal fysieke geweldsincidenten (theoretische range 0 - 600)	41	22**	21**
Totaal psychische geweldsincidenten (theoretische range 0 - 400)	81	57*	51*
Totaal eigen geweld (theoretische range 0 - 500)	32	19*	17*
Totaal partnergeweld (theoretische range 0 - 500)	90	60*	55*

* $p < .001$, ** $p < .05$ (voor verschil tussen 1^e en 2^e meting en verschil tussen 1^e en 3^e meting, verschil tussen 2^e en 3^e meting is nergens significant)

Nadere verdieping naar ernst van geweldservaring

De groep respondenten die geen enkele geweldservaring meer hebben, noch psychisch noch fysiek (geen van de 23 items genoemd in de vragenlijst), stijgt in de loop van de tijd. Bij de start van het onderzoek was het percentage heel laag (5%¹¹), en het neemt bij de tweede en derde meting sterk toe (15% bij de tweede meting en 17% bij de derde meting). Ten opzichte van gezinnen in de referentiegroep blijft dit percentage zonder geweldservaringen laag (45% in de referentiegroep). Mogelijke verklaring is dat de meeste partners in de onderzoeksgroep nog altijd met elkaar te maken hebben. Hoewel zeventig procent van de vrouwen geen relatie meer heeft bij de tweede en derde meting,

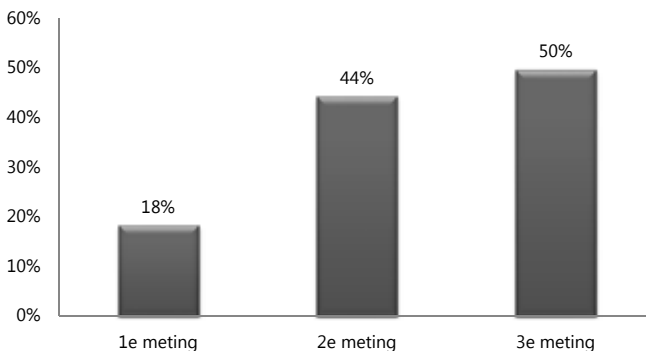
11 Normaal gesproken zou bij dit percentage 0 procent verwacht worden, aangezien alle respondenten die zijn geworven partnergeweld hebben meegemaakt. In een beperkt aantal gevallen bleek het echter om een herhalingsmelding te gaan waarbij het geweld eerder had plaatsgevonden. Vandaar dat een klein deel van de respondenten heeft aangegeven in het afgelopen jaar geen geweld te hebben meegemaakt.

zullen zij in het kader van de omgang met de kinderen nog wel contact met elkaar hebben. Ook kan het zijn dat de partner de scheiding niet accepteert en daarom telkens contact afdwingt (wat met conflicten en geweld gepaard gaat).

De vereiste dat er geen enkel incident van geweld plaatsvindt is een absoluut minimum, maar in de meeste gevallen niet reëel. Daarom hebben we een extra analyse gemaakt naar wat we noemen 'normaal geweld' (in de zin van: er wordt wel eens gescholden of geduwd) en excessief geweld. Op basis van de scores in de referentiegroep, hebben we een soort drempel vastgesteld van wat de maximale 'normale' frequentie van het geweld is. Dit hebben we berekend door het gemiddelde in de referentiegroep plus één standaarddeviatie te nemen. Dit beschouwen we als de bovengrens van 'normaal' geweld in gezinnen. Alles daarboven noemen we excessief geweld.

We zien dat het percentage respondenten dat niet meer te maken heeft met excessief geweld significant is toegenomen van 18 naar vijftig procent. Dit neemt niet weg dat dit vergeleken met het percentage in de referentiegroep, negentig procent, nog steeds zeer laag is. Met andere woorden: de groep respondenten met ernstige geweldservaringen is na een periode van anderhalf jaar nog steeds groot.

Figuur 4.2 Percentage respondenten dat niet te maken heeft met excessief geweld



$p < .01$ ten opzichte van de eerste meting

Een grote groep respondenten heeft na anderhalf jaar na het zoeken van hulp nog steeds ervaring met excessief geweld. Wat kunnen we zeggen over de afname van psychisch en fysiek geweld als we een onderscheid maken naar ernstig en mild geweld? Bij de vrouwen zien we een significante daling van alle geweldsvormen tussen de eerste en de tweede meting, zowel in het eigen geweld als in het geweld door de partner. Geen van de verschillen tussen de tweede en derde meting is echter significant. Bij de mannen lijkt er een toename bij de tweede meting, zowel wat betreft het eigen geweld als in het geweld door de partner (behalve eigen mild geweld), maar deze veranderingen zijn niet

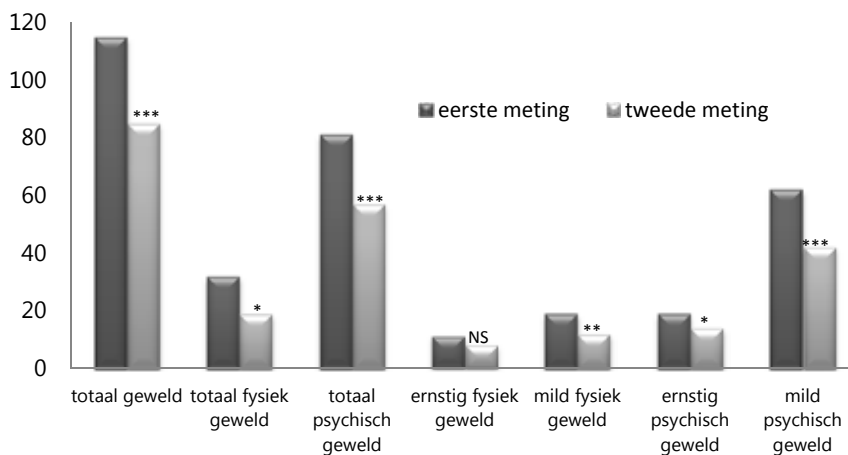
significant. Wel zien we bij de mannen een afname van het milde en ernstige geweld door de partner tussen de tweede en derde meting (zie tabel 4.10).

Tabel 4.10 Frequenties van ernstig en mild geweld tijdens drie metingen

	1e meting		2e meting		3e meting	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
	N=16	N=178	N=11	N=104	N=11	N=82
Eigen ernstig geweld	8	6	12	3	9	3
Partner ernstig geweld	12	32	25	19	16	21
Eigen mild geweld	22	26	16	15	14	13
Partner mild geweld	42	61	49	39	22	36

Onderstaande figuur geeft een goed beeld van de afname van het geweld (zowel het eigen geweld als het geweld van de partner) op grond van de gemiddelde score voor ernstig en mild psychisch en fysiek geweld. Het geweld is in het algemeen duidelijk significant afgenomen ($p < .000$), maar vooral het milde (fysieke en psychische) geweld is afgenomen. Het ernstige geweld en met name ernstig fysiek geweld neemt in mindere mate af.

Figuur 4.3 Gemiddelde score voor ernst en type geweld voor de eerste en tweede meting



* $p < .01$; ** $p < .001$; *** $p < .000$

4.6 Conclusie

De respondenten in dit onderzoek hebben te maken met veelvuldig en ernstig psychisch en fysiek geweld. Duidelijk is, dat als het gaat om de respondenten in dit onderzoek, zij in vergelijking met de algemene Nederlandse bevolking

te maken hebben met ernstige mishandelingssituaties. Vrouwen zijn niet alleen slachtoffer maar oefenen ook geweld uit. Dit gewelddadige gedrag is echter veel minder ernstig en minder frequent dan het geweld dat hun partners plegen.

De derde meting geeft aan dat er volgens de respondenten in de tijd een significante vermindering is opgetreden van het geweld. Hierin is geen verschil waar te nemen tussen de vier steden. In alle steden is er een significante afname van relationeel geweld, zowel in het aantal respondenten dat excessief geweld meemaakt als in het aantal geweldsincidenten. Als we echter kijken naar de ernst en het type geweld, dan zien we dat voornamelijk de minder ernstige geweldsincidenten afnemen. Het ernstige geweld - en met name ernstig fysiek geweld - neemt in geringe mate af.

Ondanks de vermindering van partnergeweld is er nog steeds een groot aantal respondenten dat te maken heeft met excessief geweld: het betreft de helft van de respondenten. Veel van deze vrouwen wonen niet meer bij hun partner. Ongeveer een op de drie heeft op het moment van de tweede en derde meting een relatie. Ex-partners hebben contact met elkaar vanwege de omgangsregeling voor hun kinderen. Het is bekend dat ondanks het verbreken van de relatie vrouwen nog steeds regelmatig geconfronteerd worden met bedreigingen en geweld en het geweld soms in eerste instantie toeneemt na een scheiding.

5 *Invloed van het geweld op ouderschap*

De invloed van partnergeweld op de opvoeding is groot. Uit onderzoek naar opvoeden na partnergeweld (Pels, Lünemann & Stekete, 2011) blijkt dat moeders vaak zo ontredderd zijn dat het zorgen en opvoeden hun niet gemakkelijk afgaat. De kinderen - getuige en soms slachtoffer- hebben na hun pijnlijke ervaringen juist extra liefde en aandacht nodig. De geweldservingen dragen ertoe bij dat het meer psychische inspanning kost om kinderen die aandacht te geven die zij - juist ook in een geweldscontext - nodig hebben. Daarnaast kampen vrouwen die mishandeld zijn vaker zelf met allerlei psychische problemen en zijn zij soms zelf getraumatiseerd. In het onderzoek zijn we nagegaan of de aanpak huiselijk geweld in de G4 effect heeft op het welbevinden en traumatisering van ouders en de opvoeding.

In dit hoofdstuk onderzoeken we eerst of er sprake is van intergenerationale overdracht van geweld. In hoeverre hebben ouders zelf in hun jeugd een trauma opgelopen of speelt geweld een rol in het gezin waarin zij zijn opgegroeid? Ten slotte gaan we in op de vraag in hoeverre partnergeweld van invloed is op de opvoedingsvaardigheden van de ouders. Ondervinden ouders in de loop der tijd minder opvoedingsstress?

5.1 *Jeugdtrauma's van de ouders*

5.1.1 *De vragenlijst om jeugdtrauma's te meten*

Om na te gaan in welke mate de deelnemers in het onderzoek zijn blootgesteld aan jeugdtrauma's is de verkorte vragenlijst van the Adverse Childhood Experiences (ACE) gebruikt (Dube, Felitti, Dong, Chapman, Giles & Anda, 2003). De interne betrouwbaarheid van de ACE is hoog, met een Cronbach alfa van .78 is de ACE zeer betrouwbaar.

Het gaat er hierbij om hoeveel verschillende categorieën jeugdtrauma's respondenten hebben meegemaakt in de eerste 18 jaar van hun leven.

Het betreft de volgende tien categorieën:

1. emotioneel misbruik
2. lichamelijke mishandeling
3. seksueel misbruik
4. emotionele verwaarlozing
5. lichamelijke verwaarlozing
6. ouderlijke scheiding of echtscheiding
7. moeder gewelddadig behandeld
8. middelenmisbruik van een van de familieleden uit het gezin
9. geestesziekte van een van de familieleden uit het gezin
10. detentie van een van de familieleden uit het gezin.

De vragenlijst levert uiteindelijk een score van 0 tot 10 op. De onderstaande tabel vergelijkt de scores van de onderzoekspopulatie met de scores in de referentiegroep.

5.1.2 *De uitkomsten jeugdtrauma's ouders*

We zien een enorm verschil tussen de onderzoekspopulatie en de referentiegroep in het aantal traumatische jeugdervaringen dat mensen hebben meegemaakt. In de referentiegroep heeft bijna 70 procent geen van de traumatische ervaringen meegemaakt in de jeugd, terwijl dit in de onderzoeksgroep maar 28 procent is. Dus in de onderzoeksgroep heeft 72 procent minimaal één traumatische jeugdervaring meegemaakt. Wanneer we de gemiddelden naast elkaar zetten, blijkt ook dat de onderzoekspopulatie veel meer traumatische ervaringen in de jeugd heeft gehad dan de referentiegroep (2,4 tegenover 0,6).

Met de volgende drie ACE-vragen hebben we gemeten of respondenten in hun jeugd zelf geweld in het gezin meemaakten: *'Heeft een ouder of andere volwassene in het huishouden vaak tegen je gevloekt, je voor schut gezet, je gekleineerd of je vernederd? Of vaak zo gehandeld dat je bang was dat je lichamenlijk gewond zou raken?'* (1); *'Heeft een ouder of andere volwassene in het huishouden je vaak geduwd, beetgepakt of iets naar je gegooid of je ooit zo hard geslagen dat je verwondingen zichtbaar waren?'* (2); *'Werd je moeder of stiefmoeder vaak geduwd, beetgepakt, geslagen of werd er iets naar haar hoofd gegooid?'* (3)

Van de onderzoekspopulatie blijkt 46 procent zelf vroeger geweld te hebben meegemaakt in het gezin, tegenover 9 procent in de referentiegroep. In die zin lijkt het meemaken van geweld thuis in de jeugd een belangrijke risicofactor voor geweld tussen partners in het latere leven. Op basis van deze gegevens lijkt er een behoorlijk risico op intergenerationele overdracht van partnergeweld te bestaan.

Tabel 5.1 Jeugdtraumascore in de onderzoekspopulatie en de referentiepopulatie

ACE-score	Onderzoeksgroep		Referentiegroep	
	aantal	Percentage	aantal	Percentage
0	56	28.0%	441	69,0%
1	33	16.5%	117	18,3%
2	26	13.0%	42	6,6%
3	28	14.0%	16	2,5%
4	15	7.5%	10	1,6%
5	17	8.5%	4	0,6%
6	11	5.5%	5	0,8%
7	8	4.0%	2	0,3%
8	3	1.5%	1	0,2%
9	3	1.5%	1	0,2%
10	0	0,0%	0	0,0%
Totaal	200	100%	639	100%

Voor het onderzoek is nagegaan of er verschil bestaat tussen de steden in traumascore en het percentage dat zelf geweld heeft meegemaakt. De gemiddelde traumascore per stad (tabel 5.2) verschilt niet significant tussen de vier steden.

Tabel 5.2 Gemiddelde jeugdtraumascores en het percentage ouders die huiselijk geweld hebben meegemaakt in de eigen jeugd

Stad	Jeugdtraumascore		Zelf huiselijk geweld meegemaakt		Geen huiselijk geweld meegemaakt	
	Gemiddeld	SD	%	Aantal	%	Aantal
Rotterdam	2,75	2,43	54,5%	24	45,5%	20
Amsterdam	2,29	2,21	42,4%	25	57,6%	34
Den Haag	1,94	2,37	31,4%	16	68,6%	35
Utrecht	2,87	2,34	58,7%	27	41,3%	19
Totaal			46,0%	92	54,0%	108

Wat betreft het percentage ouders dat in de jeugd zelf geweld thuis heeft meegemaakt is er een significant verschil ($p < .05$) tussen de steden. In Den Haag is het aantal ouders dat zelf een geschiedenis heeft van huiselijk geweld significant lager dan in Rotterdam, Amsterdam en Utrecht. Ook Amsterdam scoort hier significant lager dan Utrecht. Het verschil tussen Utrecht en Rotterdam en tussen Amsterdam en Rotterdam is niet significant.

5.2 *Psychotrauma's van de ouders*

5.2.1 *De vragenlijst psychotrauma's ouders*

Traumatische symptomen van de ouders zijn gemeten met de Trauma Symptoms Inventory (Briere, 1996). 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 verschillende subschalen van de TSI meten een breed scala aan psychologische effecten (waaronder angst, depressie en dissociatie). Deze betreffen niet alleen symptomen die gewoonlijk zijn verbonden met het posttraumatische stressyndroom (PTSS), of de 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 100 items en meet de mate van posttraumatische stress en andere psychologische gevolgen van traumatische gebeurtenissen door zelfrapportage. 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 lijst bestaat uit drie validiteitschalen en de volgende tien klinische schalen:

1. angstige opwinding
2. depressie
3. woede
4. opdringerige ervaringen
5. defensieve vermijding
6. dissociatie
7. seksuele problemen
8. disfunctioneel seksueel gedrag
9. verstoord zelfbeeld
10. spanningsvermijgend gedrag

De betrouwbaarheidscoëfficiënt van de klinische schalen in de Amerikaanse gestandaardiseerde steekproef is gemiddeld .86. In het huidige onderzoek vinden we de volgende Cronbach's alpha's: Angstige opwinding (.75), Depressie (.91), Woede (.90), Opdringerige ervaringen (.87), Defensieve vermijding (.85), Dissociatie (.81), Seksuele problemen (.76), Disfunctioneel seksueel gedrag (.86), Verstoord zelfbeeld (.81) en Spanningsvermijgend gedrag (.69). Naast de continue schaal is er ook gewerkt met een dichotome verdeling in trauma-symptomen. Hiervoor werden de scores in twee groepen verdeeld: geen

trauma en trauma ten aanzien van het betreffende symptoom. Er is ook een totaalscore berekend van alle mogelijke traumasymptomen; dit leidt per persoon tot een score van 0 tot 10. Respondenten krijgen uiteindelijk een score op elk van deze gebieden. De score kan in het klinische gebied vallen of niet. Wanneer een respondent op minimaal één van de subschalen in het klinische gebied scoort, spreken we van een posttraumatische stressstoornis bij deze respondent.

5.2.2 *Uitkomsten psychotrauma's ouders*

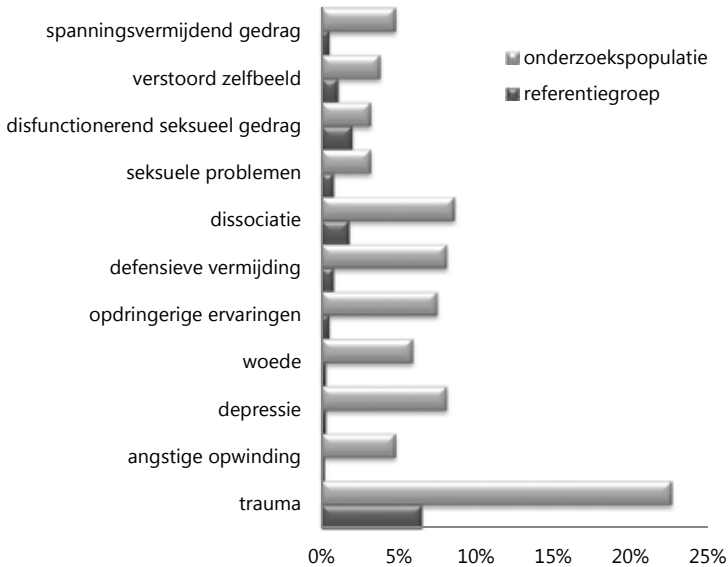
Wanneer we naar de scores op de afzonderlijke subschalen kijken, zien we dat de onderzoekspopulatie op alle subschalen gemiddeld significant hoger scoort dan de referentiegroep. Dit betekent dat ouders die te maken hebben (gehad) met partnergeweld meer posttraumatische stress laten zien dan personen uit de referentiegroep.

De volgende figuur 5.1 laat het percentage respondenten zien dat in het klinische gebied scoort per subschaal en een totaal score ('trauma') die aanduidt of de respondent in minimaal één van de subschalen in het klinische gebied scoort, voor zowel de onderzoekspopulatie als de referentiegroep (figuur 5.1). We zien ook hier grote verschillen tussen de referentiegroep en de onderzoekspopulatie. In de onderzoekspopulatie laat bijna een kwart van de deelnemers een traumatische score zien op minimaal één van de subschalen. De hoogste percentages klinische trauma's vinden we bij dissociatie, defensieve vermijding en depressie (meer dan 8 procent van de respondenten). Relatief de minste klinische trauma's vinden we bij disfunctioneel seksueel gedrag, verstoord zelfbeeld en seksuele problemen (3,7%).

In de referentiegroep vinden we bij 6,7 procent een traumatische score op minimaal één van de subschalen, beduidend lager dus dan in onze onderzoekspopulatie (23%). De hoogste percentages klinische trauma's in de referentiegroep vinden we bij disfunctioneel seksueel gedrag (2,1%) en dissociatie (1,8%), relatief de minste klinische trauma's vinden we bij angstige opwindings (0,2%).

Op basis van deze resultaten kunnen we stellen dat de onderzoekspopulatie veel meer getraumatiseerd is dan de referentiegroep. Mogelijk speelde het partnergeweld hierbij een rol.

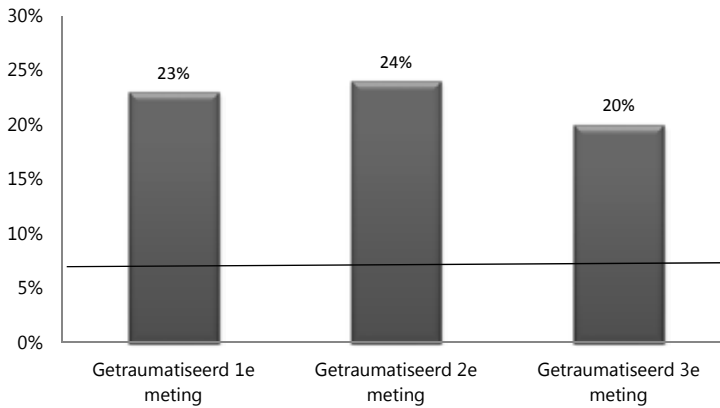
Figuur 5.1 Aantoonbare traumasymptomen ouders in de onderzoekspopulatie (N=197) en referentiegroep (N=636)



5.2.3 Ontwikkelingen in de traumascores

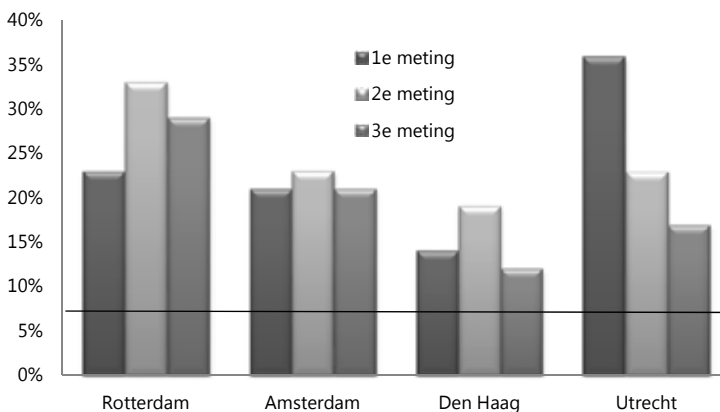
Aangezien we ook hier drie metingen hebben, kunnen we de ontwikkeling van de traumastatus van de ouders bekijken. In de onderstaande figuur 5.2 zien we het percentage ouders met een traumascore voor de drie meetmomenten. Bij de tweede meting zien we een iets hoger percentage getraumatiseerde ouders dan bij de eerste meting, bij de derde meting is het percentage getraumatiseerde ouders significant lager (minder dan 20%). De dikke lijn geeft het gemiddelde in de referentiegroep weer, dat is dus bij alle metingen veel lager dan in de onderzoekspopulatie. Het is mogelijk dat het zich realiseren en de erkenning dat er partnergeweld is - alle ouders zijn immers aangemeld bij een hulpverleningsinstantie - ertoe leidt dat in eerste instantie de trauma's toenemen en dat er pas na anderhalf jaar een afname van de trauma's te constateren is.

Figuur 5.2 Percentage getraumatiseerde ouders per meting



Dit beeld kunnen we verder specificeren door naar de ontwikkeling in de vier steden te kijken. We zien aanzienlijke verschillen tussen cliënten in de vier steden (figuur 5.3). In Utrecht zijn er bij de eerste meting significant meer getraumatiseerde cliënten dan in Den Haag, Amsterdam en Rotterdam. Bij de tweede meting zien we een toename in Rotterdam, Amsterdam en Den Haag en een duidelijke afname in Utrecht. Bij de derde meting zien we vervolgens in alle steden een afname van het percentage getraumatiseerde ouders ten opzichte van de tweede meting. Overigens wordt nergens het percentage van de referentiegroep bereikt.

Figuur 5.3 Percentage getraumatiseerde ouders per meting per stad



5.3 *Alcoholgebruik van de ouders*

5.3.1 *Vragenlijst alcoholgebruik ouders*

Het alcoholgebruik is meegenomen omdat de veronderstelling is dat alcoholconsumptie van invloed is op gewelddadig gedrag. Om het alcoholgebruik van de deelnemers en hun partners in beeld te krijgen, is gebruik gemaakt van de vragenlijst Audit-C. De Audit-C kan helpen om personen te identificeren die (beginnende) alcoholproblematiek hebben of probleemdrinker zijn. Wij vroegen de deelnemers naar het eigen gebruik van alcohol en naar het alcoholgebruik van de partner.

De Audit-C is een bewerkte vorm van de Audit, die uit 10 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 4-punts Likertschaal, bij twee van de drie vragen loopt deze van 0 'nooit' tot 4 '4 of meer keer per week', één 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. Een hogere score op deze schaal duidt op een meer problematisch alcoholgebruik. De Audit-C levert een score op van 0 tot 12. Voor mannen geldt een score van 4 of hoger als problematisch alcoholgebruik. Bij vrouwen geldt dit voor een score van 3 of hoger.

5.3.2 *De uitkomsten van het alcoholgebruik van ouders*

In de referentiepopulatie heeft 18 procent van de vrouwen een score van 3 of hoger en 23 procent van de mannen heeft een score van 4 of hoger. Deze groepen behoren daarmee tot de risicogroepen.

De volgende figuur 5.4 laat zien in hoeverre de mannen en vrouwen in de onderzoeksgroep behoren tot de risicogroepen voor alcoholgebruik en in hoeverre hun partners tot deze risicogroep behoren. We zien dat bijna 60 procent van de mannen in de onderzoekspopulatie behoort tot de risicogroep voor alcoholgebruik, dit is bijna drie keer zoveel als in de algemene Nederlandse bevolking. De groep mannen in het onderzoek is echter klein ($n=18$), maar dit gegeven komt wel overeen met ander onderzoek. Bijna 30 procent van de vrouwen in de onderzoekspopulatie behoort tot de risicogroep voor wat betreft alcoholgebruik, ook dit is significant hoger dan de 18 procent in de algemene Nederlandse bevolking.

Wanneer we naar de partners van de onderzoekspopulatie kijken, zien we grotere verschillen. Ruim 70 procent van de (vrouwelijke) partners van de mannen in onze onderzoekspopulatie behoort tot de risicogroep voor wat betreft alcoholgebruik en ruim 55 procent van de (mannelijk) partners van de

vrouwen in de onderzoekspopulatie behoort tot de risicogroep voor alcoholgebruik. Kortom: alcohol blijkt inderdaad een risicofactor in de onderzoekspopulatie te zijn.

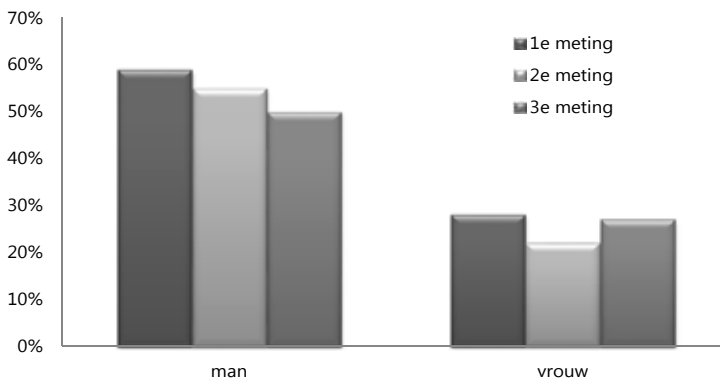
Figuur 5.4 Risicogroep voor alcoholgebruik



5.3.3 Ontwikkelingen in alcoholgebruik ouders

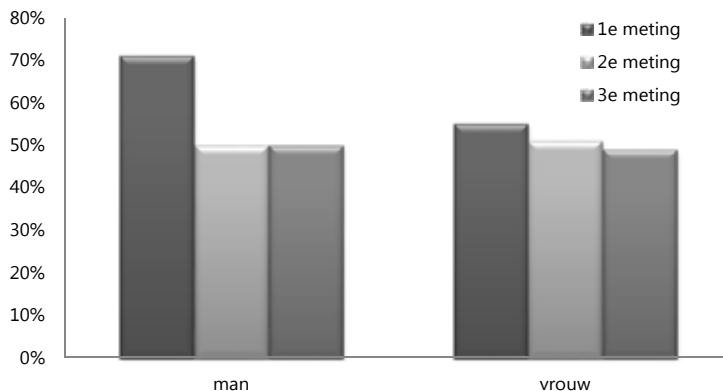
De onderstaande twee figuren tonen het verloop van het eigen drinkgedrag en het drinkgedrag van de partner over de metingen. Figuur 5.5 toont het eigen drinkgedrag. We zien het percentage van de onderzoekspopulatie dat problematisch drinkgedrag vertoont, onderverdeeld naar mannen en vrouwen, per meting. Bij de mannen zien we een (lichte) afname van het problematisch drinkgedrag. Bij de vrouwen neemt het eerst af en daarna weer toe. Maar hier geldt voor zowel de mannen als de vrouwen dat de afname (en toename) over de drie metingen niet significant is. Vanuit deze gegevens kunnen we dus niet stellen dat de populatie over de drie metingen meer of minder problematisch drinkgedrag vertoont.

Figuur 5.5 Percentage problematisch eigen drinkgedrag per meting naar sekse



Het drinkgedrag van de partners laat zien zowel de mannen als de vrouwen het drinkgedrag van hun partners ook relatief hoog inschatten.

Figuur 5.6 Percentage problematisch drinkgedrag partner per meting naar sekse



Ook hier zien we geen daadwerkelijke verandering in het drinkgedrag van de partners. Hoewel het lijkt alsof het problematisch drinkgedrag van de partners van de mannen sterk afneemt, is het verschil met de eerste meting niet significant. Ook de afname van het drinkgedrag van de partners van de vrouwen in de onderzoeksgroep is niet significant.

5.4 Socialisatie van de ouders

5.4.1 De vragenlijst

De mate van socialisatie van de ouders meten we met de Gough Socialization Scale. Deze lijst meet attitudes, reflectie op eigen gedrag en het begrijpen van de consequenties vanuit het standpunt van een ander. Socialisatie is gedefinieerd als de mogelijkheid tot werken met een realistische verzameling van sociale verwachtingen en kritieken. In dit onderzoek maken we gebruik van de versie die door Reclassering Nederland in het Nederlands is vertaald; deze bestaat uit 45 items. De lijst bestaat uit een aantal stellingen waarop respondenten met 'waar' of 'niet waar' kunnen antwoorden. Voorbeelden van stellingen zijn *'Ik heb een sterker gevoel voor wat goed en fout is dan de meeste andere mensen'* en *'Ik vind het moeilijk om mezelf te blijven als ik met nieuwe mensen omga'*. De interne consistentie van dit instrument bleek bij het originele validatieonderzoek van Gough (1987) onder 6000 proefpersonen $\alpha = .78$. De interne consistentie van de socialisatieschaal in het huidige onderzoek bedraagt $\alpha = .64$ en is daarmee lager dan in het validatieonderzoek. Voor de vergelijking met de referentiegroep gebruiken we de referenties uit

het onderzoek onder reclasseringsmedewerkers uit 2007 (hierboven ook genoemd). De interne betrouwbaarheid van de lijst bij deze steekproef was $\alpha = .56$.

5.4.2 *Uitkomsten socialisatie van de ouders*

Een hoge score op deze socialisatieschaal laat zien dat respondenten meer gesocialiseerd zijn, een lage score geeft aan dat ze meer antisociaal gedrag vertonen. We zien dat zowel mannen als vrouwen in de onderzoekspopulatie significant lager scoren dan de referentiepopulatie (zie tabel 5.3). Daarnaast scoren de mannen in de onderzoekspopulatie significant lager dan de vrouwen. Dit betekent dat mannen meer antisociaal gedrag vertonen dan de referentiepopulatie, maar ook significant meer dan de vrouwen in de onderzoekspopulatie. Dit is opmerkelijk gezien het kleine aantal mannen in de onderzoeksgroep (met een kleine groep zijn significante verschillen moeilijker aan te tonen).

Tussen de vier steden vinden we geen significante verschillen in de socialisatiescores.

Tabel 5.3 Socialisatiescores referentiepopulatie

	N	gem.	Standaard Deviatie (SD)	Theoretische range van de scores
Referentiepopulatie	487	31,12	3,84	0 - 45
Onderzoeksgroep	199	27,43**	4,94	
Man	16	24,48*	5,40	
Vrouw	183	27,69*	4,82	

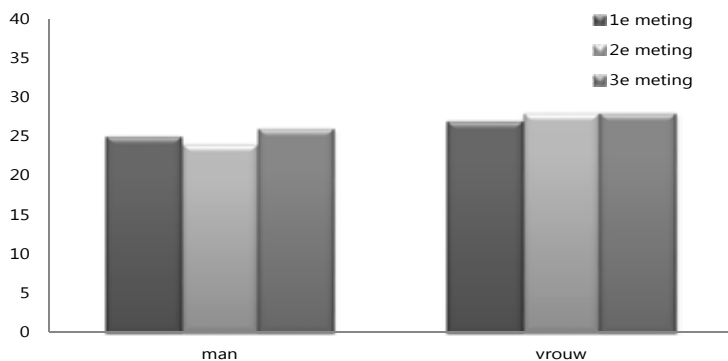
* significantieniveau verschil mannen - vrouwen $p < .05$

** significantieniveau verschil onderzoekspopulatie - referentiepopulatie $p < .005$

5.4.3 *Ontwikkelingen in de socialisatiescore van de ouders*

Als we naar het verloop van de socialisatiescores over de drie metingen kijken, zien we een lichte toename bij zowel de mannen als de vrouwen in de steekproef. De verschillen tussen de metingen zijn echter niet significant. Bij de eerste meting was het verschil tussen mannen en vrouw wel significant (waarbij de vrouwen meer gesocialiseerd waren dan de mannen). Bij de derde meting is het verschil tussen mannen en vrouwen niet meer significant (mannen: 26,21; vrouwen: 28,37).

Figuur 5.7 Socialisatiescore van de ouders op drie meetmomenten



5.5 *Impulsiviteit/agressiviteit ouders*

5.5.1 *De vragenlijsten om impulsiviteit en agressie te meten*

De impulsiviteitsschaal van Eysenck beoogt iets te zeggen over de meer pathologische aspecten van impulsief gedrag, hetgeen samenhangt met psychoses en neuroses. De impulsiviteitsschaal bestaat uit 22 items afkomstig van de originele schaal, gemaakt door Eysenck & Eysenck (1978). De lijst bestaat uit een aantal stellingen waarop respondenten met 'waar' of 'niet waar' kunnen antwoorden. Voorbeelden van stellingen zijn 'Ik heb vaak behoefte aan spanning' en 'Ik voel me het beste als ik een paar glazen gedronken heb'.

De lijst wordt ook gebruikt door Reclassering Nederland bij de evaluatie van de effecten van de training Cognitieve Vaardigheden. Dit is een gedragsinterventie voor volwassen justitiabelen, erkend door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie. De interne consistentie van deze schaal binnen de onderzoeksgroep bedraagt 0,84 - eveneens zeer hoog - en daarmee ideaal voor voorspellingen op individueel niveau. Omdat er geen Nederlands validatieonderzoek bestaat van de Impulsivity Scale, heeft in 2007 een steekproef van 487 reclasseringsmedewerkers deze lijst ingevuld. Deze gebruiken wij hier als referentie. De interne betrouwbaarheid van de lijst bij deze steekproef was $\alpha = .71$.

5.5.2 *Uitkomsten impulsiviteit en agressie van de ouders*

In de onderstaande tabel 5.4 zijn de resultaten van de meting bij de referentiegroep en de onderzoeksgroep weergegeven. Een hogere score duidt op meer impulsief/agressief gedrag, met risico's op psychoses en neuroses.

Tabel 5.4 Impulsiviteitsscores in de referentiegroep

	N	gem.	SD	Theoretische range van de scores
Referentiegroep	487	4,82	3,01	0 - 22
Onderzoeksgroep	195	6,60*	4,48	

* significantieniveau verschil onderzoekspopulatie - referentiepopulatie $p < .005$

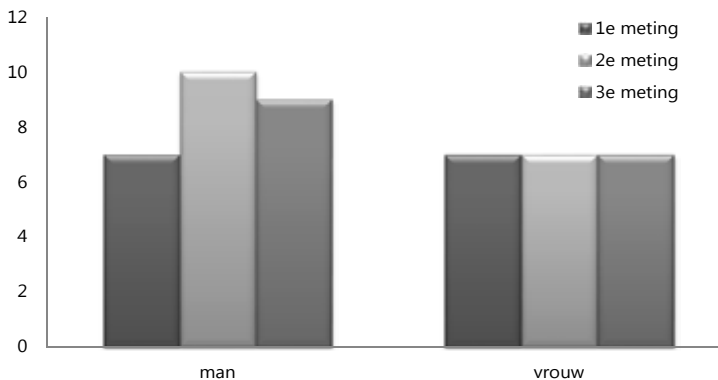
Wat betreft impulsiviteit is er geen significant verschil tussen mannen en vrouwen in de onderzoekspopulatie. Wel is er een significant verschil tussen de onderzoekspopulatie en de referentiepopulatie, waarbij de onderzoekspopulatie een hogere mate van impulsiviteit/agressiviteit laat zien. Er is geen significant verschil in impulsiviteitsscore tussen de vier steden.

5.5.3 Ontwikkelingen in de impulsiviteit en agressie van ouders

In de onderstaande figuur zien we het verloop van de impulsiviteitsscores over de drie metingen. Bij de tweede meting zien we een duidelijke stijging bij de mannen en is het verschil tussen mannen en vrouwen significant. Daarna daalt de score bij de mannen weer en zien we geen significante verschillen meer. De score van de vrouwen is heel constant over de metingen.

Bij zowel de mannen als de vrouwen blijft de impulsiviteitsscore bij alle metingen ruim boven het gemiddelde in de referentiegroep. Dit verschil is significant, dus we zien geen verbetering in de impulsiviteit in de onderzoekspopulatie.

Figuur 5.8 Impulsiviteit per meting naar sekse



5.6 Opvoedingsstress van de ouders

5.6.1 Vragenlijst opvoedingsstress

De door ouders ervaren opvoedingsstress meten we in dit onderzoek met de NOSIK. De NOSIK is gebaseerd op de NOSI, de Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (De Brock, Vermulst, Gerris, Veerman & Abidin, 2004), een vertaling en bewerking van de Parenting Stress Index van Abidin (1983), waarmee de stressbeleving van ouders bij de opvoeding van een kind vast te stellen is. Deze korte versie, die in ongeveer vijf minuten afgenomen kan worden, bevat 25 items. Ouders geven bij elke stelling aan 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'. De NOSI-K is in dit onderzoek gebruikt. De betrouwbaarheid van de NOSI-K in de referentiegroep bedraagt .96, in de onderzoekspopulatie is de betrouwbaarheid van de NOSI-K eveneens .96. Een hogere score op deze schaal duidt op meer opvoedingsstress. De totaalscore op deze vragenlijst geeft een indicatie van de door ouders ervaren opvoedingsstress.

5.6.2 Uitkomsten opvoedingsstress van de ouders

In tabel 5.5 zien we de scores voor opvoedingsstress in gezinnen in de referentiegroep en onderzoeksgroep. In de onderzoekspopulatie vinden we veel hogere scores op ouderlijke stress in gezinnen. Zowel mannen als vrouwen in de onderzoekspopulatie scoren significant hoger dan mannen en vrouwen in de referentiepopulatie.

In de onderzoekspopulatie scoren mannen significant hoger dan vrouwen op ouderlijke stress, terwijl dit in de referentiepopulatie niet blijkt.

Tabel 5.5 Opvoedingsstress in gezinnen in de referentiepopulatie

NOSIK	N	Gemiddeld	SD	Theoretische range van de scores
Referentiepopulatie				
Man	131	39.18	15.76	25 - 150
Vrouw	203	41.07	19.58	25 - 150
Totaal	334	40.33	18.18	25 - 150
Onderzoekspopulatie				
Man	20	66.10* **	25.00	25 - 150
Vrouw	314	50.41* **	27.25	25 - 150
Totaal	334	51.35**	27.34	25 - 150

* significantieniveau verschil mannen - vrouwen $p < .05$

** significantieniveau verschil onderzoekspopulatie - referentiepopulatie $p < .005$

In de onderstaande tabel 5.6 zien we de opvoedingsstress per stad weergegeven. De ouders uit Amsterdam ervaren significant minder opvoedingsstress dan ouders uit Rotterdam en Utrecht, maar het verschil tussen Amsterdam en Den Haag is niet significant. Ook het verschil tussen Den Haag en Rotterdam en Utrecht is niet significant. Ouders uit Amsterdam ervaren echter nog altijd significant meer opvoedingsstress dan ouders in de referentiepopulatie.

Tabel 5.6 Opvoedingsstress per stad

gemiddelde		Opvoedingsstress		
		N	Standaard Deviatie	
Stad	Rotterdam	57,6	75	32,05
	Amsterdam*	44,4	111	19,96
	Den Haag	49,2	76	26,98
	Utrecht	57,8	72	29,71

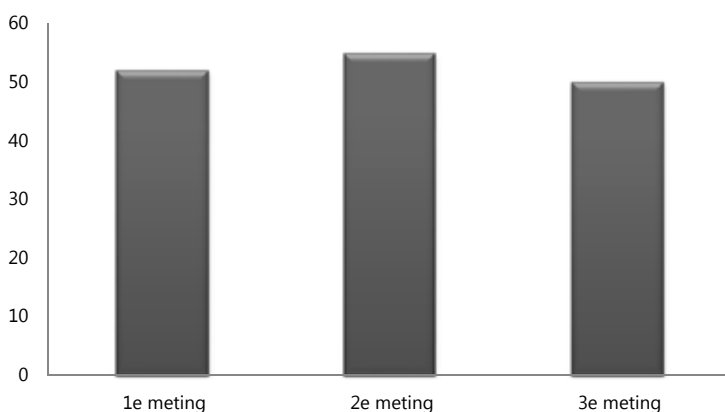
* significantieniveau verschil Amsterdam - Rotterdam $p < .01$

* significantieniveau verschil Amsterdam - Utrecht $p < .01$

5.6.3 Ontwikkelingen in de opvoedingsstress van de ouders

Wanneer we het verloop in opvoedingsstress over de verschillende metingen bekijken, zien we dat er eerst een lichte stijging van de stress plaatsvindt, gevolgd door een lichte daling bij de derde meting. De opvoedingsstress wordt bij de ouders gemeten voor elk kind apart. Wanneer we alleen de resultaten bekijken van de kinderen waarvoor de ouders deze lijst bij zowel de tweede als de derde meting hebben ingevuld, dan zien we wel een significante afname ($p < .05$) van de opvoedingsstress bij de derde meting ten opzichte van de tweede meting.

Figuur 5.9 Scores opvoedingsstress per meting



5.7 Relatie tussen partnergeweld en welbevinden van ouders

In de voorgaande paragrafen zagen we dat deze ouders meer dan andere ouders te maken hebben gehad met geweld in het gezin van herkomst. Deze ouders verkeren in een kwetsbare positie omdat ze zelf getraumatiseerd zijn, minder sociale vaardigheden bezitten en meer opvoedingsstress ervaren. Maar wat is de relatie van deze factoren met het partnergeweld zelf? In het onderzoek hebben we gekeken of er verbanden zijn tussen deze psychische problemen en laag welbevinden bij de ouders en het partnergeweld (zie tabel 5.7). Er is een duidelijk significant verband tussen het partnergeweld en alle gemeten problemen rondom welbevinden bij ouders, met uitzondering van het eigen alcoholgebruik.

Tabel 5.7 correlaties tussen geweld en gevolgen bij ouders

N=200	Tot- gew	zelf	partn	imp	soc	ACE	Trau- ma's
Totaal geweld per jaar (Tot-gew)	1,00						
eigen geweld per jaar (zelf)	0,72	1,00					
geweld partner per jaar (partn)	0,94	0,45	1,00				
impulsiviteit (imp)	0,25	0,26	0,19	1,00			
socialisatie (soc)	-0,23	-0,24	-0,17	-0,59	1,00		
jeugdtrauma's (ACE)	0,28	0,22	0,25	0,24	-0,47	1,00	
oudertrauma's (Trauma's)	0,37	0,36	0,30	0,38	-0,46	0,41	1,00
eigen alcoholgebruik	ns	ns	ns	0,22	-0,30	ns	ns
alcoholgebruik partner	0,19*	ns	0,22	ns	ns	ns	ns
angstige opwinding	0,27	0,25	0,22	0,46	-0,52	0,31	0,63
depressie	0,22	0,24	0,17*	0,45	-0,57	0,30	0,66
woede	0,23	0,32	ns	0,55	-0,50	0,22	0,60
opdringerige ervaringen	0,35	0,30	0,30	0,40	-0,47	0,44	0,58
defensieve vermijding	0,34	0,30	0,28	0,39	-0,41	0,40	0,53
dissociatie	0,24	0,22	0,21	0,47	-0,43	0,25	0,67
seksuele problemen	0,24	0,30	0,17*	0,29	-0,33	0,28	0,69
disfunctioneel seksueel gedrag	0,27	0,33	0,19	0,39	-0,28	0,18*	0,58
verstoord zelfbeeld	0,28	0,34	0,19	0,53	-0,54	0,22	0,68
spanningsvermijgend gedrag	0,33	0,40	0,23	0,54	-0,46	0,23	0,72

De onderlinge correlaties tussen de tien traumaschalen zijn allen hoog en significant maar bieden geen meerwaarde in deze tabel, vandaar dat ze zijn weggelaten.

alle correlaties significant op het 0.01 niveau (2-tailed)

*. Correlatie is significant op het 0.05 niveau (2-tailed)

Met dit soort verbanden is het altijd lastig om de causaliteit vast te stellen, maar voor een aantal onderwerpen is dit wel mogelijk. Zo kunnen we stellen dat jeugdtrauma's die plaatsvonden in de eerste 18 jaar van het leven van de respondenten in elk geval een potentiële oorzaak vormen voor veel problemen. Zoals eerder gesteld heeft het feit dat respondenten in hun jeugd geconfronteerd zijn met (meerdere) traumatische gebeurtenissen een sterke invloed op de mate van socialisatie en de mate waarin respondenten nu getraumatiseerd zijn.

Voor een aantal onderwerpen is de causaliteit natuurlijk heel interessant. We geven hierbij een aanzet tot een aantal conclusies op dit gebied. Zo gaan we ervan uit dat meer impulsieve personen eerder geneigd zijn in een gewelddadige situatie terecht te komen. Impulsiviteit laat een sterk verband zien met antisociaal gedrag, beide laten een sterk verband zien met alle traumasymptomen. Hier wordt de interpretatie lastiger. Laten personen antisociaal en impulsiever gedrag zien omdat ze meer getraumatiseerd zijn, of zijn meer antisociale en impulsievere mensen eerder getraumatiseerd? Dit laatste lijkt vergezocht, vandaar dat de relatie met het geweld hierin misschien een rol kan spelen. Wanneer we de traumasymptomen verklaren vanuit het geweld, de jeugdtrauma's, impulsiviteit en antisociaal gedrag vinden we overal (bij alle tien de traumasymptomen) een significante bijdrage van het geweld, jeugdtrauma's en antisociaal gedrag. Bij angstige opwinding, woede, defensieve vermijding, dissociatie, disfunctioneel seksueel gedrag, verstoord zelfbeeld en spanningsvermijding zien we daarnaast ook een significante bijdrage van impulsiviteit. De relatie van deze vier variabelen (geweld, jeugdtrauma's, impulsiviteit en antisociaal gedrag) is bij alle traumasymptomen behoorlijk sterk, het percentage verklaarde variantie ligt tussen 15 procent (seksuele problemen) en 38 procent (verstoord zelfbeeld), met een gemiddelde van 32 procent verklaarde variantie. Dit is hoog te noemen. Het eigen alcoholgebruik laat een (niet onverwacht) zwak verband zien met impulsief en antisociaal gedrag, echter niet met het geweld. Het alcoholgebruik door de partner laat een zwak verband zien met het totale geweld, het geweld gepleegd door de partner en het eigen alcoholgebruik. Het alcoholgebruik lijkt echter niet gerelateerd aan het meegemaakt hebben van jeugdtrauma's, iets wat je op voorhand misschien wel zou verwachten.

Het lijkt erop dat vooral het partnergeweld in combinatie met jeugdtrauma's leidt tot de huidige traumasymptomen bij de respondenten, waarbij de impulsiviteit en het antisociale gedrag zeker een rol spelen. Hoe deze rol te interpreteren is, is op dit moment echter lastig te zeggen.

5.8 *Conclusie*

We kunnen de conclusie trekken dat deze onderzoeksgroep niet alleen te maken heeft met ernstige en veelvuldige geweldsincidenten, maar ook dat het gaat om een groep slachtoffers met psychische problemen en een laag welbevinden.

Eveneens is duidelijk intergenerationele overdracht van huiselijk geweld waarneembaar. Bijna de helft van de respondenten heeft in de jeugd zelf geweld in het gezin van herkomst meegemaakt. Het aantal respondenten met jeugdtrauma's is significant hoger dan bij de referentiegroep.

Hoewel te verwachten zou zijn dat door de geboden hulp aan de ouders ook het welbevinden zou verbeteren en de psychische problemen zouden afnemen, is dat niet het geval. Integendeel: een aantal problemen, zoals opvoedingsstress en trauma's, lijkt in het eerste jaar eerst toe te nemen om daarna weer af te nemen. Het verschil tussen de tweede meting en de derde meting is zowel voor de traumascore als de opvoedingsstress significant lager. Mogelijk leidt het hulpverleningstraject er in eerste instantie toe dat de problemen toenemen. In de meeste gevallen zijn deze respondenten niet meer bij hun huidige partners, waardoor zij zich mogelijk geconfronteerd zien met allerlei zaken die geregeld moeten worden en die stressverhogend werken.

6 *Ontwikkeling van het kind*

Geweld in het gezin heeft een enorm effect op kinderen. Alle vormen van geweld, fysiek, psychisch of heimelijk, hebben negatieve gevolgen en leveren stress op bij de kinderen (Cummings & Davies, 2002). Zelfs wanneer de mate van geweld tussen ouders gering is, blijkt dat dit van invloed is op de emotionele, cognitieve en gedragsmatige reacties van kinderen op dit geweld een jaar later (Cummings, El-Sheik, Kouros, & Buckhalt, 2009). Ook wanneer ouders non-verbaal ruzie maken, bijvoorbeeld door elkaar te negeren en niet over hun meningsverschillen te praten, reageren kinderen hierop, omdat kinderen de non-verbale signalen in het gedrag van de ouders opvangen (Cummings, Goeke-Morey, & Papp, 2003).

Hoewel het duidelijk is dat kinderen die getuige zijn geweest van partnergeweld een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van psychopathologie, is nog veel onduidelijk over de manier waarop deze kinderen zich problematisch ontwikkelen. Het is van belang om niet alleen het effect dat het geweld thuis heeft op de huidige emotionele, cognitieve en gedragsmatige reacties van het kind te bestuderen, maar ook het effect van geweld thuis op latere aanpassingsproblemen van de kinderen (Kitzmann, Gaylord, Holt, & Kenny, 2003). Vandaar dat in dit onderzoek is gekozen voor een longitudinaal design, waarbij we ons richten op de emotionele veiligheid en psychopathologie bij kinderen.

We staan eerst stil bij de emotionele veiligheid van kinderen en gaan daarna in op de psychotrauma's van kinderen.

6.1 *Emotionele veiligheid kinderen*

Bij kinderen die herhaaldelijk worden blootgesteld aan partnergeweld treedt geen gewenning op waardoor zij er na verloop van tijd minder door van slag raken. Het tegenovergestelde is het geval. Er treedt steeds sneller een stressreactie op. Kinderen reageren al op geringe spanning tussen de ouders, waardoor ze steeds sneller en heftiger reageren op het conflict. Dit fenomeen wordt wel de *sensitisatiehypothese* genoemd. Niet alleen het geweld op het moment zelf bepaalt de reactie van kinderen, maar ook het geweld dat kinderen in het verleden hebben meegemaakt. Volgens Davies, Harold, Goeke-Morey en Cummings (2002) is er een verband tussen een grotere

sensitisatie en een verhoogd risico op latere problemen van het kind. Deze kinderen reageren emotioneel en gedragsmatig anders op conflicten dan kinderen die geen geweld hebben meegemaakt. We hebben onderzocht of er sprake is van emotionele onveiligheid als gevolg van het partnergeweld tussen de ouders en opvoeders. En of er ten gevolge van het verminderen van partnergeweld sprake is van een toename van emotionele veiligheid.

6.1.1 Vragenlijsten emotionele veiligheid kinderen

Voor het meten van de emotionele veiligheid is gebruikgemaakt van twee vragenlijsten, een voor jonge kinderen (3 t/m 10 jaar) en een voor oudere kinderen (11 t/m 17 jaar). Voor kinderen van 3 tot 10 jaar is de Security in the Marital Subsystem Parent Report (SIMS-PR) ingevuld door (een van) de ouder(s). Kinderen van 10 tot 18 jaar hebben de Security in the Interparental Subsystem Scale Child Report (SIS) zelf ingevuld.

Beide vragenlijsten meten in principe dezelfde twee componenten van emotionele veiligheid: regulatie van de blootstelling en emotionele reactiviteit, echter aan oudere kinderen wordt ook gevraagd naar interne representaties van de relatie tussen de ouders.

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 zichzelf 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 waarbij 1 staat voor 'helemaal niet (de beschreven reactie komt helemaal niet overeen met de reactie van het kind)' en 5 staat voor 'helemaal (de beschreven reactie komt helemaal overeen met de reactie van het kind)'.

Emotionele reactiviteit bestaat uit de subschalen Openlijke emotionele reactiviteit (OER) en Gedragsdisregulatie (BD). De SIMS-PR meet twee componenten, namelijk expressie van emotionele reactiviteit en de strategie van het kind om blootstelling aan het ouderconflict te reguleren (Cummings & Davies, 2010; Cummings, Schermerhorn, Davies, Goeke-Morey, & Cummings, 2006). De SIS vraagt het kind om een aantal stellingen te beoordelen op basis van hoe waar ze voor het kind waren in het afgelopen jaar. De vragenlijst bevat 43 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 waarbij 1 staat voor 'niet waar voor mij' en 4 voor 'helemaal waar voor mij'.

De regulatie van de blootstelling wordt gemeten met de subschalen Openlijke vermijding (OA) en Openlijk bemoeien (OI).

Van de SIMS-PR zijn geen buitenlandse gegevens bekend over de betrouwbaarheid. Uit de eerste meting van het huidige onderzoek blijkt dat de

subschalen een goede interne betrouwbaarheid hebben. Emotionele reactiviteit (in het onderhavige onderzoek) heeft een Cronbach's alpha coëfficiënt van .89 en Gedragsdisregulatie van .80. Vermijden heeft een Cronbach's alpha coëfficiënt van .63 en Bemoeien van .84.

De SIS is ontwikkeld om de drie componenten te meten die de oudere kinderen gebruiken om emotionele veiligheid te bewaken. Evenals in de vragenlijst van de jongere kinderen worden de Emotionele reactiviteit en Regulatie van blootstelling gemeten met dezelfde vier subschalen. De derde component betreft de Representatie van de ouderrelatie, deze bestaat uit drie subschalen: Constructieve familie representaties (CFR), de subschaal Destructieve familie representaties (DFR) meet precies het tegenovergestelde, en de laatste subschaal is Conflict spillover representaties (CSR) (Cummings & Davies, 2010). Spillover betekent dat het kind denkt dat het negatieve effect van conflicten over kan gaan naar andere relaties in het gezin.

De interne consistentie van al deze zeven subschalen is volgens Davies, Forman, Rasi en Stevens (2002) tussen de .52 (Gedragsdisregulatie) en .89 (Emotionele reactiviteit). Uit de eerste meting van het huidige onderzoek blijkt de interne betrouwbaarheid van de meeste subschalen voldoende te zijn, met uitzondering van de schalen Gedragsdisregulatie en Bemoeien. De Cronbach's alpha coëfficiënt is voor Emotionele reactiviteit .82, Gedragsdisregulatie .14, Vermijden .85, Bemoeien .59, Constructieve familie representatie .82, Destructieve familie representatie .81 en Spillover .76. De Cronbach's alpha coëfficiënt van de subschaal Gedragsdisregulatie is met .14 onvoldoende. Eén van de vragen (item 19) heeft een negatieve waarde, erop wijzend dat deze niet hetzelfde onderliggende kenmerk, namelijk gedragsdisregulatie, meet. In de derde meting en de referentiegroep is om die reden een alternatief item 19, naast het originele item 19, aan de vragenlijst toegevoegd. De Cronbach's alpha coëfficiënt van de subschaal, met het alternatieve item is .52, nog altijd relatief laag, maar wel aanzienlijk beter dan het origineel.

Een hogere score op alle subschalen in de SIMS-PR en de SIS (met uitzondering van de SIS-schaal Constructieve familie representaties), duidt op een hogere mate van emotionele onveiligheid. We verwachten in de onderzoeksgroep dan ook hogere scores op de subschalen aan te treffen dan in de referentiegroep (wederom met uitzondering van de SIS-schaal Constructieve familie representaties, waar we in de onderzoeksgroep juist een lagere score verwachten).

6.1.2 De emotionele veiligheid van kinderen aan het begin van het hulpverleningstraject

Als eerste geven we de gemiddelde scores op de subschalen van de referentiepopulatie en de onderzoekspopulatie weer in de onderstaande tabel 6.1. Bij alle schalen, op één na, geldt hoe hoger de score hoe minder emotionele

veiligheid er is voor de kinderen. Betreffende de emotionele veiligheid is er één positieve subschaal, namelijk Constructieve familie representaties (CFR) bij oudere kinderen. Voor deze schaal geldt: hoe hoger de score, hoe hoger de emotionele veiligheid.

Tabel 6.1 Emotionele veiligheid in de onderzoekspopulatie en referentiepoulatie

	Theoretische range scores	Onderzoekspopulatie N	Gemiddelde	SD	Referentiepoulatie N	Gemiddelde	SD
Jongere kinderen:							
Openlijke emotionele reactiviteit	10 - 50	196	21.99	9.44	114	12.35	2.55
Gedragsregulatie	5 - 25	202	7.31	3.54	115	5.31	0.94
Openlijke vermijding	4 - 20	197	6.82	3.27	112	4.70	1.41
Openlijke bemoeienis	9 - 45	197	20.50	8.46	113	13.26	4.14
Oudere kinderen:							
Openlijke emotionele reactiviteit	7 - 28	36	14.64	6.52	117	9.16	2.32
Gedragsregulatie	3 - 12	36	3.64	1.07	117	3.19	0.51
Openlijke vermijding	7 - 28	36	13.97	5.56	116	12.17	4.30
Openlijke bemoeienis	6 - 24	36	11.57	3.47	116	10.65	3.27
Constructieve ouderrelatie	4 - 16	36	6.71	2.98	118	13.84	3.57
Destructieve ouderrelatie	4 - 16	36	7.82	3.65	115	4.68	1.14
Conflict Spillover	4 - 16	36	6.04	2.24	114	4.86	1.60

Op alle schalen, met uitzondering van Openlijke bemoeienis bij oudere kinderen, scoort de onderzoekspopulatie significant (veel) hoger dan de referentiepoulatie ($p < .001$ bij de jongere kinderen en $p < .05$ bij de oudere kinderen). Dit betekent dat de emotionele onveiligheid bij kinderen in de onderzoekspopulatie veel hoger is dan in de referentiepoulatie. Betreffende de emotionele veiligheid is er één positieve subschaal, namelijk Constructieve familie representaties (CFR) bij oudere kinderen. We zien dat dit de enige schaal is waarbij de referentiepoulatie significant (veel) hoger scoort dan de onderzoekspopulatie ($p < .001$), ruim twee keer zo hoog.

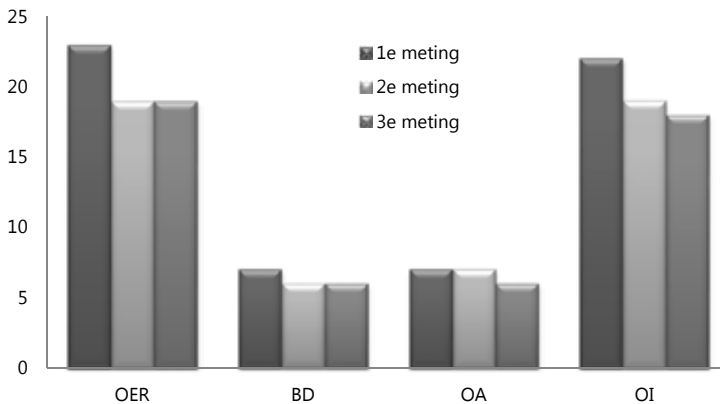
Kinderen die langdurig te maken hebben (gehad) met ernstig partnergeweld maken zich zorgen, denken dat het hun schuld is, wachten af, proberen het probleem op te lossen of zich gedeisd te houden. Zij reageren vooral angstig of verdrietig en proberen zich stil te houden of een van de ouders te troosten. Dit zijn inadequate wijzen van reageren op geweld tussen ouders (zie ook Steketee, Mak, & Flikweert, 2011). Bij jongeren zien we dat het partnergeweld een negatieve invloed heeft op de relatie met de ouders.

Er zijn geen significante verschillen tussen de vier grote steden als het gaat om emotionele veiligheid van de kinderen in de onderzoeksgroep, noch voor de jongere noch voor de oudere kinderen.

6.1.3 *Ontwikkelingen in de emotionele veiligheid van kinderen*

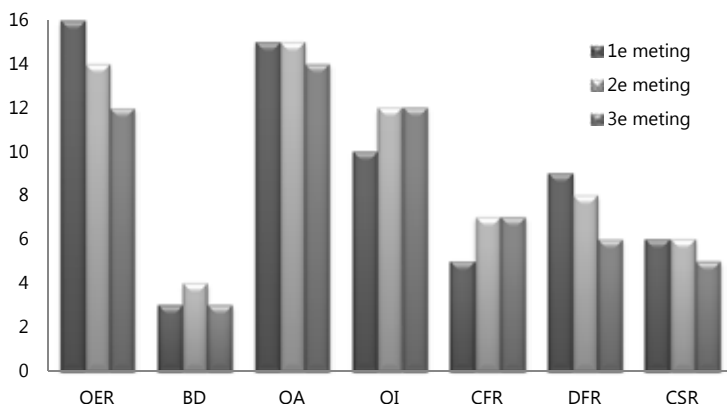
Wanneer we kijken naar de ontwikkeling van de emotionele veiligheid bij de jongere kinderen over de drie metingen (Figuur 6.1) zien we bij subschalen een daling van de scores, dus een toename van de emotionele veiligheid. Bij de jonge kinderen is de toename op twee subschalen tussen de eerste en tweede meting significant. Het gaat hierbij om Emotionele reactiviteit (OER) en Openlijk bemoeien (OI) ($p < .05$), de afname bij Gedragsregulatie (BD) en Openlijke vermijding (OA) is niet significant. De toename bij de derde meting ten opzichte van de tweede meting is nergens significant. De toename bij de derde ten opzichte van de eerste meting is ook significant voor de schaal Emotionele reactiviteit en de schaal Openlijk bemoeien. Hoewel niet alle getoonde verschillen significant zijn, kunnen we er dus wel vanuit gaan dat er werkelijk sprake is van een verbetering van de emotionele veiligheid van de jongere kinderen (3 tot 10 jaar).

Figuur 6.1 Ontwikkeling emotionele veiligheid jongere kinderen over drie metingen



De ontwikkeling van de emotionele veiligheid van de oudere kinderen (10 tot 18 jaar) laat een iets minder duidelijk beeld zien (Figuur 6.2). Bij de belangrijkste schaal Openlijke emotionele reactiviteit (OER) is er een significante daling ($p < .05$). Bij de schaal Openlijke bemoeienis (OI) zien we een stijging terwijl we een daling zouden verwachten, maar deze stijging is niet significant. De schaal Constructieve ouderrelatie (CFR) is de enige positief geformuleerde schaal en daar zien we de stijging die we verwachten, maar deze stijging is niet significant. Bij de schaal Destructieve ouderrelatie (DFR) is de daling over de drie metingen wel significant ($p < .05$). Bij de schalen Gedragsregulatie (BD), Openlijke vermijding (OA) en Conflict spillover (CSR) zijn de verschillen niet significant.

Figuur 6.2 Ontwikkeling emotionele veiligheid oudere kinderen over drie metingen



Een mogelijke veronderstelling betreffende de emotionele onveiligheid is dat jongens en meisjes hier verschillend op reageren. Vandaar dat we bij alle schalen bij alle metingen hebben gekeken of er een verschil tussen jongens en meisjes bestaat. Hierbij hebben we de populatie kinderen onderverdeeld in een jonge leeftijdsgroep (0 tot 10 jaar) en een groep tieners (10 tot 18 jaar). In de groep tieners komen we bij één schaal bij één meting een klein significant ($p < .05$) verschil tegen tussen jongens en meisjes. Het betreft de schaal Constructive family representations (CFR), de enige positief geformuleerde schaal. Hier scoren jongens (alleen) bij de eerste meting positiever dan meisjes. Dit betekent dat de tienerjongens bij de eerste meting een positiever beeld van de familierelaties hebben dan meisjes ten tijde van de eerste meting. Bij alle andere schalen in alle drie de metingen vinden we geen significante verschillen tussen jongens en meisjes. Bij de jongere kinderen vinden we ook bij één schaal bij één meting een verschil tussen jongens en meisjes, het betreft de schaal Openlijke emotionele reactiviteit bij de eerste meting. Hier scoren jongens significant ($p < .05$) lager dan meisjes, dus zij laten hier een positievere score zien. Voor alle overige schalen en metingen zijn er geen verschillen tussen jongens en meisjes.

Relatie emotionele veiligheid / mate van geweld

Er is een significant verband ($p < .001$) tussen de mate van het partnergeweld en de emotionele veiligheid van de kinderen. Bij twee van de subschalen, Openlijke emotionele reactiviteit en Openlijke bemoeienis vinden we een correlatie van respectievelijk .24 en .22 met de mate van het totaal aan geweld in een gezin. Hier neemt met een toename van het geweld de emotionele veiligheid van de kinderen af. Hetzelfde zien we ook bij de tweede meting waar beide correlaties respectievelijk .22 (Openlijke emotionele reactiviteit) en .24 (Openlijke bemoeienis) zijn ($p < .05$). Bij de derde meting is dit verband niet meer significant. De emotionele onveiligheid van kinderen

en de mate van geweld zijn bij de eerste meting significant ($p < .05$) hoger als de ouders zijn gescheiden (emotionele onveiligheid = 24 en geweld = 139 incidenten) in vergelijking met de situatie dat de ouders bij elkaar wonen (emotionele onveiligheid = 18 en geweld = 95 incidenten).

6.2 *Psychotrauma's van de kinderen*

Het meemaken van geweld tussen ouders valt in de categorie complexe trauma's (Van der Kolk, 2005). Een complex trauma verwijst naar 'de ervaring van meerdere, chronische en langdurige ongewenste traumatische gebeurtenissen, meestal van een interpersoonlijk karakter (bijvoorbeeld seksueel of lichamelijk misbruik, oorlog, partnergeweld)'. Als gevolg van traumatische gebeurtenissen kunnen kinderen diverse traumagerelateerde klachten ontwikkelen. Hierbij kan het bijvoorbeeld gaan om een verstoorde emotie- en impulsregulatie. Deze kinderen vinden het moeilijk om hun emoties te reguleren, kunnen vlak of emotieloos lijken en impulsief reageren. Daarnaast zijn er vaak verstoringen in het bewustzijn, in de cognitieve en functieontwikkeling en zijn er aandachtstekorten. Vaak hebben kinderen leerproblemen op school en kunnen ze snel afgeleid zijn. Op school, maar ook daarbuiten, hebben ze vaak ruzie met leeftijdsgenoten. Het is voor deze kinderen moeilijk om langdurige relaties aan te gaan, vaak klampen ze zich vast aan hun ouder of opvoeder, of houden ze deze juist op afstand (Struik, 2010). Daarnaast hebben complexe trauma's fysiologische gevolgen, waaronder somatische en biologische disregulatie (Van der Kolk, 2005).

Uit eerder onderzoek (Kilpatrick & Williams, 1997; Rossman, Bingham, & Emde, 1997) is gebleken dat kinderen als gevolg van het getuige zijn van huiselijk geweld traumasymptomen en/of een posttraumatische stressstoornis (PTSS) ontwikkelen. Alle gevoelens en emoties die kinderen ondervinden door het geweld kunnen leiden tot aangeleerde hulpeloosheid, angsten en depressies.

De strategieën die kinderen hanteren tijdens de conflicten kunnen internaliserende problemen voorspellen. Zo bleek uit het onderzoek van O'Brien, Margolin en John (1995) dat kinderen die zich met de ruzies tussen ouders bemoeien meer angsten hebben, vijandiger zijn en een lager zelfbeeld hebben dan kinderen die zich niet met de ruzies bemoeien. De kinderen die zich zowel verantwoordelijk voelen voor de conflicten als niet in staat zijn tot het oplossen ervan ervaren meer internaliserende problemen, zoals angsten en depressies.

6.2.1 *Vragenlijsten psychotrauma kinderen*

Om inzicht te krijgen in de traumasymptomen van kinderen van 3 tot 10 jaar hebben we de Nederlandse bewerking van de Trauma Symptom Checklist for

Young Children (TSCYC; Tierolf & Lamers-Winkelmann, 2014) gebruikt. De ouders vullen deze vragenlijst in. De lijst bestaat uit 90 items waarin de ouders gevraagd wordt aan te geven op een Likertschaal van 0 (niet) tot 4 (heel vaak) hoe vaak iets in de voorgaande maand is voorgekomen. In de vragenlijst komen symptomen aan de orde die mogelijke reacties van kinderen kunnen weergeven op een traumatische gebeurtenis. Voorbeeldstellingen uit deze vragenlijst zijn: 'Heeft nare dromen of nachtmerries', 'Leeft in een fantasiewereld', 'Maakt met opzet dingen stuk'. De vragen zijn uitgesplitst over zes klinische subschalen: Angst, Depressie, Posttraumatische stress totaal, Seksuele problematiek, Dissociatie en Boosheid. Vragenlijsten waarin te veel items niet waren ingevuld of vragenlijsten die buiten de gestelde normen op de Ontkenning schaal en de Atypische Respons schaal vielen, worden volgens de normen (Tierolf & Lamers-Winkelmann, 2014) niet valide verklaard en zijn om die reden niet meegenomen bij de berekeningen. De Cronbach's alpha's van de Totale PTSS schaal waren in de onderzoeksgroep en in de referentiegroep respectievelijk .91 en .66. De Cronbach's alpha's van de andere subschalen waren Angst (.78), Depressie (.80), Seksuele problematiek (.70), Dissociatie (.83) en Boosheid (.89). Naast de continue schaal hebben we ook gewerkt met een ordinale verdeling in traumasymptomen. Hiervoor hebben we de scores in twee groepen verdeeld: geen trauma en klinisch trauma. Er is ook een totaalscore berekend van alle mogelijke trauma's; dit leidt per kind tot een score van 0 tot 6.

Om de traumasymptomen van kinderen van 10 tot 18 jaar in kaart te brengen, vulden deze kinderen de Nederlandse vertaling van de Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC; Briere, 1996) in. De TSCC evalueert posttraumatische symptomen bij kinderen en adolescenten (van 8 tot 16 jaar, met normatieve aanpassingen voor 17-jarigen), waaronder de effecten van kindermishandeling (seksueel, fysiek en geestelijk), verwaarlozing, ander interpersoonlijk geweld, getuige zijn van trauma's van anderen, grote ongelukken en natuurrampen. De schaal meet niet alleen posttraumatische stress, maar ook andere symptomen die worden gevonden in getraumatiseerde kinderen (angst, depressie en dissociatie) (Briere, 1996). De Trauma Symptom Checklist for Children bestaat uit 54 items die op een ordinale 4-punts Likertschaal worden ingevuld, die loopt van 'nooit' tot '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 validiteitschalen en zes klinische schalen: Angst, Depressie, Posttraumatische stress, Seksuele problematiek, Dissociatie en Boosheid.

Vragenlijsten waarin te veel items niet waren ingevuld of vragenlijsten waarbij sprake was van een onderscore of een hyperscore worden volgens de

normen die door Briere (1996) zijn beschreven, niet valide verklaard en om die reden niet meegenomen bij de berekeningen. De Cronbach's alpha's voor de subschalen waren achtereenvolgens Angst (.79), Depressie (.85), Posttraumatische stress (.83), Seksuele problematiek (.73), Dissociatie (.74) en Boosheid (.85). Naast de continue schaal is er ook hier gewerkt met een ordinale verdeling in traumasymptomen. Hiervoor hebben we de scores in twee groepen verdeeld: geen trauma en klinisch trauma. Er is ook een totaalscore berekend van alle mogelijke trauma's; dit leidt per kind tot een score van 0 tot 6.

Voor zowel de TSCYC als de TSCC geldt dat een hogere score op de klinische schalen duidt op een hogere mate van traumasymptomen. We verwachten in de onderzoeksgroep hogere scores aan te treffen dan in de referentiegroep. In dit huidige onderzoek zien we de Posttraumatische stress totaal schaal als de belangrijkste traumaschaal (zowel TSCC als TSCYC). Een hogere score op de Posttraumatische stress totaal schaal betekent dat een kind meer aan het trauma gerelateerde stresssymptomen vertoont.

6.2.2 Traumascore van kinderen aan het begin van hulpverleningstraject

Als eerste vergelijken we weer de scores van de onderzoekspopulatie met die van de referentiegroep. Dit laten we zien in tabel 6.2. De kinderen in de onderzoekspopulatie scoren op alle PTSS-symptomen significant hoger dan kinderen in gezinnen in de referentiepopulatie. Dit betekent dat kinderen die te maken hebben (gehad) met partnergeweld meer posttraumatische stress laten zien dan kinderen uit de referentiepopulatie.

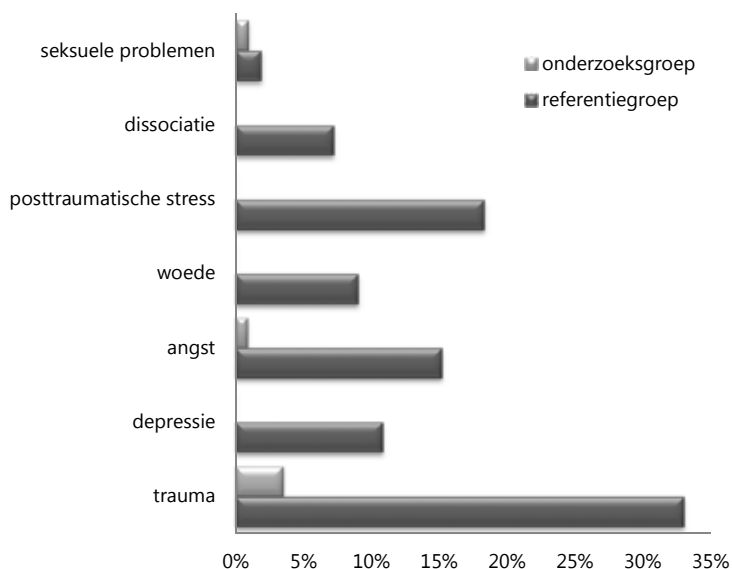
Tabel 6.2 PTSS-scores kinderen onderzoekspopulatie en referentiepopulatie

	Onderzoeksgroep			Referentiegroep		
	N	gemiddelde	SD	N	gemiddelde	SD
Angst*	241	55.3	14.1	235	45.9	6.4
Depressie*	242	53.3	13.2	234	44.8	5.1
Woede*	243	51.6	12.5	235	43.7	6.5
Posttraumatische stress*	238	55.3	14.2	235	43.4	4.9
Dissociatie*	241	51.2	11.4	234	44.5	5.4
Seksuele problemen**	239	49.1	8.6	235	47.5	6.4

*significantieniveau verschil $p < .001$ **significantieniveau verschil $p < .05$

De subschalen in deze lijst hebben daarnaast een cutoff-point, waarboven een kind klinisch aantoonbare (diagnosticeerbare) symptomen vertoont. Met deze gegevens kunnen we ook bepalen hoeveel kinderen op minimaal één van de traumacategorieën klinisch aantoonbare symptomen vertonen.

Figuur 6.3 Aantoonbare traumasymptomen kinderen in de onderzoekspopulatie en referentiegroep



We zien dat bij bijna een derde (33%) van de kinderen in de onderzoekspopulatie sprake is van aantoonbare traumasymptomen. Het hoogste percentage vinden we bij de posttraumatische stress, namelijk ruim 18 procent van de kinderen heeft hier last van, gevolgd door angst, waar 15 procent van de kinderen last van heeft. Relatief het laagste percentage vinden we bij seksuele problemen (2%).

Een totaal ander beeld zien we in de referentiepopulatie (zie figuur 6.4). Hier laat maar 3,5 procent van de kinderen aantoonbare traumasymptomen zien. Het hoogste percentage vinden we hier bij seksuele problemen en angst, namelijk 1 procent, posttraumatische stress en dissociatie komen in deze groep helemaal niet voor.

In vergelijking met de onderzoekspopulatie scoren dus in de referentiepopulatie nauwelijks kinderen in het klinisch aantoonbare bereik. Dit betekent dat de kinderen uit de onderzoeksgroep, die chronisch te maken hebben (gehad) met partnergeweld, veel vaker psychotrauma's laten zien dan kinderen in de referentiepopulatie.

Het percentage kinderen met aantoonbare traumasymptomen kunnen we ook nog per stad laten zien. Dit wordt getoond in tabel 6.3.

In Utrecht en Rotterdam zijn significant meer kinderen getraumatiseerd dan in Amsterdam en Den Haag. Het verschil tussen Utrecht en Rotterdam en het verschil tussen Amsterdam en Den Haag is niet significant.

Het belangrijkste syndroom dat we hier bekijken is het posttraumatisch stresssyndroom. De score op deze schaal per stad staat eveneens in de tabel hieronder. We zien bij de PTSS-score geen significante verschillen tussen de steden.

Tabel 6.3 Percentage getraumatiseerde kinderen en PTSS-scores kinderen per stad

stad	% getraumatiseerde kinderen	Gemiddelde PTSS score	N	SD
Rotterdam	41,5%	58.8	57	17.0
Amsterdam	24,7%	53.2	76	12.8
Den Haag	22,9%	53.2	50	11.1
Utrecht	45,1%	56.5	55	15.0
Totaal	32,9%	55.3	238	14.2

6.2.3 De ontwikkeling van de traumascores over de verschillende metingen

De traumascores van de kinderen zijn op drie momenten gemeten. In onderstaande tabel 6.4 is de ontwikkeling van deze scores over de metingen te zien. Hierbij is op twee manieren naar de scores gekeken. In de tabel zijn de gemiddelde scores op de verschillende traumaschalen per meting weergegeven. In figuur 6.5 zien we het percentage kinderen dat in het klinische bereik van de schalen scoort.

Tabel 6.4 Gemiddelde scores traumaschalen kinderen per meting

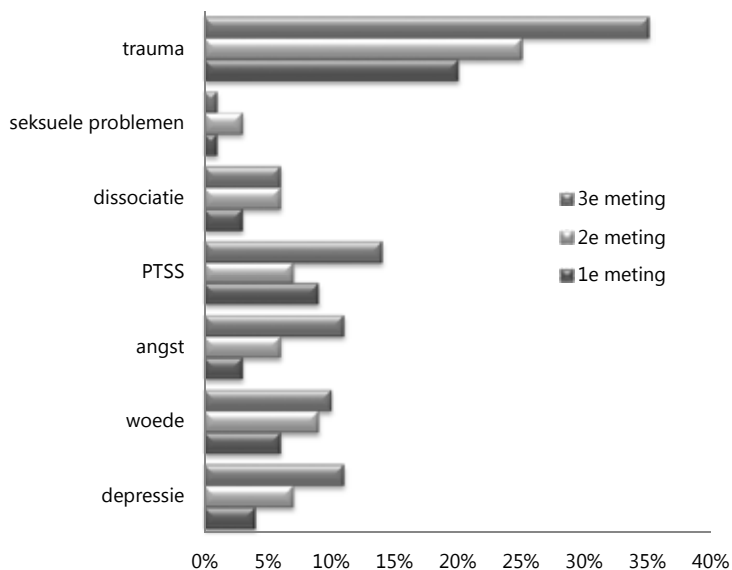
	PTSS	Depressie	Angst	Woede	Dissociatie	Seksuele zorgen
1e meting N=243	55.3	53.3	55.3	51.6	51.2	49.1
2e meting N=140	53.0	50.6	52.4	51.5	49.8	48.3
3e meting N=116	52.5	50.6	52.4	49.2	49.3	47.8

Wat betreft de subschaal-scores van de kinderen kunnen we constateren dat er een significante ($p < .05$) verandering is over de drie metingen op de Woede-score. Bij alle andere subschaal-scores zien we over de drie metingen gemeten geen significante afname. We vinden wel een significante ($p < .05$) afname tussen de eerste en tweede meting bij de Angst-score.

Het percentage klinisch getraumatiseerde kinderen op basis van de vragenlijsten laat min of meer eenzelfde beeld zien (zie figuur 6.5). De afname van het totaal percentage getraumatiseerde kinderen over de drie metingen is significant ($p < .05$). Bij de afzonderlijke syndromen zien we een daling van het percentage getraumatiseerde kinderen bij PTSS, Woede, Angst en Depressie.

Ook bij de traumascores is het mogelijk om te veronderstellen dat jongens en meisjes hier verschillend op reageren. We hebben alle schalen bij alle drie de metingen getoetst voor een verschil tussen jongens en meisjes. Zowel bij het totaal aantal getraumatiseerde kinderen als bij de subschalen speelt sekse geen significante rol in de verandering van de scores over de drie metingen.

Figuur 6.4 Percentage getraumatiseerde kinderen per syndroom per meting



Relatie posttraumatische stress / mate van geweld

Er is een significant verband tussen de mate van het partnergeweld en de posttraumatische stress-score van de kinderen. De hoogste correlatie ($r = .26$, $p < .01$) vinden we tussen de PTSS totaal schaal en het totaal aan geweld tussen partners. Daarnaast vinden we ook nog significante correlaties tussen het totaal aan geweld en de Depressie-schaal ($r = .21$, $p < .01$), de Angst-schaal ($r = .19$, $p < .01$) en de Woede-schaal ($r = .14$, $p < .05$). Dit betekent dat bij een toename van het geweld de traumascores van de kinderen toenemen. Ook bij de tweede meting vinden we soortgelijke relaties, de hoogste correlatie ($r = .26$, $p < .01$) vinden we tussen de 'Seksuele zorgen'-schaal en het totaal aan geweld tussen partners. Daarnaast vinden we nog significante correlaties tussen het totaal aan geweld bij de tweede meting en de PTSS totaal schaal, de Angst-schaal en de Depressie-schaal (respectievelijk $r = .20$, $r = .20$ en $r = .19$, $p < .05$). Bij de derde meting vinden we geen significant verband meer tussen de mate van het huiselijk geweld en de traumascores van de kinderen. Net als bij de emotionele veiligheid vinden we ook hier dat het uitmaakt of de

partners zijn gescheiden of niet. Als de partners uit elkaar zijn, zijn zowel de traumascoringen als de mate van geweld (PTSS-score = 57 en geweld = 139 incidenten) significant hoger ($p < .05$) dan in relaties waarin de partners nog bij elkaar zijn (PTSS-score = 48 en geweld = 95 incidenten). Bij jongere kinderen (jonger dan 10 jaar) speelt dit effect sterker dan bij tieners.

6.3 *Conclusie*

Als we kijken naar de kinderen die getuige of slachtoffer zijn van partnergeweld blijkt dat dit verregaande gevolgen heeft voor de kinderen. Kinderen in de onderzoeksgroep laten veel meer emotionele onveiligheid zien dan kinderen in de referentiepopulatie. Daarnaast komt PTSS veel vaker voor bij kinderen in de onderzoekspopulatie dan in de referentiepopulatie.

De vraag is natuurlijk of de aanpak huiselijk geweld in de vier grote steden ertoe leidt dat deze problemen bij de kinderen en jongeren afnemen. We constateren dat de emotionele veiligheid van kinderen is toegenomen. Bij alle vier dimensies van emotionele veiligheid is een toename te constateren. Bij de oudere kinderen zien we ook bij de meeste schalen een toename van de emotionele veiligheid. Alleen zijn hier vanwege de kleine steekproef minder verschillen significant.

Als we kijken naar de traumascoring bij de kinderen dan zien we dat er een duidelijke significante afname is van het aantal kinderen met een trauma. Bij de afzonderlijke syndromen zien we een daling van het percentage getraumatiseerde kinderen bij PTSS, Woede, Angst en Depressie.

Het is duidelijk dat als het partnergeweld afneemt dit direct gevolgd wordt door een toename van emotionele veiligheid bij de kinderen en een afname van het aantal kinderen dat getraumatiseerd is. De samenhang tussen deze drie variabelen is ook significant over de tijd heen. Een afname van het geweld gaat samen met een toename van de emotionele veiligheid en een afname van de traumascoringen bij kinderen. Dit betekent dat afname van het partnergeweld een directe invloed heeft op de kinderen. In het volgende hoofdstuk gaan we in op de rol van de hulpverlening die hieraan heeft bijgedragen.

7 *Ontvangen hulp*

Het voornaamste doel van het onderzoek is inzicht te verkrijgen in de effectiviteit van de aanpak van huiselijk geweld die de vier grote steden hebben ontwikkeld en uitgevoerd.

In dit hoofdstuk analyseren we het hulpverleningsproces dat in gang is gezet. Wat is er gebeurd op het terrein van bescherming en welke hulp en ondersteuning hebben de gezinnen ontvangen voor de ouders en de kinderen? Ten slotte vindt een analyse plaats of er enig effect van de aanpak te constateren is. We vergelijken daartoe de gezinnen die wel en gezinnen die geen hulp ontvangen hebben.

7.1 *Inventarisatie hulpverlenings- of begeleidingstraject ouders*

Vanaf de tweede meting konden ouders aangeven of ze in het voorgaande jaar hulp hebben ontvangen voor henzelf of voor hun jonge kinderen. De tieners beantwoordden zelf vragen over hulpverlening voor henzelf.

We hebben gevraagd naar een groot aantal verschillende typen hulpverlening. Daarnaast stelden we de vraag hoe lang de hulpverlening heeft geduurd en of de respondenten er tevreden over waren. Indien ze ontevreden waren over de hulp, werd ook gevraagd naar de reden van de ontevredenheid. Zowel bij de tweede als bij de derde meting hebben we gevraagd om over één hulpverleningsinstantie meer informatie te geven. Het ging hierbij om de wijze waarop ze betrokken werden bij de hulp, de deskundigheid van de hulpverlener en de effecten van de hulpverlening. Ten slotte vroegen we de hulpverlening een overall cijfer te geven.

Bij de derde meting werd wat betreft de hulpverlening ook nog gevraagd hoe de respondenten bij de hulpverlening terecht waren gekomen.

7.1.1 *Hulpverlening aan de ouders*

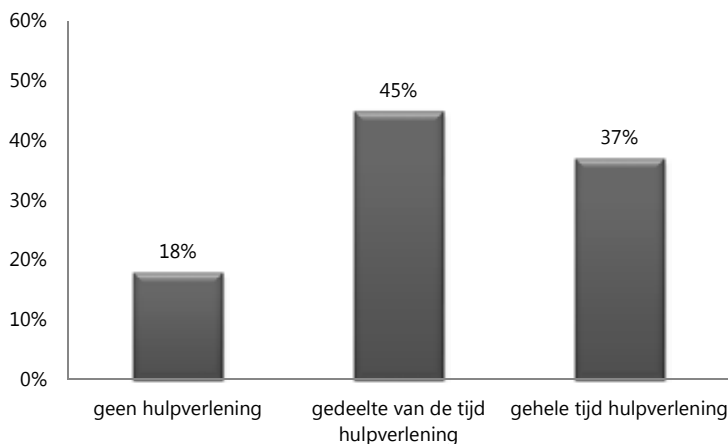
In de onderstaande tabel geven we per meting aan hoeveel ouders hulp door een instantie hebben gekregen. Bij de tweede meting geeft ruim drie kwart van de ouders (76%) aan hulp te hebben ontvangen in het afgelopen jaar. Dit percentage daalt in de loop van de tijd. Ten tijde van de derde meting geldt dit voor ongeveer de helft van de ouders (52%).

Tabel 7.1 Percentage van de ouders dat hulpverlening heeft gehad per meting

		aantal	percentage
Hulpverlening ouder tussen de 1e en 2e meting	geen hulp	30	23,6%
	wel hulp	97	76,4%
	Totaal	127	100,0%
Hulpverlening ouder tussen de 2e en 3e meting	geen hulp	52	47,7%
	wel hulp	57	52,3%
	Totaal	109	100,0%
Hulpverlening ouder tussen de 1e en 3e meting	geen hulp	23	17,8%
	wel hulp	106	82,2%
	Totaal	129	100,0%

Stellen we drie groepen samen, namelijk een groep ouders die in de gehele periode (anderhalf jaar) geen hulpverlening heeft gehad, een groep die een deel van de periode hulpverlening heeft gehad en een groep die de gehele periode hulpverlening heeft gehad, dan zien we de volgende verhoudingen (zie onderstaande figuur 7.1). Verreweg de meeste ouders zijn met hulpverlening in aanraking geweest. Slechts 18 procent van de ouders heeft helemaal geen hulp ontvangen in anderhalf jaar.

Figuur 7.1 Percentage van de ouders die hulpverlening hebben gekregen



Van degenen die hebben aangegeven dat zij een bepaalde vorm van hulp hebben ontvangen blijkt dat het merendeel een hulpaanbod heeft gekregen van een zelfstandig psycholoog, gevolgd door het Bureau Jeugdzorg of een GGZ-instelling (zie tabel 7.2).

Tabel 7.2 Soort hulpverleningsinstellingen waarmee ouders te maken hebben gehad in de gehele onderzoeksperiode

	aantal
Vrouwenopvang	20
Bureau Jeugdzorg	47
GGZ	47
Forensische psychiatrie	16
Zelfstandig psycholoog	52
SHG	37
AMW	16
FIOM	3
Verstavingszorg	5
Anders	31
Totaal enige vorm van hulp	106

Ouders hebben voornamelijk zelf contact gezocht met de hulpverlenende instantie meestal omdat zij doorverwezen zijn door een hulpverlener (54%) maar ook op eigen initiatief (27%). Een op de acht ouders zegt onder dwang naar de desbetreffende instelling te zijn gegaan (13%). Het betreft dan vooral het Bureau Jeugdzorg en in mindere mate de geestelijke gezondheidszorg. Het gaat vooral om korte hulpverleningstrajecten van minder dan drie maanden (39%). Een op de drie respondenten geeft aan dat het hulptraject langer dan een jaar duurt (33%). Ook hier betreft het de zorg door Bureau Jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg.

De meeste ouders kregen te maken met twee of meer instellingen in deze periode. Een kwart heeft in het eerste jaar met één instelling te maken gehad. Ook ongeveer een kwart van de ouders heeft met vier of meer instellingen te maken gehad, zowel na een jaar als na anderhalf jaar.

Tabel 7.3 Aantal hulpverleningsinstellingen waarmee ouders te maken hebben gehad

	Aantal 2e meting	Aantal 3e meting
Eén instelling	26,8%	47,4%
Twee instellingen	34,0%	15,8%
Drie instellingen	16,5%	14,0%
Vier instellingen	15,5%	12,3%
Vijf instellingen	5,2%	8,8%
Zes of meer instellingen	2,1%	1,8%

7.1.2 Beoordeling van de hulpverlening aan ouders

De meeste ouders zijn tevreden tot zeer tevreden over de geboden zorg (zie tabel 7.4). Vooral over de zorg die aanleunt tegen het gedwongen kader, het Bureau Jeugdzorg en de forensische zorg zijn ze minder tevreden. Van de ouders die te maken hebben gehad met Bureau Jeugdzorg is een op de drie ontevreden over de hulp die zij ontvangen hebben.

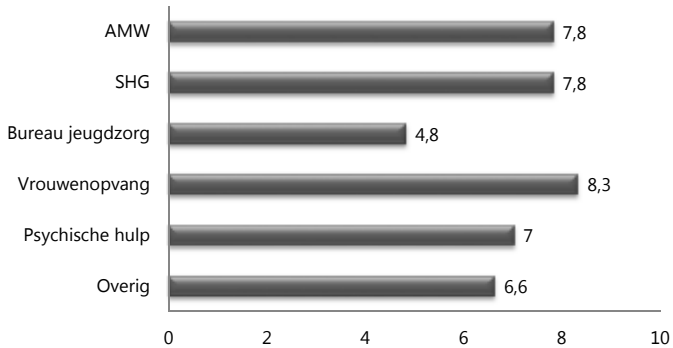
Tabel 7.4 Tevredenheid over de hulpverleningsinstellingen*

	Aantal	Tevreden	Neutraal	Ontevreden
Vrouwenopvang	23	91.3%	4.3%	4.3%
Bureau Jeugdzorg	67	43.3%	16.4%	40.3%
Zelfstandig psycholoog	72	76.4%	9.7%	12.5%
AMW	13	84.6%	15.4%	
GGZ	62	77.4%	11.3%	11.3%
Verslavingszorg	7	85.7%	14.3%	
Forensische zorg	23	60.9%	30.4%	8.7%
SHG	41	70.7%	19.5%	7.3%
Anders	34	85.3%	14.7%	

* aangezien ouders vaak zowel bij de 2^e als 3^e meting over dezelfde organisatie een oordeel gaven, is het aantal ouders altijd hoger dan het aantal gemeld in tabel 7.2

Aan het eind van de vragenlijst konden ouders nog voor een specifieke instelling een aantal expliciete vragen over de hulpverlening invullen. Veertig ouders hebben dit gedaan. Ook uit dit beeld blijkt dat ze tevreden zijn over de geboden hulp en ondersteuning. Ook hier blijkt dat het Bureau Jeugdzorg eruit springt met een lage beoordeling van een 4.8 in een range van 1 tot 10. De andere instellingen zoals het AMW, het SHG of de vrouwenopvang krijgen een hoog cijfer, namelijk rond de 8. Alleen in de categorie *overig* lopen de beoordelingen sterk uiteen, van zeer positief tot zeer negatief waardoor het gemiddelde lager uitpakt.

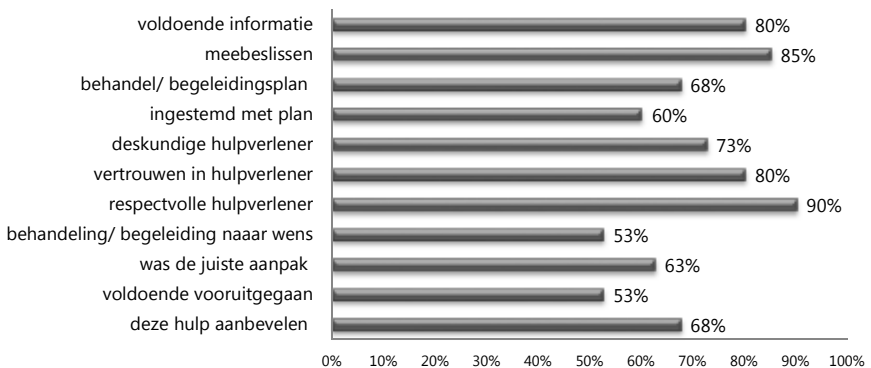
Figuur 7.2 Rapportcijfer voor de hulp of begeleiding die ouders ontvangen hebben



De meeste respondenten (80%) vinden dat zij voldoende informatie hebben gekregen over de aanpak van de behandeling of begeleiding. Ook vond de meerderheid (85%) dat zij konden meebeslissen over de behandeling of begeleiding die zij kregen. Niet alle respondenten weten of er een behandel- of begeleidingsplan is opgesteld. Ongeveer een op de drie zegt dat er geen behandelplan is, of is hiervan niet op de hoogte (67,5%). Iets meer dan de helft (60%) heeft ook daadwerkelijk ingestemd met het behandelplan.

Over de hulpverleners zelf zijn de respondenten duidelijk tevreden: de hulpverlener is deskundig (72,5%), er is vertrouwen in de hulpverlener (80%) en de respondenten vinden dat zij respectvol zijn behandeld (90%).

Figuur 7.3 Percentage respondenten die een positieve beoordeling geven (n=40)



Minder tevreden zijn de respondenten over de vraag of de ontvangen hulp ook de juiste hulp was. Iets meer dan de helft (52,5%) vindt dat de behandeling of begeleiding naar wens is uitgevoerd. Ongeveer een derde (37,5%) vindt dat de begeleiding of behandeling *niet* de juiste aanpak was voor hun problemen en

klachten. Bijna de helft van respondenten (47,5%) is van mening dat ze onvoldoende door de behandeling vooruit zijn gegaan. Dit betreft vooral de geboden hulp en begeleiding vanuit het Bureau Jeugdzorg, maar ook bij de andere instellingen zijn de respondenten hierover kritischer.

Een op de drie respondenten zou de hulp niet aanbevelen aan anderen die in een vergelijkbare positie zitten.

7.1.3 Ouders die wel en die geen hulp hebben ontvangen

Als we kijken naar welke respondenten wel en welke geen hulp hebben gekregen dan zien we een groot verschil tussen beide groepen. De ouders die het afgelopen jaar wel hulp hebben ontvangen, hebben bij aanvang van het traject (de eerste meeting) significant meer te maken met geweldsincidenten dan de ouders die geen hulp hebben ontvangen. Daarnaast hebben deze ouders tweemaal zo vaak een geschiedenis van geweld in het gezin waarin zij zijn opgegroeid. Ze rapporteren meer trauma's, zijn impulsiever en minder sociaal. Wat betreft de opvoedingsstress en het problematisch alcoholgebruik is er geen significant verschil tussen de groep die wel en de groep die geen hulpverlening heeft gekregen.

Tabel 7.5 Geweldsachtergrond en welbevinden ouders die wel en geen hulp ontvangen

	Wel hulp	Geen hulp
Gemiddeld aantal geweldsincidenten**	124	70
Percentage getraumatiseerd*	30,4%	9,1%
Geschiedenis van huiselijk geweld*	52%	26%
Impulsiviteit (hoger is impulsiever)**	6,8	4,5
Socialisatie (hoger is socialer)*	27,2	30,1
Opvoedingsstress	53,9	48,1
Percentage problematisch alcoholgebruik	59,2%	70,6%

* p < .05; ** p < .01;

7.2 Inventarisatie hulpverleningstraject aan de kinderen

Evenals bij de hulpverlening aan de ouders is hier aan ouders met jonge kinderen (3 tot 10 jaar) en tieners gevraagd of de kinderen hulp hebben gehad van hulpverlenende instanties, hoe lang de hulpverlening heeft geduurd en of zij tevreden waren over de hulpverlening.

In de onderstaande tabel 7.6 geven we het percentage weer van de kinderen die hulp hebben ontvangen tussen de eerste en de tweede meting en tussen de tweede en de derde meting. We zien dat, in vergelijking met de ouders, relatief weinig kinderen hulp hebben gekregen. Bij de tweede meting heeft ruim 27 procent van de kinderen en bij de derde meting nog maar 21,6

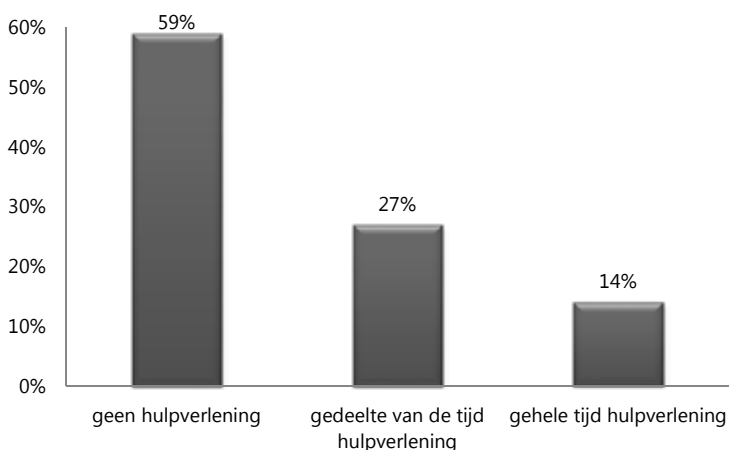
procent van de kinderen enige vorm van hulp gekregen. Een ruime meerderheid van de kinderen (58,7%) had gedurende de onderzoeksperiode dus geen contact met de hulpverlening.

Tabel 7.6 Percentage wel/geen hulpverlening van de kinderen per meting

		aantal	percentage
Hulpverlening kinderen tussen de 1e en 2e meting	geen hulp	123	62,6%
	wel hulp	61	37,4%
	Totaal	163	100,0%
Hulpverlening kinderen tussen de 2e en 3e meting	geen hulp	123	71,5%
	wel hulp	41	28,5%
	Totaal	144	100,0%
Hulpverlening kinderen tussen de 1e en 3e meting	geen hulp	108	58,7%
	wel hulp	76	41,3%
	Totaal	184	100,0%

Ook hier hebben we weer drie groepen samengesteld: een groep kinderen die in de gehele periode (anderhalf jaar) geen hulpverlening heeft gehad, een groep die een deel van de periode wel hulpverlening heeft gehad en een groep die de gehele periode hulpverlening heeft gehad. De verhoudingen tussen deze groepen wordt in de figuur hieronder weergegeven. We zien dat verreweg de meeste kinderen niet met hulpverlening in aanraking zijn geweest (althans volgens henzelf en hun ouders). Slechts 41 procent van de kinderen heeft wel hulp gekregen, en 14 procent heeft zowel tussen de eerste en de tweede meting als tussen de tweede en de derde meting hulp ontvangen.

Figuur 7.4 Percentage van de kinderen dat in anderhalf jaar tijd hulpverlening heeft gehad



Van degenen die hebben aangegeven dat zij een bepaalde vorm van hulp hebben ontvangen, blijkt dat het merendeel een hulpaanbod heeft gekregen van het Bureau Jeugdzorg, een GGZ-instelling of zelfstandig psycholoog (zie tabel 7.7).

Tabel 7.7 Soort hulpverleningsinstellingen waarmee kinderen te maken hebben gehad in de gehele onderzoeksperiode

	aantal
Vrouwenopvang	11
Bureau Jeugdzorg	31
GGZ	28
Forensische psychiatrie	5
Zelfstandig psycholoog	16
SHG	9
Anders	24
Totaal enige vorm van hulp	76

7.2.1 *Tevredenheid over het hulpaanbod aan de kinderen*

De meeste kinderen en ouders zijn tevreden over het hulpaanbod aan de kinderen. De ontevredenheid betreft vooral het hulpaanbod van de Bureaus Jeugdzorg en de GGZ, maar in vergelijking met het hulpaanbod aan de ouders zijn ze wel meer en vaker tevreden over deze hulp.

Tabel 7.8 Tevredenheid over de hulpverleningsinstellingen*

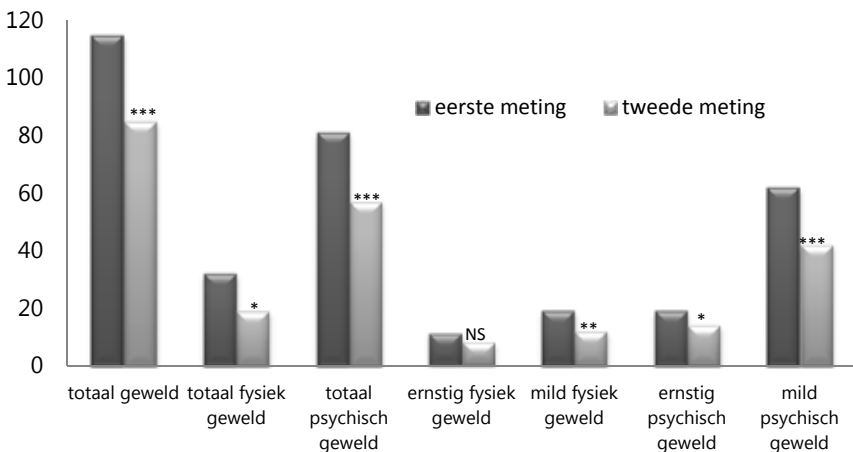
	Aantal	Tevreden	Neutraal	Ontevreden
Vrouwenopvang	10	100%	-	-
Bureau Jeugdzorg	38	52.6%	26.3%	21.1%
GGZ	35	91.4%	-	8.6%
SHG	9	88.9%	11.1%	-
Zelfstandig psycholoog	17	82.4%	11.8%	5.9%
Anders	33	85.2%	12.8%	

* aangezien kinderen soms zowel bij de 2^e als 3^e meting over dezelfde organisatie een oordeel gaven, is het aantal kinderen soms hoger dan het aantal gemeld in tabel 7.6

7.3 Wat is het effect van de hulpverlening voor de ouders?

We hebben in hoofdstuk 4 gezien dat er sprake is van een significante afname van geweld tussen de eerste en tweede meting. Als we een onderscheid maken naar soort en ernst van het geweld, dan zien we dat vooral het psychisch geweld is afgenomen, in het bijzonder de milde psychische geweldsincidenten. De fysieke geweldsdelicten zijn ook significant afgenomen, maar het betreft dan ook vooral de milde lichamelijke geweldsincidenten; de ernstige lichamelijke geweldsincidenten zijn niet afgenomen. Hoewel de meeste ouders gescheiden leven (70%) hebben zij nog wel via de kinderen met elkaar te maken en veelal is er dus nog altijd sprake van fysiek geweld door de ex-partner.

Figuur 7.5 Verschil in de gemiddelde geweldsscore voor de eerste en tweede meting

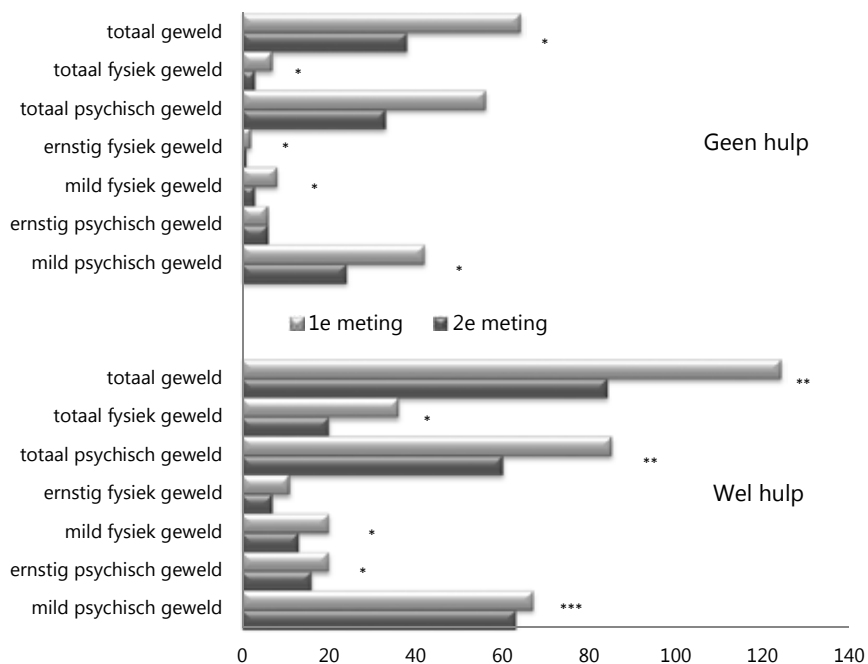


* $p < .01$; ** $p < .001$; *** $p < .000$

Als we een onderscheid maken tussen de ouders die wel en die geen hulp hebben gekregen tussen het eerste en tweede meetmoment, dan zien we dat voor beide groepen het geweld significant is afgenomen. Hierbij valt op dat de afname voor degenen die wel hulp hebben ontvangen veel sterker is, maar bij deze groep is ook sprake van ernstiger partnergeweld.

Hoewel er een grotere afname van geweld is als er hulp wordt geboden, blijkt dat dit vooral geldt voor het psychische en milde fysieke geweld; vooral het ernstig fysieke geweld is nog niet afgenomen. Dit geldt voor beide groepen: degenen die wel en degenen die geen hulp hebben ontvangen.

Figuur 7.6 De gemiddelde geweldsscore voor de eerste en tweede meting opgesplitst naar wel en geen hulp ontvangen



* $p < .01$; ** $p < .001$; *** $p < .000$

Ook bij de vergelijking tussen de tweede en de derde meting lijkt er sprake van een verdere afname van de geweldsscores op alle onderdelen, maar deze is niet meer significant. De verschillen tussen de eerste en derde meting daarentegen zijn overal weer significant (vanaf $p < .01$) behalve wederom bij ernstig fysiek geweld.

We zien dus geen verschil tussen beide groepen respondenten, degenen die wel en die geen hulp ontvangen hebben. Zowel bij de groep die wel als de groep die geen hulp heeft ontvangen, is er in gelijke mate een afname van partnergeweld. Dit betekent niet zonder meer dat het niet uitmaakt of gezinnen wel of geen hulp ontvangen. Er is bij beide groepen een vorm van interventie geweest, namelijk de melding van huiselijk geweld, (via de politie) bij het Steunpunt Huiselijk Geweld, bij het AMK of bij andere instellingen. Daarmee is het patroon doorbroken van geheimhouding, verbergen en niet erkennen van de problematiek. Het is mogelijk dat het melden alleen al een verandering in gang zet bij de gezinnen waar sprake is van lichte vormen en minder frequent geweld.

Wanneer we naar de ouders kijken en de hulpverlening, is de eerste vraag die we kunnen stellen: komen ouders in de juiste vorm van hulpverlening terecht? Aangezien een deel van de populatie ouders getraumatiseerd is, zou je bij deze groep in elk geval een vorm van tweedelijns-hulpverlening (GGZ, psychiatrie) verwachten. In de onderstaande tabel zien we waar deze ouders terecht zijn gekomen.

Tabel 7.8 Waar komen getraumatiseerde ouders terecht

		Geen tweede- lijns-hulp	Tweedelijns- hulp	Totaal
Niet getraumatiseerd	N	36	47	83
	%	43,4%	56,6%	100%
Wel getraumatiseerd	N	7	35	42
	%	16,7%	83,3%	100%
Totaal	N	43	82	125
	%	34,4%	65,6%	100%

We zien dat ruim 83 procent van de getraumatiseerde ouders in de tweedelijns-hulpverlening terecht is gekomen. Van de zeven ouders die hier niet in terecht zijn gekomen, zijn vier ouders in een andere hulpvorm terechtgekomen. Drie ouders bleven buiten de hulpverlening.

Wat betreft het welbevinden van de ouders zijn er nauwelijks verschillen tussen de eerste en tweede meting. Zoals in hoofdstuk 2 is uitgelegd hebben we bij het welbevinden naar een aantal zaken gekeken zoals de mate van getraumatiseerdheid, het alcoholgebruik, socialisatie en impulsiviteit/agressie.

We willen toetsen of de veranderingen in geweld, mate van getraumatiseerdheid, socialisatie, impulsiviteit en de opvoedingsstress van ouders die optreden tussen de metingen met elkaar samenhangen. Hiertoe moeten we als eerste nagaan of deze gegevens bij elk van de afzonderlijke metingen met elkaar samenhangen (zie tabel 7.9). Daarna kunnen we nagaan of ze in samenhang met elkaar veranderen onder invloed van bijvoorbeeld het wel of niet krijgen van hulpverlening. Bij de eerste meting zien we significante verbanden ($p < .05$) tussen alle variabelen, dus een positief verband tussen het geweld, de mate van getraumatiseerdheid, de impulsiviteit, de (anti)socialisatie en de mate van getraumatiseerdheid in de eigen jeugd. Meer geweld gaat hier samen met een hogere mate van getraumatiseerdheid, impulsiever gedrag, meer antisociaal gedrag en meer jeugdtrauma's. Alleen tussen het geweld en opvoedingsstress is geen verband. Bij de tweede meting blijft het verband tussen het geweld en de mate van getraumatiseerdheid en socialisatie hetzelfde (significante $p < .05$).

Tabel 7.9 Correlaties tussen variabelen bij 1^e meting - onder diagonaal en bij 2^e meting - boven diagonaal

2e meting 1e meting	Totaal geweld	PTSS	Impulsiviteit	Socialisatie (hoger = meer sociaal)	Aantal jeugdtrauma's	Opvoedingsstress
Totaal geweld	1	,42**	ns	-,26**	,20*	ns
PTSS	,35**	1	,34**	-,43**	,32**	,22*
Impulsiviteit	,25**	,40**	1	-,48**	,22*	,37**
Socialisatie (hoger = meer sociaal)	-,23**	-,47**	-,59**	1	-,47**	-,34**
Aantal jeugdtrauma's	,28**	,44**	,24**	-,47**	1	ns
Opvoedingsstress	ns	,23**	,35**	-,26**	,15*	1

** p < .01 (2-zijdig).

* p < .05 (2-zijdig).

Bij de derde meting vinden we alleen nog een significante samenhang tussen het geweld en impulsiviteit ($p < .05$).

Wanneer we naar het effect over de metingen kijken kunnen we bij het verschil tussen de eerste en tweede meting dus het geweld, de mate van getraumatiseerdheid en de socialisatie meenemen. Wanneer we dit analyseren zien we een gecombineerd significant effect, in die zin dat een afname van het geweld samengaat met een afname van de psychotrauma's en een toename van de socialisatie. Vervolgens was de vraag of de hulpverlening een bijdrage heeft in dit gecombineerd effect. We vinden geen significante bijdrage van ongespecificeerde hulpverlening (WEL een willekeurige vorm van hulp of GEEN hulp) bij dit effect. Het effect in beide groepen (wel en geen hulp) is gelijk, dus in beide groepen vinden we een gelijk gecombineerd effect (afname geweld, afname trauma's en toename socialisatie). We moeten hierbij wel constateren dat de beginsituatie van de groep die geen hulp heeft gehad significant beter was, dus minder geweld, minder trauma's en socialer, dan de beginsituatie van de groep die wel hulp heeft gekregen. De verbetering in de tijd in beide groepen was echter gelijk. Wanneer we naar meer specifieke vormen van hulp kijken, die zich normaliter meer zal richten op psychotrauma's, kunnen we dezelfde analyse nogmaals uitvoeren. Hierbij is een onderscheid gemaakt naar de groep die tweedelijns hulp (waaronder psychotherapie) heeft gekregen en de groep die geen tweedelijns hulp heeft gekregen. Ook hier zien we in beide groepen een gecombineerd effect als hierboven beschreven, maar we zien bij de afname van trauma's wel een significante bijdrage van de tweedelijns hulpverlening. Bij de groep die tweedelijns hulp heeft gekregen is de afname van psychotrauma's groter dan in de groep die geen tweedelijns hulp heeft gekregen.

7.4 Wat is het effect van de hulpverlening voor de kinderen?

Net als bij de ouders moeten we eerst bij de afzonderlijke metingen kijken of de mate van geweld, de mate van getraumatiseerdheid en mate van emotionele onveiligheid van de kinderen met elkaar samenhangen. Pas daarna richten we ons op de veranderingen over de metingen heen in deze zaken. Hierbij speelt de mate van getraumatiseerdheid van de ouders eveneens een rol, vandaar dat deze variabele in deze analyses ook is meegenomen. Bij de eerste meting zien we significante verbanden ($p < .01$) tussen alle variabelen, dus een positief verband tussen het geweld, de mate van getraumatiseerdheid (van ouders en kinderen) en de emotionele onveiligheid van kinderen, bij de jonge kinderen (zie tabel 7.10).

Tabel 7.10 Correlaties tussen variabelen bij jonge kinderen, bij 1^e meting - onder diagonaal en bij 2^e meting, boven diagonaal

2e meting □ 1e meting □	Totaal geweld	PTSS ouders	Emotionele onveiligheid	PTSS jonge kinderen
Totaal geweld	1	,27**	ns	,21*
PTSS ouders	,38**	1	ns	,24*
Emotionele onveiligheid	,28**	,41**	1	,34**
PTSS jonge kinderen	,26**	,54**	,61**	1

** $p < .01$ (2-zijdig).

* $p < .05$ (2-zijdig).

Bij de oudere kinderen (10-18 jaar) zien we bij de eerste meting alleen een verband tussen de mate van getraumatiseerdheid (van kinderen) en de emotionele onveiligheid van kinderen (zie tabel 7.11).

Tabel 7.11 Correlaties tussen variabelen bij oudere kinderen, bij 1e meting - onder diagonaal en bij 2e meting, boven diagonaal

2e meting □ 1e meting □	Totaal geweld	PTSS ouder	Emotionele onveiligheid	PTSS oudere kinderen
Totaal geweld	1	ns	,47*	ns
PTSS ouder	ns	1	ns	ns
Emotionele onveiligheid	ns	ns	1	,58**
PTSS oudere kinderen	ns	ns	,37*	1

** $p < .01$ (2-zijdig).

* $p < .05$ (2-zijdig).

Bij de tweede meting is dit net andersom, dus bij de oudere kinderen is er wel een verband tussen het geweld en de emotionele onveiligheid van kinderen. Bij de jongere kinderen zien we bij de tweede meting geen correlaties meer met emotionele onveiligheid, maar wel tussen alle andere variabelen. Vanwege de zeker bestaande onderlinge samenhang van de variabelen bij de twee metingen, min of meer op de verwachte wijze, hebben we de variabelen toch in onderlinge samenhang geanalyseerd.

In alle gevallen gaat meer geweld samen met een hogere mate van getraumatiseerdheid van ouders en kinderen, en een hogere mate van emotionele onveiligheid.

Wanneer we naar het effect over de metingen kijken, moeten we de kinderen onderverdelen in twee groepen: 67 jongere kinderen (3-10 jaar) en 17 oudere kinderen (10-18 jaar). Wanneer we dit analyseren zien we een gecombineerd significant effect. Dit betekent dat een afname van het geweld samengaat met een afname van de psychotrauma's (van zowel ouders als kinderen) en een toename van de emotionele veiligheid bij de jongere kinderen. De verklaarde variantie is 28 procent en dit betreft een vrij groot effect. Bij de oudere kinderen vinden we dit gecombineerde effect niet. Wel zien we een afname bij geweld en de mate van getraumatiseerdheid, en een toename van emotionele veiligheid, maar gecombineerd levert dit niet een significant effect op. Dat het effect niet significant is kan komen doordat we maar van weinig tieners complete gegevens hebben.

Wanneer we de hulpverlening aan deze analyses toevoegen vinden we zowel bij de jongere als bij de oudere kinderen geen significant effect van de hulpverlening. Ook is het verschil tussen de populatie kinderen die wel hulp hebben gehad en de kinderen die geen hulp hebben gehad kleiner dan bij de ouders. Zo is bij de jongere kinderen het geweld bij de start gemiddeld iets erger bij de kinderen die geen hulp hebben gehad, en de mate van getraumatiseerdheid en de emotionele onveiligheid is erger bij de kinderen die wel hulp hebben gehad. Bij de oudere kinderen is de mate van geweld en de mate van getraumatiseerdheid bij de groep die geen hulp heeft gehad hoger. De mate van emotionele onveiligheid is bij deze groep juist minder dan bij de kinderen die wel hulp hebben gehad.

7.5 Conclusie

We kunnen concluderen dat de meerderheid van de ouders hulp heeft ontvangen, 37 procent van de ouders heeft de gehele periode dat werd gemeten (anderhalf jaar) hulpverlening ontvangen, 45 procent heeft een gedeelte van de tijd hulpverlening ontvangen en 18 procent van de ouders heeft in de gehele periode geen hulpverlening ontvangen. Bij de kinderen zien we een heel ander beeld, 59 procent van de kinderen heeft de gehele tijd geen hulpverlening ontvangen, 27 procent heeft een gedeelte van de tijd hulp gekregen en 14 procent van de kinderen heeft de gehele periode hulpverlening ontvangen.

De meest voorkomende vorm van hulp voor ouders betrof een zelfstandig psycholoog, gevolgd door Bureau Jeugdzorg en de GGZ. De meest voorkomende vorm van hulp voor de kinderen betrof Bureau Jeugdzorg, gevolgd door de GGZ.

Over het algemeen zijn de respondenten zeer tevreden over zowel de hulp aan de ouders als de hulp aan de kinderen. Relatief het minst tevreden zijn zij over de hulp geboden door Bureau Jeugdzorg, dit geldt zowel voor de hulp aan de ouders als de hulp aan de kinderen.

We zien een significant verschil bij de eerste meting tussen de ouders die wel en de ouders die geen hulp hebben gekregen. De ouders die wel hulp hebben gekregen hebben met significant meer geweldsincidenten te maken gehad, ze hebben in hun jeugd tweemaal zo vaak een geschiedenis van geweld meegemaakt, ze zijn vaker getraumatiseerd en ze vertonen meer antisociaal gedrag.

Van de getraumatiseerde ouders komt ruim 80 procent in een waarschijnlijk passende hulpvorm terecht.

In de deelpopulatie waarover we de gecombineerde gegevens compleet hebben, treedt een sterke verbetering op tussen de eerste en de tweede meting. Er is dan een afname van het geweld, een afname van de psychotrauma's en een toename van de socialisatie bij de ouders. Hierin is geen onderscheid te maken tussen de groep die wel en de groep die geen hulp heeft gekregen. In beide groepen zien we deze verbetering. Dit kan ermee te maken hebben dat de melding op zich al een belangrijk effect heeft, aangezien daarmee het huiselijk geweld in de openheid is gebracht.

Wel kunnen we constateren dat de tweedelijnshulp een significant (gecombineerd) effect heeft op de verbetering wat betreft psychotrauma's bij ouders.

Tussen de tweede en derde meting vinden we geen significante verbeteringen ten aanzien van het geweld, de psychotrauma's en de socialisatie van de ouders.

Bij de jongere kinderen vinden we een sterke verbetering tussen de eerste en tweede meting, waarbij de afname van geweld samengaat met een afname

van de psychotrauma's en een toename van de emotionele veiligheid. Ook hier zien we geen significante bijdrage van de hulpverlening in dit effect. Ondanks de hulp vindt er vooral een afname plaats van psychisch geweld en mild fysiek geweld en vinden we minder afname van ernstig fysiek geweld. Tegelijkertijd zien we dat de geweldssituatie aan het eind van de tweede en derde meting in de gezinnen nog altijd veel ernstiger is dan in de overige bevolking. Hieruit trekken wij de conclusie dat in geval van ernstig fysiek geweld meer adequate hulp nodig is. In deel III gaan we nader op in op de vraag welke werkzame elementen er zijn en hoe de hulpverlening verbeterd kan worden.

8 *Conclusies effectstudie huiselijk geweld*

In dit hoofdstuk vatten we de belangrijkste conclusies van het effectonderzoek samen. Eerst beschrijven we welke doelgroep de hulpverlening bereikt in verband met partnergeweld in de vier grote steden. Daarna gaan we in op de onderzoeksvraag wat de effecten en resultaten zijn van de aanpak huiselijk geweld: leidt de aanpak tot een afname van geweldservaringen bij slachtoffers en kinderen? Zijn ouders (weer) in staat om hun kinderen pedagogisch verantwoord op te voeden? En hoe staat het met de kinderen, hebben zij baat bij de aanpak? Maar de voornaamste vraag van het onderzoek is: heeft de aanpak huiselijk geweld van de G4 bijgedragen aan de geconstateerde veranderingen?

8.1 *Welke respondenten worden bereikt met de aanpak?*

De respondenten zijn via verschillende wegen benaderd voor medewerking aan het onderzoek. We hebben vooral cliënten geworven bij de volgende instellingen: het SHG, de vrouwenopvang, het AMW Utrecht, Bureau Jeugdzorg Haaglanden, Vangnet Jeugd in Amsterdam en De Waag in Utrecht en Den Haag. De twee belangrijke selectiecriteria waren: er moet partnergeweld voorkomen en het betreft een gezinssituatie met kinderen in de leeftijd van 3 tot 18 jaar.

We hebben in het onderzoek gegevens verzameld van 211 volwassenen en 396 kinderen. Het overgrote deel van de respondenten is vrouw (er hebben achttien mannen aan het onderzoek deelgenomen).

We kunnen constateren dat de respondenten in het onderzoek vergeleken met de overige inwoners van de G4 te maken hebben met slechtere sociaal-economische omstandigheden. Het opleidingsniveau is over het algemeen iets lager, het inkomensniveau is duidelijk veel lager en relatief weinig deelnemers hebben werk voor meer dan twaalf uur per week. Het is bijzonder dat het gelukt is om voldoende deelnemers van allochtone herkomst in het onderzoek te betrekken, aangezien dat met dit type onderzoek altijd een groot probleem is gebleken. Wat betreft achtergrondkenmerken van de respondenten zijn er geen significante verschillen tussen de vier steden.

De ouders die in aanraking komen met de aanpak huiselijk geweld hebben te maken met ernstige geweldssituaties. De respondenten hebben, in

vergelijking met de algemene bevolkingsgroep in Nederland, te maken met langdurig, veelvuldig en ernstige vormen van psychisch en fysiek geweld. Het gaat bijna nooit om eenzijdig geweld. De vrouwen zijn niet alleen slachtoffer, maar zij schelden, schoppen en slaan ook. Wederkerig geweld betreft vooral het milde psychische (schelden) en fysieke geweld (duwen, iets gooien). Bij de ernstige vormen van fysiek geweld (schoppen, slaan) en ernstig psychisch geweld (vernederende opmerkingen) betreft het vaker eenzijdig geweld, voornamelijk gepleegd door de mannen.

In veel gevallen zien we een intergenerationele overdracht van geweld. Bijna de helft van de respondenten heeft te maken gehad met geweld in het gezin waarin zij zijn opgegroeid. Personen die zijn opgegroeid in een gezin waarin geweld vanzelfsprekend was, blijken tweemaal zo vaak geweld te gebruiken tegenover de partner.

8.2 *Wat zijn de effecten en resultaten van de aanpak?*

In hoeverre is er een afname van partnergeweld?

We kunnen constateren dat er een significante vermindering is van het partnergeweld. Het aantal geweldsincidenten is sterk afgenomen, hierin is geen verschil waar te nemen tussen de vier steden. We zien duidelijk een daling van het aantal respondenten dat excessief geweld meemaakt en een daling in het aantal incidenten.

Tegelijkertijd moeten we constateren dat het geweld in veel gezinnen nog niet gestopt is. Het merendeel van de respondenten is inmiddels gescheiden, maar dit is geen garantie voor het stoppen van het geweld. De helft van de respondenten heeft, anderhalf jaar na de eerste meting (en zij bij een hulpverleningsinstelling bekend waren) nog steeds te maken met excessief geweld.

Een andere conclusie is dat wat betreft de aard en ernst van het geweld, voornamelijk de minder ernstige incidenten afnemen. Het ernstige geweld, vooral ernstig fysiek geweld, neemt veel minder af. Het ernstige geweld lijkt bovendien meer voor te komen als de partners gescheiden zijn dan wanneer er een relatie is.

In hoeverre is er een afname van problemen in de opvoedingssituatie?

We zijn in het onderzoek vooral geïnteresseerd in de vraag of ouders zich weer in staat voelen om een goede ouder te zijn en de pedagogische verantwoordelijkheid op zich te nemen. Uit verschillende onderzoeken blijkt immers dat ouders het moeilijk vinden om de kinderen de gewenste aandacht te geven door de stress die het geweld in hun relatie met zich meebrengt. Ook in dit onderzoek blijkt dat deze ouders psychische problemen en een laag welbevinden ervaren. Bij een kwart van de respondenten is er sprake van een

klinisch trauma, terwijl dit voor de algemene Nederlandse bevolking veel lager is (6,7%).

Met betrekking tot de opvoeding zien we dat de opvoedingsstress bij de derde meting verminderd is. Ook het aantal ouders met een trauma is bij de derde meting significant gedaald. In eerste instantie nemen echter zowel de opvoedingsstress als de traumacores toe en deze dalen pas zichtbaar bij de derde meting.

Bij de andere factoren van welbevinden zien we geen verschil op de drie meetmomenten. Het alcoholgebruik is niet verminderd, de socialisatie en de wijze waarop de respondenten op situaties reageren is evenmin veranderd, en dit geldt ook voor de impulsiviteit en agressie.

In hoeverre is een afname van traumatisering van kinderen die zelf slachtoffer zijn of getuige zijn van huiselijk geweld?

In dit onderzoek hebben we niet gemeten op welke wijze de kinderen betrokken zijn geweest bij het partnergeweld. We weten al uit onderzoek naar opvoeden na partnergeweld (Pels, e.a., 2011) dat alle kinderen zich bewust zijn van geweld tussen de ouders en te maken hebben met de nadelige gevolgen van dit geweld.

De kinderen in de onderzoeksgroep voelen zich zeer emotioneel onveilig en zijn zeer vaak getraumatiseerd. We zien echter wel op beide terreinen een verbetering bij de derde meting. De jonge kinderen ervaren een significante verbetering van de ervaren emotionele veiligheid. Bij de oudere kinderen in het onderzoek is er een minder duidelijk beeld. Bij de meeste schalen van emotionele veiligheid zien we verbetering, maar vanwege de kleinere steekproef zijn de verschillen niet significant.

Ook wat betreft de trauma's zien we een afname over de tijd. Over de drie metingen is er een significante afname van het aantal trauma's. Bij de afzonderlijke trauma's zien we vooral een daling van het percentage getraumatiseerde kinderen wat betreft woede, angst en depressie.

Als we kijken naar de relatie tussen het partnergeweld en emotionele onveiligheid bij kinderen dan zien we dat afname van geweld samengaat met een toename van emotionele veiligheid. Ook ten aanzien van de psychotrauma's is er een sterk verband met de mate van geweld over de drie metingen. Hierbij maakt het feit dat de ouders wel of niet gescheiden zijn een duidelijk verschil. Er is een direct verband tussen afname van geweld, een toename van emotionele veiligheid en een afname van de mate van getraumatiseerdheid. Dit verband is echter sterker voor die kinderen waarvan de ouders uit elkaar zijn!

8.3 *Welk effect heeft de hulpverlening?*

Een belangrijke onderzoeksvraag is of het hulpverleningstraject dat de ouders en kinderen hebben gekregen nu bijgedragen heeft aan de gevonden effecten. Hiervoor hebben we een onderscheid gemaakt tussen ouders die wel en ouders die geen hulp ontvangen hebben na melding bij een instelling. We hebben onderzocht of er een verschil is tussen beide groepen wat betreft de afname van het geweld en verbetering van het welbevinden van de ouders en de kinderen.

Het ontvangen hulpaanbod

Dat gezinnen in het vizier van een hulpverleningsinstelling zijn gekomen vanwege partnergeweld betekent nog niet dat er ook een hulpverleningstraject in gang gezet wordt. Een op de twaalf gezinnen zegt in de afgelopen anderhalf jaar geen hulpaanbod ontvangen te hebben. Het gaat hier om de groep waarbij lichtere vormen van partnergeweld voorkomen. Die gezinnen waar sprake is van zware vormen van psychisch of fysiek geweld hebben wel een hulpverleningstraject doorlopen.

De meeste respondenten hebben hulp gekregen in de eerstelijnszorg of tweedelijnszorg, maar een klein deel (15%) komt in aanraking met de gespecialiseerde hulp (geen eerste- of tweedelijns). Van de klinisch getraumatiseerde cliënten heeft 93 procent een of andere vorm van hulp ontvangen, gedurende kortere of langere tijd. Bij bijna 85% van de getraumatiseerde cliënten betrof dit tweedelijnszorg.

De hulp aan kinderen blijkt zeer beperkt te zijn. Bijna 60 procent van de kinderen heeft geen enkele vorm van hulp ontvangen. En als er hulp aanwezig is, is dat vooral door Bureau Jeugdzorg (41%) en de GGZ (37%). Er is zelden een specifiek aanbod voor de kinderen. Dit lijkt een duidelijke omissie aangezien veel kinderen last hebben van psychotrauma's als gevolg van het partnergeweld en zich emotioneel onveilig voelen.

De ouders zijn over het algemeen tevreden over de hulp die zij ontvangen hebben. Uitzondering hierop is de zorg die Bureau Jeugdzorg bieden: een op de drie ouders is ontevreden. Ouders zijn tevreden over de hulp die aan de kinderen is geboden. Ook hier zijn de ouders het minst tevreden met de hulp van het Bureau Jeugdzorg, maar het percentage is wel iets lager. Kennelijk zijn zij iets vaker tevreden over de zorg die het Bureau Jeugdzorg aan de kinderen biedt dan aan de ouders. Respondenten zijn vooral tevreden met de geboden zorg in het kader van de opvang en hulp rondom het partnergeweld (vrouwenopvang en SHG).

Effecten van de geboden zorg

Kunnen we nu concluderen dat de gevonden effecten en resultaten ook daadwerkelijk toe te schrijven zijn aan de geboden zorg en hulp? We zien zowel bij de groep die wel hulp als bij de groep die geen hulp heeft ontvangen

een vermindering van het partnergeweld. Hierin is geen significant verschil tussen beide groepen. Het effect is wel sterker voor degenen die hulp hebben ontvangen.

Er is geen effect te zien voor de geboden zorg als het gaat om het welbevinden van de ouders. Alleen wat betreft psychotrauma's van de ouders zien we dat er een significant effect is van de tweedelijns hulpverlening op de afname van de psychotrauma's. Bij de andere variabelen die gemeten zijn in het onderzoek (alcohol, socialisatie, impulsiviteit en agressie) is er geen verschil gevonden, noch tussen de verschillende meetmomenten noch tussen degenen die wel en die geen hulp ontvangen hebben.

Wat betreft de opvoedingsstress van de ouders zien we een kleine verbetering in de tijd. Deze verbetering is echter niet toe te schrijven aan het wel of niet verkrijgen van hulp. Een mogelijke verklaring dat er geen effectverschil gevonden is tussen de groep die wel en die geen hulp heeft ontvangen, is dat voor beide groepen geldt dat er een melding is gedaan bij de politie, Steunpunt Huiselijk Geweld, AMK of andere instelling. Deze melding kan al een proces van verandering in gang hebben gezet. Het geheim, het stilzwijgen over het geweld is doorbroken en we weten vanuit andere onderzoeken dat het bespreekbaar maken van partnergeweld de eerste stap tot verandering is.

8.4 *Conclusie*

Deze uitkomsten naar de effectiviteit van de aanpak huiselijk geweld roepen op sommige punten een discussie op. Hoewel er een duidelijke verbetering is wat betreft het verminderen van partnergeweld, is het aantal gezinnen waar kinderen opgroeien met partnergeweld nog steeds onaanvaardbaar hoog. De gevolgen van het partnergeweld zijn voor de moeders en de kinderen enorm. De moeders rapporteren allerlei traumaklachten en een laag welbevinden, de kinderen zijn eveneens vaak getraumatiseerd en ervaren een grote emotionele onveiligheid. Hoewel de afname van het aantal geweldsincidenten direct een verbetering hierin tot gevolg heeft, zijn daarmee de klachten nog niet verdwenen.

In Deel III gaan we nader in op deze gevonden resultaten. Waar hebben slachtoffers behoefte aan, wat ervaren zij als goede hulpverlening? En wat zijn volgens de hulpverleners randvoorwaarden voor een goede aanpak?

Deel III

9 *Hulpbehoefte en ervaren hulp*

Het casusonderzoek is een verdiepend kwalitatief onderzoek met als voornaamste doel te achterhalen wat de werkzame elementen zijn van de aanpak in de vier steden. Het onderzoek biedt de mogelijkheid om de beleving of betekenisverlening van de betrokkenen te achterhalen en de thematiek in concrete, alledaagse omstandigheden te beschrijven en te interpreteren. Het gaat om het verkennen en inzichtelijk maken van de werkzame elementen van de aanpak huiselijk geweld. We gebruiken het casusonderzoek als verdieping van de effectstudie. Het is een kwalitatief onderzoek, waar de argumentatie en de beleving voorop staat en niet de aantallen. Om toch enig inzicht te geven in de omvang van de ervaring - wordt een ervaring breed gedragen of is het een enkeling - spreken we van: meerderheid (75% of meer), ruim de helft (55 -75%), de helft (45-55%), een derde (30 -45%), een kwart (20-30%) en enkele (minder dan 20%).

In dit hoofdstuk beschrijven we eerst welke respondenten betrokken zijn bij het verdiepende onderzoek. Wat zijn de achtergrondkenmerken van de casuspopulatie in vergelijking met de onderzoeksgroep? Vervolgens gaan we in op de geweldsproblematiek en het psychisch welbevinden. Daarna beschrijven we hoe de respondenten in aanraking zijn gekomen met de hulp en hoe het hulpaanbod eruitziet. Tot slot staan de negatieve en positieve ervaringen van vrouwen met de hulpverlening centraal.

9.1 *Achtergrond geïnterviewde vrouwen*

Er zijn met 49 vrouwen diepte-interviews gehouden. Het is een bewuste keuze geweest om alleen de moeders in het casusonderzoek te interviewen. Hiervoor waren verschillende redenen. Ten eerste zijn vrouwen in de effectstudie oververtegenwoordigd, waardoor het niet mogelijk was om een gelijke verdeling van het aantal mannen en vrouwen te maken. Ten tweede zijn in de effectstudie nauwelijks partners van de respondenten benaderd voor het onderzoek, dit veelal op uitdrukkelijk verzoek van de vrouwen om onnodige stress in de relatie met hun (ex-)partner te voorkomen. Hierdoor zijn weinig hele gezinssystemen in het onderzoek betrokken. Dit betekent dat de beschrijvingen van de ervaren hulpverlening alleen weerspiegelen hoe de

vrouwen dit hebben ervaren. Wat er over de mannen bekend is, is informatie vanuit het perspectief van de vrouwen.

De vrouwen hebben bij de tweede meting kunnen aangeven of zij wilden deelnemen aan het casuonderzoek. Van degenen die zich opgegeven hebben voor de interviews is een selectie gemaakt zodat er een gelijke verdeling per stad was.

De gesprekken met de vrouwen waren intensief en duurden tussen de anderhalf en twee en een half uur. Tijdens de interviews gaf het merendeel van de vrouwen aan dat zij het interview emotioneel belastend vonden. Hoewel we ons tijdens het interview vooral richtten op de hulpverlening, kwam ook de periode van het geweld ter sprake. Dit hebben de vrouwen als zwaar ervaren: nare herinneringen komen boven en de onmacht van toen wordt herbeleefd.

Ten tijde van het interview had ruim de helft van de vrouwen het hulptraject afgesloten. Ongeveer een derde deel van de vrouwen krijgt nog hulp, maar deze is in een afrondende fase. Er zijn bijvoorbeeld enkel nog maandelijkse gesprekken met een psycholoog of er loopt nog een schuldhulptraject. Enkele vrouwen zitten nog midden in het hulpverleningstraject.

9.1.1 *Vergelijking van de casusgroep met de onderzoeksgroep*

Het gaat bij dit kwalitatieve onderzoek om het verkennen en inzichtelijk maken van de werkzame elementen van de aanpak huiselijk geweld. Dit kwalitatieve onderzoek biedt een verdieping van de cijfermatige resultaten van deel II. Daarom is het relevant te weten of de casusgroep een goede afspiegeling is van de onderzoeksgroep. Om hier inzicht in te krijgen vergeleken we de achtergrondkenmerken van de casusgroep met die van de andere respondenten (niet-casusgroep) en van de totale onderzoeksgroep op grond van de antwoorden uit de vragenlijsten ingevuld voor de effectstudie.

Tabel 9.1 Vergelijking casusgroep met rest onderzoeksgroep op achtergrondvariabelen

		Casuonderzoek			Resterende onderzoeksgroep			Totale onderzoeksgroep		
		M	N	%	M	N	%	M	N	%
gemiddeld aantal kinderen in gezin		2			2			2		
Betaald werk voor meer dan 12 uur in de week?	Ja	21	42,9%	71	43,8%	92	43,6%			
	Nee	28	57,1%	91	56,2%	119	56,4%			
opleiding	Lager onderwijs	7	14,3%	19	11,7%	26	12,3%			
	Mavo, lbo	12	24,5%	51	31,5%	63	29,9%			
	Havo, vwo, mbo	21	42,9%	67	41,4%	88	41,7%			
	Hbo, wo	8	16,3%	24	14,8%	32	15,2%			
	Anders, namelijk:	1	2,0%	1	0,6%	2	0,9%			

		Casusonderzoek			Resterende onderzoeksgroep			Totale onderzoeksgroep		
		M	N	%	M	N	%	M	N	%
gemiddeld aantal kinderen in gezin		2			2			2		
Wat is het netto maandelijks gezinsinkomen?	Lager dan €1.500	32	65,3%	113	69,8%	145	68,7%			
	van €1.500 tot €3.100	12	24,5%	35	21,6%	47	22,3%			
	Hoger dan €3.100	5	10,2%	14	8,6%	19	9,0%			
etniciteit	Nederlands	29	59,2%	70	43,2%	99	46,9%			
	Antilliaans	3	6,1%	5	3,1%	8	3,8%			
	Marokkaans	4	8,2%	17	10,5%	21	10,0%			
	Surinaams	6	12,2%	24	14,8%	30	14,2%			
	Turks	2	4,1%	4	2,5%	6	2,8%			
	Indonesisch	0	0,0%	8	4,9%	8	3,8%			
	Overig	5	10,2%	34	21,0%	39	18,5%			

De casusgroep komt wat betreft deze achtergrondvariabelen redelijk overeen met de onderzoeksgroep. Er zijn nauwelijks verschillen als het gaat om het aantal kinderen en inkomen of opleiding. Wel is er een kleine afwijking wat betreft het percentage autochtone vrouwen: we hebben iets meer autochtone vrouwen gesproken (59% is autochtoon vergeleken met 47% in de onderzoeksgroep).

Als het gaat om de mate van geweld zien we dat de casusgroep niet significant verschilt van de rest van de onderzoeksgroep (zie tabel 9.2). Ten aanzien van trauma komt naar voren dat 30 procent (N=13) van de vrouwen in de casusgroep te maken heeft met een klinisch trauma. Dit is hoger dan in de rest van de onderzoeksgroep, maar het verschil is niet significant. Daarnaast zien we wat betreft het problematische alcoholgebruik geen significante verschillen tussen de casusgroep en de onderzoeksgroep. Van de partners van de vrouwen is iets meer dan zestig procent (64%) een problematisch drinker en van de vrouwen zelf is een kwart problematisch drinker.

Tabel 9.2 Vergelijking casusgroep en onderzoeksgroep op geweld, trauma, drinkgedrag en samenlevingsstatus

	Casusonderzoek	Resterende onderzoeksgroep	Totale onderzoeksgroep
Totaal geweldsincidenten per jaar	132	119	122
Fysieke geweldsincidenten per jaar	35	43	41
Psychische geweldsincidenten per jaar	97	76	81
Eigen geweldsincidenten per jaar	31	33	32
Partnergeweldsincidenten per jaar	101	86	90
Percentage getraumatiseerd	30,2%	20,8%	23,0%
Problematisch drinkgedrag zelf	25,0%	33,1%	31,1%
Problematisch drinkgedrag partner	63,8%	54,5%	56,8%
Gescheiden	80,4%	64,2%	68,3%

De ruime meerderheid van de gesproken vrouwen was ten tijde van het interview gescheiden en/of heeft een nieuwe partner. Slechts enkele vrouwen wonen nog samen met de man bij wie het geweld speelde of speelt. Dit gegeven verschilt wel significant van de rest van de onderzoekspopulatie, waarvan ruim 64 procent is gescheiden.

De conclusie is dat de vrouwen die geïnterviewd zijn een redelijke afspiegeling vormen van onze onderzoeksgroep waardoor het mogelijk is om de gevonden resultaten van de effectstudie te interpreteren vanuit deze diepte-interviews.

9.2 *Beschrijving van het partnergeweld en het psychisch welbevinden*

We staan in deze paragraaf kort stil bij de geweldsproblematiek in de gezinnen, het psychisch welbevinden en de factoren die volgens de vrouwen bijdroegen aan (escalatie van) het geweld.

9.2.1 *Geweld in een context*

Zoals we in de effectstudie zagen komt in de onderzoeksgroep ernstig en herhaaldelijk partnergeweld voor. Het partnergeweld van de vrouwen uit de casusgroep komt redelijk overeen met dat van de onderzoeksgroep. Uit de interviews bleek dat er een verschil is tussen de gerapporteerde geweldsincidenten met behulp van de Conflict Tactics Scale en de kwalificatie huiselijk of partnergeweld. Een aantal vrouwen geeft in het interview aan dat er geen sprake was van partnergeweld terwijl dit volgens de score op de CTS2 wel het geval was. De vraag is of vrouwen achteraf het geweld door de partner hebben verdrongen, of dat het gaat om licht geweld dat ze zelf niet als

geweld beschouwen. Ook kan het voorkomen dat het geweld alleen op het kind is gericht of dat een inwonend volwassen kind gewelddadig is tegen de moeder.¹²

Met de vrouwen is soms kort, soms langer gepraat over het ondervonden geweld.¹³ In de meeste gevallen ging het volgens de vrouwen om langdurig en ernstig geweld door hun partner. Er komen geen grote verschillen naar leeftijd, etnische afkomst en opleidingsniveau naar voren. Voor de meeste vrouwen geldt dat er in de loop der jaren verergering van het geweld plaatsvond, zowel qua frequentie als qua ernst. Een vrouw zegt hierover: *‘In het begin van ons huwelijk waren het alleen maar woorden, toen werden het de handjes en later mijn halve interieur.’* Sommige vrouwen geven aan dat zij het geweld (in eerste instantie) probeerden te normaliseren voor zichzelf of zich ernaar schikten:

‘Je merkt dat je je grenzen steeds verder gaat verleggen. Hij praatte het elke keer weer goed en je gaat zo steeds meer dingen accepteren. Je wordt op een gegeven moment zo vaak uitgescholden dat het je niks meer doet. Dan gaat hij opeens met dingen gooien, dan denk je van ‘OK, hij gooit het tenminste niet naar mij’ en dat accepteer je dan ook, totdat hij wel naar je begint te gooien en je op een dag je eerste klap krijgt...’

Naast geweld spreken sommige vrouwen ook over controlerend gedrag en hoe hun partner precies naging wat zij elke dag deden. Sommige vrouwen werden langzaam maar zeker geïsoleerd van hun familie en vrienden:

‘Stukje bij beetje werd ik door hem in mijn vrijheden beperkt. Het is er heel langzaam ingeslopen. Hij werd steeds negatiever naar mij toe, hij klemeerde en vernederde mij altijd. Ik mocht op een gegeven moment mijn eigen familie niet meer zien. Ik was inmiddels zo gewend om naar hem te luisteren. Er was toen weinig fysiek geweld. Ik denk dat dat komt omdat ik altijd deed wat hij zei, ik liet de boel nooit escaleren.’

Zoals we al hebben geconstateerd is een van de kritiekpunten op de CTS2 dat deze niet de mate van controle meet. Ook meet hij niet de dynamiek en de ontwikkeling van het geweld vanaf het begin van de relatie en geeft geen zicht op risicofactoren als criminele achtergrond en seksuele dwang. De

12 Uit de ingevulde vragenlijsten van eerste meting komt naar voren dat het in twee gevallen om zeer licht geweld gaat, wat de vrouwen zelf blijkbaar niet zien als partnermishandeling. In twee gevallen is alleen sprake van geweld tegenover het kind, in twee gevallen gaat het om gewelddadig gedrag van adolescente zonen naar de moeder en in één geval om een adolescente drugsverslaafde dochter.

13 De nadruk van het interview lag op de ervaren hulp, de behoeften aan hulp en de zaken waar de vrouwen tevreden of juist ontevreden over waren. Om de hulp te kunnen plaatsen is er ook gepraat over het geweld. Afhankelijk van wat de vrouw wilde vertellen duurde dit langer of korter.

interviews geven enig inzicht daarin. Sommige vrouwen geven aan dat het fysieke en psychische geweld licht of matig was, maar de controle vergaand. Een aantal vrouwen vertelt over de vernedering en het kleineren en de enorme impact ervan op hun leven: het verlies van hun zelfvertrouwen en zich waardeloos voelen. *‘Hij heeft me nooit een klap gegeven. Hij heeft me 25 jaar geïsoleerd gehouden. Ik had liever de klap op mijn bek gehad.’* Het blijkt om vergaande controle te gaan die ook na het verbreken van de relatie doorgaat, waardoor enkele vrouwen zich zo bedreigd voelen dat een geheim adres noodzakelijk is. Duidelijk is dat ook zonder (ernstig) fysiek geweld er ernstige beperkingen in de persoonlijke levenssfeer kunnen zijn.

9.2.2 *Psychisch welbevinden*

Naast informatie uit de vragenlijsten komt uit de interviews met de vrouwen naar voren dat de meerderheid van de vrouwen het psychisch zwaar heeft. De klachten zijn volgens de vrouwen vooral psychosomatisch van aard. Ruim een kwart van de vrouwen geeft aan dat deze klachten ook het gevolg waren van spanningen in huis. De vrouwen zijn moe, hebben hoofdpijn, buikpijn of zijn naar eigen zeggen ‘op’.

Uit het effectonderzoek komt naar voren dat de traumatische klachten bij de tweede meting niet afnemen maar juist toenemen. De vrouwen die geïnterviewd zijn bevestigen dat beeld. Het blijkt dat deze klachten niet alleen ten tijde van perioden van geweld en conflicten speelden, maar juist toenamen toen het rustiger werd. Enkele vrouwen geven aan dat de echte problemen pas begonnen nadat de situatie van geweld was afgenomen of gestopt. Een 40-jarige Nederlandse vrouw:

‘Ik was al die jaren in de ‘overleef-modus’, hoe blijf ik in leven en zijn mijn kinderen veilig. Elke dag leefde ik op adrenaline en was het overleven en hopen dat ik de volgende dag nog zou halen. Nu ik verhuisd ben is die dreiging weg. Maar ik word wel elke dag geconfronteerd met mijn problemen en het verleden. Dat is zowel fysiek als psychisch zwaar, zwaarder dan eerst.’

En een Nederlandse vrouw van 46 zegt:

‘Ik was zo moe, ik kon niet meer, nu hij eindelijk weg was stortte ik helemaal in. Al die jaren heb ik op mijn tenen gelopen en mijn gezin beschermd. Nu was hij weg en was ik helemaal op. Ik had een burn-out, kon niet meer slapen en mijn lichaam was op. Ik ben toen naar de huisarts gegaan voor hulp.’

Twaalf vrouwen vertellen spontaan over hun psychische/psychiatrische stoornis.¹⁴ Vier vrouwen geven aan een borderline-stoornis te hebben en acht

14 We hebben tijdens de interviews niet gevraagd naar de psychische gesteldheid van de vrouwen. De vrouwen brachten dit tijdens de interviews zelf naar voren. Maar dit aantal komt overeen met de vrouwen die volgens de effectstudie te maken hebben met een trauma.

vrouwen zeggen depressief te zijn of hebben andere psychische klachten waarvoor zij medicatie hebben. Daarnaast vertellen drie vrouwen dat zij lijden aan de eetstoornis anorexia nervosa. Ook vertellen drie vrouwen over een zelfmoordpoging.

9.2.3 Oorzaken van en risicofactoren voor partnergeweld

Uit de gesprekken met de vrouwen komen enkele factoren, of een combinatie van factoren, naar voren die volgens de vrouwen bijdroegen aan het (voortbestaan) van het geweld. De belangrijkste factoren zijn verslavingsproblematiek, financiële problemen, psychische/psychiatrische problematiek en de kinderen. Dit sluit aan bij de resultaten van de effectstudie: problematisch alcoholgebruik door de partner, financiële problemen (armoede) en trauma hangen samen met geweld (hoofdstuk 4.4). De vrouwen vullen dit nader in.

Meer dan de helft van de geïnterviewde vrouwen noemt middelengebruik van de partner als een belangrijke aanleiding of katalysator van het geweld door de partner. Het betreft zowel alcoholmisbruik en alcoholverslaving als (hard)drugsgebruik, zoals heroïne- of cocaïneverslaving. Ook noemen enkele vrouwen gokverslaving en seksverslaving van de man. Soms gaat het om een combinatie van middelen. Enkele vrouwen geven aan dat ook zij middelen gebruikten. Een vrouw over het ontstaan en voortbestaan van agressie:

'We werkten allebei in de horeca, altijd feesten en lol maken. Ik werd zwanger en stapte uit de horeca. Ik wilde een rustiger leven, hij niet. Hij bleef nachten weg en was altijd dronken en aan het gokken. Ik trok dat niet meer en wilde van hem scheiden. Dat kon hij niet verkroppen en hij zei dat hij zou veranderen. De spanningen in huis liepen steeds verder op. Op een gegeven moment werd hij ook agressief als hij nuchter was. Toen werd ik bang, dat was de druppel....'

Een andere vrouw over de seksverslaving van haar ex-man:

'Hij was alcoholist en seksverslaafd. Hij zei altijd maar vieze woorden tegen mij. (...) Dan zorgde ik ervoor dat ik tussen mijn twee kinderen in bed lag zodat hij mij niet kon verkrachten. Soms dan ging hij later naar zijn werk en dan kwam ik thuis en was hij er nog en dan moest ik weer met hem seksen.'

Naast middelengebruik komen financiële problemen naar voren als belangrijke bron van spanning. Schuldenproblematiek kan samenhangen met de verslavingsproblematiek. Maar ook werkloosheid van de man leidt tot financiële problemen. Daarnaast zien we dat niet alle vrouwen de beschikking hebben over geld, zelfs niet als zij zelf het geld verdienen; zij moesten bijvoorbeeld zijn toestemming vragen om boodschappen te doen. Een enkeling maakt melding van financiële uitbuiting:

'Ik werkte veel en verdiende goed, hij werkte niet. Al vanaf het begin van ons huwelijk wist hij mij te bespelen. Hij kende mijn zwakke punten. Hij zei dan dat

hij geld nodig had om iets te kopen voor de kinderen, of dat zijn portemonnee was gestolen met veel geld erin. Ik geloofde hem altijd. Al het geld gaf hij uit aan gokken en dure spullen voor zichzelf.'

Voor iets minder dan de helft van de vrouwen geldt dat zij pas na de scheiding geconfronteerd werden met schulden waar zij eerder niet van op de hoogte waren, maar waar ze wel de gevolgen van dragen.

Vrouwen noemen ook een al dan niet gediagnosticeerde psychische of psychiatrische problematiek bij hun partner of zichzelf als factor. Vooral antisociale, borderline- of narcistische persoonlijkheidsstoornissen worden genoemd. Een enkeling noemt autisme bij hun (ex)partner als factor die bijdroeg aan het ontstaan van gewelddadig gedrag.

Ook worden zwangerschap en kinderen genoemd als factoren waardoor de dynamiek in de relatie veranderde met agressie en geweld als gevolg:

'In het begin van ons huwelijk hadden we ook wel ruzie, maar dat viel wel redelijk mee. Pas toen de kinderen waren geboren nam de spanning steeds verder toe en begon ook het geweld.'

En een andere vrouw:

'Hij kon niet tegen alle veranderingen: een nieuw huis, het leven als gezin en zijn verantwoordelijkheden als vader. Hij was zijn vrije leven als vrachtwagenchauffeur gewend en moest nu rekening houden met anderen. Dit kan hij niet. We kregen steeds vaker ruzie over de stomste dingen.'

9.3 *Het hulpverleningstraject*

Hoe zijn vrouwen bij de hulpverlening terechtgekomen? Nemen ze zelf de stap en waarom? Of zijn het burens of anderen die eraan bijdragen dat ze in de hulpverlening terechtkomen? Nadat we zijn ingegaan op de start van hulpverlening, bespreken we het hulpverleningstraject dat de vrouwen tijdens de relatie en na het verbreken van de relatie hebben gehad. Vervolgens staan wij erbij stil hoe de vrouwen de hulpverlening en hulpverleningstrajecten ervaren hebben.

9.3.1 *Drempels en hulp vragen*

Drempels

Uit het effectonderzoek blijkt dat de meeste vrouwen zelf contact opnemen met een hulpverleningsinstelling, soms na verwijzing door een hulpverlener of anderen. Uit de interviews blijkt dat er doorgaans vele jaren overheen zijn gegaan voordat de vrouwen hulp zoeken. De geïnterviewde vrouwen noemen verschillende redenen waarom zij niet eerder hulp gezocht hebben. Zulke

redenen zijn de angst dat de partner haar of haar kinderen iets zou aandoen als ze erover zou spreken met anderen en het niet mogen scheiden van de familie. Ook de negatieve beeldvorming over een gescheiden vrouw in bepaalde gemeenschappen en het blijven geloven in mogelijke verbetering spelen een rol. Voor een kleine groep vrouwen geldt dat zij simpelweg niet wisten dat zij hulp konden inschakelen, vooral met betrekking tot hun rechten en toegang tot hulpbronnen. Dit geldt voor zowel autochtone als allochtone vrouwen, vooral lager opgeleiden. Ook de angst dat hun kinderen uit huis zouden worden geplaatst als het geweld aan het licht kwam, weerhield vrouwen ervan om hulp te zoeken (zie ook Pels, Lünemann & Steketee, 2011).

De meeste vrouwen zetten uiteindelijk toch zelf de stap om de situatie van geweld te doorbreken, veelal naar aanleiding van een specifiek (ernstig) geweldsincident, zoals deze vrouw vertelt:

‘Nadat hij mijn zoon een klap gaf heb ik direct in het telefoonboek naar het nummer van de politie gezocht. Ik wilde geen 112 bellen, maar een ander nummer. Toen kwam ik het nummer tegen van ‘meld huiselijk geweld’. Ik heb hier toen direct naartoe gebeld en de situatie uitgelegd. Ik wilde hulp, het kon zo echt niet langer.’

Ongeveer een kwart van de vrouwen durfde naar eigen zeggen niet de eerste stap te zetten of vond hulp op dat moment niet nodig. Het zijn dan de burens of familieleden die de politie bellen als zij de ruzies horen. *‘Die dag had hij mij zo hard geslagen, ik viel op de grond en hij bleef maar schoppen. Mijn kinderen gingen schreeuwen en ik gilte het uit van de pijn. De burens hebben ons gehoord en hebben de politie gebeld. Het was voorbij.’* Als het partnergeweld is gemeld door burens of familie wachten de meeste vrouwen het hulpaanbod af. Enkele, vaak hoger opgeleide, vrouwen gaan zelf actief op zoek naar geschikte hulp, zoals hulp bij het omgaan met een partner met psychiatrische problematiek, lotgenotencontact of het zoeken van een psycholoog. Deze zoektocht leverde overigens slechts in een minderheid van de gevallen een concreet hulpaanbod op.

Start van het hulptraject

Het hulpverleningstraject begint voor een op de vijf van de geïnterviewde vrouwen met een verblijf in de (crisis)opvang, al dan niet na tussenkomst van de politie. Soms verloopt de gang naar de opvang zeer snel, bijvoorbeeld na een ernstig incident, voor andere vrouwen geldt dat iemand uit haar informele netwerk of een maatschappelijk werker haar heeft gewezen op de noodzaak van opvang. Enkele vrouwen hebben zelf de vrouwenopvang met een opvangvraag benaderd, maar zij zijn terugverwezen naar het SHG voor ambulante hulp, meestal in de vorm van maatschappelijk werk.

Een ruime meerderheid komt bij het SHG na tussenkomst van de politie (67% van de casusgroep, 43% van de gehele onderzoeksgroep). Een enkele keer is het de huisarts of een leraar die zijn zorgen uit en een melding maakt bij het AMK. In drie gevallen is de hulpverlening via het werk gestart: de werkgever adviseerde de vrouw te gaan praten met de bedrijfsarts of een psycholoog.

Het SHG biedt zelf geen of alleen kortdurende hulp en verwijst vrouwen door naar andere vormen van hulp. Meestal was dit het Algemeen Maatschappelijk Werk, zowel voor praktische hulp bij de dagelijkse bezigheden als specifiek voor het partnergeweld. Sommige vrouwen hebben relatie-therapie aangeboden gekregen door het AMW. Het AMW bood niet alleen zelf ondersteuning, maar verwees de vrouwen ook regelmatig door naar budget-coaches, schuldhelpverlening en wijkverpleging. Dit was vooral gericht op het ondersteunen van de vrouwen bij dagelijkse zaken en het omgaan met schuldenproblematiek. Het SHG verwees de geïnterviewde vrouwen ook vaak door naar een psycholoog. Wanneer psychiatrische problematiek op de voorgrond leek te staan, werden enkele vrouwen doorverwezen naar GGZ-instellingen voor het stellen van een diagnose en het vinden van de juiste therapievorm. Het SHG heeft enkele vrouwen met een verstandelijke beperking doorverwezen naar Stichting MEE en maatschappelijk werkers die ervaring hebben met deze doelgroep. Soms houdt het SHG tijdens het hulptraject bij maatschappelijk werk een ‘vinger aan de pols’ door af en toe telefonische contact te zoeken met de vrouw.

Sommige vrouwen hadden al een hulpverleningscontact dat niet was gericht op de geweldsituatie maar op andere klachten of problemen. In deze hulpverleningstrajecten is uiteindelijk de mishandeling aan het licht gekomen doordat de vrouwen besluiten hun hulpverlener in vertrouwen te nemen. Ook de huisarts kan de eerste ingang zijn naar een hulptraject, meestal verwijst deze naar het Algemeen Maatschappelijk Werk.

9.3.2 De door vrouwen ontvangen hulp

In hoofdstuk 7 is de aangeboden hulp in kaart gebracht (bij de tweede meting). Hieruit bleek dat na aanmelding bij SHG, AMK of een andere hulpinstantie 24 procent van de respondenten geen hulp heeft ontvangen in het afgelopen jaar. Dat is een verschil met de casusgroep aangezien bijna alle geïnterviewde vrouwen hulpverlening hebben gekregen (volgens de interviews zijn er twee vrouwen die zeggen geen hulp te hebben ontvangen in het afgelopen jaar). Ook is er een verschil in het hulpaanbod tussen de casusgroep en de onderzoeksgroep (zie de volgende tabel 9.3).

Tabel 9.3 Vergelijking van ontvangen hulp casusgroep en onderzoeksgroep de afgelopen anderhalf jaar

	casusgroep (N=49)	Resterende Onderzoeksgroep tweede meting (N=78)
Hulp ontvangen	95,9%	64,1%
Vrouwenopvang	22,4%	11,5%
Bureau Jeugdzorg	55,1%	25,6%
GGZ	53,1%	26,9%
Forensische psychiatrie	10,2%	14,1%
Zelfstandig psycholoog	49,0%	35,9%
SHG	38,8%	23,1%
AMW	18,4%	9,0%
FIOM	2,0%	2,6%
Verslavingszorg	8,2%	1,3%

Relatief veel vrouwen uit de casusgroep hebben in de vrouwenopvang gezeten, ruim een op de vijf (22,4% n=11), waarvan de helft langer dan een half jaar. Ook was Bureau Jeugdzorg bij iets meer dan de helft van de gezinnen betrokken (55,1%), veelal meer dan een half jaar (62,9%). Een groot deel van de vrouwen is in behandeling geweest bij een zelfstandig psycholoog (49%). Daarnaast zijn 26 (53,1%) vrouwen bij een GGZ-instelling in behandeling geweest. Vijf vrouwen geven aan dat zij hulp hebben ontvangen van een forensisch-psychiatrische instelling als De Waag of DOK Rotterdam. Negentien vrouwen zijn in aanraking gekomen met het SHG (38,%). Andere instellingen waar vrouwen hulp hebben ontvangen zijn het AMW (n=9), verslavingszorg (n=4) en het FIOM (n=1). Dit betekent dat de casusgroep afwijkt van de onderzoeksgroep voor wat betreft bijna alle ontvangen hulpsoorten, aangezien bijna de gehele casusgroep hulpverlening heeft ontvangen en maar 64 procent van de rest van de onderzoeksgroep. Vooral hulpverlening van Bureau Jeugdzorg, GGZ en zelfstandig psychologen komen in de casusgroep veel voor.

De meeste vrouwen uit de casusgroep hebben het afgelopen jaar met meerdere hulpverleners te maken gehad voor zichzelf of voor de kinderen. Gemiddeld zijn er vijf hulpverleners per gezin (per jaar). Dit varieert tussen één (een vrouw) en zeven (een vrouw), hetgeen net iets hoger is dan de rest van de onderzoeksgroep, waar gemiddeld vier hulpverleners (per jaar) actief zijn. Uit de interviews komt naar voren dat ruim de helft van de vrouwen een hulpverleningstraject heeft doorlopen. Naast de instantie die ons in contact heeft gebracht met de cliënt (vaak SHG) was er nog minstens één andere hulporganisatie bij betrokken die zich (ook) specifiek richtte op de hulp aan de vrouwen met betrekking tot het geweld. Het aantal hulpverleningscontacten genoemd in de interviews is (veel) hoger omdat de contacten over een

langere periode in kaart zijn gebracht (zie de drie voorbeelden in hoofdstuk 10).

Uit de interviews blijkt dat het voor de vrouwen moeilijk is om een chronologisch beeld te geven van het geweld thuis en de periode van hulpverlening. Vrouwen weten niet meer welke hulp wanneer plaatsvond, en halen instanties en hulpverleners door elkaar. De periode van geweld en de hulp eromheen omschrijven zij als chaotisch. Het is een periode waaraan ze liever niet herinnerd worden en waar ze liever niet meer over praten. *'Ik vind het lastig om precies te zeggen wanneer ik welke hulp heb gehad. Soms wil je het ook maar gewoon vergeten en vooruitkijken.'* en *'Ik heb het ver weggestopt en wil er eigenlijk niet over praten.'*

9.3.3 Hulp aan kinderen

Uit de interviews komt naar voren dat ruim drie kwart van de vrouwen hulp heeft gekregen voor de kinderen, deels in een onvrijwillig kader. Dit staat enigszins in contrast met de cijfers uit de effectstudie. Daaruit blijkt dat 55 procent van de kinderen uit de gezinnen in de casusgroep hulp heeft gekregen in de onderzoeksperiode. Een reden kan onder meer zijn dat wij niet strikt hebben gekeken naar de ontvangen hulp van het afgelopen jaar, maar het hele hulpverleningstraject in kaart hebben gebracht, zoals dit ook gold voor de hulp aan de vrouwen.

Bij de helft van de geïnterviewde vrouwen die aangeven dat er hulp voor de kinderen is geweest, gaat het om hulpverlening vanuit het gedwongen kader. Er is in dat geval meestal een AMK-melding gedaan, waardoor Bureau Jeugdzorg in beeld kwam en de Raad voor de Kinderbescherming een onderzoek startte. Bij diverse vrouwen is sprake van een ondertoezichtstelling van de kinderen, en enkele kinderen zijn in een pleeggezin geplaatst. Onderdeel van de hulpverlening door Bureau Jeugdzorg is dikwijls deelname aan moeder-kindcursussen of Kids Club voor de kinderen, of cursussen zoals 'En nu ik'. Nadat de gedwongen hulpverlening is afgebouwd, volgt in een aantal gevallen een vrijwillig traject door jeugdzorginstanties als Vitree en Altra. In een enkel geval heeft Bureau Jeugdzorg zich hoofdzakelijk gericht op ondersteuning bij de omgangsregels tussen de ex-partners.

Bij de andere helft van de vrouwen waar hulp in het gezin is geweest die is gericht op kinderen, vond de hulp in een vrijwillig kader plaats. Soms op doorverwijzing van de huisarts, maar ook op eigen initiatief. Het gaat dan bijvoorbeeld om cursussen samen met andere kinderen die geweld in het gezin hebben meegemaakt. Daarnaast zijn er voor kinderen met psychische/psychiatrische problematiek en kinderen die een licht verstandelijke beperking hebben, specifieke hulptrajecten ingezet, zoals bij centra gespecialiseerd in kinder- en jeugdpsychiatrie. In enkele gevallen gaan de (meestal wat oudere) kinderen samen met de moeder naar een instelling voor psychische

problematiek. Een voorbeeld is een moeder die samen met haar kinderen naar MoleMann gaat. MoleMann is een instituut voor psychische zorg gericht op het omgaan met emoties en het verwerken van trauma's. Verder noemen enkele vrouwen schoolmaatschappelijk werk.

9.3.4 Hulp aan partners

Ongeveer de helft van de geïnterviewde vrouwen geeft aan dat hun partner geen hulp heeft gekregen gericht op het stoppen van het geweld. Er is geen hulp geboden aan de partner of de partner heeft zich structureel onttrokken aan de hulp.

Wanneer wel hulp heeft plaatsgevonden, gaat het om uiteenlopende vormen van hulp. In sommige gevallen staat de psychiatrische problematiek van de mannen centraal. De hulp is dan gericht op het stellen van een diagnose en/of het behandelen van de problematiek. Ook noemen enkele vrouwen hulpverlening bij De Waag, waarbij vrijwel altijd naast hulp aan de partner ook de vrouw is betrokken. Meerdere vrouwen geven aan dat hun partner onder toezicht van de Reclassering stond, waarbij ook het geweld tussen de partners aandacht kreeg, zowel in de vorm van individueel contact als in groepsbijeenkomsten. In een enkel geval gaat het om maatschappelijke opvang van een ex-partner omdat hij dakloos is nadat hij het huis heeft verlaten.

De hulpverlening aan de partner die de vrouwen het meest noemen zijn individuele hulp bij het Riagg, psychiatrie of maatschappelijk werk, en hulpverlening samen met de vrouw bij onder andere forensisch-psychiatrische instellingen en relatietherapie.

9.3.5 Afronding hulptraject

Ruim de helft van de geïnterviewde vrouwen heeft ten tijde van de interviews de hulpverlening afgesloten. De redenen waarom de hulpverlening wordt afgesloten of afgerond zijn verschillend. Vaak gaat het om een vastgesteld aantal sessies. Meestal was dit aantal behandelingen voldoende en hadden de vrouwen het gevoel 'klaar' te zijn na de afsluitende sessie. Ook gedwongen hulp kent een bepaalde vastgestelde periode.

Maar vaak is het niet helemaal duidelijk of de hulp is afgerond en is het meer een 'open einde'. Dit betreft vooral vrouwen die het gevoel hebben dat hun situatie en problemen nog niet opgelost zijn. Deze vrouwen hebben een duidelijke behoefte aan meer of andere hulp: zij willen graag naar een psycholoog, of ze willen langer ondersteuning in de opvoeding. Redenen waarom zij geen hulp meer hebben zijn: onbekendheid met de mogelijkheden voor hulp, niet weten hoe zij bijvoorbeeld een verwijzing kunnen verkrijgen voor een psycholoog of de ziektekostenverzekering vergoedt de hulp niet.

Een deel van de vrouwen wil in de toekomst graag hulp, maar is er nu nog niet aan toe. Zij zijn doorverwezen naar of gewezen op de mogelijkheden om

met een psycholoog of psychiater te gaan praten, maar zijn nog niet voldoende stabiel om het geweld te verwerken. Een 32-jarige Nederlandse vrouw:

‘Nu moet ik sterk blijven. Ik kan niet terug in dat putje kruipen. Ik weet dat ik het opgekropt heb, maar het gaat nu niet. Ik ben wel bang voor wat er gebeurt als ik ga praten.’

9.4 Oordeel over geboden hulp

In het casusonderzoek zijn we vooral geïnteresseerd in wat volgens de vrouwen hen geholpen heeft in de hulpverleningssituatie. In hoofdstuk 7 zijn we ingegaan op de tevredenheid over de hulpverlening, hier richten we ons op de vrouwen uit de casusgroep. Doordat we zowel de antwoorden in de schriftelijke vragenlijst over de geboden hulp als de informatie uit de interviews gebruiken, kunnen we meer inzicht krijgen in de redenen van tevredenheid en onvrede. We staan eerst stil bij de uitkomsten van de vragenlijsten, daarna verdiepen we dit vanuit de interviews.

9.4.1 Score tevredenheid casusgroep op grond van vragenlijsten

Vrouwen zijn over het algemeen tevreden over de geboden hulp (zoals ook in hoofdstuk 7.1 naar voren kwam). Vrouwen die in aanraking zijn gekomen met het SHG (40%), zijn over het algemeen heel tevreden. Ruim een op de vijf vrouwen heeft in de (crisis)opvang gezeten en ook hierover zijn de meeste vrouwen tevreden. Eén vrouw is ontevreden omdat zij het gevoel had dat er niet naar haar geluisterd werd. Een deel van de vrouwen is ook in behandeling geweest bij een zelfstandig psycholoog (41%), daarover is het merendeel van de vrouwen positief (80%). Eén vrouw is negatief omdat niet alle problemen door de psycholoog zijn opgepakt. Daarnaast is iets minder dan de helft van de vrouwen bij een GGZ-instelling in behandeling geweest (n=22). Ook hierover is het merendeel van de vrouwen tevreden (86%). Twee vrouwen zijn ontevreden, en noemen als reden de complexiteit van de geweldsituatie en te grote gerichtheid op medicatie. Over de andere vormen van hulp (FIOM, AMW, verslavingszorg) zijn de vrouwen eveneens tevreden.

De tevredenheid geldt niet Bureau Jeugdzorg. In iets meer dan de helft van de gezinnen was het Bureau Jeugdzorg betrokken (57%). Minder dan de helft van de respondenten is tevreden over de kwaliteit van de hulp, bijna een kwart (22,2%) is gemengd (tevreden en ontevreden) over de kwaliteit en een derde (33,3%) is ontevreden. Voornaamste reden voor ontevredenheid is dat de vrouwen het gevoel hadden niet serieus genomen te worden: ‘er wordt niet geluisterd’, ‘slechte communicatie’, ‘betuttelend’. Uiteindelijk hebben de vrouwen die ontevreden zijn het gevoel dat de bemoeienis van het Bureau

Jeugdzorg alleen negatieve gevolgen had en de geweldsituatie niet serieus werd genomen: 'Als slachtoffer werd ik als dader behandeld.'

Over de hulp van de forensisch-psychiatrische instelling zijn de vrouwen overwegend positief/neutral.

Van de 49 vrouwen hebben 24 vrouwen extra vragen ingevuld over de instelling waarmee ze het meeste te maken hebben gehad. Zoals in hoofdstuk 7 al naar voren kwam, vindt de meerderheid dat zij voldoende informatie hebben gekregen over de aanpak en behandel- en begeleidingsmogelijkheden van de instelling, dat zij voldoende konden meebeslissen over de behandeling die ze kregen en dat de hulpverlener voldoende respect toonde. Er zijn ook enkele kritische kanttekeningen. Niet altijd is de vrouw op de hoogte of er een behandelplan of begeleidingsplan is opgesteld, vrouwen vinden de hulpverlener niet altijd voldoende deskundig in haar of zijn vak en niet alle vrouwen vertrouwen de hulpverlener. Er zijn klachten over de behandeling: vier op de tien vrouwen vinden dat de behandeling niet de juiste aanpak is/was voor haar problemen. De helft zegt dat zij door de behandeling of begeleiding niet voldoende vooruit zijn gegaan. En een kwart vindt dat het hulpverleningsplan niet naar wens is uitgevoerd.

Ondanks deze kritiekpunten geeft de meerderheid (71%) de totale behandeling of begeleiding wel een voldoende. Twee derde van de vrouwen zou ook anderen aanraden hulp te zoeken bij de instelling.

Op de vraag welke verbeterpunten zij hebben, vermelden ze: een betere communicatie (beter luisteren en minder zelf invullen), een kortere tijdsperiode tussen de afspraken en niet te veel alles zelf moeten oplossen. In de interviews hebben we doorgepraat over de knelpunten in de hulpverlening en waar ze tevreden over waren.

9.4.2 *Negatieve punten van de hulpverlening*

Ondanks dat de vrouwen tevreden zijn over de geboden hulp geven zij tijdens het gesprek ook verschillende knelpunten aan. Uit de interviews komt het ontbreken van kennis van de geweldsproblematiek naar voren als aspect van niet-adequate hulp. Daarnaast ervaren de vrouwen als knelpunt dat de hulpverlening de mannen er te weinig bij betreft. Ook brengen zij naar voren dat een integrale aanpak ontbreekt. Verder komen wachtlijsten, financieringsproblemen en andere praktische knelpunten naar voren. In deze paragraaf staan we tot slot specifiek stil bij Bureau Jeugdzorg, omdat vrouwen hier veel knelpunten ervaren.

Ontbreken aandacht voor en kennis over geweldsproblematiek

Een belangrijk knelpunt is het ontbreken van kennis over geweld en geweldsdynamiek in relaties en gezinnen bij hulpverleners. Een kwart van de vrouwen geeft aan dat de geweldsproblematiek niet besproken is tijdens de hulpverlening. Dit betrof allerlei soorten professionals zowel bij het maatschappelijk

werk, als opvoedondersteuning en psychologen. Enkele vrouwen die met een psycholoog gesproken hebben, kregen het gevoel dat zij een willekeurige psycholoog kregen toegewezen en niet iemand die expertise had op het gebied van huiselijk geweld. Bij de vrouwen die een psychische stoornis hebben, bijvoorbeeld borderline, was de hulp enkel gericht op het behandelen van de stoornis. Vrouwen beoordelen de (praktische) hulp van maatschappelijk werk weliswaar positief, maar missen aandacht voor het geweld. Zij voelen zich niet gehoord als het gaat om de geweldsproblematiek; er is geen ruimte voor het verhaal en de gevoelens van de vrouwen op dit punt. Een 40-jarige Nederlandse vertelt over haar ervaring met het maatschappelijk werk:

'Ik ben echt goed geholpen op praktisch gebied, maar niet op het psychisch vlak. Er was totaal geen ruimte voor mijn gevoel of mijn verhaal. Ik moest me daar groot houden. Soms liep ik jankend mijn eigen huis uit om naar een afspraak met AMW te gaan en daar moest ik me bezighouden met praktische regelingen. Ze zag dat ik gehuild had, maar ze zei niks. Voor mijn tranen was geen ruimte.'

Daarnaast geven vrouwen aan dat er geen begrip of erkenning is voor het slachtofferschap of de situatie waarin de vrouwen verkeren. Een hulpverlener zei bijvoorbeeld tegen een vrouw: *'Je bent toch zelf teruggegaan naar je man, dan wist je ook wat er ging gebeuren.'* De vrouwen voelen zich vaak dubbel slachtoffer, slachtoffer van partnergeweld maar ook van de situatie erna. Het zijn meestal de vrouwen die het huis verlaten, die met de financiële problemen blijven zitten en de zorg voor hun kinderen hebben. De hulpverlening spreekt niet over het ervaren 'dubbel slachtofferschap' en gaat zo voorbij aan de gevoelens van de vrouwen. Een 51-jarige Nederlandse vrouw zegt hierover: *'Je wordt zo hard gestraft als je bij je man weggaat. Je krijgt alle shit over je heen en hij kan vrolijk doorgaan met zijn leventje.'* Ook geven ze aan dat er geen aandacht is voor het kind dat getuige was van het geweld. Een vrouw vertelt: *'Het is een enorme lacune dat er niets met mijn kinderen is gedaan. De kinderen waren getuige van het geweld. Ik heb zelf moeten bellen naar instanties voor hulp.'*

Ontbreken van hulp en aandacht voor de partner

Ongeveer een kwart van de vrouwen is ontevreden over de hulpverlening omdat hun man niet of nauwelijks is betrokken bij de hulpverlening. Het betreft hier voornamelijk Nederlandse vrouwen tussen 30 en 45 jaar. Het komt meerdere malen voor dat de partner alleen de eerste (paar) keer aanwezig is bij afspraken, om vervolgens nooit meer te komen. Mannen komen niet opdagen bij een opvoedcursus, weigeren relatietherapie of onttrekken zich aan de eisen van de gezinsvoogd van Bureau Jeugdzorg. De hulpverlenende instantie onderneemt volgens de vrouwen geen actie om de man alsnog te motiveren voor hulpverlening. Daarnaast geven enkele vrouwen aan dat de partner in z'n geheel niet werd betrokken bij de hulpverlening, terwijl de

vrouwen dit wel hadden verwacht of gehoopt. Enkele vrouwen geven aan dat hun man lijdt aan een psychische stoornis en/of dat hij behandeld moet worden voor verslavingsproblematiek, maar de hulpverlening pakt dit niet op. Een 36-jarige vrouw uit Sierra Leone:

'Wat ik niet begrijp... waarom gaat niet met de man ook zelfpraten... ook goed kijken... Vrouw komt bij vrouwenopvang maar alleen de vrouw geholpen. Die echte probleem loopt nog steeds... Je helpt de vrouw... je laat de man zitten... dat helpt niet.'

In een enkel geval is de partner wel betrokken bij de hulpverlening, maar waren de vrouwen ontevreden omdat de hulpverlener de man onvoldoende aansprak op zijn gedrag of niet door zijn gedrag heen prikte. Mannen zouden bij afspraken met de hulpverlener een toneelstukje opvoeren en zich heel anders gedragen dan gewoonlijk. Een vrouw vertelt:

'Hij gedroeg zich als een voorbeeldig echtgenoot en vader tijdens de afspraken met de hulpverlener en ik was maar de gekke en jaloerse vrouw. Ik kon gewoon niet duidelijk maken aan de hulpverlener dat hij toneelspeelde en thuis de boel terroriseert.'

De vrouwen kregen ook het gevoel dat de hulpverlener niet opgewassen was tegen hun partner. Een 48-jarige Nederlandse vrouw die met haar partner in relatietherapie zat:

'Ik kreeg het gevoel dat de therapeut niet goed mijn man op zijn vingers durfde te tikken. De therapeut sprak hem niet aan op zijn gedrag en dat zijn gedrag niet door de beugel kan. Er werd om het geweld heen gepraat, dat frustreerde mij enorm.'

Als de man in een strafrechtelijk kader hulp krijgt zijn ook niet alle vrouwen tevreden, omdat ze een gezinsaanpak missen. Zijzelf, maar zeker ook de kinderen, zouden betrokken moeten worden in de aanpak, gezien de gevolgen die het partnergeweld op hen heeft. Een 55-jarige Nederlandse vrouw vertelt over de daderhulpverlening:

'Ik heb mij meerdere keren verbaasd over het feit dat alle professionele betrokkenheid gericht was op het helpen van de pleger met zijn problemen. Terwijl er geen aandacht was voor mijn kinderen en voor mijzelf.'

Een andere vrouw zegt:

'DOK zou hulp bieden voor ons hele gezin, maar eigenlijk is het alleen voor mijn man. Mijn zoon is niet een keer op gesprek geweest. Terwijl mijn man hem toch echt naar de keel heeft gegrepen. In het begin zeiden ze bij DOK dat ze het hele gezin zouden betrekken, nou mooi niet dus.'

Geen integrale aanpak

Er zijn veel verschillende hulpverlenende instanties met elk hun eigen hulpverlener betrokken bij de gezinnen, zoals ook uit hoofdstuk 7 naar voren kwam. Deze instanties richten zich voornamelijk op specifieke deelproblemen, zoals schuldenproblematiek of verslavingsproblematiek. Vrouwen geven aan dat er soms wel erg veel verschillende hulpverleners bij hen over de vloer kwamen. Ze omschrijven deze periode als onoverzichtelijk en druk, waarbij ze telkens opnieuw hun verhaal moesten vertellen. Graag hadden de vrouwen één (hoofd)hulpverlener gehad. Een vrouw zegt hierover:

‘Ik denk dat ik het meest geholpen zou zijn als er gewoon één iemand was die zich met mij en mijn kinderen bemoeide en niet vier verschillende instanties met elk weer eigen mensen die ook steeds wisselen.’

Hierop aansluitend is een veelgehoord kritiekpunt dat de hulp niet samenkomt. Het blijven aparte onderdelen en tussen de hulpverlenende instanties onderling is geen communicatie, laat staan afstemming om te komen tot een eenduidige aanpak. Een 52-jarige Nederlandse vrouw verzucht:

‘Ik had graag ook iets voor ons als gezin samen gehad. Ik ging los naar MoleMann, mijn kind naar ‘En nu ik’ en hij naar de Reclassering. Het kwam niet bij elkaar, de puzzelstukjes vielen gewoon nergens op z’n plaats terwijl we daar wel behoefte aan hadden. Dat is jammer.’

Wachlijsten, financiële belemmeringen en praktische drempels

Enkele vrouwen noemen als negatief punt van de hulpverlening de wachtlijsten waardoor zij niet direct kunnen starten met een hulpverleningstraject. Sommige vrouwen hebben maanden moeten wachten op bijvoorbeeld relatietherapie. Toen er eenmaal plek was om de relatietherapie te starten waren deze vrouwen dikwijls al uit huis vertrokken. Maar ook voor de hulp aan de kinderen, bijvoorbeeld het volgen van de cursus ‘En nu ik’ of een moeder-kindcursus, zijn er lange wachttijden. Voor een 36-jarige Nederlandse vrouw duurde het maar liefst twee jaar voordat zij met haar dochter kon deelnemen aan de moeder-kindcursus:

‘Na twee jaar mocht we komen hoor. Dat is wel een beetje oude koeien uit de sloot halen. We zitten net lekker in ons eigen huisje. Alles is rustig, mijn dochter heeft nu stabiliteit in haar leven. Moeten we dat allemaal weer gaan oprakelen.’

Ook klagen enkele vrouwen over de wachttijden in de vrouwenopvang. Direct een plek krijgen in de vrouwenopvang is niet vanzelfsprekend en ook de doorstroom vanuit de opvang kan soms lang duren.

Enkele andere vrouwen geven aan dat de hulpverlening weinig rekening houdt met praktische en financiële zaken. Praktische zaken zijn bijvoorbeeld

geen vrij kunnen krijgen van het werk voor therapiebijeenkomsten, of het niet kunnen combineren van hulpverlening met werk, huishouden en zorg voor kinderen. Door deze taakbelasting is het niet altijd mogelijk om (overdag) tijd vrij te maken voor gesprekken bij bijvoorbeeld een maatschappelijk werker of psycholoog.

Maar belangrijker nog is de financiële situatie waar geen rekening mee wordt gehouden. Enkele vrouwen zitten in de schuldsanering of hebben financiële problemen. Zij kunnen geen reiskosten betalen om te reizen naar de instantie of kunnen het zich niet veroorloven een vrije dag te nemen. Een 42-jarige Nederlandse had wekelijks gesprekken met een psycholoog bij een forensisch-psychiatrische polikliniek. Omdat ze nu in een schuldsaneringstraject zit kan zij niet de reiskosten betalen om naar therapie te gaan, terwijl zij deze graag zou willen hervatten. Enkele vrouwen merken op dat de telefoonnummers van hulpverlening vaak 0900-nummers zijn en dus geld kosten, wat hen weerhoudt om te bellen. Ook het verplichte eigen risico van de zorgverzekering of de verplichte eigen bijdrage van bijvoorbeeld de GGZ noemen zij als redenen om af te zien van de behandeling. Zo vertelt een 52-jarige Surinaamse over de eigen bijdrage als financiële drempel:

‘De psychiater die we eerst hadden vertrok, toen had ik voor januari een nieuwe afspraak met een andere psychiater gemaakt en toen moest ik 200 euro per persoon als eigen bijdrage betalen. Daar heb ik geen geld voor, dus ben niet meer gegaan.’

Ervaringen met Bureau Jeugdzorg

Bureau Jeugdzorg heeft een lastige rol. Zij moeten de veiligheid van het kind beoordelen en waarborgen en dit kan haaks staan op de wensen van de moeder (en vader). Bijna alle vrouwen die vanuit het gedwongen kader in contact komen met Bureau Jeugdzorg zijn niet positief en de meeste vrouwen die vanuit een vrijwillig kader contact hebben met Bureau Jeugdzorg zijn eveneens ontevreden. De vrouwen noemen verschillende redenen voor hun oordeel, variërend van angst en machteloosheid tot moeizame communicatie en gebrek aan aandacht voor het geweld gecombineerd met verplichting tot omgang tussen kinderen en vader. We geven ook enkele positieve ervaringen weer.

Bij vrouwen overheerst de angst om de kinderen kwijt te raken, zowel in geval van vrijwillige hulp als in een verplicht kader. Zodra vrouwen horen dat Bureau Jeugdzorg wordt of is ingeschakeld, zijn ze bang dat medewerkers van het Bureau Jeugdzorg ‘hun kinderen gaat afpakken’. Een 39-jarige vrouw uit Curaçao zegt hierover:

‘Ik hoorde van de politie dat zij Bureau Jeugdzorg hadden ingeschakeld en dat ik verplicht moest meewerken. Ik vond dat echt niet leuk. Ik was zo bang dat mijn kinderen zouden worden afgenomen.’

Een Nederlandse vrouw:

'Ik hoorde dat Bureau Jeugdzorg met mij wilde praten, ik verstijfde en ik dacht dat zij dan mijn kinderen zouden komen afpakken.'

Enkele vrouwen die hulp vanuit het vrijwillige kader ontvingen, geven aan toch een zekere druk te voelen om verplicht mee te werken. Zij kregen het gevoel niet te kunnen weigeren. Angst voor mogelijke negatieve gevolgen weerhield de vrouwen ervan om op eigen initiatief het vrijwillige traject af te breken. Een 39-jarige vrouw uit Curaçao ontvangt hulp van Bureau Jeugdzorg vanuit een vrijwillig kader en zegt hierover:

'Ik zou het liefst willen dat Bureau Jeugdzorg niet meer bij mij over de vloer komt. De gezinscoach zegt wel tegen mij dat de hulp vrijwillig is, maar wat gebeurt er als ik afzeg? Ik durf dat niet hoor, ik durf niet te stoppen.'

Naast angst overheerst bij de meeste vrouwen machteloosheid op het moment dat Bureau Jeugdzorg bij het gezin komt. Dit is sterker bij de vrouwen waar een verplicht kader geldt. Een 45-jarige Nederlandse waarvan haar vier kinderen een OTS hadden, zegt over Bureau Jeugdzorg:

'Bureau Jeugdzorg had de macht over mijn leven en toekomst, ik voelde mij zo machteloos. Ik werd afgesneden van alles. Ik woonde al in een ander huis, ik had weinig geld, geen eigen spullen en mijn man zat gewoon in ons huis met geld en spullen. Ik voelde me door de instanties en vooral door Bureau Jeugdzorg aan mijn lot overgelaten.'

De vrouwen hebben het gevoel absoluut geen keuze te hebben en ten koste van alles Bureau Jeugdzorg te moeten 'gehoorzamen'. De Nederlandse 44-jarige vrouw zegt over Bureau Jeugdzorg: *'Bureau Jeugdzorg is alleen van: 'wij willen en jij moet' en anders gaan je kinderen uit huis.'* Een andere 44-jarige Nederlandse vrouw zegt:

'Als je met Jeugdzorg te maken hebt moet je uitkijken dat je niet een te grote mond hebt. Want zij hebben de macht over jouw kinderen. Je mag ook echt geen commentaar hebben op hun manier van werken. Je moet naar ze luisteren want anders heb je altijd de angst van wat ga je met mijn kinderen doen.'

Daarnaast heeft een meerderheid van de vrouwen kritiek op de houding van de medewerkers van het Bureau Jeugdzorg. Vrouwen voelen zich niet gehoord en niet begrepen. Voor de betekenis van slachtofferschap van geweld door de partner is volgens de vrouwen geen aandacht of begrip. Ook spreken zij alleen de vrouw aan op de onveiligheid voor de kinderen, niet de partner die de onveiligheid veroorzaakt. Bij een 32-jarige Nederlandse vrouw kwam Bureau Jeugdzorg langs na een melding van de politie over een ernstig geweldsincident dat zich thuis had afgespeeld:

'Bureau Jeugdzorg zei tegen mij: hier in huis ben jij niet veilig en hij zal je altijd weten te vinden. Je moet weg en als jij niet weggaat met je kinderen, dan breng jij je kinderen in gevaar en dan nemen we de kinderen van je af. Ja, toen schrok ik wel effe. Er was vanuit Bureau Jeugdzorg totaal geen begrip naar mij toe. Hij is de dader, ik ben het slachtoffer, hij is degene die weg moet, niet ik.'

Enkele vrouwen geven aan dat zij aan Bureau Jeugdzorg om hulp voor zichzelf vroegen, en dat dit ook de kinderen ten goede zou komen. Bureau Jeugdzorg gaf echter geen hulp en hielp ook niet bij het zoeken naar passende hulp voor de vrouw. Een Nederlandse vrouw: *'Het heet niet voor niks Bureau Jeugdzorg en niet bureau moederzorg, voor mij was er echt geen aandacht.'* De 43-jarige Nederlandse:

'Ik snap dat Bureau Jeugdzorg de kinderen moet beschermen, maar ze moeten niet tegen mij zeggen dat de kinderen weg moeten. Ik snapte ook dat de situatie moest veranderen, dat wilde ik zelf ook. Het geweld was niet goed voor mijn kids. Maar hoe moest ik in mijn eentje de situatie veranderen? Ik zei tegen hen: Help mij dan! Ik kreeg alleen te horen dat als de situatie niet snel verandert de kinderen worden weggehaald. Ik ben niet door Bureau Jeugdzorg geholpen, op wat voor manier dan ook.'

Ook de communicatie verliep volgens enkele vrouwen moeizaam. Zowel autochtone als allochtone en hoger en lager opgeleide vrouwen hadden deze ervaring. Enkele vrouwen snappen nog steeds niet de reden waarom hun kind uit huis is geplaatst of een OTS heeft. Bureau Jeugdzorg heeft dit volgens de vrouwen niet of onduidelijk beargumenteerd. Daarnaast geven de vrouwen aan dat er in het algemeen weinig tot geen communicatie met Bureau Jeugdzorg mogelijk was. Als zij zelf contact opnemen worden zij van het kastje naar de muur gestuurd of zij vernemen lange tijd niets meer van Bureau Jeugdzorg. *'Ze hebben effe een bommetje bij mij gedropt om vervolgens een paar weken niks meer te laten horen. En ik maar in onzekerheid zitten.'* Door de moeizame communicatie hadden enkele vrouwen de indruk dat er zaken werden verzwegen en ontwikkelingen niet werden gecommuniceerd. Daarnaast kwam het geregeld voor dat afspraken werden afgezegd of dat er periodes helemaal geen contact was. Hierdoor kregen enkele vrouwen het gevoel dat zij niet serieus werden genomen.

Ongeveer een kwart van de vrouwen geeft aan een gezinsvoogd of gezinscoach te hebben gehad en is hier (zeer) negatief over. Belangrijke kritiekpunten zijn de vele wisselingen van voogden door ziekte of vakantie en het ontbreken van een vaste gezinsvoogd. Een vrouw geeft aan zes verschillende voogden te hebben gehad.

'In totaal zijn er zes gezinsvoogden bij mij over de vloer geweest. Elke keer was er wel wat, dan ziek of op vakantie en dan stond er weer een nieuwe voor de deur. En elke keer moest ik weer opnieuw beginnen.'

Een ander negatief punt dat de vrouwen over Bureau Jeugdzorg naar voren brengen is het stimuleren of verplicht stellen van omgang met de geweldadige partner. Enkele vrouwen geven aan dat zij niet willen dat er omgang is met de kinderen, vanwege het agressieve gedrag van de vader, maar dat zij van Bureau Jeugdzorg moeten meewerken aan omgang omdat ze anders de kans lopen hun kinderen kwijt te raken.

Naast deze negatieve ervaringen zijn er ook positieve ervaringen. Er is tevredenheid over de wijze waarop Bureau Jeugdzorg, nadat zelf contact is opgenomen, advies en concrete tips geeft, bijvoorbeeld de tip een tasje bij de burelen neer te zetten voor het geval het zou escaleren en om met de crèche af te spreken dat vader de kinderen niet op mocht halen. Ook waardeerde een aantal vrouwen de afspraak dat Bureau Jeugdzorg een vinger aan de pols zou houden. Een 48-jarige Nederlandse verwoordt het zo:

'Jeugdzorg belde mij naar aanleiding van een aangifte tegen mijn man. Ze wilde van alles weten over de ruzies en hoe de kinderen hierop reageerden. Dit vond ik ook wel logisch. Ik vertelde dat mijn man nu werd behandeld en dat het beter zou gaan. Uiteindelijk zei jeugdzorg er vertrouwen in te hebben dat het goed zou komen en als er problemen waren dat ik dan contact op kon nemen. Dat vond ik een prettig idee. Dit was het enige contact dat ik met jeugdzorg heb gehad.'

Daarnaast is er soms tevredenheid omdat er hulp komt voor het kind.

9.4.3 Positieve ervaringen

Uit de gesprekken met de vrouwen komt een aantal goede elementen naar voren, zoals hulp die aansluit bij de behoefte, goede match tussen hulpverlener en cliënt, het verkrijgen van inzicht en het vergroten van de eigen kracht.

Hulp sluit aan bij de behoefte van de vrouwen

Vrouwen zijn positief als de hulp aansluit bij hun behoefte. Dat kan bij de een praktische ondersteuning zijn, bij de ander gesprekken en een luisterend oor of ondersteuning bij het opvoeden van de kinderen. Belangrijk is dat de hulp aansluit bij de ontwikkelingen van de vrouw. In de crisisperiode, ten tijde van het huisverbod of net na het verbreken van de relatie willen vrouwen vaak rust en ondersteuning bij praktische regelingen en problemen.

In zo'n crisisperiode leven vrouwen in een soort roes, kunnen ze niet goed nadenken of de situatie niet goed overzien. Een 39-jarige vrouw uit Curaçao vertelt over de hulp die zij heeft ontvangen van een verpleegkundige van een wijkteam:

'Ik kon in die periode toen mijn ex-man net het huis uit was niet meer logisch nadenken. Ik zat vol stress en angsten. Het was fijn om dan iemand te hebben die bij je thuis komt en je helpt met van alles en nog wat. Het kon de afwas zijn of boodschappen, maar ook gesprekken die ik had. Zij ging eigenlijk altijd mee naar de gesprekken met instanties bijvoorbeeld. Ik kon de gesprekken niet volgen. Mijn hoofd zat te vol. Ik kan goed Nederlands, maar het leek wel of ik ze niet kon verstaan. Het was dan fijn als er iemand met je meeging die wel begreep waar het over ging en het mij later rustig kon uitleggen.'

En een 36-jarige Nederlandse vrouw vertelt over het maatschappelijk werk:

'In de periode van het huisverbod kwam de maatschappelijk werkster over de vloer. Zij kwam in het heetst van de strijd. Ik kon eigenlijk helemaal niks, ik was nog in shock van het huisverbod. Ik was aan het huilen, boos en verdrietig. Maar zij kwam in een korte periode heel vaak en heeft mij met allemaal dingen geholpen. Ik weet niet eens meer wat. Maar zij was er en regelde gewoon van alles.'

Als de situatie thuis weer rustiger is geworden en de meeste praktische zaken (schulden, uitkeringen) op orde zijn, start een volgende fase. Opvoedondersteuning, maar ook psychologische hulp kan dan tot de volgende stappen behoren. Door de opvoedondersteuning wordt het contact met de kinderen beter en ontstaat meer 'rust en regelmaat' in het huis. Door de psychologische hulp voelden vrouwen zich sterker (zie ook onder Verkrijgen van inzicht).

Als de verschillende soorten hulp aansluiten bij de verschillende fasen waar de vrouw doorheen gaat, ervaren vrouwen de hulp vaak als intensief en veel, maar zij zijn er wel positief over.

'Het is een proces wat je meemaakt, in elke fase heb je weer andere hulp nodig. Eerst alleen maar praten en je hart luchten. Dat deed ik bij het Steunpunt. Dan puin ruimen in praktische zin, schulden en financiële regelingen. Orde in de chaos brengen, dat deed het maatschappelijk werk. Daarna ging ik de diepte in en was het hard werken om mijn gevoelens een plekje te kunnen geven. Daarvoor ging ik naar de psycholoog. Het was wel veel, maar het heeft mij enorm geholpen.'

Aandacht voor matching met hulpverlener

Het hebben van een zogenaamde klik met de hulpverlener is volgens de vrouwen van invloed op het al dan niet tevreden zijn over de hulpverlening. Een 40-jarige Nederlandse vrouw zegt over 'de klik' met haar hulpverleenster: *'Ik zag haar voor het eerst en het voelde gelijk goed. Het contact was vanaf moment één heel prettig. Ze luisterde echt naar mij, dat was voor het eerst en dat gaf me hoop.'* Een andere vrouw zegt: *'Klik is belangrijk, het liefst een vrouw. Als je geen klik hebt kan je beter vragen om iemand anders. Je moet iemand wel kunnen vertrouwen.'* Het is volgens de vrouwen belangrijk dat de hulpverlener de vrouwen het gevoel geeft dat zij de tijd en de ruimte krijgen

om hun verhaal te kunnen vertellen. Ook begrip en respect tonen zijn belangrijke factoren die eraan bijdragen dat de vrouwen een positief gevoel hebben bij de hulpverlener. Een Surinaamse vrouw vertelt over het in eerste instantie ontbreken van de klik met haar Nederlandse hulpverlener:

'Ik zag haar en dacht jij bent een jong Nederlands poppetje en gaat mij vertellen wat ik moet doen. Ik wilde gelijk weer naar huis gaan, maar ze was een volhouder, wist waar ze het over had en nam echt de tijd voor mij. Ze heeft mij echt overtuigd van haar kwaliteiten en gaf mij uiteindelijk een prettig gevoel.'

De klik kan ook zijn gebaseerd op dezelfde soort culturele achtergrond. Een vrouw uit Curaçao zegt hierover:

'Jullie Nederlanders zijn niks gewend. Ik heb echte ellende meegemaakt. Dat kennen jullie niet, dat is ook niet erg, maar jullie Hollanders snappen dat niet. Daarom wil ik ook geen Nederlandse hulpverlener. Zij snappen mijn pijn en verhaal niet. Ik wil geholpen worden door iemand met een andere afkomst. Bij het steunpunt werd ik geholpen door een vrouw uit Suriname en mijn psycholoog komt uit Afghanistan. Zij hebben ook ellende meegemaakt en begrijpen mij beter. Ik denk dat veel vrouwen die niet uit Nederland komen meer baat hebben bij een hulpverlener met een andere afkomst. Zij begrijpen ons gewoon beter.'

Verkrijgen van inzicht

Een hulpverlener die een vrouw confronteert met haar verwondingen en het geweld benoemt, helpt de vrouw de situatie waarin ze zit onder ogen te zien. Vrouwen werden wakker geschud, bijvoorbeeld toen een maatschappelijk werkster een vrouw gebood haar jas uit te doen, waardoor de blauwe plekken zichtbaar werden, of de broeder in het ziekenhuis die zei: *'Het zou helpen als u de waarheid vertelt.'*

Als de vrouwen door de hulp inzicht krijgen in zichzelf, in het ontstaan van geweldsituaties door de dynamiek tussen partners en binnen het gezin, of in het gedrag van hun partner, waarden zij de hulp positief. Voor vrouwen was het soms een eyeopener hoe hun gedrag van wegcijferen en het niet stellen van grenzen van invloed is op het ontstaan van geweld. Een 29-jarige Ghanese vrouw zegt hierover:

'Ik dacht niet meer aan mezelf, alleen maar aan mijn kinderen en mijn man. Ik was mezelf vergeten. De maatschappelijk werkster leerde me voor mezelf op te komen en ook nee te zeggen. Ik deed vaak dingen die ik niet wilde. Of ik zei nee en deed vervolgens toch ja. Door de gesprekken realiseerde ik pas wat ik deed.'

Ook het inzicht dat het geweld niet (alleen) hun schuld is en dat ze een goede moeder zijn, waarden de vrouwen. Een 39-jarige vrouw uit Curaçao zegt hierover: *'Ik dacht altijd dat het geweld mijn schuld was, maar door de*

gesprekken met het steunpunt begreep ik dat het niet mijn schuld was. Dat heeft mij heel erg geholpen.'

Het besef dat meer vrouwen thuis geweld meemaken vergroot eveneens het inzicht; dit doorbreekt het taboe op het bespreken van geweld en dat werkt bevrijdend. Groepsgesprekken, veelal georganiseerd vanuit het Steunpunt Huiselijk Geweld, of andere lotgenoteninitiatieven dragen hieraan bij. Een 39-jarige Nederlandse vrouw zegt over de groepsgesprekken met lotgenoten: *'Ik vond het fijn om te horen dat er meer vrouwen zijn zoals ik. Je zit allemaal in hetzelfde schuitje en we lopen allemaal tegen dezelfde dingen aan. Ik kreeg het gevoel dat ik er niet alleen voor stond.'* Een Turkse vrouw vertelt over de herkenning in de vrouwenopvang:

'Ik heb in de opvang voor het eerst met vrouwen gesproken die werden geslagen door hun man. Ik vond dat heel fijn. Ik schaamde mij zo. Maar daar hoefde ik mij niet meer te schamen. Met twee vrouwen heb ik heel veel gepraat over wat we hadden meegemaakt. Dat vond ik heel prettig. Ik was niet de enige en ik hoefde mij niet meer te schamen.'

Werken aan de positieve krachten: empowerment

Vrouwen worden sterker en voelen zich gewaardeerd als de hulpverlening is gericht op positieve krachten. Door het benoemen van wat er goed gaat in de opvoeding of in de dagelijkse omgang met de kinderen en andere sociale contacten en het benadrukken van positieve ontwikkelingen voelen vrouwen zich gesterkt. Door aandacht te besteden aan het sociale netwerk waar bescherming en ondersteuning te vinden is, voelen vrouwen zich minder alleen; zij ervaren dat ze een sociaal vangnet hebben om op terug te vallen. Enkele vrouwen geven aan dat zij zich sterker voelden door alleen al de mededeling van de hulpverlener dat zij goed bezig waren of op de goede weg zaten. Een 44-jarige Nederlandse vrouw zegt over de hulp van haar maatschappelijk werkster:

'Wat me echt is bijgebleven is dat ze tegen mij zei: Je bent ongelooflijk goed bezig. Ik ken maar weinig mensen die al deze ballen in de lucht houden. Dat heeft mij echt heel veel goed gedaan, ik putte hier zoveel kracht en energie uit.'

9.5 Conclusie

Het is niet eenvoudig goede hulpverlening te bieden aan gezinnen die te maken hebben met geweldsproblematiek. Ten eerste is het voor de vrouwen niet gemakkelijk om toe te geven dat hulp nodig is. Vrouwen stappen niet snel naar een hulpverleningsinstelling door schaamte, maar ook door de geleidelijke gewenning aan het geweld, de hoop op verandering en de angst dat de

kinderen 'afgepakt' worden. Uiteindelijk stapte toch een ruime meerderheid zelf naar een hulpverlenende instantie of de politie. Als vrouwen hulp krijgen, zijn er vaak op verschillende leefgebieden problemen die moeten worden aangepakt en zijn verschillende instanties bij een gezin betrokken. In de praktijk blijkt dat de hulp niet bij elkaar komt en dat afstemming ontbreekt; er is geen integrale aanpak. Ook is er niet of nauwelijks sprake van een systeemgerichte aanpak. Vrouwen hebben het gevoel dat zij er alleen voor staan, ook in de zorg voor de kinderen, omdat de instellingen de partner niet of nauwelijks aanspreken op zijn verantwoordelijkheid.

De vrouwen hebben dikwijls te maken met veel verschillende instellingen voor een langere periode op onder andere het terrein van de jeugdzorg, (opvoedings)ondersteuning en de geestelijke gezondheidszorg, soms binnen een gedwongen kader. Over het algemeen zijn de vrouwen tevreden over de hulp die zij krijgen; ze voelen zich gesteund in praktische regeltaken en voelen zich gesterkt door de positieve feedback. Ook krijgen zij meer inzicht in onder meer de geweldsdynamiek tussen de partners. Toch is er ook kritiek en deze betreft vooral het ontbreken van aandacht voor de geweldsproblematiek door de reguliere hulpverlening. Door dit gebrek aan aandacht kunnen hun partners zich onttrekken aan de hulpverlening en worden zij niet aangesproken op hun verantwoordelijkheid voor het geweld. Vrouwen hebben het gevoel dat alleen zij verantwoordelijk worden gesteld voor de veiligheid van de kinderen. Vooral over Bureau Jeugdzorg is veel ontevredenheid: vrouwen voelen zich vaak niet begrepen, hebben het gevoel van het kastje naar de muur gestuurd te worden en zijn bang dat de kinderen bij hen weg gehaald zullen worden.

10 *Perspectief van de hulpverleners*

In dit hoofdstuk staat het perspectief van de hulpverleners centraal. We spraken met twintig hulpverleners over het hulpverleningsaanbod voor de problematiek van partnergeweld en de hulpverlening aan de cliënt (moeder), de partner en kinderen. Ook hebben we in twee afzonderlijke bijeenkomsten met GGZ-therapeuten en medewerkers van Steunpunten Huiselijk Geweld gesproken over knelpunten en goede praktijken in de hulpverlening. We deden dit aan de hand van de drie onderstaande voorbeelden. Deze voorbeelden geven goed de complexiteit aan van de situatie waarin gezinnen leven en de wijze waarop hulp wordt geboden, met en zonder succes.

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd. Eerst geven we een beschrijving van drie voorbeelden van partnergeweld en het hulpverleningsproces, gebaseerd op de werkelijkheid maar met fictieve situaties en namen. Deze drie voorbeelden vormen de rode draad. Na de drie voorbeelden bespreken we de achtergrond van de hulpverleners en de uitgangspunten voor hulp die zij noemen. Daarna gaan we in op de vraag of de hulpverleners werken via een integrale aanpak en systeemgericht, zoals beoogd in het beleid van de gemeenten. We sluiten af met knelpunten en werkzame elementen aan de hand van de drie voorbeelden.

De drie voorbeelden van geweld in gezinnen en de ontvangen hulp zijn geschreven vanuit het perspectief van de vrouw. We geven eerst kort de achtergrond weer, dan gaan we in op het geweld en vervolgens staan we stil bij de verschillende vormen van hulp. We sluiten af met de informele hulp en de behoefte van de vrouwen.

Heleen en Bart

Heleen is in de veertig en in Nederland geboren. Ze werkt 36 uur per week in een ziekenhuis. Ze heeft een zoontje van 6 en een dochtertje van 4 die bij haar wonen sinds de scheiding van drie jaar geleden. Haar ex-partner, Bart, is acht jaar ouder. Bart was eerder getrouwd (vijf jaar) en heeft uit dat huwelijk een dochter van 18 jaar. Bart werkt op een bank.

Heleen over het geweld door haar partner

Heleen beschrijft Bart als een joviale vent tegenover anderen. In hun relatie deden ze alles samen, waarbij Bart steeds meer greep op haar leven kreeg door haar vrijheden in te perken. Hij werd negatief, vernederend, en ze mocht haar familie niet meer zien. In het begin was er geen fysiek geweld. Er was een meningsverschil over de pedagogische tik; Bart vond dit gerechtvaardigd, Heleen niet. Op een dag slaat Bart hun zoontje tot bloedens toe, en dan belt Heleen, zwanger van haar dochtertje, het AMK. Ze begrijpt dat het niet meer goed gaat komen en wil van hem weg. Achteraf blijkt Heleen financieel te zijn opgelicht voor een bedrag van tienduizenden euro's. Ook blijkt na een gesprek met de vorige vrouw van Bart dat er in die relatie eenzelfde gewelddadig en controlerend patroon was.

Enmaal uit elkaar gaat de strijd voort. Er vindt bijvoorbeeld een ernstig incident plaats tijdens de overdracht van de kinderen - Bart slaat Heleen een hersenschudding - en de politie wordt erbij betrokken (deze waarschuwt Jeugdzorg). Heleen duikt enige tijd onder omdat vader een omgangsverbod krijgt en zij bang is dat hij dit overtreedt. Thuis neemt ze een alarmsysteem.

Enmaal uit elkaar vertelt haar zoontje iets over seksuele contacten tussen het zusje en de vader. Het zoontje vertelt dit ook aan zijn juf.

Hulpverlening

De hulp in chronologische volgorde:

1. AMK en SHG
2. Relatietherapie, kort zonder succes
3. Politie, huisverbod
4. Opvoedhulp Triple P via consultatiebureau, geen succes
5. Een instelling voor Jeugd en opvoeding (naast vrijwillig contact met Bureau Jeugdzorg)
6. Bedrijfsmaatschappelijk werk
7. Onder Toezichtstelling (OTS)

8. Zedenpolitie
9. Opvoedpoli
10. Kind, Jeugd en Trauma Centrum (KJTC)

Het **AMK** stuurde Heleen door naar het SHG, omdat het AMK alleen klachten aanneemt van mensen buiten het gezin. Heleen belt met het SHG en kreeg het advies weg te gaan als ze er klaar voor is en het aankan. Ook bood het SHG aan om een keer met Bart te gaan praten, maar dit had volgens Heleen weinig zin. Ze is met de kinderen gevluht. Ze wist hoe gevaarlijk Bart was. Weer terug in haar huis gaat ze in **relatietherapie**, op verzoek van Bart die de relatie wil herstellen. Toen herstel niet lukte werd de situatie grimmiger. Om te investeren in het op één lijn komen voor wat betreft de kinderen is **Opvoedcursus Triple P (via consultatiebureau)** gestart, maar vader kwam niet opdagen en toen zijn ze ermee gestopt. Vervolgens kwamen Heleen en Bart terecht in het vrijwillige circuit van **opvoedhulp**. Er vonden gesprekken plaats en er is onderzoek gedaan bij zowel Heleen als Bart. Jeugd en opvoeding schreef adviezen over wat er moest gebeuren. Bart is woedend weggelopen; met hem was niets mis en met de kinderen ook niet. Heleen had tegelijkertijd vrijwillig contact met **Bureau Jeugdzorg**, die aangaven dat ze wel zorgen hadden maar dat er geen feiten lagen om er werk van te maken (haar woord tegen het zijne). Via haar werk heeft Heleen veel gehad aan de **bedrijfsmaatschappelijk werkster**. Zij was haar belangrijkste praatpaal en degene die haar complimenteerde. Heleen voelde dit als grote steun.

Na een ernstig incident doet Heleen aangifte bij de **politie**. Er wordt een huisverbod opgelegd en verlengd tot een maand. Er kwam iemand voor Heleen en er werd ook iemand aan Bart gekoppeld. **Bureau Jeugdzorg** is erbij betrokken, wat leidde tot een **Ondertoezichtstelling (OTS)**. De voogd zit erg op de lijn van omgang en heeft weinig oog voor haar verhaal, vindt Heleen. Ondanks de OTS komt er geen hulp voor haar zoon, hoewel al vanaf het eerste rapport duidelijk is dat therapie wenselijk is. De vader geeft echter geen toestemming. Voorwaarde is dat Heleen en Bart er samen uitkomen.

Van het seksueel misbruik heeft Heleen aangifte gedaan bij de **zedenpolitie**. Er is onvoldoende bewijs en daarom is de zaak geseponeerd. Heleen heeft een gesprek gehad met een officier van justitie. Ondertussen krijgen Heleen en de kinderen hulp van de **Opvoedpoli**, waar Heleen heel tevreden over is. Ook gaat ze naar een **Kind, Jeugd en Traumacentrum**.

Er zijn veel conflicten over de echtscheiding en omgangsregeling. Mediation was verplicht om tot een ouderschapsplan te komen, maar dat is nooit gelukt. Er zijn in feite overal problemen over, niet alleen over de omgang, ook over de alimentatie. Vanaf het moment dat zoon vertelde over seksueel misbruik is er geen contact geweest tussen vader en zoon. Het KJTC vond het onvoldoende veilig om een omgang te starten, evenals de Opvoedpoli. De voogd vond dat er wel omgang nodig was. In de beschikking van de rechter stond dat onder begeleiding van de Opvoedpoli omgang opgestart mocht worden. De vraag is dus wanneer het veilig genoeg is om omgang op te starten. Op dit moment is er geen OTS meer (tot ongenoegen van Heleen) en geen omgang. De rechter heeft de laatste keer gezegd dat ze eigenlijk de Raad voor de Kinderbescherming wil vragen om advies. Heleen is daar heel erg blij mee.

Heleen heeft heel bewust geen contact meer met Bart omdat er geen afspraken met hem te maken vallen. Af en toe mailen ze elkaar. Volgens Heleen doet het ontbreken van contact haar zoon goed: hij is niet meer onhandelbaar. Het KJTC wil heel graag aan de slag met zoon, maar Bart weigert toestemming voor behandeling. Jeugdzorg heeft geen vervangende toestemming af willen geven, daarom heeft Heleen deze nu zelf bij de rechter aangevraagd. Heleen is blij met haar advocaat: zonder advocaat was de omgang alweer opgestart.

Hulp en steun van familie en burens

Ze heeft steun van twee vriendinnen en heeft een hechte familie. Ze willen er voor haar zijn en zijn dat ook regelmatig, maar ze snappen ook veel dingen niet. Ze begrijpen bijvoorbeeld niet waarom er geen omgang kan zijn. Of er is kritiek op haar wijze van opvoeden. Ook is een familielid tijdens het huisverbod zonder medeweten van Heleen met Bart gaan praten.

Behoeft nu

Heleen voelt zich als hoogopgeleide en fulltime werkende vrouw erg alleen in deze situatie en heeft behoefte aan lotgenotencontact. Ze is zelf op zoek gegaan naar informatie en stuitte op het boek *Destructieve relaties op de schop* van Jan Storms. Het boek heeft haar geholpen om te begrijpen hoe het geweld ontstaat.

Karima en Khalid

Karima is in Marokko geboren. Zij is jong getrouwd (16 jaar). Haar man Khalid is twaalf jaar ouder en weduwnaar. Hij komt uit een gezin waar veel geweld plaatsvond, en zijn ouders zijn gescheiden. Ze is niet uit liefde met Khalid getrouwd. Hij was wel verliefd op haar. Vanaf het begin van hun huwelijk mishandelt hij Karima. Khalid heeft een volwassen zoon die in Marokko woont. Samen hebben ze een dochter (20) en een zoon (16). Toen het zoontje 4 jaar was, is Karima parttime gaan werken, vaak 's avonds. Later is ze fulltime gaan werken.

Op het moment van het interview woont ze niet meer met Khalid samen en is ze na 22 jaar huwelijk een echtscheidingsprocedure gestart. Het huis is voorlopig aan haar toegewezen, maar ze moet binnen zes maanden het huis verlaten, zo begrijpt ze uit de brief van de rechtbank. Ze heeft geen idee waar ze naartoe moet en heeft niet het gevoel dat haar advocaat haar goede hulp biedt. Khalid heeft tijdelijk onderdak

Karima vertelt over het geweld en problemen met de zoon

Karima was erg jong toen ze trouwde en wist niet wat ze moest doen als ze werd mishandeld. Ze was bang voor haar partner. Iedere keer na een geweldsuitbarsting had Khalid spijt en begon hij te huilen; dan kreeg ze medelijden. Karima mocht niet praten met andere mensen. Toch heeft Karima gepraat met mensen die haar steunden om een grens te trekken. Nu Khalid ergens anders woont, gaan de bedreigingen door. Ook komt hij langs omdat hij seks wil, of belt haar, ook 's nachts, voor seks. Niet alleen haar ex-man, ook haar kinderen spreken negatief over haar en dat maakt haar onzeker. Ze krijgt het idee dat het aan haar ligt. Karima zegt: 'Ik werk hard. Mijn kinderen komen vaak vragen om geld. Als ik zeg 'Nee, ik heb niet zoveel geld om jullie geld te geven', dan zeggen de kinderen: 'Je liegt, je zegt geen waarheid, het probleem ligt aan jou, niet aan ons.' Soms zit ik de hele tijd te denken, dan denk ik wat heb ik gedaan. Waarom iedereen geeft mij de schuld, voor niks.'

Naast ruzies en geweld zijn er problemen in de opvoeding en mishandelt de zoon, die bij haar woont, Karima. 'Gisteren had zoon geblowd, hij kwam binnen en zei: 'Mama, ik wil jouw stem niet horen.' Karima ging daarop naar boven en naar bed. 'Later kwam zoon boven, hij zei: 'Te heet, waar moet ik slapen. Jouw kamer is beter dan mijn kamer, ik ga hier slapen.' Uiteindelijk is Karima beneden op de bank gaan slapen.

Hulpverlening

De hulp in chronologische volgorde:

1. Relatietherapie, van korte duur en niet succesvol
2. GGZ-instelling A op initiatief van moeder vanwege opvoedproblemen, van korte duur en niet succesvol
3. Jeugdzorg /voogd
4. Huisarts/GGZ-instelling B voor depressieve klachten Karima, zes-wekentraject
5. Maatschappelijk werk
6. Politie
7. SHG, heeft een keer gebeld (na politiemelding)
8. Een instelling voor Jeugd en opvoedhulp voor zoon, is gestopt omdat zoon niet op afspraken kwam
9. Kinder- en jeugdpsychiatrie voor zoon

Rond 2000 zijn ze in **relatietherapie** gegaan, maar voor korte tijd en zonder succes. Karima zocht daarna hulp bij de opvoeding bij een **GGZ-instelling**, maar dit hielp niet en het gezin is doorverwezen naar jeugdzorg. Karima verklaart de opvoedproblemen uit het feit dat zij fulltime ging werken, waardoor er geen volwassene was als de kinderen uit school kwamen, en de vader die een uur later kwam niet de zorg voor de kinderen op zich nam. De kinderen deden wat ze wilden en gingen zich steeds slechter gedragen.

Sinds 2009 is een **voogd** (Jeugdzorg) betrokken bij het gezin, in drie jaar tijd drie verschillende voogden. De voogd wil dat haar zoon naar een gesloten inrichting gaat. Dat vindt Karima geen goede oplossing, zij vindt dat haar zoon iemand nodig heeft die door zijn gedrag heen prikt en hem aanpakt. **Jeugd en opvoedhulp** is gestopt, omdat zoon niet op afspraken kwam.

In 2011 gaf de **huisarts** Karima medicatie vanwege depressiviteit in de periode dat ze geen werk had. Ook kwam er een keer per week iemand langs van de **GGZ** om te praten. Op een gegeven moment voelde Karima zich beter en is ze gestopt met de medicatie. Ze wordt doorverwezen naar **maatschappelijk werk**.

Ook is er contact met de **politie**. Karima weet dat ze de politie kan bellen als er iets gebeurt, en in het verleden heeft ze dit ook gedaan, bijvoorbeeld toen Khalid even bij haar in huis sliep omdat hij geen slaapplek had. Hij wilde vervolgens het huis niet meer verlaten. Toen ze bang was, belde ze de politie. 'Ik was bang, hij zegt doe de telefoon uit, ik heb het uitgedaan, daarna de politie heeft mij teruggebeld, die vrouw zegt: 'Weet je wat, laat gewoon de telefoon naast je en ik hoor

alles.” Karima heeft de telefoon naast zich neergelegd. ‘Hij schreeuwen, dit en dat.’ Daarna kwam de politie en de politie vroeg aan Karima of ze Khalid mee moesten nemen of niet. Omdat Karima dat zielig vond, liet ze hem die avond blijven. Ze deed dat ook voor de kinderen; anders zullen de kinderen altijd denken dat zij hun vader heeft laten opsluiten. De politie verwees haar door naar het **SHG** dat eenmaal contact met haar opnam en aangaf dat ze altijd kan bellen. Onlangs was er een intakegesprek bij het **Centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie** met de zoon en de vader. Zoon slikte ADHD-medicatie, maar slikt dat nu niet meer. Hij blowt ook af en toe. Zoon denkt dat hij geen ADHD heeft maar iets anders. Karima heeft gevraagd om een onderzoek, en tijdens het interview vertelt Karima dat na jaren eindelijk haar zoon zal worden onderzocht. Karima hoopt dat uit het onderzoek blijkt wat er met haar zoon aan de hand is.

Hulp en steun van familie en burens

Karima krijgt steun van haar familie. Ook krijgt ze steun van de burens. De buurvrouw heeft laatst ingegrepen toen zoon heel boos was. Ze klopte op de deur, en riep: ‘Open de deur’. Ze ging naar hem toe en zei: ‘Wat doe je tegen je moeder’. Ze werd heel boos op hem. De buurvrouw heeft haar zoon toen meegenomen naar haar huis. Ze hebben twee uurtjes gepraat tot hij tot rust was gekomen. Hij kwam naar huis, gaf Karima een knuffel en zei: ‘Sorry mama, ik hou van jou’ en ging naar bed.

Karima heeft voor haar gevoel meer gehad aan familie dan aan hulpverlening. Dat ging vooral om emotionele steun. Ze kon bij hen terecht als er iets was, om te praten en om rustig te worden.

Behoeft nu

Karima heeft nu vooral hulp nodig bij het zoeken van een huis. Sinds een jaar heeft ze een nieuwe relatie met een man in Marokko. De kinderen keuren dit af, maar Karima heeft hem nodig. Karima voelt zich erg alleen en in de steek gelaten, vooral omtrent de hulp voor haar zoon. ‘Soms dan denk ik, het is te diep en ik ben te moe, dan stop ik.’

Tineke en Paul

Tineke is een 41-jarige, Nederlandse vrouw. Ze woont sinds acht jaar samen met Paul. Er zijn drie kinderen: twee zonen van 12 en 10 jaar en een dochtertje van 2 jaar. Paul is de vader van de jongste. De hoogst genoten opleiding van Tineke is mbo. Ze heeft momenteel een parttime baan bij een dienstverlenende instelling. Er zijn perioden waarin ze uit elkaar zijn en dan woont hij tijdelijk elders. Bij Paul is een aantal jaren geleden ADHD en Borderline vastgesteld. Ook heeft Paul een alcoholprobleem.

Tineke over het geweld door haar partner

De ruzies en spanningen tussen Tineke en Paul kunnen ontaarden in fysiek geweld, zoals een klap in het gezicht of een fles tegen haar hoofd, telkens in het bijzijn van de kinderen. Aanleiding is volgens Tineke dat Paul zijn zin niet krijgt. Op een dag is er een ernstig incident, ernstiger dan anders, en Tineke is dan ook echt bang omdat hij haar naar de keel grijpt. Paul heeft een alcoholprobleem (tijdens het interview zegt Tineke dat het onder controle is maar dat hij er nooit helemaal vanaf komt). Tijdens het incident was er geen sprake van alcohol. Tineke vluchtte naar boven naar de bovenbuurvrouw. Weer beneden was Paul met de jongste vertrokken. Het geweld was nooit tegen de kinderen gericht, wel vond Tineke dat Paul niet altijd even goed met de kinderen omging en dat hij verbaal erg boos kon zijn tegenover de kinderen, vooral tegen de oudste zoon.

Hulpverlening

De hulp in chronologische volgorde:

1. Politie
2. Bureau Jeugdzorg/voogd
3. Een instelling voor Jeugd- en Opvoedhulp
4. Reclassering (na taakstraf partner niet wegens geweld thuis)
5. Opvoedingsondersteuning voor Tineke
6. De Waag (voor Paul en relatietherapie)

De buurvrouw, waar Tineke naartoe was gerend, belt de **politie** zonder dat Tineke dat weet. Tineke was alleen in het huis toen de politie kwam want de kinderen waren bij de bovenbuurvrouw. Tineke ervaart het doen van aangifte als een dilemma: 'Je hoort weleens van huiselijk geweld dat die vrouwen helemaal in elkaar geslagen worden, dat was

bij mij niet zo. Maar ook wilde ik niet dat hij in de gevangenis zou belanden als ik aangifte zou doen. (...). Ergens weet je wel dat het nodig is, dit was voor mij echt de druppel.’ Ter plekke nam de politie-agent haar verklaring op en een dag later heeft Tineke de aangifte op het bureau ondertekend. Paul is opgepakt en meegenomen naar het bureau. Binnen zeer korte tijd woonde hij weer samen bij Tineke. De politie waarschuwde **Bureau Jeugdzorg** en dat belde Tineke. Zij wilde direct hulp nu Paul weer thuis woonde, maar in de ogen van Tineke werd er niet direct hulp geboden. Er kwam weliswaar iemand van Bureau Jeugdzorg bij haar thuis voor de kinderen (voor ongeveer een half jaar), eerst een keer per week en op verzoek van Tineke werd dit twee keer per week, maar Tineke miste inzicht van de hulpverlener in het snel kunnen bieden van de best passende hulp. De hulpverlener kwam zelf niet met suggesties voor hulpverlening maar legde de vraag telkens terug bij Tineke en Paul; dit vond Tineke onbegrijpelijk omdat ze verwachtte dat Bureau Jeugdzorg zou weten welke hulp nodig was. Ook vond Tineke dat de hulpverlener niet op de juiste momenten aanwezig was. ‘De drukste en moeilijke tijden zijn ’s avonds en ’s ochtends. Dan had ik juist iemand nodig, maar dan kwam ze overdag net zoals wij nu zitten, als de kinderen op school zijn of slapen en Paul er niet is. Dan is het gewoon rustig.’

De begeleiding door BJZ ging door een OTS over in begeleiding door een **gezinsvoogd** naar aanleiding van een incident (onduidelijk blijft wat er gebeurde). De gezinsvoogd kwam ongeveer eens in de maand. De hulp richtte zich vooral op de kinderen, maar ook Tineke kreeg hulp, gericht op opvoedingsondersteuning. Tineke vindt dat de gezinsvoogd veel actie heeft ondernomen. Ze voelt zich met respect behandeld en ze vindt dat de voogd haar situatie goed begrijpt. Tineke weet nog niet of de OTS wordt verlengd of wat er gebeurt als het jaar voorbij is. Ze is vooral bang dat Paul niet beseft dat als de situatie escaleert, de kinderen ‘afgepakt’ kunnen worden. Paul lijkt hier niet realistisch in, volgens Tineke.

Voor haar oudste zoon is ongeveer tegelijkertijd een programma ingezet gericht op het ondersteunen van kinderen die getuige zijn geweest van huiselijk geweld door **een instelling voor Jeugd en Opvoedhulp**.. Voor de moeder was er ook een programma. Tineke is bezorgd over haar oudste zoon die heel gesloten is. De andere kinderen hebben geen trajecten gevolgd omdat de ene te jong was en de ander makkelijker praatte dan de oudste en het daarom niet nodig leek. Tineke heeft het gevoel dat het programma voor haar zoon niet

heeft geholpen. Ook het moederprogramma heeft haar niets opgeleverd, omdat ze weinig feeling had met de andere vrouwen.

Paul moest naar de **Reclassering** in het kader van een taakstraf in januari 2011 (niet gerelateerd aan het geweld thuis). De taakstraf is nu voltooid. Tineke vond het erg lastig dat de Reclassering alleen gesprekken had met Paul, en zij niet op de hoogte werd gehouden van de inhoud van de gesprekken. Daardoor kon hij volgens haar mooi weer spelen over hoe het thuis ging en zijn alcoholprobleem verzwijgen. Reclassering is gestopt omdat er behandeling kwam bij **De Waag**.

In diezelfde periode ontving Tineke voor zichzelf hulp gericht op **opvoedingsondersteuning** in problematische thuissituaties. Ze heeft ongeveer drie maanden met een maatschappelijk werkster gepraat, dat vond ze prettig, ze kon haar verhaal kwijt, de maatschappelijk werkster dacht met haar mee. Het is dankzij deze maatschappelijk werkster dat het initiatief is genomen om een 'groot overleg' bij De Waag op te starten, waar alle partijen en betrokkenen aan tafel zaten: De Waag, Tineke en Paul, gezinsvoogd en Reclassering. Nu iedereen aan tafel zat, konden zij alle informatie delen. Prettig aan het overleg vond Tineke dat zij en Paul zelf ook inbreng hadden in het plan van aanpak. Ook gaf iedereen een inschatting van de veiligheid. Paul schatte de veiligheid positiever in dan de anderen: 'Waar iedereen bijvoorbeeld een rapportcijfer 4 gaf, gaf hij een cijfer 6.' Tineke hoopte dat hij er zo van zou worden doordrongen dat de situatie echt ernstig was omdat iedereen aan tafel het met hem oneens was. Uitkomst van het groot overleg was dat de hele situatie in kaart was gebracht en dat er een plan werd opgesteld. Tineke en Paul gaan nu samen eens per twee weken naar de begeleider van De Waag. Tineke heeft door de hulp meer zicht gekregen op hoe het geweld in het gezin ontstaat, vooral met betrekking tot de manier waarop ze met elkaar communiceren. Zij is bijvoorbeeld gaan inzien dat Paul het oudste kind strenger behandelt en dat hij agressief wordt als zij tegen hem ingaat.

Tineke is positief over het 'groot overleg', alleen wenste ze dat dit eerder in gang was gezet. Het meest tevreden is Tineke over de integrale behandeling die De Waag nu biedt omdat ze nu echt het gevoel heeft gekregen dat de situatie kan verbeteren. Ook is ze tevreden over de ondersteuning in het gezin door de gezinsvoogd omdat deze vrouw heel proactief is en haar situatie goed begrijpt.

Hulp en steun van familie en burens

Tineke heeft op haar werk veel gepraat met collega's die ook een soort vriendinnen zijn. Ook heeft Tineke een goede vriendin die altijd voor

haar klaarstaat en een luisterend oor heeft, ook al vindt die vriendin dat ze bij Paul weg moet. Aan meer informele steun heeft ze geen behoefte, omdat familie en vrienden concreet toch niet veel voor je kunnen betekenen. Tineke heeft meer gehad aan de professionele steun, al is deze wat haar betreft wel te laat / te langzaam ingezet.

Behoefte nu?

Tineke heeft het gevoel dat zij wel veiliger is nu en dat haar relatie in een rustiger vaarwater is gekomen. Er zijn minder heftige ruzies. Er is onzekerheid over de afronding van het OTS-traject. Ze heeft zorgen over de bereidheid van Paul om open te zijn.

Deze drie verhalen laten zien hoe complex het probleem is en hoeveel hulp er wordt gegeven, vaak zonder (direct) succes. Het laat ook zien dat het geweldsprobleem samenhangt met of oorzaak is van veel instabiliteit. Het verhaal van Tineke en Paul springt eruit als de meest positieve ervaring met de hulpverlening, omdat hulpverleners en cliënten samen een plan van aanpak maken. Dit is overigens ook de enige casus waar de partners nog bij elkaar zijn. Heleen en Bart kunnen gezien worden als een voorbeeld van een zogenoemde vechtscheiding, waar de hulp niet aansluit en er geen rust komt. Karima en Khalid laten de complexiteit zien van geweld in een Marokkaans gezin en de aansluiting (of mismatch) met de Nederlandse hulpverlening. In paragraaf 10.4 gaan we aan de hand van deze drie voorbeelden in op de knelpunten en goede praktijken in de hulpverlening.

10.1 Achtergrond geïnterviewde hulpverleners

De geïnterviewde vrouwen gaven aan met welke hulpverleners we contact mochten opnemen. Deze hulpverleners hebben we gesproken. Overigens wilde meer dan de helft van de vrouwen geen hulpverlener noemen met wie we mochten praten. Een veelgehoorde reden was ze het niet in hun belang vonden dat er een gesprek zou plaatsvinden met de hulpverlener. Achterliggende reden was bijvoorbeeld dat ze heel ontevreden waren over de hulp die werd geboden, vooral rond de kinderen. In dat geval was er vaak een AMK-melding geweest en/of een ondertoezichtstelling. Een andere reden was dat ze geen naam meer wisten van de hulpverlener en soms zelfs de organisatie niet meer konden noemen. Tot slot waren er enkelen die geen hulp van betekenis ontvingen en daarom niemand konden noemen.

10.1.1 Soort instellingen

We hebben met twintig hulpverleners een gesprek gehad. De meeste hulpverleners (14) zijn werkzaam bij een hulpverleningsinstelling gericht op volwassenen. Er zijn zes hulpverleners werkzaam bij de vrouwenopvang, variërend van crisisopvang en vervolgopvang tot ambulante begeleiding. Daarnaast spraken we twee medewerkers van een SHG. Ook hebben we gesproken met vier medewerkers van een GGZ-instelling en twee van een eerstelijnsinstelling, waaronder iemand van het Leger des Heils. Daarnaast spraken we zes hulpverleners die in de jeugdzorg werken: vier hulpverleners werkzaam in een Jeugd- en Opvoedhulpinstelling, een hulpverlener werkzaam in de jeugd-GGZ en een hulpverlener werkzaam bij Bureau Jeugdzorg. Van alle hulpverleners waren er vier als gezinsbegeleider bij het gezin betrokken: een werkzaam bij een organisatie gericht op jonge kinderen (0 tot 7 jaar) met een stoornis, een gericht op kinderen met een licht verstandelijke beperking, en twee gericht op ouders met opvoedproblemen en voor praktische begeleiding.

Met deze hulpverleners is gesproken over het hulpaanbod van de instelling bij geweld thuis en meer specifiek partnergeweld, en de hulp aan de cliënt. Bijna de helft van de hulpverleensteren (8) werkte in de vrouwenopvang of bij een Steunpunt Huiselijk Geweld: zij bieden specifiek hulp aan vrouwen (en mannen) die te maken hebben met geweld door hun partner. Binnen de vrouwenopvang wordt ook (enige) hulp geboden aan de kinderen. Dit grote aantal hulpverleners uit de vrouwenopvang/SHG is verklaarbaar uit de manier van werven: via de geïnterviewde vrouwen die een hulpverlener noemden waar ze goede ervaringen mee hadden opgedaan. De andere instellingen (eerstelijnszorg en GGZ, n=12) hebben geen specifiek op papier vastgelegd beleid rondom de problematiek van partnergeweld. Dit wil niet zeggen dat er daarom geen deskundigheid is op deze problematiek, maar kennis en kunde is niet vanzelfsprekend.

Het gesprek met hulpverleners is een aanvulling op het gesprek met de cliënt. Alle hulpverleners zijn zeer betrokken bij deze cliënten en vertellen over de ups en downs van de hulpverlening aan deze doelgroep. Hulpverleners vertellen hetzelfde verhaal maar vanuit een ander perspectief; zij benoemen de problemen of ervaringen op een andere wijze. Wat opviel was dat hulpverleners de kracht van vrouwen benoemden. Zij benadrukken hoe goed de vrouw aan de hand van een vraag altijd zelf met oplossingen komt en dat de cliënt zelf haar veranderingen heeft bewerkstelligd; zij waren slechts een instrument. De vrouwen benadrukten vooral hoe diep ze in de put zaten, het niet meer wisten, geen zelfvertrouwen meer hadden en door de hulpverleners weer vertrouwen in zichzelf kregen. Ook komt naar voren dat cliënten zichzelf stapje voor stapje, dag na dag, weer op de rails krijgen, terwijl hulpverleners de lange termijn voor ogen hebben.

10.2 *Integraal werken, hoe doe je dat?*

Het beleid van de gemeenten beoogt zowel een integrale aanpak als een systeemgerichte aanpak te bereiken. In deze paragraaf staan we stil bij de betekenis van een integrale aanpak en wat hiervan volgens de hulpverlening in praktijk wordt gebracht. In de volgende paragraaf (10.3) staan we stil bij een systeemgerichte aanpak.

10.2.1 *Betekenis van integraal werken*

Het is algemeen overheidsbeleid dat de hulp niet verkokerd maar integraal moet zijn (Lünnemann, Goderie & Tierolf, 2010). Maar wat is een integrale ketenaanpak? Het beleid spreekt van een integrale aanpak als ketenpartners, zowel zorginstellingen als justitiële organisaties, samenwerken. Dit kan zijn in een Veiligheidshuis waarin een casuoverleg huiselijk geweld plaatsvindt. Een andere vorm is de uitvoering van het huisverbod in een samenwerkingsverband van verschillende ketenpartners. Het uitgangspunt van een integrale aanpak is dat de verschillende instanties samenwerken en afstemmen om tot een gezamenlijke aanpak te komen. De slogan 'één gezin, één plan' drukt dit uit. Doel is verbetering van de hulp aan slachtoffers, kinderen en plegers van huiselijk geweld.

Een integrale aanpak is echter niet eenvoudig te bewerkstelligen. Het gevaar is dat er verschillende vormen van overleg worden opgetuigd, bestuurskundige modellen worden ontwikkeld en protocollen geschreven om de samenwerking vorm te geven (Lünnemann, Goderie & Tierolf, 2010). Er gaat veel tijd zitten in afstemming en verdeling van taken op strategisch en tactisch niveau, terwijl een gezamenlijk uitvoering in de zin van één integrale aanpak rond het gezin moeilijk van de grond komt. Achterliggende reden is dat de financiën verkokerd zijn en financiële middelen ontbreken voor het overleg. Daarnaast is casuoverleg vaak niet efficiënt omdat in het casuoverleg ook gezinnen en cliënten worden besproken waar de instelling niet bij betrokken is, zo bleek uit de procesevaluatie van de G4-aanpak (Lünnemann, 2011).

10.2.2 *Integrale aanpak in de praktijk*

Dat de werkelijkheid weerbarstig is, komt uit de ervaringen van de vrouwen naar voren in hoofdstuk 9. Vrouwen hebben veelal met verschillende hulpinstanties te maken, niet alleen na elkaar, maar ook tegelijkertijd, waarbij geen sprake is van een integrale aanpak. Ook uit de gesprekken met de hulpverleners komt naar voren dat er doorgaans weinig contact is met andere organisaties, laat staan dat er een gezamenlijke aanpak is rond een cliënt. Hulpverleners verwijzen cliënten wel door naar andere organisaties, veelal omdat ze niet in staat zijn zelf in alle behoeften van de cliënt te voorzien.

Hoewel in de praktijk een integrale aanpak moeilijk te verwezenlijken is, staan wel steeds meer instellingen of medewerkers binnen instellingen

hiervoor open; er is meer afstemming en zij raadplegen vaker ketenpartners. Deze werkwijze is echter dikwijls afhankelijk van de persoon; zij is niet verankerd in het systeem.

Drie vormen van integrale aanpak worden positief beoordeeld: 1) de meest toegepaste, maar minst vergaande vorm van integrale aanpak is ad hoc overleg met ketenpartners, zonder de cliënt of het systeem; 2) een vorm van coördinatie in de hulp is casemanagement. Een casemanager zorgt voor afstemming tussen de verschillende hulpverleners; 3) de meest vergaande vorm van integrale aanpak is een gezamenlijk overleg tussen betrokken hulpverleners en de cliënt of het systeem.

De meest voorkomende manier is dat hulpverleners contact zoeken met een andere hulpverlener over de cliënt. In enkele gevallen zijn er vaste samenwerkingspartners, waarmee met toestemming van de cliënt informatie wordt uitgewisseld. Een medewerkster van het SHG benadrukt dat het roeien is met de riemen die je hebt. Het gaat goed zolang iedereen open en transparant is en constructief zoekt naar oplossingen. Soms zijn er korte lijnen, door persoonlijke contacten en/of omdat de instellingen in panden naast elkaar zijn gehuisvest. Het hangt erg van de hulpverlener af of deze contact opneemt met andere hulpverleners. Ook de gemeente kan ervoor zorgen dat alle ketenpartners met elkaar om de tafel gaan.

Een tweede manier is een meer structurele wijze van integraal werken, namelijk door de hulpverlening af te stemmen via een casemanager die alle contacten met de hulpinstanties heeft en zorgdraagt voor afstemming tussen de ketenpartners. Een aantal hulpverleners benadrukt het belang van een casemanager: 'Één persoon is het beste vind ik, dat is ook rustiger voor het gezin.' Vooral bij complexe gevallen wordt uitwisseling tussen alle hulpverleners en een goede ketensamenwerking als cruciaal beschouwd. In de praktijk komt het casemanagement niet altijd van de grond. Reden kan zijn dat niet duidelijk is welke organisatie het casemanagement op zich moet nemen, of er spelen meer praktische belemmeringen, zoals een sterke wisseling van hulpverleners of casemanagers.

Tegenwoordig vindt steeds vaker overleg plaats met de cliënt of met beide partners (of het gezin) en betrokken hulpverleners, de derde manier van een integrale aanpak. Uitgangspunt is dat zoveel mogelijk hulp wordt gecentreerd bij een hulpverlener / hulpverleningsinstelling. Daar waar er meer instellingen bij betrokken moeten zijn, vindt dit overleg plaats met de cliënt (of het systeem) erbij. Dit is een alternatief voor de enorme overlegcultuur en voor veel overleg over cliënten, wat als probleem naar voren wordt gebracht. Een systeemtherapeute verwoordt het zo:

'Er is een moeras van samenwerkingsellende als je met verschillende instanties iets moet roeien. Dat zien wij als het grote probleem in plaats van de oplossing.'

Overzicht wordt niet gecreëerd door meer overleg, maar juist door minder overleg en zoveel mogelijk de hulp centreren bij een hulpverlener(sinstelling).'

In Den Haag is er het groot overleg, zoals in de casus Tineke en Paul; in Amsterdam werkt het Centrum voor Relationele Therapie altijd via een gezamenlijk overleg als het nodig is om er meer hulpverleners bij te betrekken, maar ook andere instellingen (STEK en MoleMann) werken op deze manier. Als kinderen betrokken worden bij de therapie komen verschillende hulpverleners en de ouders bij elkaar om een gezamenlijk plan te maken. Een systeemtherapeute geeft aan: 'Het is van groot belang de samenwerking die partners zijn aangegaan om geweld in hun huis te verminderen centraal te stellen en als eerste prioriteit te houden. Aanvullende aspecten die ouders in opvoeding mee zouden kunnen nemen, moeten zo worden ingebracht dat het de samenwerking op gebied van veiligheid niet doorkruist.' Ook als er verslavingsproblematiek speelt, wordt alleen met de partners en verslavingszorg gesproken en niet over de cliënt.

Een integrale aanpak heeft alleen kans van slagen als hulpverleners of hulpverlenersinstellingen elkaar niet zien als concurrent, zo brengen de hulpverleners naar voren. Daarbij gaat het niet alleen om afstemming bij gelijktijdige hulpverlening, maar ook als de hulpverlening na elkaar plaatsvindt. Doel moet zijn het geweld te stoppen. Een hulpverlener over het ontbreken van een integrale aanpak, nadat haar cliënt door een heel ernstig incident naar een vrouwenopvang is gegaan, waardoor de hulpverlening stopte:

'Er komt dan een andere instantie, en die schrikken van de heftigheid van de situatie en dan wordt er ergens een la opengetrokken. Met de beste bedoelingen, maar dat wat al loopt, daar gaat iedereen dan aan voorbij. Dat vind ik wel moeilijk. En ik vind ook eigenlijk dat dit iets in zich heeft waardoor de escalatie heftiger wordt. Dus je blijft niet bij de hulpverlening die er is, nee je gaat, ook vanuit ongerustheid mogelijk, je gaat door-escaleren. En dat zien wij zoveel. Dat geweld wat dan in die gezinnen speelt, dat lijkt haast besmettelijk. De hulpverlening gaat ook escaleren.'

Dit punt van doorschuiven in plaats van een integrale aanpak komt eveneens uit de gesprekken met vrouwen naar voren.

10.3 Systeemgericht werken in de praktijk

In Nederland betreft de hulpverlening tegenwoordig steeds vaker het systeem erbij. Dit gebeurt ook in de casus Tineke en Paul, waar een groot overleg plaatsvond: naast hulpverleners waren ook Tineke en Paul aanwezig. Wat is systeemgericht werken, hoe vindt uitvoering plaats in de praktijk en wat zijn de voor- en nadelen?

10.3.1 *Wat is systeemgericht werken?*

Er is geen duidelijke definitie van systeemgericht werken. In het spraakgebruik verstaan we eronder dat alle leden van het gezin (systeem) worden betrokken bij de hulp. Dit gebeurt vanuit de premisse dat er een dynamiek in het gezin is waardoor het conflict uitmondt in geweld. Er kan in die visie sprake zijn van drie sporen: hulp aan de moeder, aan de vader en aan het kind door verschillende hulpverleners van verschillende instellingen (Lünnemann, Goderie & Tierolf, 2010). Daarnaast verstaan we onder systeemgericht werken dat wordt gewerkt volgens een systemische methode. Binnen de GGZ hebben hulpverleners een opleiding gevolgd tot systeemtherapeut. Daarnaast zijn er verschillende andere aanpakken ontwikkeld waar systeemgericht werken een onderdeel van is, zoals de Oranjehuis-aanpak voor de vrouwenopvang, die werkt vanuit een systeemvisie (Reijmers et al., 2011).

In de systemische methodiek is de interactie tussen personen, - tussen partners, of tussen ouders en kinderen - het uitgangspunt. Er is aandacht voor het ontstaan van overtuigingen (beliefsystemen), gebaseerd op ervaringen in de partnerrelatie, maar ook in het gezin van herkomst. Daarnaast is er aandacht voor de omgevingsfactoren en familiesamenstelling (via een organogram). Gesprekken vinden plaats met beide partners en eventueel kinderen, waarbij hulpverleners de houding van meervoudige partijdigheid aannemen: zij houden rekening met de belangen van alle betrokkenen, met als doel de spiraal van geweld te doorbreken. Hulpverleners moeten breed kijken, niet alleen naar de gezinsdynamiek, maar ook naar familie/netwerk/context eromheen: de sociale positie, werk-, woon- en financiële omstandigheden. In een systeemgerichte setting is de hulpverlening gericht op de toekomst.

Naast systeemgesprekken kunnen er individuele trajecten zijn waar de verwerking van eigen trauma aan bod komt. Het verwerken van het eigen trauma door de moeder of vader is noodzakelijk, niet alleen voor de ouder zelf, maar ook kan de behandeling van het kind stagneren door onverwerkt leed bij de ouders.

10.3.2 *De praktijk: betrekken van het gezinssysteem*

Het is niet duidelijk vast te stellen of instellingen systeemgericht werken als uitgangspunt hebben. De helft van de hulpverleners geeft aan dat systeemgericht werken uitgangspunt is. Maar dan nog passen zij lang niet altijd een systemische methodiek toe. Slechts enkele hulpverleners geven aan methodisch zo te werken.

Uit de gesprekken met hulpverleners komt wel naar voren dat systeemgericht werken meer en meer onderdeel uitmaakt van de werkwijze. Verschillende instellingen willen het sociale netwerk bij de hulpverlening betrekken, maar zij zijn nog erg zoekende: *'Het staat op de agenda, zit in het achterhoofd van de hulpverleners, maar er is nog geen concreet plan.'* Enkele hulpverleners geven aan dat ze nu het systeem er meer bij zouden betrekken,

maar dat ze zich toen niet bewust waren van de mogelijkheid. Een medewerker van een SHG: *'Ik heb bij deze cliënt niet systeemgericht gewerkt, van de mogelijkheden hiervan ben ik me nu pas meer bewust.'* In de vrouwenopvang en bij Steunpunten Huiselijk Geweld is een groeiend besef van de noodzaak van systeemgericht werken, en medewerkers van de vrouwenopvang hebben binnen de methodiek Oranjehuis ook kennis van systeemgericht werken.

Instellingen die systeemgericht werken

Er zijn drie instellingen die vanuit een methodiek systeemgericht werken: twee GGZ-instellingen en het Oranjehuis. Flexis Jeugdplein is te beschouwen als een instelling die in de aanpak van huiselijk geweld systeemgericht werkt. We staan kort stil bij deze praktijken.

De vrouwenopvang werkt met de Oranjehuis-aanpak in de crisisopvang. Hier betekent systeemgericht werken dat - als onveiligheid geen contra-indicatie is en de vrouw erin toestemt - de partner een uitnodiging krijgt voor een gesprek. Uitgangspunt is het verminderen of stoppen van het geweld, en als er kinderen zijn op een geweldvrije en respectvolle manier het ouderschap invullen. Er worden vragen gesteld als: 'Hoe gaan jullie dit oppakken, en zorgen dat het geweld stopt?' 'Wat willen jullie, samen verder gaan of scheiden? Wat betekent een scheiding? Als je bent gescheiden zijn jullie geen partner meer van elkaar, maar wel ouders, hoe pakken jullie dit op?' Doel is te komen tot een gezinsplan. Het goede van deze aanpak is dat vrouwen welbewust kunnen kiezen voor het stoppen van de relatie of doorgaan, waarbij in beide situaties aandacht is voor het borgen van de veiligheid (zie ook: Lünemann, Smit & Drost, 2010).

In twee GGZ-instellingen werken systeemtherapeuten, waarvan er één een systeemgerichte aanpak heeft die specifiek gericht is op partners met geweldsproblematiek (en waarbij een huisverbod is opgelegd). Het verminderen of het stoppen van het geweld is een voorwaarde om de andere gesprekken in veiligheid te kunnen voeren, geeft de systeemtherapeute aan.

'Het doel is eigenlijk meer de onveiligheid stoppen en de praktische veiligheid en de emotionele veiligheid vergroten. Als dat lukt zie je dat het oplossingsvermogen van het paar binnen de relatie, maar ook binnen het gezin, enorm toeneemt. Dat is enorme winst voor henzelf, maar zeker ook naar de kinderen.'

De hulp is in eerste instantie alleen gericht op de partners en niet op de kinderen, omdat de verantwoordelijkheid voor het geweld bij de partners ligt. Als dat niet duidelijk is, kan het feit dat zij (de kinderen) erbij betrokken worden de kinderen het gevoel geven dat zij er schuld aan hebben.

In de andere instelling werken eveneens systeemtherapeuten, maar is er geen specifiek aanbod op geweld tussen partners. Afhankelijk van wat mogelijk is, worden partner of kinderen betrokken bij de therapie. Als het gaat om partnergeweld is het volgens de hulpverlenster altijd ingewikkeld of er

voldoende veiligheid is: ‘Wat is veilig en wat is niet veilig?’ Er worden ook personen uit het sociale netwerk betrokken. In geval van partnergeweld is de achterliggende gedachte dat de cliënt moet leren hulp te vragen en haar schaamte te overwinnen. Dit is belangrijk omdat de sociale omgeving een rol kan spelen in de bescherming van haar en de kinderen. De hulpverleenster:

‘Geweld is een soort geheim waar veel schaamte bij komt kijken. Daar hebben mensen het niet graag over. Veel cliënten vinden het lastig om hulp te vragen, maar daardoor blijven ze vaak hangen in de fuik van ‘gewelddadige interactie’. Ze worden als een magneet togetrokken naar de (ex-)partner. De therapie is erop gericht cliënten hier tegen te beschermen, met hulp uit het eigen systeem.’

Een andere reden is dat cliënten soms beter naar hun eigen moeder of zus luisteren en meer van hen aannemen dan van een hulpverlener, zeker cliënten met een Islamitische achtergrond.

Naast deze drie instellingen komt ook de jeugdinstelling Flexis Jeugdplein naar voren als een instelling die bij huiselijk geweld systeemgericht werkt. Flexis doet dat door met alle gezinsleden in gesprek te gaan en met de relevante instellingen, waaronder de school, contact te zoeken. (Onduidelijk is of zij werken met een vastgelegde methodiek). Bij Flexus Jeugdplein krijgen ouders psycho-educatie over wat geweld doet met kinderen; ook worden de ouders aangesproken op hun ouderrol, ze krijgen informatie over de gewelds-spiraal en er wordt aandacht besteed aan de achtergrond van de geweldsproblemen. Uitgangspunt hierbij is dat ouders de kinderen moeten ontschuldigen, omdat kinderen vaak ervaren dat zij iets gedaan hebben waardoor ouders ruzie krijgen. Ook de kinderen krijgen hulp, er wordt bijvoorbeeld samen met het kind een veiligheidsplan opgesteld.

‘Kinderen hebben met het maken van een veiligheidsplan toch een beetje het idee dat ze grip hebben op de situatie. Door over zijn angst te praten en het op papier te zetten krijgt hij er grip op. Door het netwerk op de hoogte te stellen van het veiligheidsplan en hen een rol te geven wordt het gevoel van veiligheid bij het kind versterkt.’

Zo’n veiligheidsplan helpt het kind zich veiliger te voelen. Ook als het veiligheidsplan nooit wordt ingezet, zoals in dit geval, is het opstellen ervan essentieel voor het kind.

Redenen om niet systeemgericht te werken

Er zijn verschillende redenen om niet systeemgericht te werken. Een reden is dat systeemgericht werken geen uitgangspunt is binnen de instelling (dit geldt voor de helft van de instellingen). Dit kan samenhangen met de financiering: er is alleen een indicatie voor de cliënt en niet voor het hele systeem. Daarnaast komt het voor dat systeemgericht werken wel het uitgangspunt is, maar worden het hele systeem of beide partners er niet altijd bij betrokken

omdat de veiligheid het niet toelaat, of omdat de motivatie of therapiebereidheid van de partner ontbreekt. Wat betreft de veiligheid valt op dat instellingen die gespecialiseerd zijn in huiselijk geweld meer oog hebben voor de dynamiek van het geweld. Zij zoeken naar manieren om veiligheid te waarborgen zodat partnersgesprekken (of systeemgesprekken) mogelijk zijn. Instellingen die hier geen (diepgaande) kennis op hebben, lijken sneller het ontbreken van veiligheid aan te nemen, waardoor zij geen poging doen de partner erbij te betrekken. In paragraaf 10.4 komen we hierop terug. Hieronder staan we stil bij het ontbreken van aandacht voor de vader bij gezinsbegeleiding.

Gezinsbegeleiding suggereert dat er aandacht is voor het hele gezin. Uit de gesprekken met de hulpverleners komt echter naar voren dat de aandacht zich vaak richt op (een van) de ouders (dikwijls de moeder). Door in het gezin te zijn komt de gezinsbegeleider soms de andere gezinsleden tegen, zoals de partner, maar de begeleider doet geen moeite om iedereen te spreken. De gezinsbegeleider van het Leger des Heils zegt hierover: *'In het begin hebben we de vader wel gesproken, maar meestal was hij er niet of ging hij weg als wij binnen kwamen. We hebben hem denk ik vier keer in twee jaar gezien, terwijl we wekelijks langskwamen.'* De gezinsbegeleiding kan vooral gericht zijn op praktische zaken, zoals schuldhulpverlening of het voorkomen dat het gezin het huis wordt uitgezet, of het zoeken naar financiering voor de opleiding van een kind. Ook gaat het vaak om opvoedingsbegeleiding zonder een systemische aanpak. Er wordt stilgestaan bij de gevolgen van geweld voor het kind, en soms wordt gekeken of ouders hulp nodig hebben op relationeel gebied, zoals relatietherapie. Maar er is geen hulpverlening, er wordt doorverwezen.

De vader wordt soms aangesproken, maar verdwijnt snel uit beeld als hij niet aanspreekbaar of niet gemotiveerd is. Dit bevestigt het verhaal van de vrouwen in hoofdstuk 9. De gezinsbegeleider van een moeder met een licht-gehandicapte zoon over het contact met de vader (de ex-partner):

'Vader zou er ook een keer bij zijn. Hij kwam binnen, gaf mij niet eens een hand, plofte op de bank en stak een sigaret op. Toen gevraagd werd of hij dat niet wilde doen, werd vader heel boos: dat hij godverdomme toch wel een sigaret op mag steken als hij dat wil. Vader was duidelijk agressief en vond wat ik deed maar gelul en gedoe. Ik heb vader later nog een keer gebeld. Ik vond dat vader ook betrokken moest worden omdat de zoon ook bij hem was af en toe. Dus dat de afspraken dan helder waren. Maar vader vond het niet nodig. De situatie met vader was niet werkbaar en daarom is besloten om vader niet verder te betrekken.'

We zien ook dat aan vaders minder hoge eisen worden gesteld dan aan de moeder als het gaat om bijvoorbeeld structuur bieden en verzorging van de kinderen, omdat de man toch niet aan die eisen zou kunnen voldoen. De

gezinshulpverlenster die opvoedingsondersteuning geeft: *‘Ik verwachtte niet teveel van vader, omdat ik zag dat hij het veel te moeilijk vond om een duidelijke dagstructuur vol te houden.’* In dit voorbeeld had zij bij de man aangedrongen op het zoeken van hulp voor zijn alcoholverslaving, maar dit had niet tot resultaat geleid. Het patroon om mannen die niet toegankelijk zijn verder buiten beschouwing te laten, ervaren de geïnterviewde vrouwen soms als onrechtvaardig, omdat aan de vrouwen allerlei eisen worden gesteld en zij moeten veranderen of vluchten, terwijl de vader buiten schot blijft (zie hoofdstuk 9).

Hulpverleners zouden getraind moeten worden in motivatietechnieken zoals die in de daderhulpverlening of verslavingszorg zijn ontwikkeld.

10.4 *Knelpunten en goede praktijken*

Uit de voorbeelden van Heleen en Bart, Karima en Khalid en Tineke en Paul komen verschillende knelpunten naar voren. We geven elke keer kort de casus aan en bespreken vervolgens knelpunten en goede praktijken die volgen uit de discussie in de twee expertmeetings en de gesprekken met de hulpverleners. Wat zien de deskundigen als knelpunt en hoe zouden zij het aanpakken?

10.4.1 *Heleen en Bart: een ‘vechtscheiding’*

Heleen is in de veertig en in Nederland geboren.. Ze was getrouwd met Bart. Bart was eerder getrouwd geweest en heeft uit dat huwelijk een dochter. Samen hebben ze een zoontje en een dochtertje. De kinderen wonen bij Heleen sinds de scheiding. Bart kreeg steeds meer greep op het leven van Heleen, de vernederingen worden erger en uiteindelijk vindt ook fysiek geweld plaats. Als het zoontje tot bloedens toe wordt geslagen, besluit Heleen dat het niet langer zo kan en vertrekt. Dit is het begin van een periode waarin emotionele druk, ernstige incidenten en juridische strijd plaatsvinden.

Aan de hand van deze casus gaan we dieper in op het ontbreken van voldoende aandacht voor de onveilige situatie, het ontbreken van aandacht voor de vader en zijn persoonlijkheidsproblematiek en het ontbreken van aandacht voor de kinderen. We besluiten de analyse van deze casus met hoe het beter aangepakt had kunnen worden.

Gevaar erkennen

De deskundigen zijn unaniem van mening dat vanaf het begin het gevaar weggemoffeld wordt. *‘Ik moest denken aan suicidaliteit, ‘het valt wel mee’. Ik leer steeds meer dat je geweld niet moet wegmoffelen en dat je niet te snel moet gaan.’* Het is belangrijk dat het gevaar zichtbaar wordt gemaakt, dat goed wordt doorgevraagd op aspecten van onveiligheid; de veiligheid van

kind, vrouw en man moet vooropstaan. Hier is tijd voor nodig; niet te snel denken dat je het kunt oplossen. Bij Heleen is veel hulp ingezet, maar weinig effectief.

In het algemeen geldt dat alleen uit oogpunt van grote onveiligheid (en in overleg met de politie) wordt afgezien van systeemgesprekken. In een minderheid van de gevallen is het om veiligheidsoverwegingen niet haalbaar om met de mannen te spreken, bijvoorbeeld als eengerelateerd geweld speelt of dreigt, of als de partner in het criminele (drugs)circuit zit, of de partner absoluut niet aanspreekbaar is op zijn gedrag. Als de veiligheid in het geding kan komen, vindt eerst alleen een gesprek plaats met de man. De ervaring leert dat door nadrukkelijk aandacht te besteden aan aspecten van onveiligheid, vaak de veiligheid te waarborgen is. Alle deskundigen geven aan dat tijdens de gesprekken met beide partners in de behandelruimte er geen problemen zijn met veiligheid. Een systeemtherapeute geeft aan dat zij de ervaring heeft dat bij ongeveer 90 procent van de echtparen waar geweld aan de orde is, binnen vijf gesprekken de partners inzicht hebben in de dynamiek waardoor het escaleert. Dan wordt ook duidelijk hoe escalatie te voorkomen is, waarbij ieder zijn eigen verantwoordelijkheid heeft. Maar soms lukt het dus niet. In dat geval stopt de hulp; dan is er met vrijwillige hulp niet uit te komen.

‘Als meneer blijft zeggen: het is allemaal haar schuld en als ze het morgen weer doet krijgt ze weer een dreun, dan stoppen wij. Dan zeggen wij mevrouw u heeft te maken met iemand die daarin niet gaat veranderen. Meneer wil daar helemaal niets in. Dan worden wij geen toeschouwer van doorgaand geweld. Wij gaan niet erbij zitten en legitimeren dat iemand zijn vrouw blijft slaan. Wel worden de mogelijkheden voor vervolghulp besproken.’

Bij een zogenoemde vechtscheiding, zoals bij Heleen en Bart, zie je vaak dat de gezinsvoogd tot de diagnose vechtscheiding komt en als volgt redeneert: *‘Een vechtscheiding betekent twee mensen vechten en dus hebben twee mensen schuld en daarom moet mediation worden ingezet, zodat er weer wordt gecommuniceerd.’* Door deze redeneertrant blijft echter het werkelijke probleem buiten zicht: waarom hebben de partners al zolang conflicten? Vechtscheiding wordt vaak beschouwd als de diagnose, maar er zit een laag onder en die moet worden opgediept.

In dit voorbeeld is het gevaar niet voldoende onderkend. Daarnaast speelt een rol bij het niet goed oppakken van de hulpvraag dat Heleen een goedopgeleide vrouw is die geen problemen heeft op meerdere leefgebieden. Als er meerdere problemen zijn, is er sneller een indicatie voor hulpverlening, zo brengt het Steunpunt Huiselijk Geweld naar voren. Voor vrouwen die in feite alleen slachtoffer zijn van geweld in de relatie, maar verder geen problemen op psychisch of financieel vlak, noch kinderen met ernstige aandoeningen

hebben, lijken minder mogelijkheden voor hulp aanwezig: de aandacht lijkt zich meer te richten op multiprobleemgezinnen (zie ook Clement et al., 2008).

De partner blijft te veel buiten beeld

Alle deskundigen zijn het erover eens dat Bart meer actief benaderd had moeten worden. Het SHG bood alleen aan met de man te gaan praten, maar als Heleen dit niet nuttig vindt, wordt de man niet benaderd. Dat mannen niet gemotiveerd zijn, mag geen reden zijn om af te zien van het betrekken van mannen bij hulpverlening. De GGZ-deskundigen zeggen er doorgaans geen problemen mee te hebben om mannen te motiveren voor hulpverlening. Zij wijzen de mannen op hun eigen verantwoordelijkheid en de verantwoordelijkheid voor hun kinderen. Het gesprek biedt mannen de mogelijkheid hun kant van het verhaal te vertellen. Als de man niet wil meewerken is er vaak een dubbele agenda en heeft hij iets te verbergen. De man is bijvoorbeeld bang dat zijn middelengebruik boven tafel komt.

In de casus Heleen en Bart lijkt op grond van de informatie in de casus Bart een narcistische, psychopathische persoonlijkheid te hebben. Mensen die dit hebben werken doorgaans niet gemakkelijk mee en hebben een specifieke benadering en behandeling nodig. Dit vergt specifieke kennis. De aansluiting bij dit soort mannen gaat vanwege het ontbreken van deze kennis en vaardigheden daarom nogal eens mis. Mensen met een narcistische, psychopathische persoonlijkheid kunnen bijvoorbeeld niet tegen het opgestoken vingertje, dat levert een krenking op waardoor verzet optreedt. In dit soort gevallen is het belangrijk om als hulpverlener je in te leven in de situatie van de persoon en je niet boven hem te stellen. Vaak hebben deze mannen al slechte ervaringen met de casemanager van het Steunpunt, met de maatschappelijk werker of de vrouwenopvang. Daarom is het belangrijk om zo vroeg mogelijk in het proces specifieke hulpverlening in te zetten en op een zo vroeg mogelijk moment een goede taxatie te doen. Als de man eerst meerdere keren een afwijzing heeft gevoeld, moet er meer worden gedaan om tot een goede werkrelatie te komen. Dit soort forse persoonlijkheidsproblematiek moet daarom direct worden doorgestuurd naar de GGZ, en daarbinnen weer naar specifieke behandelaren.

Kind centraal

Het is belangrijk om in de hulpverlening en in de aanloop ernaartoe het kind centraal te stellen. Dit gaat mis in de casus van Heleen en Bart. Er is veel te weinig bekend over de kinderen. De kinderen hadden direct moeten worden onderzocht en hulp moeten krijgen. Op deze manier is goed in beeld te brengen wat er allemaal speelt en is er een goede basis voor verdere hulpverlening. Overigens is er discussie over de mate waarin kinderen (medisch) moeten worden onderzocht en hulp moeten krijgen. Is medisch onderzoek altijd nodig? Kinderen zijn ook veerkrachtig en er zijn niet altijd uitgebreide

hulpverleningstrajecten nodig. Je moet kinderen niet te veel problematiseren. Iedereen is het er wel over eens dat het belangrijk is het kind zelf te zien om haar of zijn verhaal te horen en gericht aandacht te hebben voor het kind. In geval van Heleen hadden de kinderen zeker moeten worden onderzocht. De vraag is echter of er ook hulpverlening nodig is. Dat er te weinig aandacht is voor de kinderen blijkt ook uit het effectonderzoek en de interviews met vrouwen (hoofdstuk 7 en 9).

Als er aandacht is voor de kinderen is dit dikwijls vanuit Bureau Jeugdzorg, maar Bureau Jeugdzorg doet dit nauwelijks in aansluiting op andere hulp, zoals de casus van Heleen en Bart ook laat zien. De ervaring van de deskundigen is dat Bureau Jeugdzorg een eigen lijn kiest en zich erg strak aan protocollen houdt in plaats van gezamenlijk te zoeken naar geschikte oplossingen. Er wordt niet actief meegedacht, samen met andere betrokken instellingen, over het vergroten van de veiligheid. Er zijn overigens ook goede ervaringen met Bureau Jeugdzorg. Het KJTC werkt bijvoorbeeld samen met justitiële en zorginstellingen in het MDC-K (Multidisciplinair Centrum aanpak Kindermishandeling) waar ook Bureau Jeugdzorg bij is betrokken. Om minder verschillende hulpverleners in een gezin te krijgen werkt Bureau Jeugdzorg sinds kort met een High Risk team: dezelfde behandelaar kan betrokken blijven in gezinnen ook als het kader wisselt van vrijwillig naar gedwongen of andersom.¹⁵

Zonder toestemming van beide ouders voor behandeling van het kind is het niet mogelijk te starten met de behandeling, zoals in de casus van Heleen en Bart naar voren komt. Het ontbreken van hulp aan het kind doordat de vader weigert daartoe toestemming te verlenen, is in de praktijk op te lossen door een verzoek in te dienen bij de kinderrechter. Zo'n verzoek wordt bijna altijd ingewilligd. Maar dit betekent wel oponthoud en moeders willen lang niet altijd naar de rechter stappen omdat ze bang zijn voor escalatie, zo komt uit het onderzoek naar opvoeden na partnergeweld naar voren (Pels, Lünemann en Steketee, 2011).

Hoe een systeemgerichte aanpak mogelijk is

Heleen en Bart hadden een meer systeemgericht aanbod moeten krijgen. De aanpak en het belang van systeemgericht werken zitten in het nemen van verantwoordelijkheid voor je eigen gedrag en in het ontschuldigen van de kinderen: de ouders leren de verantwoordelijkheid te nemen voor een veilige opvoeding. Uitgangspunt is dat je als hulpverlener niet aan waarheidsvinding doet. Het gaat er niet om wat er in het verleden precies is gebeurd: daar komt de hulpverlener niet achter en het onderwerp leidt elke keer weer tot ruzie. In een systeemgerichte setting is de hulpverlening gericht op de

15 In Amsterdam heeft Bureau Jeugdzorg een cultuurverandering doorgemaakt naar aanleiding van een verscherpte toezichtstelling van de Inspectie Jeugdzorg. Nu is er één gezinswerker en wordt minder uit huis geplaatst (Prakken, 2013).

toekomst. Daarnaast kunnen er individuele trajecten zijn waarin de verwerking van het eigen trauma aan bod komt. Ook vindt vaak psycho-educatie plaats. Het blijkt goed te werken om ouders uit te leggen wat er met kinderen gebeurt wanneer ouders strijden, hoe dit de kinderen beschadigt. Kinderen zijn vaak een goede ingang om ouders te motiveren voor hulpverlening. Voor hun kinderen kunnen ouders soms stappen zetten die ze in het gevecht met hun (ex-)partner niet zetten.

Heleen en Bart zijn geschikt voor de groepstraining van ouders die vastzitten in conflictpatronen (Kinderen uit de knel, een groepsprogramma voor zes ouderparen en hun kinderen ontwikkeld door het Lorenzhuis). Deze training wordt onder meer door het Lorenzhuis in samenwerking met het KJTC met succes gegeven. De kinderen hebben tegelijkertijd een bijeenkomst in de ruimte boven die van de ouders. In de groepstraining zitten allemaal ouderparen bij elkaar, beide ouders dienen te komen. De mannen hebben steun aan elkaar, ze herkennen veel bij elkaar. Dit geldt ook voor de vrouwen. Er zijn oefeningen waarbij ze conflicten moeten oplossen.

'We laten dan een vrouw de man steunen en visa versa. Er wordt hard gewerkt en veel gelachen. Als hulpverlener moet je zeer alert zijn. Vooraf aan de groepstraining is er een informatieavond voor het netwerk, vooral de opa's en oma's. Dit is een groot succes en de aanwezige grootouders zeiden dat we het verplicht moeten stellen. Grootouders kunnen een belangrijke rol spelen in het vergroten van de veiligheid en het doorbreken van het patroon.'

Verschillende instellingen verwijzen de stellen door, zoals de psychiatrie en de huisarts. Het is niet allemaal op vrijwillige basis, er zijn ook personen bij waar de training in een gedwongen kader plaatsvindt. De training wordt gegeven met een combinatie van een mannelijke en vrouwelijke hulpverlener; dit blijkt goed te werken. Als partners uit elkaar gaan, blijft systeemgericht werken van belang, maar dit lukt (lang) niet altijd. Dan wordt zo mogelijk alleen aan moeder en kind begeleiding geboden.

Naast bovenstaande groepstraining lijkt een familiebijeenkomst kansrijk met zowel familie van Heleen als van Bart. Bart wil de relatie in stand houden en de kinderen niet kwijt. Uit de casus komt naar voren dat er binnen de familie van Heleen vragen zijn over het ontbreken van omgang (een familielid gaat tijdens het huisverbod met de vader praten). Heleen komt naar voren als een pittige dame. Ook in dit soort gevallen kan een familieberaad uitkomst bieden. Het is niet zo dat je er met een familieberaad altijd uitkomt, maar het kan wel een belangrijke stap in het proces zijn.

10.4.2 *Karima en Khalid: de aansluiting ontbreekt*

Karima is in Marokko geboren. Zij is jong getrouwd (16 jaar) met Khalid, een oudere weduwnaar. Karima is niet uit liefde getrouwd, maar hij was wel verliefd op haar. Khalid komt uit een gezin waar veel geweld plaatsvond, en zijn ouders zijn gescheiden. Vanaf het begin van hun huwelijk mishandelt hij haar. Toen het zoontje 4 jaar was is Karima gaan werken, vaak 's avonds. Het gaat mis in de opvoeding. Op het moment van het interview woont Karima niet meer samen met haar partner en is ze na 22 jaar huwelijk een echtscheidingsprocedure gestart. Het huis is voorlopig aan haar toegewezen, waar ze met haar zoon woont. Er zijn problemen met haar zoon. Khalid heeft tijdelijk onderdak. Het geweld en de emotionele druk zijn niet gestopt.

Karima en Khalid staan symbool voor de hulp aan Marokkaanse en Turkse gezinnen. We analyseren de manier waarop hulp is verleend en geven alternatieven aan.

Hulpverlening aan Karima en Khalid

Karima komt uit een gedwongen huwelijk en heeft haar ondergeschikte rol 22 jaar getolereerd. Ze is moe, ze is ontmoedigd en heeft een depressieve periode achter de rug. Ze kan suïcidaal worden als de situatie niet verbetert. Haar vraag om hulp is onduidelijk en ze heeft een ambivalente houding. De GGZ-deskundigen benadrukken dat Karima eerst tot rust moet kunnen komen en aansterken. Het kost dus veel energie en het is niet makkelijk haar goede hulp te bieden. Er is tijd nodig, veel tijd om het patroon te doorbreken. In geval van Karima lijkt het erop dat het aanbod sneller loopt dan de vraag, ze moet van alles. Deze druk om van alles te moeten terwijl eerst rust noodzakelijk is, werkt contraproductief. Het vergt een actieve rol van het SHG, waarbij het tempo van de vrouw moet worden gerespecteerd. Het SHG moet niet zeggen: 'Als je me nodig hebt, kun je bellen', maar 'Je kunt me altijd bellen.' Een actieve outreachende houding is nodig tegenover beide partners en kinderen.

Het SHG verwoordt de machteloosheid van de hulpverlening: 'Je ziet een patroon van hulp zoeken en daarna hulp weer afstoten. Vrouwen als Karima houden de situatie zelf in stand doordat ze te veel vasthouden aan hun slachtofferrol.' Daar staat tegenover dat andere deskundigen benadrukken dat het goed mogelijk is om vrouwen als Karima ambulante hulp te bieden. Voorwaarde is wel dat eerst een assessment plaatsvindt om te onderzoeken wat er aan de hand is. Vrouwenopvang lijkt geen optie: dit zou nog meer schaamte met zich meebrengen, en de oudere zoon is waarschijnlijk niet onder te brengen.

Daarnaast lijkt de problematiek van agressie niet te zijn benoemd en aangepakt toen Karima bij een GGZ-instelling aanklopte voor depressieve klachten. Dikwijls ontbreekt in de reguliere GGZ-instellingen voldoende inzicht

in de samenhang tussen leven in een onveilige thuissituatie en depressieve of andere stoornissen, waardoor de vrouw niet de juiste therapie krijgt, zo komt naar voren uit de gesprekken met de vrouwen (hoofdstuk 9.4) en de GGZ-deskundigen.

In de casus van Karima komt duidelijk naar voren dat de man ook hulp nodig heeft: *‘Je kan wel aan de gang blijven met hulp voor moeder, maar als vader niet geholpen wordt dan verandert er niks aan de situatie.’* Er zijn wel kansen geweest in het begin, toen er een relatietherapiegesprek is geweest.

‘In het algemeen is er bij plegers een motivatieprobleem, en als de man niet is gemotiveerd, laten ze hem gaan. Maar de plegers zouden juist meer via de specifieke motivatietechnieken moeten worden benaderd, zoals die worden ingezet bij mensen die overlast geven. Ook in de Reclassering werken ze ermee. Voor een echte oplossing heb je de man nodig, zoals uit de casus van Karima naar voren komt.’

Dit motiveren kost tijd. Eerst moet je ruimte maken voor hun gevoelens en weerstand. Dus niet direct naar een oplossing of een plan van aanpak gaan. Ook ben je er niet met het aanleren van het principe van een time-out. Het gaat om een inhoudelijker aanpak waarin de veiligheid in kaart wordt gebracht met bijvoorbeeld de Signs of Safety (SoS)-kaart (kortweg betekent dit: 1. wat zijn de zorgen: schade in verleden, gevaren voor toekomst, complicerende factoren; 2. wat gaat er goed; 3. wat moet er gebeuren).

Het zou zo kunnen zijn dat als beiden een goed hulpaanbod krijgen, er een beter afgewogen beslissing te nemen is over het wel of niet definitief uit elkaar gaan. *‘Wordt Karima beter van een echtscheiding, gaat het niet veel meer om grenzen stellen binnen de relatie? Hoe bereik je dat binnen de relatie?’*

Daarnaast was meer aandacht nodig geweest voor de sociale context: wie kan een rol spelen in het weer op de rails krijgen van het leven van Karima en Khalid en de kinderen? Vaak blijken vrouwen meer sociale contacten te hebben dan ze in eerste instantie aangeven, zo is de ervaring van medewerkers in de vrouwenopvang. Er is dikwijls een familielid, kennis of buurvrouw en door die er op een gerichte manier bij te betrekken kan de vrouw (of gezin) worden ontlast. Bijvoorbeeld door de afspraak dat een kind elke woensdagmiddag bij buurvrouw kan spelen om het gezin te ontlasten, of een nicht weet veel van financiën en afgesproken wordt dat zij het gezin ondersteunt met de financiën.

Problemen in de opvoeding

Naast problemen en geweld tussen Karima en Khalid, zijn er al lange tijd problemen in de opvoeding. Welke rol kan de vader spelen? De vader is wel bereikbaar, want hij komt naar afspraken met de hulpverlening als het zijn

zoon betreft. De zoon accepteert niet het gezag van de moeder. Deze problematiek vergt speciale aandacht en het lijkt erop dat de juiste hulp tot nu toe ontbreekt.

Er zijn vragen omtrent de diagnose ADHD. Kinderen kunnen symptomen van ADHD ontwikkelen door de onveilige situatie waarin ze opgroeien. In een veilige omgeving verdwijnen die symptomen weer. Aanknopingspunt voor het niet aanwezig zijn van ADHD is het contact tussen zoon en buurvrouw. De buurvrouw is in gesprek met de jongen en de zoon is ontvankelijk voor wat ze zegt. Na het gesprek biedt hij zijn moeder excuses aan. Dit geeft aan dat de jongen aanspreekbaar is op zijn gedrag. Een diagnose ADHD kan werken als een verontschuldiging: 'Ik heb ADHD dus ik kan er niets aan doen dat ik mijn moeder sla.' Er kan ook wel een stoornis aanwezig zijn, en dit had al veel eerder onderzocht moeten worden.

In het Lorenzhuis en andere GGZ-instellingen draaien groepen voor ouders om via vertrouwen in het kind het gewelddadige gedrag op geweldloze manier tegemoet te treden, ook wel verbindend gezag genoemd (gebaseerd op de theorie van Haim Omer, 2011). Deze methodiek leert ouders -en andere opvoeders- om het escalatieproces van steeds strengere straffen te doorbreken en in plaats daarvan op een rustige, maar volhardende manier 'aanwezig' te zijn in het leven van hun kind en zich vanuit die positie (zonder geweld of dwang) te verzetten tegen de ernstige gedragsproblemen van hun kind (zie website van het Lorenzhuis).

Duidelijk is dat als je het kind wilt helpen, je de ouders ook moet helpen in het nemen van verantwoordelijkheid.

Intercultureel werken en motiveren

Wat ook ontbreekt in de hulpverlening is een transculturele blik. Er is bij Karima en Khalid geen assessment geweest om de migratiegeschiedenis in kaart te brengen. Gezinnen van Marokkaanse of Turkse afkomst hebben vaak een andere benadering nodig. Er zijn nog veel erg witte instellingen die de aansluiting missen met dit soort gezinnen.

Marokkaanse mannen zitten vaak klem door cultuur- en eeropvattingen. Er is aandacht voor nodig om hun gedrag te kunnen plaatsen. Het is belangrijk om vragen stellen, geïnteresseerd te zijn in de achtergrond van mannen uit andere culturen. Een GGZ-deskundige:

'Dat opbellen en vragen om seks komt omdat volgens hun cultuur de vrouw nog van hem is en hij recht heeft op seks. Maar de vraag is of hij er wel plezier aan beleeft. Mijn ervaring is dat je heel direct hierover vragen kunt stellen. In de sfeer van behandeling is er openheid als je ernaar vraagt. Hulpverleners zijn vaak te voorzichtig als het gaat om allochtone mannen; er is dan meer schroom om vragen te stellen die in de taboesfeer liggen. Maar dat is niet nodig.'

Binnen sommige GGZ-instellingen of forensisch-psychiatrische instellingen zijn er specifieke groepen voor Turkse en Marokkaanse plegers waar mannen elkaar helpen. Ze praten veel over wat ze zelf willen en wat de moskee of de familie van hen verwacht. Het is belangrijk dat de mannen zich veilig voelen en zich gehoord voelen. Er komt bij deze mannen een emancipatieproces op gang, dat wil zeggen: ze leren meer wat ze zelf willen en hoe ze dat kunnen verwezenlijken.

Voor het bereiken van deze gezinnen is inzicht in hun cultuur, zoals de 'wij-cultuur', van belang. Ook gezag speelt een rol. Het betrekken van een gezaghebbend persoon binnen de familie kan bijdragen aan het doorbreken van het patroon. Een huisverbod blijkt in de praktijk te werken omdat de burgemeester (gezag) het huisverbod oplegt. Ook zien de hulpverleners die betrokken zijn bij de uitvoering ervan dat tijdens een huisverbod bemiddeling binnen de familie op gang komt. *'Als hulpverlener moet je hier goed bij betrokken zijn en weten hoe de verhoudingen liggen binnen de familie. Door het wettelijk kader is er een extra stok achter de deur.'* Een huisverbod wordt naar voren gebracht als een goed middel om het patroon bij Karima en Khalid te doorbreken.

Daarnaast brengen de hulpverleners naar voren dat een familieberaad of netwerkberaad, het betrekken van de sociale context, aan een oplossing zou kunnen bijdragen. De buurvrouw in deze casus heeft bijvoorbeeld een goede ondersteunende rol. Ook bij het netwerkberaad is de SoS-kaart in te zetten.

10.4.3 Tineke en Paul: een systeemgerichte aanpak

Tineke is een 39-jarige, Nederlandse vrouw. Ze woont samen met Paul. Er zijn drie kinderen en Paul is de vader van de jongste. De hoogst genoten opleiding van Tineke is mbo. Ze heeft een parttime baan. Er is sprake van agressie en geweld. Bij Paul is een aantal jaren geleden ADHD en Borderline vastgesteld. Paul heeft ook een alcoholprobleem. Ruzies en spanningen tussen Tineke en Paul kunnen ontaarden in fysiek geweld. Er zijn perioden waarin Paul enige tijd niet bij Tineke en de kinderen woont.

Het voorbeeld van Tineke en Paul is het enige van de drie voorbeelden waarin uiteindelijk een integrale aanpak tot stand komt. Het alcoholprobleem in combinatie met ADHD en borderlineproblematiek van Paul is een zorgpunt. We gaan in op de rol van Bureau Jeugdzorg en de politie.

Een integrale aanpak als goed voorbeeld

Alle deskundigen zien de casus van Tineke en Paul als een goed voorbeeld, omdat hier een meer geïntegreerde aanpak tot stand is gekomen. In zo'n geval zijn ook de betrokkenen, zoals Tineke, meer tevreden. Dit is tevens een voorbeeld waarin het is gelukt de man te motiveren. *'Als mannen zich veilig voelen, als ze worden gehoord en serieus worden genomen, dan aanvaarden*

ze ook dikwijls hulp.’ De combinatie van individuele hulp aan de man bij De Waag en partnersgesprekken beoordelen de deskundigen als positief.

De gehele aanpak had wel beter gekund. Er is in het begin te weinig aandacht voor het geweld en Bureau Jeugdzorg had direct contact moeten zoeken met het Steunpunt Huiselijk Geweld, zodat er sneller een meer integraal aanbod van de grond kon komen. De integrale aanpak is te laat in gang gezet. Het aanbod voor de zoon, Kids Club, lijkt te veel een los aanbod, los van de ouders. Er is geen systeemaanpak in de zin van ‘een gezin, een plan’. En wie stelt vast of er sprake is van een veilige ouder?

Ernstige problematiek vergt lange adem

Tineke beschouwt zichzelf niet als een vrouw die ernstig wordt mishandeld. Toch is de situatie alles behalve stabiel. Het probleem is niet een twee drie opgelost. Zoals een GGZ-deskundige zegt: *‘Paul is kwetsbaar (borderline, ADHD, alcohol), en dit vergt tijd. Momenten van terugval zijn erg waarschijnlijk gezien deze kwetsbaarheid.’* Dit is een herkenbaar fenomeen. Er moet aandacht zijn voor het proces, waarin terugval normaal is. Het gaat erom of er een stijgende lijn is naar een gezonde relatie, en die is zichtbaar bij Paul en Tineke. In de begeleiding moet daarom ruimte zijn om na afsluiting van de behandeling een opening te houden, zodat er op het moment van crisis of terugval een beroep te doen is op de hulpverlener. Dit is met de huidige financiering nauwelijks mogelijk.

Een GGZ-hulpverlener wijst erop dat terugval bij plegers niet direct als recidive moet worden beschouwd, omdat in dit proces terugval erbij hoort. Dit is van belang wanneer plegers hulp in een gedwongen kader krijgen. Recidive is namelijk een criterium waarop een voorwaardelijke straf kan worden omgezet in een tenuitvoerlegging van de straf. En dit is weer contra-productief voor het veranderingsproces.

Alcohol vergt extra aandacht

In deze casus speelt alcoholgebruik bij Paul. Alcohol- en ook cocaïnegebruik vormen vaker een risicofactor, zoals uit de gesprekken met de vrouwen en uit het effectonderzoek naar voren kwam. Kennis van de complexiteit van geweld in het gezin, in samenhang met alcohol, cokegebruik, psychische stoornissen et cetera, ontbreekt nog dikwijls bij hulpverleners. Samenwerking met de verslavingszorg is hier aangewezen.

Een hulpverlener uit de eerstelijnszorg die bij de verslavingszorg heeft gewerkt benadrukt dat eerst de alcoholproblematiek moet worden aangepakt voor een systeemgerichte aanpak mogelijk is. Paul is de onzekere factor door zijn alcoholgebruik. Er is sprake van een soort ‘alcohol narcisme’. Om Paul in de hulpverlening te krijgen moet je concrete voorbeelden noemen over het alcoholgebruik en hoe dat patronen in standhoudt. Paul moet zich hiervan bewust worden. Vaak hebben hulpverleners een zekere angst of terughoudendheid om mannen als Paul te motiveren voor individuele hulp.

De Reclassering kan een rol spelen als ‘de stok achter de deur’, zo brengt een GGZ-deskundige naar voren. De Waag kan daarom alle aandacht aan de werkrelatie besteden in het geval van Paul en Tineke. Anders gezegd: de Reclassering zorgt voor het toezicht en stelt de norm, zodat de hulpverlening zich ook echt op de hulpverlening kan richten. Bij terugval of overtreding van een voorwaarde is dit te constateren zonder dat de hulpverlener ook een ‘politierol’ op zich moet nemen.

De rol van Bureau Jeugdzorg

De angst voor Bureau Jeugdzorg - angst dat hun kinderen uit huis worden geplaatst -, zoals in de casus van Tineke en Paul naar voren komt, is in hoofdstuk 9 beschreven. Die angst is niet altijd weg te nemen, omdat Bureau Jeugdzorg moet werken in het spanningsveld dat zij bij dreigende ondergang van het kind moeten ingrijpen en de Raad voor de Kinderbescherming moeten inschakelen. Het is wel de taak van Bureau Jeugdzorg om moeders (en vaders) te steunen in het vergroten van de veiligheid. Ouders moeten erop gaan vertrouwen dat ze de juiste hulp krijgen; dat met de juiste hulp de veiligheid toeneemt en de kans op uithuisplaatsing van het kind vermindert. Hier gaat het nogal eens mis, zoals we in hoofdstuk 9 hebben beschreven. Hoewel hulpverleners de moeilijke positie van Bureau Jeugdzorg begrijpen, hebben zij eenzelfde ervaring als de moeders: Bureau Jeugdzorg werkt niet alleen verkokerd, dikwijls zijn voogden slecht bereikbaar, en ook wordt niet altijd goed met de cliënt besproken hoe de dreiging van uithuisplaatsing af te wenden is. Dit versterkt de angst bij cliënten.

De angst van Tineke voor uithuisplaatsing hangt samen met de angst dat Paul zich niet voldoende inzet voor een veilige opvoedsituatie. De hulpverleenster van Bureau Jeugdzorg ziet Paul als onzekere factor. Er is heel veel hulp geweest voor Paul, maar hij lijkt niet te beseffen dat zijn gedrag moet veranderen, en daarom richt zij zich alleen op Tineke. Tineke moet zorgdragen voor de veiligheid, en dit kan inhouden dat ze haar relatie met Paul moet verbreken. Deze eis aan vrouwen om de verantwoordelijkheid voor de veiligheid van het kind te nemen is een van de kritiekpunten van vrouwen op Bureau Jeugdzorg (hoofdstuk 9.4). Voor de politie of het strafrecht is de vrouw het slachtoffer, maar als het om de zorg voor veiligheid gaat, worden vrouwen daar verantwoordelijk voor gemaakt, terwijl ze bij een echtscheiding (om veiligheid te creëren) wel verplicht worden tot een omgangsregeling (Pels, Lünemann & Steketee, 2011; Hester, 2010). Een hulpverleenster van de vrouwenopvang merkt op dat vrouwen de opvang soms ‘inzetten’ om hun kinderen niet kwijt te raken. Bureau Jeugdzorg stimuleert dit doordat zij soms dreigen de kinderen weg te halen als een vrouw niet naar de opvang gaat. De opvang wordt als een veilige plek gezien voor de kinderen.

Bescherming door de politie

De politie speelt in alle drie de voorbeelden een rol. De politie wordt ingeroepen als er crisis is, zoals de casus van Karima en Khalid laat zien. Bij Tineke heeft de buurvrouw gebeld. Als er kinderen betrokken zijn, geeft de politie een zorgmelding door aan Bureau Jeugdzorg en de melding wordt doorgezet naar het Steunpunt Huiselijk Geweld, zo zien we bij Tineke en Karima. De politie maakt soms te heftig haar intrede, zoals bij Tineke en Paul. Een hard optreden kan zeer schadelijk zijn, ook voor de kinderen die zien dat hun vader afgevoerd wordt. De politie dient ook aandacht te hebben voor de kinderen die in het huis aanwezig zijn. In het geval van Karima en Khalid zien we dat Karima wordt gesteund door de meldkamer met het advies de telefoon te laten liggen, zodat de meldkamer kan horen wat er gebeurt. Als de politie langskomt, wil Karima niet dat de politie Khalid meeneemt omdat dit beschamend is, ook voor de kinderen. Bij Heleen en Bart is een huisverbod opgelegd. In een notendop laat dit de schakeringen zien van het politieoptreden.

De politie vormt een belangrijke schakel omdat veel vrouwen eerst om bescherming vragen bij de politie en vervolgens doorverwezen worden naar het Steunpunt Huiselijk Geweld. Dit levert ook een knelpunt op, omdat er te veel tijd kan zitten tussen de melding bij de politie en het contact tussen slachtoffer en Steunpunt. Een wekelijks overleg tussen politie en Steunpunt Huiselijk Geweld, bijvoorbeeld in een Veiligheidshuis, om te praten over casuïstiek draagt bij aan deskundigheidsbevordering en om het werken op afzonderlijke eilandjes tegen te gaan. Ook kunnen daardoor situaties van te hard politieoptreden, zoals in het geval van Tineke en Paul, worden voorkomen.

Ook kunnen afspraken worden gemaakt over hoe de politie wel en niet behoort op te treden, zoals die ook gelden voor politieoptreden bij psychiatrische problematiek. Daar geldt bijvoorbeeld dat er nooit een hond meegaat omdat dit te veel angst en stress met zich meebrengt. Voor deze problematiek zit de GGD ook op het politiebureau. Zoiets zou ook voor huiselijk geweld ingesteld kunnen worden. Daarnaast kan de wijkagent een verbindende rol hebben, zo wordt naar voren gebracht (en komt ook uit de interviews met de vrouwen in het onderzoek naar voren). Met de oprichting van de nationale politie is de politie georganiseerd naar basisteams en wordt allerlei expertise weg gereorganiseerd. De deskundigen zien dit als een gevaar voor de toekomst.

10.4.4 Kwaliteit aan de poort nodig

De analyse van de drie voorbeelden leidt bij alle deskundigen tot de conclusie dat kwaliteit aan de poort voorwaarde is voor het kunnen bieden van adequate hulp. De kwaliteit bestaat enerzijds uit een goede taxatie en anderzijds uit het zorgdragen voor een integrale systeemgerichte aanpak. Het AMK en

het Steunpunt Huiselijk Geweld (die samengaan in het AMHK, zie hoofdstuk 1) moeten hier volgens de deelnemers een belangrijke rol in spelen.

Allereerst moet worden voorkomen dat verschillende hulpverleners afzonderlijk van elkaar hun gang gaan en dat het overzicht ontbreekt. Het huidige mechanisme 'doorpakken door het gezin door te schuiven' moet worden doorbroken door vanaf het begin de hulp te coördineren (casusverantwoordelijkheid) met als doel 'één gezin, één plan'. Belangrijk is dat deze persoon het overzicht heeft en over de juiste kwaliteiten beschikt. Idealiter zou de casemanager hbo+/wo-geschoold moeten zijn, kennis moeten hebben van psychopathologie bij volwassenen en kinderen en over systemen, continuïteit moeten bieden en al wat langer in het veld moeten werken. Op die manier wordt het beste geborgd dat er een goede beoordeling plaatsvindt en de juiste hulp wordt ingezet. Een expertteam dat zo nodig meedenkt moet de casemanager ondersteunen. Aan de poort moet niet direct hulp worden verleend, de nadruk ligt op het borgen van veiligheid en in gezamenlijkheid (hulpverlener samen met cliënten) een plan van aanpak maken. Op grond van een plan kan worden besloten welke hulp (verder) nodig is ('*crisis als kans*'). Op deze manier blijft er overzicht en wordt er gericht gewerkt. De veiligheid (voor het hele gezin) moet niet '*weggemoffeld*' worden en naar de achtergrond verdwijnen.

Het (nieuw op te richten) AMHK moet de kwaliteit en expertise in huis hebben om de problematiek in een vroeg stadium goed in te schatten. Momenteel hebben eerstelijns werkers vaak geen kennis van psychiatrische stoornissen of verslavingsachtergronden. Aan de voorkant moet een taxatie of diagnose plaatsvinden om bij elke casus de juiste aanpak te kunnen kiezen. Inzicht moet er zijn of het gaat om sterk controlerend geweld (mogelijke psychopaat of borderline) of eerder om stressfactoren en onmacht. Ook de situatie van het kind moet in kaart worden gebracht. Vanuit het verhaal van één persoon is deze situatie niet goed vast te stellen. Wel kan dat gebeuren met gevalideerde vragenlijsten die beide partners en eventueel de kinderen moeten invullen.

In het verlengde van '*kwaliteit aan de poort*' noemen de deskundigen het belang van een klein team dat de hulp om en met het gezin organiseert. Het KJTC heeft goede ervaringen met een multidisciplinair team, ook wel een intersectoraal *hands-on team* genoemd. De hulp wordt om het kind en het systeem heen georganiseerd. Vanuit verschillende disciplines zijn hulpverleners erbij betrokken die samenwerken en overleggen met alle betrokkenen inclusief de ouders. Zo weet iedereen wie wat doet. Het Oranjehuis werkt met één casemanager die het overzicht houdt.

10.5 Conclusie

De voorbeelden laten zien dat een geweldspatroon in gezinnen niet eenvoudig te doorbreken is. De verhalen van Heleen en Bart, Karima en Khalid, en Tineke en Paul verschillen naar achtergrond en problematiek, maar in alle situaties gaat het om een langdurig proces om tot een gezonde relatie of gezamenlijk ouderschap te komen, als dit al ooit wordt bereikt. Dit biedt een verklaring voor de cijfers, waaruit naar voren komt dat het geweld was verminderd, maar dat er nog steeds veelvuldig geweld is. Het stoppen van geweld en waarborgen van een veilige opvoedings situatie vergt een lange adem.

Het vergt ook kennis van de betekenis van geweld in gezinnen en hoe dit te doorbreken is. Lang niet alle hulpverleners hebben inzicht in de geweldsproblematiek van de cliënten of gezinnen aan wie ze hulp verlenen. Er ontbreekt kennis van de achtergronden van partnergeweld en de gevolgen ervan voor slachtoffer en kinderen, en pleger. Veiligheid is een voorwaarde voor een veranderingsproces van overleven naar verwerken en de positieve draad van het leven weer oppakken. Het huidige aanbod is vaak kort en fragmentarisch, en niet afgestemd op deze problematiek. Kinderen en hun ouders hebben dikwijls een zwaardere en meer gespecialiseerde zorg nodig die gericht is op traumaverwerking en het bespreekbaar maken van het geweld tussen de ouders en tussen ouders en kinderen, dan die ze nu aangeboden krijgen.

De laatste jaren wordt benadrukt dat de aanpak van huiselijk geweld via een integrale aanpak moet plaatsvinden en dat systeemgericht werken de voorkeur heeft. De praktijk laat zien dat dit lastig is, maar dat de hulpverlening de noodzaak daar wel van inziet. Systeemgericht werken is belangrijk omdat beide partners de verantwoordelijkheid voor hun eigen deel moeten leren nemen, want alleen dan is de geweldsdynamiek te doorbreken. Dit betekent dat er meer aandacht moet komen voor het motiveren van mannen om hulp te accepteren. Daarnaast vergt systeemgericht werken een andere houding van hulpverleners.

Wat betreft integraal werken zien we dat veel instellingen nog verkokerd werken, hoewel er wel meer aandacht is gekomen voor afstemming met ketenpartners. Er lijkt een verschuiving gaande van minder casuoverleg over de hoofden van de cliënten heen naar meer overleg met relevante ketenpartners over een specifieke casus waar ook beide partners bij aanwezig zijn. Dit maakt een systeemgerichte integrale aanpak mogelijk, gebaseerd op instemming van de betrokken gezinsleden. Voor de toekomst lijkt van belang meer helderheid te krijgen over wanneer een organisatie de hulp alleen afkan, wanneer hulp van andere ketenpartners noodzakelijk is vanuit een geïntegreerde aanpak en wanneer een regulier casuoverleg in een Veiligheidshuis of anderszins noodzakelijk is.

11 *Conclusie: Werkzame elementen in de hulp*

In dit hoofdstuk vatten we de resultaten van deel III samen. We richten ons vooral op de werkzame elementen in het hulpaanbod. Vooraf gaan we kort in op de achtergrond van de casusgroep en de ontvangen hulp.

11.1 *Achtergrond casusgroep en hulptraject*

De groep vrouwen met wie we hebben gesproken vormt een redelijke afspiegeling van de onderzoeksgroep als het gaat om de achtergrondvariabelen: het aantal kinderen, inkomen of opleiding. Ook verschilt de groep niet significant in mate van geweld, aanwezigheid van klinisch trauma en alcoholmisbruik door partner of de vrouw zelf. We hebben meer autochtone vrouwen gesproken (maar niet significant). Wel zijn er significant meer vrouwen gescheiden.

Aangezien we meer wilden weten over de werkzame elementen in de hulp, zijn voor de interviews die vrouwen geselecteerd die hebben aangegeven dat zij enigerlei hulp of ondersteuning hebben ontvangen. Daardoor is er wel een verschil ten opzichte van de gehele onderzoeksgroep. Bijna de gehele casusgroep heeft hulpverlening ontvangen, terwijl 64 procent van de rest van de onderzoeksgroep hulp heeft ontvangen in het afgelopen jaar. We hebben dus vooral gesproken met de vrouwen die (veel) hulp hebben gekregen. Relatief veel vrouwen uit de casusgroep hebben in de vrouwenopvang gezeten, meer dan de helft van de gezinnen had contact met Bureau Jeugdzorg en een groot deel van de vrouwen is in behandeling geweest bij een zelfstandig psycholoog of een GGZ-instelling. Ook was er relatief meer contact met Steunpunten Huiselijk Geweld, maatschappelijk werk en verslavingszorg. De kinderen hebben relatief vaak hulp ontvangen: ruim drie kwart van de vrouwen geeft aan dat hun kinderen hulp hebben ontvangen. Uit de vragenlijsten leiden we af dat 55 procent van de kinderen hulp heeft gekregen. Dit is meer dan binnen de gehele onderzoeksgroep.

Vrouwen zijn in de meerderheid tevreden over de ervaren hulp, en het meest over de specifieke hulp gericht op het stoppen van het geweld. Vooral over Bureau Jeugdzorg is veel ontevredenheid: vrouwen voelen zich vaak niet begrepen, hebben het gevoel van het kastje naar de muur gestuurd te worden en zijn bang dat de kinderen bij hen weggehaald worden. Deze onvrede over Bureau Jeugdzorg zien we ook bij de professionals.

11.2 De aanpak van geweld in gezinnen vergt een lange adem

De gesprekken met de vrouwen geven een verdiepend inzicht in de betekenis van de hulpverlening en de impact van het geweld.

Duidelijk is dat in een relatie waarin geweld plaatsvindt niet alleen de gedragingen van belang zijn, maar vooral de dynamiek waarin conflicten uitmonden in geweld of waarin de controle over de vrouw toeneemt. Dit heeft impact op het zelfvertrouwen van vrouwen en brengt fysieke en psychosomatische klachten en trauma's teweeg. De periode waarin hulp wordt gezocht en geboden wordt doorgaans als emotioneel zwaar en chaotisch ervaren. Lang niet altijd kunnen vrouwen aangeven welke hulp ze wanneer gekregen hebben, soms weten ze de naam van de hulpverlener of van de hulpverleningsinstelling niet meer.

Het geweld blijkt anderhalf jaar nadat vrouwen hulp zochten bij politie, Steunpunt Huiselijk Geweld of andere instelling te zijn verminderd, waarbij het ernstige geweld het minst afneemt. Er is weinig verandering opgetreden in impulsiviteit, socialisatie en alcoholmisbruik, zo blijkt uit de effectstudie. Dit bevestigt het casuonderzoek; het gaat dikwijls om jarenlang geweld met een complexe problematiek. Wat betreft depressieve en andere traumaklachten: deze nemen na de scheiding in eerste instantie toe, zoals ook naar voren kwam in het effectonderzoek. Reden is dat vrouwen in een relatie met agressie en geweld aan het overleven zijn, en pas bij meer rust en stabiliteit de emoties en klachten kunnen toelaten; pas dan komen zij aan verwerken toe. Het duurt vaak lang voordat vrouwen hulp zoeken voor de onveiligheid waarin zij en hun kinderen leven. In de meeste situaties is het geweldspatroom niet in enkele hulp sessies gestopt, maar vergt het een (zeer) lange adem, waarbij aandacht voor het proces belangrijk is.

Er is een redelijke overeenkomst tussen wat de vrouwen aangeven als knelpunten in het hulpaanbod en wat de hulpverleners en deskundigen naar voren brengen. Allemaal wijzen ze erop dat er meer aandacht moet komen voor het geweld en het waarborgen van veiligheid. Het ontbreken van een integrale aanpak waarbij aandacht is voor het hele systeem gecombineerd met aandacht voor de individuen in het systeem is het tweede belangrijke knelpunt. Wat vaak ontbreekt is een goede taxatie van de problematiek aan de poort; ook wordt te vaak doorgeschoven naar andere hulpverlening in plaats van een integrale aanpak toe te passen. Daarnaast komen praktische en organisatorische knelpunten naar voren. We gaan nader in op de werkzame elementen (waarbij ook - als spiegelbeeld - de knelpunten aan bod komen).

11.3 De werkzame elementen en praktijken

Grofweg zijn er vijf overkoepelende thema's: 1) aandacht voor veiligheid, 2) kwaliteit aan de poort, 3) aansluiten bij tempo en behoefte van betrokkenen, 4) systeemgericht werken in combinatie met individuele trajecten en 5) zorg op maat en diversiteitgevoelig.

11.3.1 Geweld benoemen en veiligheid voorop

Hulp bij partnergeweld betekent allereerst inzicht krijgen in de geweldsdynamiek - de manier waarop partners op elkaar reageren en de wijze waarop zij macht en controle gebruiken binnen de relatie - en zorg voor veiligheid. Vooral in de reguliere hulpverlening ontbreekt nogal eens voldoende kennis over de complexiteit van partnergeweld, kinderen als getuige en kindermishandeling. Dit leidt tot niet-adequate adviezen of het ontbreken van aandacht voor de geweldsproblematiek.

Het gevaar moet zichtbaar wordt gemaakt door goed door te vragen en de veiligheid voorop te zetten. Het in kaart brengen van het ontstaan en doorbreken van geweldssituaties kost tijd. Deze fase kun je niet overslaan; het plan van aanpak of de oplossing kan pas tot stand komen als de eerste fase goed is doorlopen. Om tot een veilige leefomgeving te komen moeten beide partners hun eigen verantwoordelijkheid nemen: de verantwoordelijkheid voor gewelddadig gedrag en verantwoordelijkheid voor de eigen rol in de dynamiek. Door deze verantwoordelijkheid te nemen, worden de kinderen ontschuldigd. Als vrouwen niet naar buiten durven komen met het ervaren geweld, helpt het hen als naar de herkomst van het letsel wordt gevraagd, of minder vrijblijvend, als het partnergeweld wordt benoemd. Dit doorbreekt het geheim; het benoemen van geweld kan vrouwen (en mannen) wakker schudden.

Veiligheid creëren is een proces van vallen en opstaan. Het is niet een kwestie van enkel een time-out nemen, een cursus weerbaarheid volgen of een veiligheidsplan opstellen. Aandacht voor het proces, waarvan terugval een onderdeel is, is essentieel.

11.3.2 Kwaliteit aan de poort

Kwaliteit aan de poort is heel belangrijk, daar is iedereen het over eens. Voorkomen moet worden dat verschillende hulpverleners afzonderlijk van elkaar hun gang gaan en dat het overzicht ontbreekt. Vanaf het begin moet er coördinatie (casusverantwoordelijkheid) zijn en de zaak moet goed in beeld worden gebracht, op multidisciplinaire wijze. Het AMK en het Steunpunt Huiselijk Geweld (die straks samen gaan in het AMHK) behoren hier een belangrijke rol in te spelen. Zij moeten de kwaliteit en expertise in huis hebben om zaken in een vroeg stadium goed in te schatten.

Aan de poort moet je niet direct gaan hulpverlenen. Eerst moeten hulpverlener en cliënten gezamenlijk de problematiek en de veiligheid in kaart

brengen, om vervolgens tot een plan van aanpak te komen. Op grond van een plan kan worden besloten welke hulp (verder) nodig is ('crisis als kans'). Op deze manier blijft er overzicht en wordt er gericht gewerkt.

11.3.3 *Aansluiten bij tempo en behoefte*

Het geweld is niet van de ene op de andere dag gestopt en het stoppen gaat samen met een verandering van patronen. Dit gaat stapsgewijs. Zoals een cyclus van geweld zich langzaam opbouwt en verdiept tot een geweldspatroom tussen partners en in het gezin, zo moet het geweldspatroom ook weer afgepeld.

Vaak willen vrouwen eerst rust; ze zijn doodmoe van het overleven. Naast rust kan praktische ondersteuning en opvoedondersteuning van belang zijn om het leven op orde te krijgen. Wanneer er meer stabiliteit is, komt er ruimte voor verwerking en inzicht in hoe de geweldsdynamiek is ontstaan. Tijdens de crisis is er wel vaak motivatie om uit de geweldsspiraal te stappen. De crisis biedt dus kansen voor de hulpverlening.

Vrouwen zijn gebaat bij het werken vanuit Krachtwerk of een soortgelijke methodiek. Het bekrachtigen van positief gedrag vergroot het zelfvertrouwen. Het vergroten van zelfinzicht, inzicht in het kunnen de-escaleren en het beter kunnen aangeven van grenzen maakt vrouwen sterker en autonomer. Het is belangrijk dat de hulp aansluit bij haar tempo; als het aanbod sneller gaat dan de vrouw heeft het geen effect. Zeker in een (langdurige) geweldsrelatie is er (veel) tijd nodig.

Mannen zijn vaak niet gemotiveerd voor hulp, maar met motivatietechnieken zijn ze goed te bereiken. Dit motiveren kost tijd, er moet ruimte zijn voor hun gevoelens en weerstand; er moet niet te snel toegewerkt worden naar een plan van aanpak (oplossing). Een veelbelovende combinatie uit de daderhulpverlening is motiverende gespreksvoering, het aanleren van de-escalerende technieken via de Time-out-methode, en cognitieve gedragsmethodiek. Deze laatste gaat zowel over overtuigingen over en gedrag tegenover vrouwen, als om het oefenen van vaardigheden. Een positieve benadering van de hulpverlener heeft een beter effect dan een confronterende en dwingende benadering van de hulpverlener. Deze laatste benadering leidt juist tot weerstand en ongewenst gedrag bij de cliënt (zie ook: Lünemann & Drost, 2012; Van Dam et al., 2009).

Voor beide partners geldt dat een klik met de hulpverlener belangrijk is voor een goede werkrelatie tussen hulpverlener en cliënt en daarmee voor verandering. Een klik is er niet altijd vanzelf. Een hulpverlener dient een werkrelatie op te bouwen en vertrouwen te winnen, zeker als cliënten eerder negatieve ervaringen hebben opgedaan.

Een outreachende wijze van werken en het gezin opzoeken kan de stap naar de hulpverlening verkleinen. Een dergelijke werkwijze is laagdrempelig en ondersteunend voor moeders die overbelast zijn door de combinatie van

verschillende taken als zorg voor kind(eren), huishouden en werk. Het thuiskomen bij een gezin geeft de hulpverlener bovendien inzicht in de gezinssituatie.

11.3.4 Systeemaanpak kan niet zonder een individueel traject

Systeemgericht werken is geen gemeengoed in Nederland. In de praktijk wordt nog relatief weinig systeemgericht gewerkt, en zijn er veel verschillende manieren van systeemgericht werken. Op beperkte schaal wordt een systemische methodiek gehanteerd.

Systeemgericht werken biedt meer kans op het doorbreken van het geweldspatroom. Beide partners zijn nodig om de geweldspiraal te doorbreken. Voorwaarde is wel dat de veiligheid te waarborgen is. Naast de ouders moet het kind meer centraal staan; kinderen moeten worden onderzocht en aandacht of hulp krijgen.

Het nemen van de verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag door de ouders is belangrijk voor het ontschuldigen van de kinderen. Ouders kunnen soms voor hun kinderen stappen zetten in het doorbreken van de geweldsspiraal. Inzicht in hoe geweld en strijd tussen partners kinderen beschadigen, draagt ertoe bij dat ouders eerder gemotiveerd zijn hun eigen rol onder ogen te zien. In een systeemgerichte aanpak is een brede blik en meervoudig kijken uitgangspunt. Het gaat niet om de schuldvraag maar om het nemen van verantwoordelijkheid voor veiligheid en de-escalatie in de toekomst (Groen & Van Lawick, 2008).

Systeemgericht betekent ook de sociale context erbij betrekken. Door familie of vrienden mee te nemen naar therapie wordt het geheim van geweld ontsloten. Dit draagt ertoe bij dat de sociale omgeving niet alleen op de hoogte is, maar ook behulpzaam kan zijn bij het voorkomen van escalatie en geweld. Grootouders blijken een belangrijke rol te kunnen vervullen in het waarborgen van meer veiligheid.

Er zijn verschillende goede ervaringen opgedaan met een systeembenadering: in de vrouwenopvang met de Oranjehuisaanpak, in de GGZ, zoals het Centrum voor Relatietherapie of het Lorenhuis, of MoleMann of in de eerste lijnszorg met Signs of Safety. Het blijkt goed mogelijk om groepen te draaien met beide ouders, ook ouders die in een vechtscheiding zitten, terwijl hun kinderen tegelijkertijd een groep hebben. Er zijn eveneens positieve ervaringen met het inzetten van de bredere sociale context door een familieberaad. Voor jongeren die hun ouders (vaak moeder) mishandelen is er de aanpak gebaseerd op Omer (Verbindend gezag) die bijvoorbeeld het Lorenhuis en het Centrum voor Relatietherapie aanbieden en die goede resultaten boekt. Multidisciplinaire teams zijn belangrijk bij kindermishandeling. Door samenwerkingsafspraken met ketenpartners, waaronder Bureau Jeugdzorg is een integrale aanpak mogelijk.

Gevaar van systeemgericht gericht werken is dat er geen oog is voor de verschillen in belangen tussen de partners en tussen ouders en kinderen. Meervoudig kijken moet nadrukkelijk aandacht hebben voor de verschillen in positie. Het uitgangspunt 'het kind centraal' draagt het gevaar in zich dat er te weinig aandacht is voor de positie van de moeder in relatie tot de positie van de vader. Vrouwen worden als moeder vaak verantwoordelijk gesteld voor de veiligheid van de kinderen zonder dat de partner (als vader) verantwoordelijk wordt gesteld voor het agressieve gedrag. Moeders worden onder druk gezet weg te gaan bij de partner om de dreiging van een ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing van de kinderen weg te nemen, maar tegelijkertijd moeten zij omgang met de vader stimuleren. Moeders zitten hierdoor in een spagaat, terwijl de vader niet (voldoende) wordt aangesproken op het creëren van een veilige opvoedingsrelatie. De verschillen in positie tussen moeders en vaders krijgen weinig aandacht.

Ook draagt toekomstgericht werken het gevaar in zich dat er geen aandacht is voor de verwerking van het verleden of dat over het geweld wordt heengestapt door direct naar de toekomst te kijken. Dit is niet in het belang van de moeder of vader, maar ook niet in het belang van het kind; onverwerkt leed kan stagnatie in het hulpverleningsproces aan het kind met zich meebrengen. Een systeembenadering behoort daarom ook aandacht te hebben voor de verschillende posities in het gezin en voor individuele verwerking van het verleden.

11.3.5 Maatwerk en diversiteitsgevoeligheid

De problematiek van partnergeweld en geweld in gezinnen is complex; er liggen verschillende factoren aan ten grondslag: van situationeel geweld (stress, werkeloosheid, armoede, verslaving) tot sterk controlerend geweld, persoonlijkheidsstoornissen (borderline, ADHD, antisociale persoonlijkheid, narcisme, psychopathologie) en machtspatronen. Duidelijk is dat er niet één interventie is die geschikt is voor alle vormen van partnergeweld. Maatwerk is gewenst. Alcoholmisbruik en andere vormen van verslaving als onderdeel van het geweldspatroon dienen nadrukkelijk aandacht te krijgen in de hulpverlening. Mannen met een verslavingsproblematiek zijn vaak nog moeilijker te motiveren voor hulp.

Veel hulpverlening heeft te weinig aandacht voor culturele verschillen. Enkele vrouwen geven aan dat zij liever hulp krijgen van iemand die eenzelfde culturele achtergrond heeft, maar in wezen gaat het om transcultureel kijken met aandacht voor de migratiegeschiedenis en de 'wij-cultuur'.

Hoewel er al vanaf de jaren tachtig aandacht is voor een interculturele beroepshouding is dit zeker nog geen gemeengoed. Een interculturele houding heeft aandacht voor verschillen tussen (culturele) groepen en binnen (culturele) groepen en de dynamiek ervan. Het gaat overigens ook om verschillen

naar gender en klasse (Mozaïek, 2004). Moeders blijken meer veranderingsgezind te zijn dan vaders, en dochters meer dan zonen (Pels, Distelbrink & Postma, 2009). Een gender-inclusieve benadering erkent dat gender en cultuurverschillen van invloed zijn op het ontstaan van geweld, maar dat ook andere factoren hierop van invloed zijn. Het gaat om een combinatie van individuele factoren, gezinsdynamiek, sociaaleconomische factoren, en maatschappelijke, culturele en sociale verwachtingspatronen.

De GGZ-instellingen en forensisch-psychiatrische instellingen hebben specifieke groepen voor Turkse en Marokkaanse plegers, waar goede ervaring mee opgedaan is. Marokkaanse mannen zitten vaak klem door cultuur- en eeropvattingen en door hierover met 'gelijkgestemden' te praten, komt er meer ruimte voor een leven vanuit eigen keuze.

Deel IV

12 *Conclusies en aanbevelingen*

In zes stappen geven we de belangrijkste conclusies weer. Na enige achtergrondinformatie over het onderzoek, gaan we in op het geweld, de gevolgen van het geweld voor moeders en kinderen, de hulpverleningstrajecten en de geboden hulp, en tot slot het effect van de hulp op de omvang van het geweld en het welbevinden. Daarna komen we tot aanbevelingen, die de loop van het hulpverleningsproces volgen: van aanmelding en signalering tot daadwerkelijke hulp.

12.1 *Conclusie*

De laatste jaren is er veel veranderd in de aanpak van huiselijk geweld. Met inzet van rijksmiddelen is het hulpaanbod verbeterd, zoals Steunpunten Huiselijk Geweld, ambulante hulpverlening en verbeterde methodieken in de vrouwenopvang. Ook zijn er nieuwe instrumenten beschikbaar zoals het Tijdelijk Huisverbod en sinds 2013 de verplichte Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

Vanaf 2003 hebben de vier grote steden Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht een specifiek beleid ontwikkeld gericht op een integrale aanpak huiselijk geweld, waarbij ook aandacht is voor de problemen die achter het geweld schuilgaan. In 2008 hebben de vier grote steden besloten om een onderzoek te laten doen naar de effecten van deze vernieuwde aanpak huiselijk geweld in de G4. Het Verwey-Jonker Instituut heeft in de periode 2009 tot 2014 een onderzoek verricht naar de effecten van deze aanpak voor gezinnen waarin partnergeweld voorkomt.

In de tussentijd zijn het beleid en de aanpak huiselijk geweld in de G4 verder ontwikkeld. Zo is er op initiatief van de G4 een gemeentelijke visie op de aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling ontwikkeld, beschreven in *Een veilig thuis* (2013). Daarnaast zijn er belangrijke landelijke beleidsontwikkelingen gaande, zoals de decentralisatie van de Wmo, de Jeugdzorg en de AWBZ. Er wordt gewerkt aan een gezamenlijke voordeur voor de aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling door het samenvoegen van het AMK en het Steunpunt Huiselijk Geweld.

De uitkomsten van dit onderzoek maken zichtbaar wat er wel en wat er niet goed gaat in de hulpverlening aan gezinnen waar sprake is van geweld. Deze resultaten geven handvatten om de voordeur van het AMHK vorm te geven.

Zeer ernstige geweldssituaties binnen deze gezinnen

In de periode van 2009 tot 2013 hebben we 211 ouders en 396 kinderen gedurende anderhalf jaar gevolgd vanaf het moment dat zij aangemeld zijn bij een Steunpunt Huiselijk Geweld of een hulpverleningsinstelling. Daarvoor hebben we in de periode 2010-2011 op bepaalde momenten alle cliënten die de afgelopen drie maanden aangemeld zijn bij de instellingen¹⁶ telefonisch benaderd met het verzoek tot medewerking aan het onderzoek. Het enige selectie criterium dat we daarbij hanteerden, is dat het gezin kinderen in de leeftijd tussen de 3 en 18 jaar had. Deze gezinnen vormen een redelijke afspiegeling van de bevolking van de vier grote steden. Het is bijzonder dat ook voldoende gezinnen met een andere etnische achtergrond wilden meewerken.

De gezinnen in dit onderzoek hebben allemaal te maken gehad met partnergeweld. Het gaat om langdurige, zware vormen van geweld dat zeer frequent voorkomt in de relatie. De respondenten in dit onderzoek zijn voor het merendeel vrouwen die veelvuldig en ernstig psychisch en fysiek geweld hebben ondervonden in hun relatie. De mannen zijn ondervetegenwoordigd in dit onderzoek: maar 9 procent is man. Zowel mannen als vrouwen geven aan slachtoffer te zijn van partnergeweld en ook zelf psychisch en fysiek geweld uit te oefenen binnen de relatie. Hoewel vrouwen ook geweld uitoefenen, is dit gewelddadige gedrag veel minder ernstig en minder frequent dan dat van hun mannelijke partners.

Binnen deze gezinnen gaat het om situaties van ernstige mishandeling, vergeleken met een steekproef onder de algemene Nederlandse bevolking (de zogeheten referentiegroep). Niet alleen rapporteert de onderzoeksgroep ernstiger vormen van geweld, ook de frequentie van de geweldsincidenten ligt veel hoger. Zo komt fysiek geweld gemiddeld bijna vier keer per maand voor, tegenover één keer per jaar in de referentiegroep. Hetzelfde geldt voor psychisch geweld dat gemiddeld bijna zeven keer per maand plaatsvindt tegenover zeven keer per jaar in de referentiegroep. Daarnaast is het geweld in de onderzoeksgroep zeer ernstig van aard. Ernstig fysiek geweld, dat nauwelijks voorkomt in de referentiegroep, vindt zeer regelmatig en gedurende langere tijd plaats.

De gevolgen zijn ernstig zowel voor de ouders als voor de kinderen

De gevolgen van partnergeweld zijn voor de respondenten (veelal de moeder) en kinderen enorm. De ouders rapporteren allerlei traumaklachten en een

16 Het betreft de Steunpunten Huiselijk Geweld's van de vier steden, het AMK in Den Haag, Vangnet Jeugd in Amsterdam en De Waag in Utrecht en Den Haag.

laag welbevinden, de kinderen zijn eveneens vaak getraumatiseerd en ervaren een grote emotionele onveiligheid.

Een belangrijke conclusie is dat partnergeweld (in combinatie met jeugdtrauma's) leidt tot de huidige trauma's bij respondenten en meer opvoedingsstress. Ouders met jeugdtrauma's ervaren meer geweld dan ouders zonder jeugdtrauma. Het gaat om een kwetsbare groep van ouders die in hun jeugd vaak zelf thuis geweld mee hebben gemaakt of andere vormen van trauma's hebben ervaren. De respondenten in dit onderzoek hebben niet alleen een moeizaam verleden, ook nu zitten zij veelal in een kwetsbare positie vanwege de financiële omstandigheden van het gezin, hoge werkloosheid en lage opleiding.

Partnergeweld heeft ook verregaande gevolgen voor de kinderen. Kinderen die opgroeien in een gezin waarin geweld tussen de ouders of opvoeders voorkomt ervaren meer emotionele onveiligheid. Daarnaast komt PTSS (Posttraumatische Stresstoornis) veel vaker voor bij kinderen in de onderzoekspopulatie dan in de referentiegroep. Een op de drie kinderen (33%) heeft aantoonbare traumasymptomen tegen 3,5 procent in de referentiegroep.

Kinderen die langdurig te maken hebben (gehad) met ernstig partnergeweld maken zich zorgen, denken dat het hun schuld is, wachten af, proberen het probleem op te lossen of zich gedeisd te houden. Zij reageren vooral angstig of verdrietig en proberen zich stil te houden of een van de ouders te troosten. Dit zijn inadequate wijzen van reageren op geweld tussen ouders (zie ook Steketee, Mak & Flikweert, 2011). Bij jongeren zien we dat het partnergeweld een negatieve invloed heeft op de relatie met de ouders.

Conclusie is dat partnergeweld het leven van betrokkenen langdurig en hevig ontwricht. De gevolgen van het partnergeweld zijn ernstig en vragen om een adequaat gespecialiseerd hulpaanbod.

Hulpverleningstraject nog niet vanzelfsprekend

De meeste gezinnen hebben een vorm van hulp of ondersteuning ontvangen nadat zij zijn aangemeld bij een Steunpunt Huiselijk Geweld of instelling. De aanmelding betekent dus niet altijd dat er ook een hulpverleningstraject in gang gezet wordt. Een op de twaalf gezinnen (8% van de gezinnen, 18% van de ouders) zegt geen hulpaanbod ontvangen te hebben. Dit betreft de groep met lichtere vormen van partnergeweld. De reden kan zijn dat het niet gemakkelijk is om toe te geven dat hulp nodig is. Schaamte, de geleidelijke gewenning aan geweld, hoop dat het nu toch anders zal gaan, ontkenning van de gevolgen voor henzelf en de kinderen en angst maken dat zij niet snel om hulp vragen.

Het zijn veelal de moeders die hulp krijgen. Meestal zijn er dan meerdere instellingen bij betrokken gezien de verschillen in de aard van de problemen. De meeste moeders zijn tevreden over de geboden zorg. Zij voelen zich gesteund in praktische regelzaken en waarderen de positieve feedback en het

inzicht in onder meer de geweldsdynamiek tussen de partners. Over het Bureau Jeugdzorg zijn de respondenten minder tevreden. Een op de drie is ontevreden over de hulp die zij kregen van het Bureau Jeugdzorg. De gerichtheid van de medewerkers op de kinderen is een mogelijke verklaring voor deze ontevredenheid. Deze moeders hebben zelf vaak hulp nodig bij het verwerken van wat er is gebeurd en hebben ondersteuning nodig in de zorg voor de kinderen. De eenzijdige aandacht voor kinderen maakt dat zij het gevoel hebben (nogmaals) te falen en dubbel belast te worden.

Naast tevredenheid is er ook kritiek. Een belangrijk kritiekpunt is het ontbreken van aandacht voor de geweldssituatie bij de reguliere hulpverlening. In veel gezinnen is het geweld nog steeds niet gestopt, ook niet als de partners uit elkaar zijn gegaan. De moeders hebben het gevoel dat hun partner zich kan onttrekken aan de hulpverlening en dat hij niet wordt aangesproken op zijn verantwoordelijkheid voor het creëren van een veilige leefsituatie voor de kinderen. Vrouwen hebben het gevoel dat alleen zij verantwoordelijk zijn voor de veiligheid van de kinderen.

Wat betreft de zorg aan de kinderen is een belangrijke conclusie dat de hulpverleners nog onvoldoende aandacht voor hen hebben. Bijna twee op de drie kinderen (59%) krijgen geen enkele vorm van hulp aangeboden, terwijl de gevolgen van het getuige zijn van partnergeweld voor hen ernstig zijn. Ook als Bureau Jeugdzorg bij het gezin is betrokken, betekent dit niet altijd dat kinderen zelf hulp krijgen. Als er wel hulp is voor de kinderen, zijn ouders en kinderen dikwijls tevreden over het hulpaanbod. Ook hier geldt dat de moeders en jongeren minder tevreden zijn over het Bureau Jeugdzorg. Maar zij zijn wel meer tevreden als het gaat om de hulp die het Bureau Jeugdzorg kinderen biedt dan de hulp en steun die ouders hebben gekregen: iets meer dan de helft van de ouders is tevreden over de geboden zorg en een op de vijf is ontevreden.

De geboden hulp heeft resultaat maar niet voldoende

De aanpak huiselijk geweld zoals uitgevoerd in de periode 2009 tot 2012 blijkt te werken, althans er is significant minder partnergeweld en we nemen aan dat dit mede komt door de geboden hulp. Tegelijkertijd kunnen we concluderen dat de aanpak niet effectief genoeg is voor gezinnen waarin langdurig en veelvuldig ernstig partnergeweld voorkomt. Hoewel het psychische en fysieke geweld is verminderd, is het aantal gezinnen waar kinderen opgroeien met geweld nog steeds onaanvaardbaar hoog. De helft van de respondenten (50%) zegt dat de partner na anderhalf jaar nog steeds fysiek gewelddadig is. Vooral in het eerste jaar zien we een sterke afname van het aantal geweldsincidenten, maar tussen de tweede en derde meting is de afname gering. Vergeleken met de referentiegroep is er nog steeds sprake van ernstig geweld; in de

onderzoeksgroep komt fysiek geweld bij de derde meting nog altijd tien keer zo vaak voor.

De gevolgen van partnergeweld zijn voor veelal de moeders en kinderen enorm. In het onderzoek zijn we nagegaan in hoeverre ouders weer in staat zijn om een goede ouder te zijn. Ook hier zien we een verbetering, bij de derde meting is er een significante vermindering van opvoedingsstress en traumasymptomen bij de ouder.

Daarnaast hebben we onderzocht hoe het staat met de traumatisering en ervaren emotionele onveiligheid van de kinderen. Ook hier zien we een verbetering in deze klachten gedurende de anderhalf jaar dat de gezinnen gevolgd zijn. Over de drie metingen is er een significante afname van het aantal traumasymptomen. Bij de afzonderlijke trauma's zien we vooral een daling van het percentage getraumatiseerde kinderen wat betreft woede, angst en depressie. Daarnaast is er bij de jonge kinderen een significante verbetering van de emotionele veiligheid. Bij de oudere kinderen is hierin een minder duidelijk beeld. Bij de meeste schalen van emotionele veiligheid is er wel verbetering, alleen zijn de verschillen, mogelijk door de kleinere steekproef, niet significant. Waarschijnlijk komt deze verbetering vooral door de afname van het aantal geweldsincidenten en niet zozeer door de geboden hulp. Mogelijk is de groep kinderen die wel hulp hebben gekregen te klein en te divers wat betreft het hulpaanbod om hier een relatie te kunnen vinden. Zowel de afname van trauma's als de verbetering van de emotionele veiligheid bij kinderen heeft een duidelijke relatie met de afname van het partnergeweld. Met andere woorden: als het geweld minder wordt heeft dit direct gevolgen voor het welbevinden van de kinderen. Dit effect is nog sterker voor kinderen van ouders die gescheiden zijn. Als ouders uit elkaar zijn en het geweld tussen de ouders daadwerkelijk is afgenomen, neemt het aantal traumasymptomen bij kinderen af en ervaren zij meer emotionele veiligheid.

Dit benadrukt nogmaals dat de veiligheid altijd voorop dient te staan, of ouders nu bij elkaar blijven of uit elkaar gaan.

Geen of wel hulp geen onderscheidend effect op geweldsafname en toename van welbevinden

Ten slotte is in het onderzoek nagegaan of er een verschil is tussen gezinnen die wel en die geen hulp hebben ontvangen. Acht procent van alle gezinnen heeft geen hulp gekregen na aanmelding. We zien echter geen verschil tussen beide groepen. Zowel bij de groep die wel als de groep die geen hulp heeft ontvangen zien we in gelijke mate afname van partnergeweld en toename van het welbevinden van de ouders en de kinderen. Alleen ten aanzien van de tweedelijns hulp zien we een significante verbetering ten aanzien van de psychotrauma's bij de ouders die tweedelijns hulp ontvingen ten opzichte van de ouders die geen tweedelijns hulp ontvingen. Dit betekent niet zonder meer dat het niet uitmaakt of gezinnen wel of geen hulp ontvangen. Ten eerste is

bij alle gezinnen een melding gedaan van huiselijk geweld, al dan niet via de politie, bij het Steunpunt Huiselijk Geweld, bij het AMK of bij andere instellingen. Daarmee is het patroon doorbroken van geheimhouding, verbergen en niet erkennen van de problematiek. Het melden alleen al heeft mogelijk een verandering in gang gezet bij de gezinnen met lichte vormen en minder frequent geweld. Ten tweede is er een onderscheid tussen de groep die wel en die geen hulp heeft ontvangen. Bij de groep die wel aan een hulpverleningstraject deelneemt is er ernstiger en langduriger partnergeweld. Het gaat vaak om jarenlange geweldssituaties waarbij sprake is van een complexe problematiek. Er is duidelijk een afname van geweld, en deze is sterker bij de groep die wel hulp heeft ontvangen dan bij de groep die geen hulp kreeg. Toch is er meer nodig om het geweldpatroon duurzaam te doorbreken. Het doorbreken van een langdurig geweldspatroon kan alleen met gespecialiseerde professionals die expertise hebben van geweldsdynamiek tussen partners en weten hoe macht en controle in relaties een rol spelen, ook als de partners uit elkaar zijn.

Het betrekken van de pleger in het hulpverleningstraject is een belangrijke voorwaarde waardoor de verantwoordelijkheid voor de veiligheid niet eenzijdig bij de ander (veelal de moeder) komt te liggen. Plegers zijn, zeker na een scheiding, moeilijk te motiveren om aan de hulpverlening deel te nemen. Het huidige hulpverleningsaanbod is sterk gericht op de moeder die veelal de verantwoordelijkheid heeft voor de opvoeding van de kinderen. Er is nog geen sprake van een integraal en systemisch hulpaanbod waarin zowel de pleger, het slachtoffer als de kinderen een afgestemd hulpaanbod krijgen en zowel de moeder als de vader op hun ouderschap worden aangesproken.

12.2 Aanbevelingen

In deze paragraaf gaan we in op de belangrijkste aanbevelingen die het onderzoek heeft opgeleverd. We hebben deze paragraaf opgebouwd zoals het hulptraject veelal verloopt: van (aan)melding en signalering, via triage en probleemanalyse tot het daadwerkelijke hulpverleningstraject. We beginnen met een algemene aanbeveling die betrekking heeft op het gehele proces.

A Algemeen

Aandacht voor veiligheid in het gezin moet voorop staan

De geweldsproblematiek in de gezinnen is zeer ernstig op het moment dat het gezin in het hulpverleningscircuit terechtkomt. In de meerderheid van de gevallen gaat het om (escalatie van) ernstig geweld over een periode van meerdere jaren. In het jaar na de eerste meting is het aantal

geweldsincidenten afgenomen, maar er vindt nog steeds (veel) geweld plaats. Bescherming van de vrouwen en de kinderen heeft een hoge prioriteit. De hulpverlening schiet hierin tekort, onder meer omdat er te weinig aandacht is voor het (voortdurende) geweld.

Niet alleen bij de melding moet er een veiligheidsplan opgesteld worden, maar gedurende het gehele proces van hulpverlening en begeleiding is veiligheid een belangrijk onderwerp, dat regelmatig aan de orde moet komen. Alle betrokkenen van politie tot maatschappelijk werk, professionele hulpverleners en specialisten moeten de deskundigheid hebben om huiselijk geweld bespreekbaar te maken met slachtoffers en plegers. Professionals moeten voldoende vaardigheden hebben om gezinsleden (met behulp van bestaande instrumenten) uit te vragen of de veiligheid van het gezin en de gezinsleden nog steeds gewaarborgd is.

De veiligheid (voor het hele gezin) moet de eerste prioriteit zijn gedurende het gehele hulpverleningsproces. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat partnergeweld niet zomaar verdwijnt en het een kwestie van lange adem is voordat het partnergeweld daadwerkelijk niet meer voorkomt.

B Melding en signalering

Laagdrempelige voorzieningen voor advies bij vermoedens van mishandeling: de rol van het AMHK

Uit het onderzoek naar opvoeden na partnergeweld (Pels, Lünemann & Steketee, 2011) blijkt dat jongeren zeer teleurgesteld zijn dat volwassenen in hun omgeving niets hebben ondernomen, hoewel zij op de hoogte waren van het geweld in het gezin. De meeste meldingen bij de Steunpunten Huiselijk Geweld komen via de politie binnen. Het onderzoek maakt duidelijk dat pas laat gemeld wordt, het gaat bij de betreffende groep vaak om een situatie van langdurige en ernstige mishandeling. Vermoedens van mishandeling bij betrokkenen leiden niet altijd tot actie. Het is daarom van belang dat er laagdrempelige netwerken van professionals zijn die het de betrokken volwassene(n) eenvoudig maakt om vermoedens van kindermishandeling of partnergeweld te bespreken.

Een belangrijke ontwikkeling daarin is de vorming van het Advies- en Meldpunt Huiselijk geweld en Kindermishandeling (AMHK). De gemeente krijgt de opdracht te voorzien in één Advies- en Meldpunt Huiselijk geweld en Kindermishandeling (AMHK). Dit betekent concreet een samenvoeging van het huidige Steunpunt Huiselijk Geweld (SHG) en het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). Er komt dus één wettelijk kader voor huiselijk geweld én kindermishandeling. Het nieuwe meldpunt wordt verankerd in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Deze wijziging loopt mee in het

wetstraject van de nieuwe Jeugdwet (VNG, 2013). Burgers (in de rol van slachtoffer, pleger of toeschouwer) en professionals weten dan beter waar ze terecht kunnen. Daarnaast kan een meldpunt ervoor zorgen dat er meer samenhang komt in de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling en dat er een integrale aanpak komt (één gezin, één plan, één regisseur).

Wil dit nieuwe initiatief daadwerkelijk burgers en professionals beter bereiken dan zullen de gemeenten en het Rijk publiekscampagnes moeten voeren om hen te stimuleren om ook bij vermoedens contact op te nemen. Hierbij moet het duidelijk zijn dat advies vragen niet altijd tot een melding hoeft te leiden.

Het is belangrijk te voorkomen dat vrouwen de jeugdzorg mijden uit angst dat zij hun kinderen kwijtraken of dat de hulp te veel gefocust is op het kind en te weinig op ondersteuning van de moeder en vader. De vrouwen in dit onderzoek zijn zeer tevreden over de steun en hulp die zij hebben ontvangen vanuit de Steunpunten Huiselijk Geweld en de vrouwenopvang. Het koppelen van de aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling kan de drempel die veel ouders nu mogelijk voelen ten opzichte van het Bureau Jeugdzorg en het AMK verlagen. Dat betekent wel dat het AMHK meer taken zou moeten vervullen dan alleen meldingen en onderzoek. Een aantal taken zoals eenduidige proces- en casusregie en de verbinding met de lokale hulpverlening zouden taken moeten zijn die de experts aan de poort vervullen. De vraag is echter of gemeenten ook de bovenwettelijke taken bij het AMHK willen beleggen.

C Triage en probleemanalyse

Triage: Hoge kwaliteit aan de poort met diepgaande kennis over achtergronden en gevolgen van partnergeweld

Kwaliteit aan de poort is een vereiste bij hulpverleningstrajecten. Aan de voorkant moet een taxatie of diagnose plaatsvinden om bij elke casus de juiste aanpak te kiezen. Er moet een inschatting plaatsvinden welke meldingen direct moeten worden opgepakt en wanneer een interventieteam outreachend gezinnen moet benaderen. Wat moet er gebeuren om de veiligheid van alle gezinsleden te garanderen? Een goede triage vereist niet alleen een onderscheid tussen complexe en minder complexe zaken, maar ook een analyse van de problematiek van de verschillende leefgebieden en de eventuele oorzaken daarvan (stress, werkloosheid, schulden, middelengebruik, maar ook psychiatrische klachten of verstandelijke beperkingen). In het begin van het proces moet voldoende specialistische deskundigheid aanwezig zijn om te bepalen welke hulp en ondersteuning nodig zijn. Het AMK en het Steunpunt Huiselijk Geweld (die straks samengaan in het AMHK) moeten hier een

belangrijke rol in spelen. Zij moeten de kwaliteit en expertise in huis hebben om zaken in een vroeg stadium goed in te schatten.

Om de intergenerationele cirkel van geweld daadwerkelijk te doorbreken moet de hulpverlening gericht zijn op de ernstige problematiek van alle gezinsleden. Dit vraagt om een betere screening van de ernst en aard van het relatiegeweld en de gevolgen van het geweld op de verschillende gezinsleden. Het doel is te voorkomen dat te lichte vormen van hulp worden ingezet voor deze zware problematiek. Dit kan door triage. Hoewel dit relatief duurdere zorg is, zal dit uiteindelijk tot minder kosten leiden gezien de problematiek waarmee veel slachtoffers kampen.

D Hulpverlening

Duidelijkheid in regie, en één zorgcoördinator, één gezin, één plan

Het is onwenselijk dat verschillende hulpverleners afzonderlijk hun gang gaan en probleemgevallen doorschuiven en dat het overzicht ontbreekt. Vanaf het moment dat duidelijk is dat er meerdere hulpverleners nodig zijn, moet er coördinatie (casusverantwoordelijkheid) zijn: de zaak moet goed in beeld worden gebracht, op multidisciplinaire wijze.

De hulpverlener moet samen met de cliënten een plan van aanpak maken, waarin het borgen van de veiligheid het eerste punt van aandacht is. Op grond van een plan kan hij of zij besluiten welke hulp verder nodig is ('crisis als kans'). De ervaring is dat in een crisis de gezinsleden openstaan voor veranderingen. Veelal verdwijnt de motivatie voor hulp na verloop van tijd om verschillende redenen, waaronder schaamte, hoop en angst. Tegelijkertijd moet er ruimte zijn voor het eigen tempo en mogelijkheden van de cliënten; een plan van aanpak kan dus een heel globaal open plan zijn.

Het is belangrijk dat de zorgcoördinator of casemanager over de juiste kwaliteiten beschikt. Idealiter zou het gaan om een professional die geschoold is op het terrein van huiselijk geweld, kennis heeft van psychopathologie bij volwassenen en kinderen, en kennis heeft over systemen. Het liefst is hij of zij ook iemand die continuïteit biedt, al wat langer in het veld werkt en snel ziet wat er speelt en wat nodig is aan hulp. Deze persoon schakelt vervolgens, zo nodig na overleg in een expertteam, de juiste professionals in (één gezin, één plan).

Hulp afstemmen op behoefte en probleemdefiniëring van het gezin

Het is belangrijk aan te sluiten bij het tempo en de behoeften van de betrokkenen. De cyclus van geweld heeft zich langzaam opgebouwd en verdiept tot een patroon tussen partners en in het gezin. Dit patroon moet ook weer langzaam en stapsgewijs afgepeld en afgebouwd worden.

Het is van belang om gezamenlijk te formuleren wat het probleem is en hoe dit aangepakt gaat worden. Vaak willen de vrouwen en kinderen in eerste instantie vooral rust, en zijn praktische ondersteuning en opvoedingsondersteuning nodig om het gezin weer op orde te krijgen. Wanneer er meer stabiliteit is, komt er ruimte voor verwerking en inzicht in (het ontstaan van) patronen en eigen verantwoordelijkheid voor veiligheid. De hulp moet daarom in de beginfase zo mogelijk in het gezin zelf aangeboden worden, zeker als het gezin nog in een crisis zit (of bij overbelasting door zorg voor kind, huishouden, werk). Uit het onderzoek blijkt dat in eerste instantie de opvoedstress en de trauma's toenemen. Pas als de rust is weergekeerd kunnen de betrokkenen werken aan verandering van de oorzaken. Van belang is dat het gezin zich gesteund voelt en het gevoel heeft er niet alleen voor te staan.

Het blijkt dat het om zeer kwetsbare vrouwen of gezinnen gaat, met problemen op veel leefgebieden. Het gaat bijvoorbeeld om ouders met een verleden van geweld in het gezin van herkomst, middelengebruik, laag IQ of psychiatrische problematiek. De hulp moet gericht zijn op de problemen die bijdragen aan het geweld en moet ouders leren om zelf de geweldssituatie te doorbreken.

Professionals moeten het sociale netwerk erbij betrekken en ondersteunen

Schaamte en loyaliteit weerhouden gezinsleden er vaak van om met hun omgeving over het geweld te praten. Vooral in de periode van geweld verkeert het gezin in een groot isolement en is er weinig contact met een netwerk om hen heen. Als vrouwen eenmaal hulp krijgen blijkt dat zij meer positieve en ondersteunende sociale contacten hebben dan op het eerste gezicht lijkt. Met het gezin wordt nagegaan welk sociaal netwerk (familie, vrienden of burens) zij als ondersteunend ervaren en wiens betrokkenheid wenselijk is. Het sociale netwerk van het gezin is van belang om hen te ondersteunen maar is ook van betekenis bij het creëren van een blijvende veilige omgeving voor de kinderen en gezinnen.

Gezien de ernst en het voortduren van het partnergeweld kan het sociale netwerk alleen optimaal functioneren als professionals daarbij ondersteuning bieden. Het benutten van het sociale netwerk kan alleen als er ondersteuning is vanuit de deskundigheid van professionals die als vraagbaak en vangnet kunnen fungeren en als het nodig is interveniëren.

Kind centraal: hulpverlening gericht op kinderen

De gevolgen van partnergeweld zijn groot voor de betrokken kinderen. Het is belangrijk om in de hulpverlening en de aanloop er naartoe het kind centraal te stellen. De eerste zorg is de veiligheid van de kinderen. Het stoppen van het geweld heeft een positieve invloed op het verminderen van de trauma-klachten en het vergroten van de emotionele veiligheid van de kinderen.

Daarnaast dient er aandacht te zijn voor de gevolgen van het partnergeweld voor de kinderen zelf. Het vraagt specifieke expertise en kennis van professionals hoe hiermee om te gaan, zowel als het gaat om het signaleren en screenen als om het aanbieden van hulp. Het onderzoek laat zien dat een redelijk grote groep van kinderen zodanig beschadigd is dat gespecialiseerde traumabehandeling nodig is. Anderzijds moeten kinderen niet onnodig gemedicaliseerd worden en onnodig in het hulpverleningscircuit terechtkomen. Meerdere onderzoeken tonen aan dat kinderen ook veerkrachtig zijn en niet altijd een uitgebreid hulpverleningstraject nodig hebben. De resultaten van het onderzoek geven aanleiding om te stellen dat in elk geval de hulpverlener zelf het kind moet zien en spreken om te beoordelen of er hulp nodig is.

Ten derde is het in het belang van het kind dat beide ouders hulp en ondersteuning krijgen in het verwerken van de gevolgen van het partnergeweld voor henzelf, maar ook in het bewust worden van de gevolgen van partnergeweld voor de kinderen. Kinderen en ouders moeten in ieder geval professionele begeleiding krijgen in het bespreekbaar maken van het geweld en de gevolgen hiervan. Voor kinderen is het vooral belangrijk dat de ouders het vermogen hebben om afstand te nemen en te reflecteren op hun handelen. In de situatie van mishandelde vrouwen staat overleven centraal, waardoor zij niet altijd meer in staat zijn hun kinderen adequaat te steunen en te begeleiden. Kinderen behoeven aan goede ervaringen met de ouders, positieve momenten die plezier geven, de band tussen ouders en kind bevestigen.

Planmatig en gelaagd hulpverleningsaanbod

Voor duurzaam herstel moeten de hulpverleningsarrangementen voor deze gezinnen gericht zijn op:

- a. bescherming: in te veel gezinnen zijn nog steeds geweldsincidenten;
- b. mogelijke risicofactoren die het geweld in stand houden, zoals psychische problematiek of verslaving
- c. praktische hulp bij de consequenties van relationeel geweld, zoals hulp bij huisvesting en de financiële situatie;
- d. behandeling van de problematiek van alle gezinsleden (moeder, vader en kinderen);
- e. de opvoedingssituatie;

Dit gelaagde hulpaanbod moet zorgvuldig gepland worden in tijd, zodat de gezinnen niet overspoeld worden door diverse hulpverleners. Dit vraagt om een systemische aanpak waarbij alle gezinsleden betrokken zijn. Het belang van systeemgericht werken zit ook in het ontschuldigen van de kinderen: de ouders leren de verantwoordelijkheid te nemen voor een veilige opvoeding.

Er is nog geen sprake van een systemische aanpak, zo komt uit dit onderzoek naar voren. Een knelpunt is dat de mannen veelal niet gemotiveerd zijn om mee te werken aan de hulpverlening. Het is belangrijk de man actief te benaderen om mee te blijven doen. Dat mannen niet gemotiveerd zijn, mag

geen reden zijn om af te zien van de hulpverlening aan hen. Het betrekken van mannen, als pleger, bij de hulpverlening vergt expertise. Zeker plegers van excessief en langdurig geweld of zeer controlerend geweld, werken niet gemakkelijk mee. De aansluiting met deze mannen gaat door het ontbreken van kennis en vaardigheden nogal eens mis. Het is daarom belangrijk om op een zo vroeg mogelijk moment een goede taxatie te doen en daarna de juiste hulpverlening in te zetten.

Daarnaast blijft het noodzakelijk om aandacht te hebben voor individuele aanpak! Soms is juist aparte hulp nodig en is bijvoorbeeld het verwerken van het eigen trauma door de moeder of vader noodzakelijk. Dit is niet alleen van belang voor de ouder zelf, maar ook omdat de behandeling van het kind kan stagneren door onverwerkt leed bij de ouders. Een systemische aanpak betekent niet dat er altijd gezamenlijke sessies zijn met beide partners en eventueel kinderen: situaties kunnen zo onveilig zijn dat contact van vader met moeder en kind niet verantwoord is.

E Gemeentelijke en landelijke ontwikkelingen

Aansluiting bij de sociale wijkteams

Gemeenten zijn in het kader van de decentralisatie druk bezig in met het organiseren van een infrastructuur nu de verantwoordelijkheid voor de jeugdzorg, Wmo, participatiewet en AWBZ bij hen komt te liggen. Dit biedt mogelijkheden voor een meer geïntegreerde aanpak die aansluit bij deze doelgroep. Gemeenten ontwikkelen allerlei verschillende modellen waarbij ze trachten om multidisciplinair te werken in sociale wijkteams of de Centra Jeugd en Gezin of juist generalisten in te zetten op wijkniveau die zo nodig specialistische kennis kunnen inhuren. Dit betekent dat de aanpak huiselijk geweld zou moeten aansluiten bij deze lokale structuren.

Het is van belang dat er bij de voordeur voldoende deskundigheid aanwezig is op het terrein van huiselijk geweld zodat de juiste hulp ingezet kan worden. De resultaten van dit onderzoek laten echter zien dat geweld geen gemakkelijk onderwerp is voor hulpverleners. Zij herkennen niet altijd de signalen en veel hulpverleners vinden het moeilijk om geweld in gezinnen en tussen partners bespreekbaar te maken. Er is grote handelingsverlegenheid. Specialistische kennis en expertise is nodig in deze lokale infrastructuur om mogelijk geweld in het gezin te kunnen herkennen, het aan de orde te stellen en de gezinnen naar de juiste deskundige hulp te verwijzen. Wellicht behoort deze specialistische kennis niet tot het takenpakket van de nieuwe professional, de integrale sociaal werker die specifieke vaardigheden en competenties heeft, maar vooral ook generalist zal moeten worden. Daarom werkt een aantal gemeenten met combinatieprofielen waarin de verschillende

professionals hun eigen competenties en kennis hebben. Hierbij zou heel expliciet aandacht moeten zijn voor kennis op het terrein van kindermishandeling en partnergeweld. Dit betekent in de praktijk dat specialisten huiselijk geweld meekijken en meelopen met de generalisten of deel uitmaken van de sociale wijkteams. Specialistische kennis en expertise is noodzakelijk in deze lokale infrastructuur om adequaat hulp te kunnen verlenen in geval van partnergeweld en kindermishandeling. In Amsterdam is de ervaring dat de lokale wijkteams ook een functie kunnen vervullen in de nazorg. Zij kunnen een rol vervullen in de steun- en leuncontacten voor deze gezinnen en hun sociale omgeving en daarmee meer garantie bieden voor de veiligheid van het gezin.

Daarnaast is het van belang om tijdig gespecialiseerde hulpverleners in te zetten bij de aanpak om de gevolgen van het geweld voor de individuele gezinsleden goed op te vangen. Dit betekent dat er voldoende gespecialiseerd hulpaanbod aanwezig is binnen de gemeenten gericht op slachtoffers, plegers en kinderen.

Hoe de gemeenten het ook organiseren, zij moeten zich realiseren dat om het geweld echt te stoppen, deze gezinnen langdurige en deskundige hulp nodig hebben. De inzet van expertise bij geweld in gezinnen betekent een toename van zorg. Op korte termijn heeft dit tot gevolg dat de zorg duurder wordt, op de langere termijn leidt het echter tot een kostenbesparing.

F Juridische context

Omgang en botsende rechtssystemen

Niet alleen hulpverleners hebben moeite met het herkennen, erkennen en bespreken van het geweld, ook binnen het familierecht is geweld dikwijls een onzichtbare factor. Moeders moeten enerzijds hun kinderen beschermen, terwijl anderzijds de plicht tot omgang sterk is. De plicht tot omgang kan botsen met het waarborgen van veiligheid.

Partners kunnen scheiden, maar gezamenlijk ouderschap blijft bestaan. Dit vergt in geval van partnergeweld een speciale benadering, omdat doorgaand geweld het gezamenlijk ouderschap onder druk zet. Familierecht, strafrecht en bestuursrecht (huisverbod) kunnen los van elkaar opereren of haaks staan op elkaar. Kinderen en ouders kunnen hiervan de dupe zijn. Veiligheid zou voorop moeten staan, ook in de rechtspraak. Bij melding van partnergeweld is de eerste vraag wanneer contact tussen de pleger en zijn of haar kinderen wenselijk is en wanneer het contact juist een ernstig gevaar vormt. Als sprake is van partnergeweld of kindermishandeling is het stellen van voorwaarden noodzakelijk om de veiligheid van de gezinsleden te waarborgen. Bij het niet

voldoen aan deze voorwaarden kan de omgangsregeling dan ingetrokken worden.

Een ander juridisch probleem dat aandacht vraagt is de vereiste toestemming van beide ouders voor hulpverlening aan het kind; soms weigert een van de ouders toestemming als chantage- en pressiemiddel. Dit kan voor het kind vergaande negatieve gevolgen hebben. In het kader van vechtscheidingen is er momenteel aandacht voor deze problematiek.

Deze knelpunten vragen een landelijke oplossing van de Raad voor de rechtspraak. Maar gemeenten kunnen bij geweld in gezinnen er in ieder geval voor zorgen dat zij via afstemming van straf en zorg (in de Veiligheidshuizen) bijdragen aan het verminderen van de verkokering van de verschillende rechtssystemen en het verbeteren van de aansluiting bij hulp.

Literatuur

- Alink, L. R. A., Pannebakker, F., Euser, S., Bakermans-Kranenburg, M. J., Vogels, T., & IJzendoorn, R. van. (2013). Kindermishandeling in Nederland anno 2010: de tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM-2010). *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, *91*, 396-404.
- Appel, A. E., & Holden, G. W. (1988). The co-occurrence of spouse and physical child abuse: A review and appraisal. *Journal of Family Psychology*, *12*, 578-599.
- Archer, J. (2006). Cross-cultural differences in physical aggression between partners: A social role analysis. *Personality and Social Psychology Review*, *10*, 133-153.
- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *126*, 651-680.
- Armsworth, M. W., & Holaday, M. (1993). The effects of psychological trauma on children and adolescents. *Journal of Counseling and Development*, *72*, 49-56.
- Bandelow, B., Torrente, A., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Ruther, E. (2004). Early traumatic life events, parental rearing styles, family history of mental disorders, and birth risk factors in patients with social anxiety disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *254*, 397-405.
- Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory (TSI): Professional manual*. Odessa, FL: PAR, Psychological Assessment Resources.
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC): Professional manual*. Lutz: PAR, Psychological Assessment Resources.
- Brock, A. J. L. L. de, Vermulst, A. A., Gerris, J. R. M., Veerman, J. W., & Abidin, R. R. (2004). *Nijmeegse Ouderlijke Stress Index-R: voorlopige handleiding*. Nijmegen: Behavioural Science Institute.
- Campbell, R., Wasco, S. M. Ahrens, C. E., Sefl T., & Barnes, H.E. (2001). Preventing the "Second Rape": Rape Survivors' Experiences With Community Service Providers. *Journal of Interpersonal Violence*. *16*, 1239-1259

- Capaldi, D. M., & Owen, L. D. (2001). Physical aggression in a community sample of at-risk young couples: Gender comparisons for high frequency, injury, and fear. *Journal of Family Psychology, 15*, 425-440.
- Clement, C., Pravda, N., Jaarsma, F., & Bandt, M. den. (2008). *Uit het veld geslagen: knelpunten na partnergeweld*. (Stichting Zijweg). Maastricht: Uitgeverij Boekenplan.
- Cummings, E. M., & Davies, P.T. (2002). Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*, 31-63.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2010). *Marital conflict and children: An emotional security perspective*. New York: Guilford Press.
- Cummings, E. M., El-Sheik, M., Kouros, C. D., & Buckhalt, J. A. (2009). *Children and violence: The role of children's regulation in the marital aggression-child adjustment link*. *Clinical Child and Family Psychology Review, 12*, 3-15.
- Cummings, E. M., Goeke-Morey, M. C., & Papp, L. M. (2003). Children's responses to everyday marital conflict tactics in the home. *Child Development, 74*, 1918-1929.
- Cummings, E. M., Schermerhorn, A. C., Davies, P. T., Goeke-Morey, M. C., & Cummings, J. S. (2006). Interparental discord and child adjustment: Prospective investigations of emotional security as an explanatory mechanism. *Child Development, 77*, 132-152.
- Cummings, J. S., Pellegrini, D. S., Notarius, C. I., & Cummings, E. M. (1989). Children's responses to angry adult behavior as a function of marital distress and history of interparental hostility. *Child Development, 60*, 1035-1043.
- Dam, A. van, Tilburg C.van, Steenkist, P., & Buisman, M. (2009). *Niet meer door het lint*. *Handboek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Davies, P. T., & Cummings, E. M. (1994). Marital conflict and child adjustment: An emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin, 116*, 387-411.
- Davies, P. T., Cummings, E. M., & Winter, M. A., (2004). Pathways between profiles of family functioning, child security in the interparental subsystem, and child psychological problems. *Development and Psychopathology, 16*, 525-550.
- 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., Winter, M. A., & Cicchetti, D. (2006). The implications of emotional security theory for understanding and treating childhood psychopathology. *Development and Psychopathology, 18*, 707-735.

- Dijk, T. van, Flight, Oppenhuis, S., & Duesmann, B. (1997). *Huiselijk geweld: aard, omvang en hulpverlening*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Dijk, T. van, & Oppenhuis, E. (2002). *Huiselijk geweld onder Surinamers, Antillianen en Arubanen, Marokkanen en Turken in Nederland: aard, omvang en hulpverlening*. Hilversum: Intomart.
- Dijk, T. van, Veen, M., & Cox, E. (2010). *Slachtofferschap van huiselijk geweld: aard, omvang, omstandigheden en hulpzoekgedrag*. Hilversum: Intomart.
- Dijkstra, S. (2001). *Kinderen (v/m) die getuige zijn van geweld tussen hun ouders: een basisverkenning van korte en lange termijn effecten*. Bilthoven: Dijkstra, onderzoek en advies.
- Dijkstra, S. (2007). *Geweld en veerkracht in gezinnen: over posities, professionals en preventie van overdracht*. Bilthoven: Van Arkel.
- Dijkstra, S., Geurts, E., & Rossum, J. van. (2010). *Kwaliteitsverbetering Advies en steunpunten huiselijk geweld: focusgesprekken met cliënten, medewerkers en ketenpartners*. Bilthoven/Utrecht: Bureau Dijkstra/Nederlands Jeugdinstituut.
- Dobash, R. P., Dobash, R. E., Wilson, M., & Daly, M. (1992). The myth of sexual symmetry in marital violence. *Social Problems*, 39, 71-91.
- 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.
- Dutton, D. G., & Corvo, K. (2006). Transforming a flawed policy: A call to revive psychology and science in domestic violence research and practice. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 457-483.
- Dutton, D. G., & Nicholls, T. L., (2005). The gender paradigm in domestic violence research and theory: Part 1: The conflict of theory and data. *Aggression and Violent Behavior*, 10, 680-714.
- Een Veilig. Thuis. (2013). *Gemeentelijke visie op de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling*. Den Haag, Utrecht, Amsterdam en Rotterdam. Den Haag: Gemeente Den Haag.
- Ehrensaft, M. K., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2004). Clinically abusive relationships in an unselected birth cohort : Men's and women's participation and developmental antecedents. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 258-270.
- Ent, D. W. van der, & Evers, Th.D. (1995). *Vrouwenmishandeling: een zorg voor de politie*. Utrecht: Politie Regio Utrecht.

- Eysenck, S. B. G., & Eysenck, H. J. (1978). Impulsiveness and venturesomeness: Their position in a dimensional system of personality description. *Psychological Reports*, 43(3), 1247-1255.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Ridder, E. M. (2005). Partner violence and mental health outcomes in a New Zealand birth cohort. *Journal of Marriage and Family*, 67, 1103-1119.
- Fiebert, M. S. (1996). College students' perception of men as victims of women's assaultive behavior. *Perceptual & Motor Skills*, 82, 49-50.
- Fischbach, R. L., & Herbert, B. (1997). Domestic Violence and Mental Health: Correlates and Conundrums Within and Across Cultures. *Social Science Medicine*, 45, 1161-1176.
- Goderie, M., & Flikweert, M. (2010). *Opbrengsten van de hulp door Steunpunten Huiselijk Geweld in Amsterdam*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Goes, A., Serkei, B., & Delft, A. van. (2009). *Werkdocument Concept Basisfuncties*. Utrecht: Movisie.
- Gondolf, E. (2001). Limitation of experimental evaluations of batterer programs. *Trauma, Violence, and Abuse*, 2, 79-88.
- Gort, A. (Eindred.). (2004). *Mozaiek: preventie en opvang huiselijk en seksueel geweld allochtone vrouwen*. Utrecht: TransAct.
- Gough, H. G. (1987). *California Psychological Inventory Administrator's Guide*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.
- Graham-Bermann, S. A., & Edleson, J. L. (2001). *Domestic violence in the lives of children: The future of research, intervention, and social policy*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Graham-Bermann, S. A., Lynch, S., Banyard, V., DeVoe, E. R., & Halabu, H. (2007). Community-based intervention for children exposed to intimate partner violence: An efficacy trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75, 199-209.
- Graham-Kevan, N., & Archer, J. (2003). Using Johnson's domestic violence typology to classify men and women in a non-selected sample. *Journal of Family interpersonal violence*, 18(11) 1247-1270.
- Groen, M. (2001). *Geweld en schaamte: richtlijnen voor de eerstelijns hulpverlening bij relationeel geweld van migranten en vluchtelingen*. Utrecht: Vrouwenopvang Utrecht.
- Harold, G. T., & Howarth, E. L. (2004). How marital conflict and violence affects children: Theory, research and future directions. In M.C. Calder, G. T.

- Harold, & E. L. Howarth (Eds.), *Children living with domestic violence: Towards a framework for assessment and intervention* (pp. 56-73). Lyme Regis, Dorset, UK: Russell House Publishing.
- Hester, M. (2009). *Who does what to whom: Gender and domestic violence perpetrators*. Bristol: Bristol University in association with Northern Rock Foundation.
- Hester, M. (2011). The Three Planet Model: Towards an understanding of contradictions in approaches to women and children's safety in contexts of domestic violence. *British Journal of Social Work*, 41, 837-853.
- Hester, M., Harwin, N., & Pearson, C. (2006). *Making an Impact*. London: Jessica Kingsley.
- Holden, G. W., & Ritchie, K. L., (1991). Linking extreme marital discord, child rearing, and child behavior problems: Evidence from battered women. *Child Development*, 62, 311-327.
- Horn, J. van, Scholing, A., & Mulder, J. (2006). Recidive bij plegers van partnergeweld. *Tijdschrift voor Criminologie*, 48(4), 331-344.
- IJzendoorn, M. H. van. (2008). *Kinder- en jeugdpsychiatrie Opvoeding over de grens: gehechtheid, trauma en veerkracht*. Boom: Meppel.
- Johnson, M. P. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and Family*, 57, 283-294.
- Johnson, M. P. (1999). *Two types of violence against women in the American family: Identifying patriarchal terrorism and common couple violence*. Paper presented at the annual meetings of the National Council on Family Relations. Irvine, CA.
- Johnson, M. P. (2006). *Conflict and control: Gender symmetry and asymmetry in domestic violence*. *Violence Against Women*, 12, 1003-1018.
- Johnson, M. P. (2008). *A typology of domestic violence: Intimate terrorism, violent resistance and situational couple violence*. (The Northeastern series on gender, crime, and law). Hanover, [N.H.] ; London : University Press of New England.
- Jouriles, E. N., Norwood, W. D., McDonald, R., Vincent, J. P., & Mahoney, A. (1996). Physical violence and other forms of marital aggression: Links with children's behavior problems. *Journal of Family Psychology*, 10, 223-234.
- Kelly, D., Faust, J., Runyon, M., & Kenny, M. (2002) Behavior patterns in sexually abused children of depressed and non-depressed mothers. *Journal of Family Violence*, 17(2), 107-116.

- Kilpatrick, K. L., & Williams, L. M. (1997). Posttraumatic stress disorder in child witnesses of domestic violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 639-644.
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., & Kenny, E. D. (2003). Child witness to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 339-352.
- Kolk, B. A. van der. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35, 401-408.
- Lamers-Winkelman, F., Slot, N. W., Bijl, B., & Vijlbrief, A.C. (2007). *Scholieren over mishandeling: resultaten van een landelijk onderzoek naar de omvang van kindermishandeling onder leerlingen van het voortgezet onderwijs*. Amsterdam / Duivendrecht: Vrije Universiteit Amsterdam / PI Research.
- Lünnemann, K. D. (1996). *Vrouwenmishandeling strafrechtelijk afgedaan?* Deventer: Gouda Quint.
- Lünnemann, K. D. (2011). *Aanpak huiselijk geweld in de G4 in de periode 2005-2010. Interne tussenrapportage*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Lünnemann, K. D., & Drost, L. (2012). *Training Partnergeweld BORG. Theoretische onderbouwing*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Lünnemann, K. D., Goderie, M., & Tierolf, B. (2010). *Geweld in afhankelijkheidsrelaties: ontwikkelingen in vraag naar en aanbod van hulp en opvang*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Lünnemann, K. D., Hermens, N., & Roeleveld, W. (2012). *Mannen over partnergeweld en vaderschap*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Lünnemann, K. D., & Pels, T. (2013). *Gezinsgeweld van generatie op generatie en de invloed van geweld op opvoeding*. (Literatuurstudie). Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Lünneman, K.D., Smit, W. & Drost, L. (2010). *De methodiek Oranje Huis in uitvoering*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Lünnemann, K. D., & Wijers, M. (2009). *Bestuurlijk aanpak eergeweld. Verkenning van het beschermingsarrangement als uitgangspunt voor een gemeentelijke aanpak*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Magdol, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Fagan, J., Newman, D. L., & Silva, P. A. (1997). Gender differences in partner violence in a birth cohort of 21 year olds: Bridging the gap between clinical and epidemiological approaches. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65, 68-78.

- Mak, J., Steketee, M., & Schuur, W. van der. (2013). *Moeders en hun kinderen over partnergeweld*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Privé geweld, publieke zaak: een nota over de gezamenlijke aanpak van huiselijk geweld*. (2002). Den Haag: Ministerie van Justitie, Directie Jeugd en Criminaliteitspreventie.
- Moffitt, T. E., Robins, R. W., & Caspi, A. (2001). A couples analysis of partner abuse with implications for abuse-prevention policy. *Criminology & public policy*, 1, 5-36.
- O'Brien, M., Margolin, G., & John, R. S. (1995). Relation among marital conflict, child coping, and child adjustment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 346-361.
- O'Leary, K. D., Malone, J., & Tyree, A. (1994). Physical aggression in early marriage: Prerelationship and relationship effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 594-602.
- Omer, H. (2011). *Nieuwe autoriteit: samenwerken aan een krachtige opvoedingsstijl thuis, op school en in de samenleving*. (MoleMann Mental Health). Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- Pattje, W. (2011). *De volgende stap: handreiking versterking regierol van de Centrumgemeenten bij de aanpak van huiselijk geweld*. Den Haag: VNG.
- Paymar, M. (2000). *Violent no more: Helping men and domestic abuse*. (2nd rev. Ed.). Alameda CA: Hunter House Publishers.
- Pattje, W. (2013). *Ondersteuningsprogramma voor de vorming van Advies- en Meldpunten Huiselijk geweld en Kindermishandeling (AMHK's): inhoud, organisatie en begroting*. Den Haag: VNG. Gevonden 23 januari 2014, op <http://www.huiselijkgeweld.nl/beleid/>
- Pels, T., Distelbrink, M., & Postma, L. (2009). *Opvoeding in de migratiecontext: review van onderzoek naar de opvoeding in gezinnen van nieuwe Nederlanders*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Pels, T., Lünemann, K. D., & Steketee, M. (2011). *Opvoeden na partnergeweld: ondersteuning van moeders en jongeren van diverse afkomst*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Pico-Alfonso, M. A. (2005). Psychological intimate partner violence: The major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience & Biobehavior Reviews*, 29, 181-193.
- Plempers, E. (2004). *Update daderhulpverlening in Nederland: inventarisatie van hulpaanbod en preventie voor plegers van seksueel en huiselijk geweld*. Utrecht: Transact.

- Ploeg, J. D. van der (2005). *Behandeling van gedragsproblemen: initiatieven en inzichten*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Prakken, J. (2013). We praten niet meer óver maar mét gezinnen. *Jeugdkennis*, 7, november 2013. Gevonden 23 januari 2014, op www.jeugdkennis.nl.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Piacentini, J. C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46, 1542-1554.
- Radford, L., & Hester, M. (2006). *Mothering through Domestic Violence*. Londen: Jessica Kingsley Publications.
- Reed, E., Raj, A., Miller, E., & Silverman, J.S. (2010). Losing the “Gender” in gender-based violence: The missteps of research on dating and intimate partner violence. *Violence Against Women*, 16, 348-354.
- Rensen, P., Arum, S. van, & Engbersen, R. (2008). *Wat werkt?: een onderzoek naar de effectiviteit en de praktische bruikbaarheid van methoden in de vrouwenopvang, maatschappelijke opvang en opvang voor zwerfjongeren*. Utrecht: Movisie / Trimbos.
- Römkens, R. (1989). *Geweld tegen vrouwen in heteroseksuele relaties: een landelijk onderzoek naar de omvang, aard, de gevolgen en achtergronden*. Amsterdam: WOSG.
- Römkens, R. (1992). *Gewoon geweld? Omvang, aard, gevolgen en achtergronden van geweld tegen vrouwen in heteroseksuele relaties*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Römkens, R. (2010). Omstreden gelijkheid; over de constructie van (on) gelijkheid van vrouwen en mannen in partnergeweld. *Justitiële verkenningen*, 36(8), 11-32.
- Rossmann, B. B. R., Bingham, R. D., & Emde, R. N. (1997). Symptomatology and adaptive functioning for children exposed to normative stressors, dog attack, and parental violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1089-1097.
- Ruiter, C. de. (2011). Risicotaxatie bij relationeel geweldplegers in de praktijk: De B-SAFER. *GZ-Psychologie*, 3(7), 24-33.
- Schechter, D., Willheim, E., & Hinojosa, C. (2010). Subjective and objective measures of parent-child relationship dysfunction, child separation distress, and joint attention. *Psychiatry*, 73(2) 130-44.
- Schreijenberg, A., Vaan, K. B. M. de, Vanoni, M. C., & Homburg, G. H. J. (2010). *Procesevaluatie Wet tijdelijk huisverbod: eindrapport*. (Regioplan; publicatienr. 1926). Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek.

- Slep, A. M., & O'Leary, S. G. (2001). Examining partner and child abuse: Are we ready for a more integrated approach of family violence? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 87-107.
- Stark, E. (2007). *Coercive control: The entrapment of women in personal life*. Oxford: University press.
- Steketee, M., Mak, J., & Flikweert, M. (2011). Deel III De jongeren. In T. Pels, K. D. Lünemann, & M. Steketee (Red), *Opvoeden na partnersgewel: ondersteuning van moeders en jongeren van diverse afkomst* (pp. 127-183). Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). *Journal of Family Issues*, 17 (3), 283-316.
- Straus, M. A., & Ramirez, I. L. (2007). Gender symmetry in prevalence, severity, and chronicity of physical aggression against dating partners by University students in Mexico and USA. *Aggressive Behavior*, 33, 281-290.
- Struik, A. (2010). Vroegkinderlijke, chronische traumatisering bij kinderen. *GZ-Psychologie*, 2(6), 18-23.
- Sullivan, C., & Alexy, C. (2001). *Evaluating the outcomes of domestic violence service programs: Some practical considerations and strategies*. Harrisburg, PA: VAWnet, a project of the National Resource Center on Domestic Violence/ Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence. Retrieved May, 3, 2014, from http://www.vawnet.org/applied-research-papers/print-document.php?doc_id=380
- Swan, S. C., & Snow, D.L. (2006). The development of a theory of women's use of violence in intimate relationships. *Violence Against Women*, 12, 1026-1045.
- Tanha, M., Beck C. J. A., Figueredo A. J., & Raghavan C. (2010). Sex Differences in Intimate Partner Violence and the Use of Coercive Control as a Motivational Factor for Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 25, 1836-1854.
- Thompson, R. A. (1997). Sensitivity and security: New questions to ponder. *Child Development*, 68, 595-597.
- Tierolf, B., & Lamers-Winkelmann, F. (2014). *TSCYC Vragenlijst over trauma-symptomen bij jonge kinderen*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- Vaan, K. B. M. de, Timmermans, M., & Homburg, G.H.J. (2013). *Effectief uit huis geplaatst?: effectevaluatie van de Wet tijdelijk huisverbod: eindrapport*. (Regioplan; publicatienr. 2193). Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek.

Veen, H. C. J. van der, & Bogaerts, S. (2010). *Huiselijk geweld in Nederland: overkoepelend synthese-rapport van het vangst-hervangst-, slachtoffer- en daderonderzoek 2007-2010*. Den Haag: WODC.

Verwijs, R., Lünemann, K. D., Tierolf, B., & Smit, W. (2012). *Evaluatie van de Rotterdamse Meldcode Huiselijk Geweld en Kinder mishandeling*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Vetere, A., & Cooper J. (2005). The effects of domestic violence on children: Trauma, resilience and breaking the cycle of violence. In C. Newnes & N. Radcliffe (Eds.), *Making and Breaking Children's Lives*. Ross on Wye: PCCS Books.

Vink, R., & Geurts. E. (2008). *Op weg naar volwassenheid: evaluatie van de tijdelijke stimuleringsregeling Advies- en steunpunten huiselijk geweld*. Leiden: TNO.

Williams, O. J., Boggess, J. L., & Carter, J. (2001). Fatherhood and domestic violence: Exploring the role of men who batter in the lives of their children. In S. A. Graham-Bermann, & J. L. Edleson (Eds.), *Domestic violence in the lives of children: The future of research, intervention, and social policy* (pp. 157-188). Washington: American Psychological Association.

Winkel, F. W., Baldry, A. C., Kuijpers, K. F., & Pemberton, A. (2009). *Risicotaxatie van herhaald slachtofferschap bij partnergeweld: handleiding bij de SARA-PV*. Tilburg: INTERVICT.

Wijk, N. Ph. L. van. (2012). *Domestic violence by and against men and women in Curaçao. A Caribbean study*. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Wijk, N. Ph. L. van, & Bruijn, J.G.M. de. (2012). Risk Factors for Domestic Violence in Curacao. *Journal of Interpersonal Violence*. 27, 3032-3053 .

Colofon

Opdrachtgever/financier	Gemeente Amsterdam Gemeente Den Haag Gemeente Rotterdam Gemeente Utrecht
Auteurs	Drs. B. Tierolf Dr. mr. K.D. Lünemann Dr. M. Steketee
Met medewerking van	Mr. drs. L. Drost Drs. R. Verwijs Drs. A. Jansma
Omslag Drukwerk Uitgave	Ontwerppartners, Breda Printplan, Eindhoven Verwey-Jonker Instituut Kromme Nieuwegracht 6 3512 HG Utrecht T (030) 230 07 99 E secr@verwey-jonker.nl I www.verwey-jonker.nl

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

ISBN 978-90-5830-636-4

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2014. Eerste druk.
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.



Werkt de integrale aanpak huiselijk geweld van de vier grote steden, Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht? Het Verwey-Jonker Instituut heeft gedurende vier jaar onderzoek gedaan in gezinnen waarin partnergeweld voorkwam. Het blijkt dat als gezinnen gemeld worden bij hulpverleningsinstellingen er veelal een lange geschiedenis is van zeer ernstig geweld tussen de partners. De negatieve gevolgen van het partnergeweld voor kinderen en de ouders zijn groot. Het onderzoek richt zich op de vraag in hoeverre de aanpak ertoe heeft geleid dat het geweld afneemt, ouders weer in staat zijn om hun kinderen op te voeden en de trauma's en emotionele onveiligheid bij kinderen afnemen. In het onderzoek zijn gezinnen gedurende anderhalf jaar gevolgd met uitgebreide metingen op drie momenten. Daarnaast zijn er met een steekproef van de gezinnen aanvullende interviews gehouden om meer zicht te krijgen op de beleving van de gezinnen in deze situatie. Ook is een steekproef van de overige bevolking bevraagd met dezelfde instrumenten om de resultaten goed te kunnen vergelijken en te duiden. Tot slot volgt een beeld van de ontwikkelingen in de aanpak huiselijk geweld in de vier steden. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de gemeenten Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht.

