

# De GIPS

**Methodiek voor intensieve intersectorale (bemoei)zorg bij  
kindermishandeling**

*Fundamenten, praktijk en uitkomsten van de pilot*



Linda Vogtländer  
Suzanne Tan  
Katinka Lünemann

De ontwikkeling van de GIPS is mogelijk gemaakt met financiële ondersteuning van:



© L. Vogtländer, de Waag Nederland

Bronvermelding bij gebruik van (delen uit) de tekst van dit document

Auteurs:

Linda Vogtländer, kinder- en jeugdpsychiater bij de Waag Utrecht, ontwikkelaar en projectleider van de GIPS

Suzanne Tan, zelfstandig onderzoeker Bureau Tangram

Katinka Lünemann, senior onderzoeker bij het Verwey-Jonker Instituut

Contact: [linda.vogtlander@gmail.com](mailto:linda.vogtlander@gmail.com)

Zie ook: [www.gipsonline.org](http://www.gipsonline.org)

Vormgeving: Yordana Rodríguez

September 2016

## VOORWOORD

Sinds 2003 werk ik bij de Waag met gezinnen waar sprake is van kindermishandeling, partnergeweld, seksueel misbruik en verwaarlozing. Iedere dag weer ligt daar als eerste en grootste uitdaging om met alle betrokken professionals onze neuzen dezelfde kant op te krijgen om zo een steunend kader te bieden aan het gezin.

Dit is moeilijk en een vak apart en ik ben er van overtuigd dat wij professionals hiervoor een methodiek nodig hebben die ons daarbij helpt. Voor goede samenwerking moeten we apart investeren.

Want, een belangrijke en terugkerende reden waarom we voor deze gezinnen geen goede resultaten bereikt hebben is 'omdat we niet goed hebben samengewerkt'. Het realiseren van samenwerking tussen organisaties vraagt veel meer dan we tot op heden hebben waargemaakt. We denken ook nog steeds dat samenwerking vanzelf gaat als we maar met de verschillende disciplines samen aan tafel zitten. Daarom is de GIPS ontwikkeld.

Er bestond geen blauwdruk voor effectieve samenwerking van al die beroepsgroepen in de dagelijkse praktijk van het begeleiden en behandelen van deze gezinnen. Hiervan waren ook geen voorbeelden in de literatuur te vinden. Wel was en is het oplossingsgericht samenwerken met ouders van de benadering Signs of Safety voor mij een belangrijke bron van inspiratie.<sup>1</sup>

Ik ben aan de slag gegaan in de weerbarstige praktijk, heb daarmee geworsteld en stapsgewijs oplossingen uitgeprobeerd, anderen daarbij naar hun ideeën gevraagd, en er jarenlang aan geschaafd en gesleuteld. Uiteindelijk heeft dit geleid tot een visie op multidisciplinaire samenwerking bij kindermishandeling en tot de daarop gestoelde methodiek van de GIPS.

Bij het uitproberen van de GIPS onder moeilijke omstandigheden zijn mooie resultaten behaald. Dat is een opsteker voor methodisch samenwerken. Ik hoop dat een nieuwe generatie collega's en gezinnen de GIPS de komende jaren gaat gebruiken en helpt verder te verbeteren.

## WOORD VAN DANK

De ontwikkeling van de GIPS is mogelijk gemaakt door financiële ondersteuning van vele partijen.<sup>2</sup>

Dit is de plek om deze organisaties en daarnaast de gezinsvoogden van Bureau Jeugdzorg Utrecht en Nieuwegein en de gezinnen die deelnamen heel hartelijk te danken voor hun vaak jarenlange financiële en morele support en voor hun inzet tijdens de pilot.

Linda Vogtländer

Kinder- en jeugdpsychiater

Ontwikkelaar en projectleider van de GIPS

---

<sup>1</sup> <http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/SignsOfSafety.pdf>

<sup>2</sup> Stichting Kinderpostzegels Nederland, de Waag Nederland, ZonMw, Steunfonds Pro Juventute Nederland, het Zilveren Kruis.

# INHOUDSOPGAVE

## Leeswijzer

<b>1. Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Achtergrond GIPS	7
1.2 Wat is de GIPS	8
1.3 Triage op onveiligheid en visie op ketensamenwerking	10
<b>2. Hoe werkt de GIPS: de theorie van gefaseerde zorg</b>	<b>11</b>
2.1 Gefaseerde ketenzorg	11
2.1.1 Directe veiligheid en stabiele veiligheid	12
2.1.2 Eerst veiligheid	12
2.1.3 Risicogestuurde zorg voor stabiele veiligheid	15
2.1.4 Het herstelplan voor trauma-geïnformeerde en herstelgerichte zorg	18
2.2 Wetenschappelijke onderbouwing werkzaamheid GIPS: what works-principes	21
2.2.1 Het risicoprincipe geeft aan wie er zorg nodig heeft en met welke intensiteit	21
2.2.2 Het behoefteprincipe geeft aan wat zorg nodig heeft	22
2.2.3 Het responsiviteitsprincipe geeft aan hoe de zorg moet worden uitgevoerd	22
2.2.4 Het integriteitsprincipe verwijst naar kwaliteit zorgaanbod	22
2.3 De GIPS is een 'bemoeizorgmodel'	23
2.4 Het besluitvormingsmodel: proces van 'het delen van kennis en perspectieven'	24
<b>3. Hoe werkt de GIPS: de methodiek in de praktijk</b>	<b>27</b>
3.1 Doelen en doelgroep van de GIPS	27
3.1.1 Doelen van GIPS	28
3.1.2 Doelgroep & indicatie GIPS	28
3.2 Het GIPsteam	29
3.3 Het GIPS traject	30
3.3.1 Uitleg over de GIPS aan gezin en persoonlijk netwerk	30
3.3.2 Van GIPS één tot en met GIPS vijf	31
3.4 Digitale werkomgeving <a href="http://www.GIPSONline.org">www.GIPSONline.org</a>	32
3.4.1 Het gezinsdossier	32
3.4.2 Ondersteuning casusregisseur door GIPSONline	34
3.5 Het verloop van een GIPsoverleg in de praktijk	34
3.5.1 De opbouw van een GIPsoverleg	35
3.5.2 Totstandkoming GIPSveiligheidsplan	36
3.5.3 Totstandkoming GIPshulpverleningsplan	38
3.5.4 Totstandkoming GIPsherstelplan	40
3.5.5 Totstandkoming GIPSvervolgplan	41
3.5.6 Totstandkoming GIPstoekomstplan	42
<b>4. Verloop van de pilot en doelgroep</b>	<b>43</b>
4.1 Verloop van de pilot	43
4.2 Achtergrondinformatie over de gezinnen	44
4.2.1 Ouders en gezinsvormen	45
4.2.2 Problematiek in de gezinnen	45

<b>5. Resultaten van de pilot: veiligheid en herstel</b>	<b>49</b>
5.1 De veiligheid van de kinderen in het gezin	49
5.1.1 Beoordelen veiligheidssituatie en betekenis veiligheidscijfers	49
5.1.2 Herstel van de veiligheid in het dagelijks leven van het kind	52
5.2. Afname impact risicofactoren voor geweld en onveiligheid op dagelijkse leven kind	55
5.2.1 Risicofactoren in de gezinnen	55
5.2.2 Terugdringen van de risicofactoren	57
5.2.3 Relatie tussen risicofactoren en stabiele veiligheid	59
5.3 Herstel van het gezonde functioneren van het kind	60
5.4 Conclusie	62
<b>6. Resultaten van de pilot: uitvoering van de GIPS</b>	<b>63</b>
6.1 Realiseren van intersectorale en multidisciplinaire samenwerking	63
6.2 Opbrengst van de GIPS voor het werk van gezinsvoogden en professionals	64
6.3 Opbrengst van de GIPS voor kinderen en ouders	66
6.4 Beoordeling van de GIPS: succesfactoren en punten ter verbetering	68
6.4.1 Succesfactoren	68
6.4.2 Punten ter verbetering	69
6.5 Conclusie	70
<b>7. Conclusies en hoe verder</b>	<b>73</b>
7.1 Beschrijving GIPS	73
7.2 De resultaten van de GIPS pilot	74
7.2.1 De GIPS vergroot veiligheid en herstel	74
7.2.2 De GIPS ondersteunt de casusregisseur en professionals	74
7.2.3 Integrale samenwerking is mogelijk en heeft een methodiek nodig	75
7.3 Randvoorwaarden bij het invoeren van de GIPS	75
7.3.1 Beschikbaarheid specifieke deskundigheid	75
7.3.2 De GIPS moet aan het begin van de keten worden	76
7.3.3 Tijd en scholing	76
7.3.4 Toekomstmuziek: borgen van programma integriteit door GIPSinstituut	77
<b>Literatuurlijst</b>	<b>78</b>
<b>Bijlagen</b>	<b>81</b>
bijlage 1. Stroomschema gefaseerde ketensamenwerking	83
bijlage 2. Grafiek met resultaten GIPStraject	85
bijlage 3. Methodologische verantwoording van GIPSpilot	87
bijlage 4. Tabel 2 A: beoordeling veiligheidssituatie kinderen tijdens GIPSoverleggen	90
bijlage 5. Overzicht risicofactoren CARE-NL	92
bijlage 6. Stroomschema triage VEILIG THUIS	95
bijlage 7. Stroomschema van de GIPSmethodiek	97

## **LEESWIJZER**

In hoofdstuk 1, de inleiding, gaan we in op de motivatie om de GIPS te ontwikkelen, het doel van de GIPS, voor welke gezinnen de methodiek geschikt is en hoe het ontwikkelen van de GIPS geleid heeft tot de verdieping van een inhoudelijke visie op ketensamenwerking bij ernstig onveilige gezinnen.

In hoofdstuk 2 beschrijven we de theoretische grondslagen van de GIPS.

In hoofdstuk 3 bieden we de lezer een kijkje in de keuken van de GIPS en beschrijven we stapsgewijs wat er in een GIPS-traject gebeurt.

In hoofdstuk 4 introduceren we de pilot GIPS: de methodiek is met 15 gezinnen en gezinsvoogden uitgeprobeerd in de praktijk.

In hoofdstuk 5 staat de doelmatigheid van de GIPS centraal voor de gezinnen die aan de pilot hebben deelgenomen. Wat leverde de GIPS de ouders en kinderen op? Werd met de GIPS de veiligheid van deze kinderen verbeterd, en herstelde hun ontwikkeling?

In hoofdstuk 6 kijken we naar wat de GIPS de professionals oplevert en wat de uitvoering met zich meebrengt.

In hoofdstuk 7 komen we tot een conclusie op basis van de onderzoeksresultaten. We besluiten met de randvoorwaarden die nodig zijn voor een goede uitvoering van de GIPS.

# 1

## INLEIDING

### 1.1 ACHTERGROND GIPS

Uit alle Inspectierapporten die de laatste tien jaar zijn opgesteld naar aanleiding van casussen waar kinderen een onnatuurlijke dood stierven, kwam als centrale lering naar voren dat het in de eerste plaats *ontbrak en ontbreekt aan samenwerking en samenhang in de zorg*.<sup>3</sup> Hulpverleners richten zich op een deel van de problematiek van uitsluitend hun eigen cliënt. Hierdoor ontbreekt het zicht op de samenhang van de problemen in het gezin. Door onvoldoende uitwisselen van informatie tussen professionals en organisaties, vooral tussen de volwassenzorg en de jeugdzorg, wordt de kwetsbaarheid van het ouderschap onvoldoende ingeschat en worden lichte kindsignalen niet begrepen in de context van de thuissituatie. Er ontbreekt een integrale risicoanalyse en een daarop gebaseerd integraal plan van aanpak van de problematiek. Hierdoor is het niet mogelijk duidelijke afspraken met deze gezinnen te maken en een gezamenlijk gedragen norm voor de veiligheid van het kind te stellen. Het gegeven dat ouders ‘hulp accepteren’ lijkt professionals gerust te stellen, zonder dat gecontroleerd en gevolgd wordt welk effect deze hulp heeft op de veiligheid. Ondanks het feit dat integrale hulpverlening in geval van kindermishandeling, seksueel misbruik en huiselijk geweld al jarenlang het adagium is, blijkt dit in de praktijk moeilijk te verwezenlijken.

Het longitudinale onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut naar de resultaten van de aanpak van huiselijk geweld (partnergeweld) in de vier grote steden in de periode 2009-2012 ondersteunt deze bevindingen: bij de aanpak van de deelproblemen in de gezinnen wordt niet gekeken naar de samenhang van die problemen met het geweld; de pleger komt vaak niet in behandeling en wordt zelden aangesproken op zijn of haar verantwoordelijkheid als ouder; hulpverleners communiceren vaak niet, laat staan dat adequaat wordt samengewerkt. Het ernstige geweld blijft voortbestaan en kinderen krijgen geen hulp of niet de hulp die ze nodig hebben.<sup>4</sup> Er zijn nog geen specifieke studies beschikbaar over de effecten van samenwerking rond kindermishandeling.<sup>5</sup>

Het ontwikkelen van de GIPS is gebaseerd op inzichten verkregen door jarenlange klinische ervaring en door intersectoraal samen te werken bij het gezinsbehandelprogramma bij kindermishandeling ‘Veilig, Sterk en Verder’ (VSV) van de Waag en het KJTC Haarlem. Net als bij VSV wordt bij de GIPS het oplossingsgericht samenwerken met ouders en hun netwerk volgens de benadering Signs of Safety van Andrew Turnell<sup>6</sup> geïntegreerd met het toepassen van gestructureerde risicotaxatie als de belangrijkste methodiek om herhaling van ernstig grensoverschrijdend gedrag te voorkomen. De GIPS voegt hier een gestructureerde manier van samenwerken aan toe.

In de periode 2012-2015 is de GIPS als een pilot uitgevoerd bij een voormalig Bureau Jeugdzorg in de regio Utrecht. Vanaf het najaar van 2016 wordt de GIPS in een enigszins gewijzigde vorm geïmplementeerd bij het MDCK Kennemerland in het kader van de Academische Werkplaats Transformatie Jeugdzorg. Het doel is de GIPS door te ontwikkelen tot een landelijk inzetbare methodiek.

---

<sup>3</sup> Samenwerkend Toezicht Jeugd. Leren van Calamiteiten. 2013. Samenwerkend Toezicht Jeugd. Leren van Calamiteiten 2. Veiligheid van kinderen in kwetsbare gezinnen. 2016.

<sup>4</sup> Tierolf, B., Lünemann, K., Steketee, M. Doorbreken geweldspatroom vraagt gespecialiseerde hulp: Onderzoek naar de effectiviteit van de aanpak huiselijk geweld in de G4. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut; 2014.

<sup>5</sup> Berge, I. ten, e.a. Stoppen en helpen. Een adequaat antwoord op kindermishandeling. Utrecht: NJI; 2012.

<sup>6</sup> Turnell, A. & Edwards, S. Veilig opgroeien. De oplossingsgerichte aanpak Signs of Safety in jeugdzorg en kinderbescherming. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2009.

## 1.2 WAT IS DE GIPS

### GIPS als noodverband

GIPS staat voor Gestructureerde & Gezinsgerichte Intersectorale Professionele Samenwerking. GIPS is ook een metafoor voor de gezamenlijke aanpak die een gebroken gezin omhult en ondersteunt waarbinnen het kan genezen en herstellen, zoals een GIPSverband voor een gebroken arm. De GIPS is een zorgtraject op maat voor en met een gezin waar sprake is van structurele ernstige onveiligheid. De aanpak verloopt in fasen. De casusregisseur betreft steeds professionals die op dat moment met het gezin werken en specialisten die vanuit hun expertise in die fase een bijdrage kunnen leveren. Tijdens de GIPSoverleggen wordt onder leiding van een voorzitter (de GIPSmeester), ten dienste van en in samenwerking met het gezin, eerst een plan voor de directe veiligheid opgesteld, dan een plan voor risicogestuurde zorg, en vervolgens een plan voor herstelgerichte zorg. De GIPSplannen worden binnen het traject steeds doorgegeven aan de (nieuwe) professionals die betrokken raken bij het gezin. De regie op de veiligheid blijft bij de casusregisseur en de GIPS borgt de inhoud en de continuïteit van het proces. Bij de eerste twee GIPSoverleggen wordt met de gezinsleden intensief samengewerkt voor en na het GIPSoverleg, maar de gezinsleden zijn niet fysiek aanwezig. Om de continuïteit van de zorg voor deze gezinnen te borgen is een intersectorale tool onontbeerlijk. De methodiek is daarom beschikbaar binnen een digitale werkomgeving ([www.gipsonline.org](http://www.gipsonline.org)). GIPSONline is onontbeerlijk in het elkaar op de hoogte houden van de essentiële afspraken. Het is een leidraad in de samenwerking. Bovendien is er een koppeling met het monitoren van de resultaten, opleiding en supervisie.

De GIPS is de tot nu toe ontbrekende *methodiek voor samenwerking en samenhang in de zorg* die stuurt en toetst zowel op het niveau van de inhoud van zorg als op het niveau van de organisatie van de zorg. De GIPS voldoet aan alle aanbevelingen van de Inspecties ‘Samenwerkend Toezicht Jeugd’ en voldoet ook aan de door het veld gewenste uitgangspunten voor de aanpak bij ernstige zich herhalende onveiligheid, geweld en misbruik in gezinnen: resultaatgericht, met het focus op herstel van veiligheid in de relaties binnen het gezinssysteem op de korte en op de lange termijn, waarbij alle expertise op het juiste moment en optimaal wordt ingezet.

### De doelgroep

De GIPS is ontwikkeld voor kindermishandeling bij de meest moeilijke (vaak forensische) doelgroep van ouders met kinderen waar fysiek en emotioneel geweld en verwaarlozing tussen gezinsleden zich herhaalt en vaak jarenlang voortduurt. Er is een complexe problematiek, waar ouders anders oordelen over de noodzaak van zorg voor de kinderen en voor henzelf. Daarnaast zijn hulpverleners en hun organisaties onvoldoende in staat hun expertise in dienst te stellen van het beëindigen van het geweldsprobleem en bij te dragen aan veiligheid en lukt het niet structurele samenwerking van volwassenenzorg met jeugdzorg rond het specifieke gezin tot stand te brengen en vast te houden.

### GIPS betekent regie op samenwerken

Een vaste regisseur is een belangrijke voorwaarde om een GIPStraject tot een succes te maken. De ervaring is dat de bereidheid om gedurende langere tijd intensieve en specifieke hulp te aanvaarden bij deze gezinnen vaak laag is. Meestal hebben zij weinig vertrouwen in de hulpverlening. Het opbouwen van een goede samenwerkingsrelatie met het gezin is essentieel, en dit kost tijd. Daarom moet de GIPS ingebed worden binnen een drang-, en dwangkader in samenwerking met Veilig Thuis, de Raad voor de Kinderbescherming, en de Jeugdbescherming en waar nodig ook met politie, OM en de Kinderrechter. Daarom ook wordt de term bemoeizorg gehanteerd. De GIPS zal te zijner tijd ook geschikt gemaakt worden voor het werken met structureel onveilige relaties zonder kinderen.



De GIPS is ontwikkeld om ingezet te worden vanuit regionale intersectorale samenwerkingsverbanden van generalisten en specialisten voor een Multidisciplinaire Aanpak van kindermishandeling, huiselijk geweld en seksueel misbruik. Deze samenwerkingsverbanden voor intersectorale en specialistische zorg dragen momenteel de werknaam: MDPlusplus. Deze MDA++ zullen in 2018 binnen alle 26 regio's van Veilig Thuis gaan opereren.<sup>7</sup>

### 1.3 TRIAGE OP ONVEILIGHEID EN VISIE OP KETENSAMENWERKING

Tijdens de selectie van gezinnen voor de pilot bij een gecertificeerde instelling voor jeugdbescherming bleek het niet eenvoudig de groep structureel onveilige gezinnen te herkennen. Een goede selectie van deze groep is echter een voorwaarde voor het inzetten van passende zorg. Voor het herkennen van structureel onveilige gezinnen is een korte lijst met screeningscriteria opgesteld. Deze screeningslijst werd de opstap tot een triage-instrument voor de Veilig Thuis, ontwikkeld in opdracht van de VNG en de GGD GHOR. Sinds januari 2015 wordt dit triage-instrument geleidelijk landelijk bij deze organisaties ingezet.<sup>8</sup> De visie op ketensamenwerking die ten grondslag ligt aan het triage-instrument is vastgelegd in het document: 'Eerst samenwerken voor veiligheid, dan samenwerken voor risicogestuurde zorg'.<sup>9</sup> Deze visie is mede ontstaan vanuit de ervaringen in het werken met de GIPS.

De GIPS geeft handvatten voor handelen aan hulpverleners en maakt chronische problematiek met terugkerende crisissen hanteerbaar en zorgt dat de problemen afnemen. De GIPS helpt zich te blijven houden op de kinderen en op de veiligheid binnen het gezin. Daarnaast biedt de GIPS ondersteuning voor directief handelen waar dit van levensbelang is. We hopen dat dit boekje inspirerend is voor niet alleen de professionals die werkzaam zijn met kinderen, van hulpverlener, jeugdbeschermer tot huisarts en leerkracht, maar ook voor beleidsmakers en toezichthouders.

In hoofdstuk 5 staat de doelmatigheid van de GIPSpilot centraal: wat is de opbrengst van deelname aan GIPS voor kinderen en ouders en bereikt de GIPS het doel de veiligheid van kinderen in structureel onveilige gezinnen te vergroten? In hoofdstuk 6 kijken we naar de uitvoering van de methodiek en bespreken we wat de GIPS de gezinsvoogden, betrokken professionals en gezinnen oplevert en bij welke randvoorwaarden de GIPS kan worden uitgevoerd.

---

<sup>7</sup> Bakker, H., Deth, A. van, Bakker, P.P., Bosch, H. van den & Groen, B. Op weg: Verkenning naar een landelijk dekkende infrastructuur aanpak kindermishandeling, huiselijk geweld en seksueel geweld. Utrecht: Movisie en NJI; 2015.

<sup>8</sup> Vogtländer, L. & Arum, S. van. Triage Veilig Thuis bij huiselijk geweld, kindermishandeling en seksueel misbruik. Versie 0.6. Utrecht: GGD GHOR Nederland; 2015. <http://www.ggdghor.nl/nieuws/2015/01/29/triage-instrument-veilig-thuis-beschikbaar/>

<sup>9</sup> Vogtländer, L. & Arum, S. van. Eerst samenwerken voor veiligheid, dan samenwerken voor risicogestuurde zorg. Een duurzame visie op ketenzorg bij kindermishandeling, huiselijk geweld en seksueel misbruiken de centrale rol hierbij van het triage-instrument Veilig Thuis. Utrecht: VNG; 2016. [https://vng.nl/files/vng/201605\\_visiedocument\\_gefaseerde\\_ketensamenwerkingvogtlander\\_van\\_arum\\_o.pdf](https://vng.nl/files/vng/201605_visiedocument_gefaseerde_ketensamenwerkingvogtlander_van_arum_o.pdf)



## HOE WERKT DE GIPS: DE THEORIE VAN GEFASEERDE ZORG

De GIPS gaat uit van het belang van gefaseerde ketenzorg binnen het bemoeizorgmodel, waarbij besluitvorming plaatsvindt via een proces van het delen van kennis en van perspectieven. In dit hoofdstuk staan we stil bij de achterliggende visie.

De gefaseerde ketenzorg staat centraal in paragraaf 2.1. Bij gezinnen waar sprake is van een patroon van geweld en onveiligheid, dus structurele onveiligheid, moet gefaseerde ketenzorg worden geboden om dit patroon te doorbreken. Hiertoe moet eerst directe veiligheid georganiseerd worden als noodverband. Dit noodverband van veiligheid is voorwaarde om te kunnen gaan werken aan stabiele veiligheid waarbij de oorzaken van de onveiligheid aangepakt worden (risicogestuurde zorg) en herstel mogelijk wordt. Deze visie van gefaseerde ketenzorg wordt wetenschappelijk onderbouwd door het RNRmodel (Risk-Need-Responsivity Model). In paragraaf 2.2 gaan we in op de vier principes waaraan een interventie moet voldoen: risicoprincipe, behoefteprincipe, responsiviteitsprincipe en integriteitsprincipe.<sup>10</sup> Het samenwerkingsmodel van de GIPS is opgezet als bemoeizorgmodel hetgeen wordt toegelicht in paragraaf 2.3. Bemoeizorg is nodig is voor gezinnen waarvan de kinderen hulp nodig hebben, terwijl de ouders die hulp niet of met moeite accepteren.<sup>11</sup> Bemoeizorg bij kindermishandeling betekent dat er ongevraagd en zonder dat er een adequate hulpvraag bestaat, zorg geleverd wordt in combinatie met een kindbeschermsmaatregel of in combinatie met een drangkader dat direct ingrijpen mogelijk maakt.

Tot slot wordt in paragraaf 2.4 uitgelegd hoe het besluitvormingsmodel van de GIPS verloopt volgens een proces van het delen van kennis en van perspectieven naar een gemeenschappelijk plan waarvoor een gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt genomen.

### 2.1 GEFASEERDE KETENZORG

De gefaseerde ketenzorg bestaat uit drie fasen: eerst veiligheid, dan werken aan stabiele veiligheid via risicogestuurde zorg en ten derde werken aan herstel. Deze drie fasen werken we uit aan de hand van de casus Janna, een baby van vier maanden die in het ziekenhuis terecht komt. Deze casus, die door het hele hoofdstuk gevolgd wordt, helpt om de verschillende fasen in de ketenzorg te verduidelijken. De casusbeschrijving dient niet ter verduidelijking van de methodiek van de GIPS: hoe de voorbereidingen met het gezin en het netwerk plaats vinden; wat een veiligheidstaxatie oplevert; noch hoe deze plannen tijdens het overleg van de professionals tot stand komen. Dit alles wordt behandeld in hoofdstuk 3. Voor een visueel overzicht van de fasen in de ketensamenwerking zie Bijlage 1: Stroomschema gefaseerde ketensamenwerking.

In deze paragraaf gaan we achtereenvolgens in op het onderscheid tussen directe veiligheid en stabiele veiligheid (§2.1.1), belang van directe veiligheid (§2.1.2), risicogestuurde zorg voor het bereiken van stabiele veiligheid (§2.1.3) en het herstelplan mede in het verband van traumaherstel (§2.1.4).

<sup>10</sup> Onderdelen van paragraaf 2.1 en 2.2 zijn letterlijk overgenomen uit het visiedocument van Vogtlander en van Arum Eerst samenwerken voor veiligheid, dan samenwerken voor risicogestuurde zorg. Een duurzame visie op ketenzorg bij kindermishandeling, huiselijk geweld en seksueel misbruik en de centrale rol hierbij van het triage-instrument Veilig Thuis. VNG. [https://vng.nl/files/vng/201605\\_visiedocument\\_gefaseerde\\_ketensamenwerkingvogtlander\\_van\\_arum\\_o.pdf](https://vng.nl/files/vng/201605_visiedocument_gefaseerde_ketensamenwerkingvogtlander_van_arum_o.pdf)

<sup>11</sup> Tielens, J. Verster, M. Bemoei Zorg. Eenvoudige tips voor moeilijke zorg. Utrecht: De Tijdstroom; 2010.

## 2.1.1 DIRECTE VEILIGHEID EN STABIELE VEILIGHEID

### Casus:

Ziekenhuis meldt bij Veilig Thuis dat baby Janna (4 maanden oud) twee gebroken ribben heeft ten gevolge van hard beetpakken door vader. Er zijn ook tekenen van oude fracturen. Er is geen schudletsel. Janna is het eerste kind van de ouders. Janna drinkt slecht en huilt veel. Moeder noch vader kunnen Janna kalmeren. Bij Veilig Thuis is eerder in 2015 een melding gedaan van een 'vechtpartij' tussen ouders. De politie meldt meerdere mutaties vanaf 2005 over uit de hand gelopen ruzies waarbij moeder geslagen was. Aangeboden hulp werd in het verleden afgehouden. Ouders hebben een nieuwe groentezaak, die niet goed loopt. Er is een schuld opgebouwd. Moeder heeft depressieve klachten.

Het is belangrijk eenzelfde definitie van veiligheid te hanteren als gesproken wordt over het realiseren van veiligheid, zodat overeenstemming is over wat bereikt moet worden. We hanteren de definitie van veiligheid naar Turnell<sup>12</sup> (Safety = strengths demonstrated as protection - relative to the danger - over time): *Veiligheid is de aanwezigheid van krachten die hebben laten zien voldoende en gedurende langere tijd te beschermen tegen het gevaar. Het gevaar bestaat uit de feitelijke onveilige gebeurtenissen die zich hebben voorgedaan en waarover zorg is dat ze zich herhalen.*

Om doelgericht en effectief te kunnen handelen, maken wij een onderscheid tussen veiligheid op de korte termijn (*directe veiligheid*) en veiligheid op de lange termijn (*stabiele veiligheid*). 'Eerst veiligheid' staat dus voor het realiseren van directe veiligheid door het geweld te stoppen en de slachtoffers te beschermen. Dit schept de voorwaarden voor hulpverlening waarmee we de onderliggende factoren aanpakken die de onveiligheid in stand houden. Het aanpakken van de onderliggende factoren heet 'risicogestuurde zorg' en daarmee beogen we stabiele veiligheid te realiseren. Directe veiligheid en stabiele veiligheid kunnen niet tegelijkertijd worden bereikt, want eerst moet er veiligheid zijn om tot rust te komen en na te kunnen denken. Pas als er voldoende directe veiligheid is, ontstaat ruimte voor verwerking en verandering, zoals ook blijkt uit het onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut 'Doorbreken geweldspatroom vraagt gespecialiseerde hulp'.<sup>13</sup> Werken aan het vergroten van veiligheid is een proces op zichzelf. Het vraagt om gerichte aandacht, verloopt stapsgewijs en heeft langere tijd nodig.

## 2.1.2 EERST VEILIGHEID

De belangrijkste reden waarom eerst gezorgd moet worden voor directe veiligheid is dat mensen pas echt aan het oplossen van problemen kunnen werken als er een voldoende mate van veiligheid is. Zolang een mens zich gestrest, bedreigd, angstig en/of onveilig voelt, is vooral het gevaarsignalerende alarmcentrum van de hersenen actief. Van daaruit reageren mensen vooral emotioneel en impulsief. Pas als iemand zich weer rustig en veilig voelt, wordt het rationeel denkende deel van de hersenen actief, dat weloverwogen keuzes kan maken.

Ook professionals kunnen zonder dat het veilig is voor hun cliënten geen goed onderzoek doen. De hulpverlener blijft dan voortdurend belast met het besef van de schadelijkheid van de voortdurende onveiligheid voor de cliënt en het zich ontwikkelende kind in het bijzonder. Bovendien is hij of zij belast met de verantwoordelijkheid aan de onveiligheid een eind te maken, maar brengt dat met zich mee

<sup>12</sup> Turnell, A. Essex, S. A. Als er niets aan de hand is. Een oplossingsgerichte methode bij ontkenning van kindermishandeling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2010.

<sup>13</sup> Tierolf, B. Lünemann, K. Stekete, M. Doorbreken geweldspatroom vraagt gespecialiseerde hulp: Onderzoek naar de effectiviteit van de aanpak huiselijk geweld in de G4. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut; 2014

dat er steeds ad hoc gereageerd moet worden op veranderende situaties binnen een gezin in crisis. Als met een gezin geen basale afspraken te maken zijn, of gezinsleden houden zich hier niet aan, is het voor de professional niet mogelijk de situatie te overzien en te bepalen welke hulp nodig is en in welke volgorde en welke samenhang die gegeven moet worden. Een hulpverleningsplan met volle medewerking van de gezinsleden kan dus nog niet aan de poort opgesteld worden. Er moet voorwerk verricht worden voordat er gewerkt kan gaan worden aan risicogestuurde zorg om patronen te veranderen waardoor stabiele veiligheid bereikt wordt.

Zorgen voor directe veiligheid betekent dat er tijdelijk een noodverband om het gezin wordt aangelegd. Dat noodverband heeft twee doelen:

- er komt directe controle op het geweld (dit wordt gestopt)
- er worden maatregelen getroffen om de slachtoffers direct te beschermen.

### Directe veiligheid in de praktijk

Directe veiligheid wordt bereikt door een *veiligheidsplan* op basis van consensus tussen professionals over wat voldoende veiligheid inhoudt. Voldoende veiligheid wordt geoperationaliseerd als consensus over een 6 op de veiligheidsschaal na discussie. De professionals die met de casusregisseur aan tafel zitten moeten het eens worden over de veiligheidsdoelen die gerealiseerd moeten worden om het gezin in de toekomst een 6 op de veiligheidsschaal te kunnen geven. Dit pakket van veiligheidsdoelen vormt het geheel van bodemeisen die de casusregisseur stelt aan de veiligheid. Het geven van cijfers is op zich intuïtief en subjectief, maar de toelichting met feitelijke informatie die de professionals met elkaar delen en de discussie daarover helpen om de situatie in kaart te brengen en tot de voor dit gezin passende oplossingen te komen. Dit sluit aan bij de oplossingsgerichte benadering *Signs of Safety*.<sup>14</sup>

In onderstaande passage staat gevisualiseerd hoe de veiligheid wordt genoteerd.

**Veiligheidsschaal**      Hoe beoordelen jullie de situatie op een schaal van 0 - 10, waarbij 0 betekent dat er signalen zijn van direct gevaar en grote onveiligheid en 10 betekent dat de veiligheid gegarandeerd is?

0 (onveilig) ←—————→ (veilig) 10

Licht in enkele woorden toe wat dit cijfer voor jou betekent. Licht ook toe waarom je niet één punt hoger geeft.

NAMEN	CIJFER	TOELICHTING

Het is een krachtige en duidelijke boodschap aan de ouders/ volwassenen en aan de betrokken hulpverleners als er eerst gestuurd wordt op het behalen van de gestelde bodemeisen van veiligheid. Zolang die niet behaald zijn moet daarin eerst door iedereen worden geïnvesteerd, want voortgaande onveiligheid heeft schadelijke gevolgen voor de gezinsleden. Als deze investering niet tot resultaat leidt, moet overwogen worden of andere maatregelen van tijdelijke aard nodig zijn om directe veiligheid te realiseren. De GIPS vindt plaats binnen het drang-, en dwangkader van de jeugdbescherming. Vanuit dit kader kan ingegrepen worden met verschillende maatregelen.

<sup>14</sup> Turnell, A. & Edwards, S. Veilig opgroeien. De oplossingsgerichte aanpak Signs of Safety in jeugdzorg en kinderscherming. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2009.

Essentieel is vervolgens de monitoring van dit veiligheidsplan omdat het tijdelijke noodverband in functie moet blijven totdat sprake is van stabiele veiligheid. Daarna is het niet meer nodig en kan het noodverband met een gerust hart verwijderd worden. Wel blijft bij elk GIPSoverleg, dus ook als er met het hulpverleningsplan en met het herstelplan gewerkt wordt, veiligheid centraal staan en wordt het als eerste agendapunt besproken: is er nog consensus over de 6 voor de mate van veiligheid op de veiligheidsschaal. Is dit niet het geval dan moeten eerst maatregelen worden genomen om die 6 direct weer te borgen.

In het afstemmingsoverleg tussen Veilig Thuis, politie en OM wordt afgesproken dat het strafrechtelijk onderzoek wordt afgerond. Bij voldoende bewijs krijgt vader een tijdelijke gedragsaanwijzing, die inhoudt dat hij zich houdt aan de interventies die ten gevolge van het traject zijn ingezet. Later zal een definitief besluit genomen worden over de strafrechtelijke reactie. Veilig Thuis heeft in overleg met de Jeugdbescherming besloten om een GIPStraject in gang te zetten bij de regionale MDA++ en dat de warme overdracht van Veilig Thuis naar de Jeugdbescherming plaatsvindt tijdens het 1e GIPSoverleg voor het maken van een veiligheidsplan.

Aanwezig op 1ste GIPSoverleg zijn: Veilig Thuis, de maatschappelijk werker van het kindziekenhuis, de jeugdverpleegkundige van de Jeugdgezondheidszorg, de wijkpolitie, de casusregisseur van de gezinsbescherming en de GIPSmester die het overleg voorziet. Iedere professional zet bij een veiligheidsoverleg eerst zijn informatie en expertise in voor het doel van directe veiligheid. Iedereen kan met zijn deelinformatie het totaalbeeld van de systeemproblemen mee in kaart brengen. Iedereen kan vanuit de eigen kennis over het systeem bijdragen om de bodemeisen van de casusregisseur te formuleren. Iedereen kan vanuit de eigen rol en specifieke deskundigheid rondom dit gezin bijdragen aan een deel van de uitvoering van het veiligheidsplan.

Op een veiligheidsschaal (0 = direct gevaar tot 10 = de veiligheid is gegarandeerd), worden cijfers 2 en 3 gegeven voor de huidige veiligheidssituatie van respectievelijk Janna en moeder.

De volgende bodemeisen worden opgesteld op basis van de drie grootste zorgen over het gevaar voor de toekomst (de TOP-3) onder regie van de casusregisseur:

- Janna kan met de ouders zijn wanneer zij in meerdere verzorgingssituaties kunnen laten zien dat zij Janna kunnen troosten als zij huilt.
- Janna kan thuis zijn wanneer de ouders in staat zijn om bij een dreigend verschil van mening ieder naar een andere kamer in huis te lopen en daar te kalmeren.
- Moeder heeft een veiligheidsplan voor zichzelf waarvan zij aantoonbaar gebruik maakt.

Er ontstaat consensus dat als deze doelen behaald zijn, de veiligheidssituatie voor Janna thuis geborgd is op het niveau van een 6 en zij in principe naar huis kan.

Afspraken in het veiligheidsplan waarmee de 'veiligheidsdoelen' bereikt worden:

- Janna wordt vanuit het ziekenhuis in een crisispleeggezin geplaatst.
- Ouders komen dagelijks eenmalig in het pleeggezin voor de zorg van Janna rond badje, bed & flesje en worden hierbij door de thuiszorg en de jeugdverpleegkundige ondersteund.
- Moeder maakt samen met de casusregisseur en de wijkpolitie en een door haar uitgekozen vertrouwenspersoon een veiligheidsplan: wat en wie heeft zij hiervoor nodig. In ze instantie wordt vader hierbij betrokken en krijgt hij hierover uitleg als moeder hiermee instemt. Iedere week heeft de casusregisseur contact met moeder om te toetsen of er dreigende escalaties plaatsvonden waardoor maatregelen die in het veiligheidsplan staan, gebruikt moesten worden, en hoe dit gewerkt heeft.
- De ouders gaan naar forensische GGZ De Waag voor diagnostiek van de geweldsproblematiek (wat is het risicoprofiel van vader en wat is de dynamiek tussen moeder en vader) en diagnostiek van de depressieve klachten van moeder, het leren van een time-out en voor advies ten aanzien van verdere behandeling. Daarbij moeten traumatische herinneringen, die een trigger vormen voor escalatie bij beide ouders en/ of waar de ouder(s) onder lijden, uitgesloten worden.
- Vader voert een gesprek met de reclassering ten behoeve van de uiteindelijke afdoening in het strafrecht.
- Janna komt het eerste halfjaar maandelijks met beide ouders bij de kinderarts voor controle op haar ontwikkeling.
- Om de actuele belangrijke stressbronnen van de ouders aan te pakken wordt afgesproken dat de broer van vader met hem de financiële problemen op een rij zal zetten, en dat de zus van moeder tijdelijk voor moeder in de zaak zal inspringen.
- Over 3 maanden is er met alle dan betrokken hulpverleners, de wijkpolitie en de reclassering overleg over het GIPShulpverleningsplan.

Er wordt uitgebreid doorgenomen hoe dit plan zorgvuldig aan de ouders kan worden voorgelegd. Dit plan wordt met de ouders en mensen uit hun netwerk doorgenomen en verbeterd of aangevuld met eigen oplossingen. Informatie over tussentijdse incidenten zullen direct doorgegeven worden aan de casusregisseur.

Het werken aan het vergroten van veiligheid is een proces, een proces dat in de beginfase ook andere belangrijke onderdelen bevat, zoals het opbouwen van een werkrelatie, het ontlasten van het systeem door het aanpakken van bronnen van stress, het bieden van praktische ondersteuning, en het motiveren tot hulp.

### 2.1.3 RISICOGESTUURDE ZORG VOOR STABIELE VEILIGHEID

Als er consensus is over de borging van veiligheid op (minimaal) het niveau van een 6 op de veiligheidschaal, is sprake van directe veiligheid. Hiermee is een belangrijke voorwaarde gerealiseerd om te gaan werken aan de veiligheid op de lange termijn: stabiele veiligheid. Nu kan er met het gezin en met de deelnemende hulpverleners en de casusregisseur gekeken worden naar de onderliggende factoren die de onveiligheid in stand houden. Het opstellen en uitvoeren van een hulpverleningsplan op basis van de belangrijkste risicofactoren heet *risicogestuurde zorg*. Dit houdt in dat professionals samen een hulpverleningsplan opstellen op basis van een gezamenlijk doorgesproken systeemgerichte risicotaxatie. Dit plan wordt daarna met ouders en het netwerk besproken en aangevuld. Het hulpverleningsplan moet systeemgericht zijn, dat wil zeggen dat het gericht is op het behalen van de doelen die het meeste effect hebben op de veiligheid binnen de relaties in het gezin. Hiermee wordt beoogd stabiele veiligheid te bereiken. Stabiele veiligheid ontstaat wanneer de professionals met elkaar met tussenpozen meerdere malen

beoordelen dat de veiligheid in het systeem *goed genoeg* is. ‘Goed genoeg’ operationaliseren we als een 7 op de veiligheidsschaal. Hiertoe moet het hulpverleningsplan tussentijds geëvalueerd en zo nodig bijgesteld worden.

### **Systeemgerichte risicotaxatie**

Het in kaart brengen van de risicofactoren kan het beste gebeuren met behulp van een gestructureerde, systeemgerichte risicotaxatie. Deze wordt dus niet ingezet om de hoogte van het risico op herhaling in te schatten, maar om de belangrijkste risico’s in dit gezin aan te pakken. Bij systeemgerichte risicotaxatie worden die risicofactoren geïnventariseerd die een belangrijke rol spelen bij de vele vormen van geweld, verwaarlozing en misbruik in huiselijke kring. De B-Safer<sup>15</sup> bij partnergeweld en de CARE-NL<sup>16</sup> en de ARIJ<sup>17</sup> bij kindermishandeling zijn systeemgerichte instrumenten en zijn digitaal beschikbaar.

De B-Safer en de CARE-NL zijn goed bruikbaar bij de aanpak van de risico’s omdat de scores onderbouwd moeten worden door een toelichting met feiten en omdat beide instrumenten richtlijnen geven voor het hanteren van de risico’s. Ze zijn als checklist beschikbaar in combinatie met handleiding en training. De B-Safer brengt risicofactoren bij zowel de pleger, het slachtoffer als de omgeving in kaart. De ARIJ is een instrument in ontwikkeling dat momenteel onderzocht en gebruikt wordt bij de Jeugdbescherming in Amsterdam. De Care-NL en de ARIJ omvatten risicofactoren, die betrekking hebben op kenmerken van de ouders, op de ouder-kind interactie, op omgevingsfactoren en op kindkenmerken. De ouderfactoren spelen de belangrijkste rol bij het voortduren van onveiligheid voor kinderen. Het gaat dan met name om ouders met een cognitieve beperking, ouders die verslaafd zijn, ouders met psychische stoornissen en ouders die in hun jeugd zelf slachtoffer waren van kindermishandeling. Daarnaast blijken ook financiële problemen een grote rol te spelen. Bij seksueel misbruik binnen het gezin kunnen de CARE-NL en de ARIJ worden aangevuld met de Static, Stable & Acute 2007<sup>18</sup>. De CARE-NL, de ARIJ, de B-Safer en de Static, Stable & Acute kunnen zinvol ingezet worden in geval plegerbehandelaren betrokken worden bij de risicotaxatie en bij de aanpak van structureel geweld. Bij onderzoek en aanpak van structureel geweld is het realiseren van vasthoudende samenwerking met de pleger en het zicht krijgen op het risicoprofiel van de pleger (diagnostiek) noodzakelijk. Daarom is de expertise van de forensische psychiatrie hierbij belangrijk.

Het gezin van baby Janna is door Veilig Thuis overgedragen aan de Jeugdbescherming waar de casusregisseur binnen een dwangkader werkt. Dit gebeurde door een warme overdracht met het gezin waarbij het veiligheidsplan werd doorgenomen.

In kaart gebrachte risicofactoren op basis van de CARE-NL voor het gezin van baby Janna (door de Jeugdbescherming, de Waag, de wijkpolitie, jeugdverpleegkundige, pleegzorg en apart door de ouders in de voorbereiding):

<sup>15</sup> Ruiters, C. de. Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk (B-SAFER). Nederlandse geautoriseerde vertaling. Utrecht: C. de Ruiters; 2009.

<sup>16</sup> Ruiters, C. de, Jong, E.M. de. CARE-NL, Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling. Utrecht: C. de Ruiters; 2005.

<sup>17</sup> Put, C. van de, Assink, M. Stam, G.J. Actuarieel Risicotaxatie Instrument voor Jeugdbescherming (ARIJ). Universiteit Amsterdam; 2005.

<sup>18</sup> Fernandez, Y. Harris, A. Hanson, R. Sparks, J. Static-99R Stable-2007 en Acute-2007; Nederlandse versie Berg, J.W. van den. Smid, W. Koch, M. Utrecht: de Forensische Zorgspecialisten; 2014. [www.hoevenkliniek.nl/onderzoek/risicotaxatie/static-stable-acute](http://www.hoevenkliniek.nl/onderzoek/risicotaxatie/static-stable-acute)



- Eerder geweld in gezin: ruzies tussen ouders die ontaarden in fysiek geweld tussen 2005 en 2015, en letsel bij baby door vader toegebracht tijdens huilen (2015).
- Moeder heeft een PTSS, met op de voorgrond depressieve klachten.
- Vader is een krenkbare man met emotie- en agressie regulatieproblemen.
- Ouders kunnen baby Janna niet kalmeren.
- Janna (4 maanden oud) is een huilbaby.
- Ouders hebben recent een eigen zaak die niet loopt.
- Er zijn schulden.
- Partnergeweld waarbij het wederzijds escaleert vanwege lichtgeraaktheid van vader, slechte communicatie en beperkt conflict oplossend vermogen van vader en moeder.
- Omdat moeder vanwege haar PTSS-klachten depressief is, komt veel zorg voor de baby bij vader terecht.

### Systeemgericht hulpverleningsplan

Het multidisciplinair opstellen van een hulpverleningsplan met oplossingen om de risicofactoren aan te pakken, leidt tot een integraal plan. Het is van belang dat dit hulpverleningsplan systeemgericht is. Systeemgerichte risicogestuurde zorg richt zich op de wisselwerking tussen beïnvloedbare individuele factoren en omgevingsfactoren bij grensoverschrijdend gedrag. Het is de huilbaby waar de jonge, snel geprikkelde en impulsieve vader zich midden in de nacht geen raad mee weet. Bij geweld, verwaarlozing en misbruik in huiselijke kring moet de *interactie tussen de gezinsleden* het focus van onze aanpak zijn. Dat betekent dat we bij het opstellen van een systeemgericht plan ons bij ieder gesteld doel moeten afvragen welk effect het behalen daarvan zal sorteren op de mate van *veiligheid binnen de relatie*. Gehechtheidsrelaties kunnen daarmee worden beschermd of hersteld. Onveilige gehechtheidsrelaties kunnen worden geneutraliseerd. Het prioriteren van doelen die het meeste effect hebben op de veiligheid in de relatie is doelmatig en efficiënt en kan de intergenerationele overdracht van geweld doorbreken.

Aan het begin van het 2e GIPSoverleg voor het maken van een hulpverleningsplan wordt voor de veiligheidssituatie van zowel Janna als moeder een 6 gegeven. Janna kan naar huis.

Let wel: Als de bodemeisen niet behaald waren zou dit overleg uitsluitend worden besteed aan het evalueren van het veiligheidsplan en het bijstellen van de afspraken.

Welke doelen op basis van drie geprioriteerde risicofactoren (de TOP-3) zijn voor het hulpverleningsplan van het gezin van baby Janna opgesteld door de professionals omdat ze het grootste effect op de veiligheid hebben:

1. Vader kan zijn boosheid beter controleren waardoor hij rustiger kan reageren op Janna en moeder.
2. Ouders leren op welke moment ze getriggerd worden in hun boosheid en nemen op tijd een time-out, waardoor er geen te grote spanning ontstaat in de aanwezigheid van Janna.
3. Moeder gaat zich sterker voelen en kan meer aan in de zorg voor Janna.

Afspraken gemaakt in het hulpverleningsplan waarmee de doelen bereikt worden:

- Vader krijgt ondersteunende medicatie.
- Vader krijgt individuele therapie gericht op het omgaan met stress.
- Moeder krijgt antidepressiva voorgeschreven.
- Er komt thuiszorg ter ondersteuning in de zorg voor moeder en kind, zodra Janna naar huis kan.

- De relatiegesprekken blijven de eerstkomende tijd gericht op het inslijten van het tijdig nemen van de time-out.
- Over drie maanden komen we bijeen voor een herstelplan voor ieder van de gezinsleden.

De reclassering koppelt het resultaat van de veiligheidstaxatie en de inhoud van het hulpverleningsplan terug aan de officier van justitie en adviseert om de zaak af te doen met een verplichting van de vader om zich te houden aan de afspraken die vastgelegd zijn in het hulpverleningsplan. De officier van justitie besluit hierop tot het seponeren van de zaak onder deze bijzondere voorwaarde.

Er wordt tijdens het GIPSoverleg nog uitgebreid doorgenomen hoe dit plan zorgvuldig aan de ouders moet worden voorgelegd. Dit plan wordt na het GIPSoverleg met de ouders en mensen uit hun netwerk doorgenomen en verbeterd of aangevuld met eigen oplossingen. Informatie over tussentijdse incidenten zullen direct doorgegeven worden aan de casusregisseur.

#### 2.1.4 HET HERSTELPLAN VOOR TRAUMA-GEÏNFORMEERDE EN HERSTELGERICHTE ZORG

Nadat het hulpverleningsplan in gang is gezet om te komen tot stabiele veiligheid, volgt de taak om waar nodig (trauma)behandeling te bieden voor psychische klachten en het bevorderen van de persoonlijke ontwikkeling van de individuele gezinsleden na wat ze hebben doorgemaakt. We gaan eerst in op de betekenis van trauma en daarna op het herstelplan.

##### Betekenis van trauma bij kinderen en bij volwassenen

Trauma is de ervaring van geweld en extreme onveiligheid bij seksueel misbruik, fysieke mishandeling, psychische mishandeling en terreur, ernstige verwaarlozing, verlies, partnergeweld, en het getuige zijn van geweld of rampen, waarbij het slachtoffer zich extreem angstig en hulpeloos voelt en de stress zodanig overweldigend is, dat het individu de situatie niet kan hanteren. Veel traumatische ervaringen zijn relationele trauma's. Relationele trauma's beschadigen de gehechtheidsrelatie en het vertrouwen in de medemens.

Kinderen en volwassenen kunnen last hebben van herbelevingen van traumatische gebeurtenissen. Deze herbelevingen zijn beangstigende herinneringen die zich overdag opdringen, of 's nachts optreden in de vorm van nachtmerries. Als traumatische herinneringen toegankelijk zijn (bespreekbaar/ beluisterbaar/ tekenbaar), dan kan er direct behandeld worden. Deze kinderen, jongeren en volwassenen hebben baat bij een vroege individuele traumagerichte behandeling volgens de richtlijnen van de beroepsgroep, om de trauma's te verwerken.<sup>19</sup>

Traumatische ervaringen kunnen tot een veelheid van klachten leiden die vaak niet herkend en herleid worden tot de onveilige ervaringen: depressiviteit, angstklachten, problemen met het hanteren van stress en emoties, een op ADHD lijkend beeld, psychotische klachten en bij kinderen tot gedragsproblemen. Bij ernstig of langdurig trauma kan het leiden tot een verstoorde ontwikkeling van de persoonlijkheid en dus met blijvende gevolgen voor de volwassenheid.

##### De impact van trauma op de ontwikkeling van kinderen

Uit internationale studies komt naar voren dat herhaalde traumatische ervaringen en cumulatie van traumatische ervaringen (bijvoorbeeld én getuige zijn van partnergeweld én verwaarlozing én vernedering) vergaande neurologische, psychologische, lichamelijke, relationele en sociale effecten hebben op het jonge kind.<sup>20</sup>

<sup>19</sup> Bicanic, I., Roos, C. de, Struik, A. Traumaverwerking: waarom niet? Kind & Adolescent Praktijk 2015; 4: 36-38.

<sup>20</sup> Wolzak A. & Berge I ten.. De gevolgen van kindermishandeling. NJI. 2008: 1-8.

Het kind loopt een ernstig risico op een verstoorde ontwikkeling<sup>21</sup> in de adolescentie en volwassenheid, juist omdat het binnen het gezin om interpersoonlijk trauma gaat. Het jonge kind heeft voor een goede ontwikkeling een veilige gehechtheidsrelatie met de ouder nodig; een ouder die veilig en beschikbaar is om hem of haar bij stress en angst te kalmeren. Interne zelfregulering van gevoelens, gedachten en gedrag is slecht te leren bij een ouder voor wie het kind bang is, bij wie het zich niet veilig voelt, of als de ouder niet beschikbaar is door het eigen slachtofferschap of een veelheid van gezinsproblemen. Het kind dat niet beschermd wordt, ontwikkelt een gebrek aan vertrouwen in zichzelf, in anderen en in de wereld.

Bij de ACE studie van Felitti e.a.<sup>22</sup> is aan 17.000 volwassenen de volgende tien vragen voorgelegd over hun jeugd voor hun 18e jaar: ben je mishandeld, verwaarloosd of misbruikt, of ben je opgegroeid in een gezin met een aan alcohol of drugs verslaafde ouder, met een ouder in de gevangenis, met een ouder met chronische psychische problemen, met een moeder die mishandeld werd of is een of beide biologische ouders uit het gezin verdwenen. Uit deze zeer belangwekkende studie komt naar voren dat er een sterke relatie bestaat tussen het aantal meegemaakte nadelige emotionele ervaringen in de jeugd en de mate van psychische en lichamelijke gezondheidsproblemen in de volwassenheid. Hoe meer nadelige jeugdervaringen, hoe groter de kans dat de persoon rookt, een seksueel overdraagbare aandoening heeft, veel wisselende seksuele contacten heeft, verslaafd is aan alcohol of drugs, leidt aan een depressie, een zelfmoordpoging onderneemt, of last heeft van de luchtwegaandoening COPD, hartproblemen, botbreuken, suikerziekte of overgewicht.

Trauma's hebben vergaande gevolgen voor de ontwikkeling van kinderen en voor de kwaliteit van leven van volwassenen. Het is daarom noodzakelijk dat in het systeem van ketenzorg bij kindermishandeling, huiselijk geweld en seksueel misbruik binnen families met multiële problemen, professionals geschoold zijn op het gebied van traumatisering: dat zij weten welke traumatische en nadelige jeugdervaringen een persoon heeft doorgemaakt, wat volwassenen en kinderen dan nodig hebben in de bejegening en dat passende zorg beschikbaar is. Dit noemen we trauma-geïnformeerde zorg.<sup>23</sup>

### **Herstelplan: werken aan herstel**

Kinderen en volwassenen laten vaak al afname van trauma- en stressgerelateerde klachten zien en een begin van herstel als het geweld daadwerkelijk stopt, zoals bij een goed doortimmerd en gemonitord veiligheidsplan. Ouders kunnen hun ouderschap beter uitoefenen omdat er hulp is voor hun persoonlijke problemen en hun bronnen van stress nemen af door de inzet van risicogestuurde zorg volgens het hulpverleningsplan. De eigen veerkracht van kinderen en volwassenen kan weer worden aangesproken.

Herstel van de kinderen begint al bij meer veiligheid thuis, maar het is voor hun herstel belangrijk dat zij zelf betrokken worden. Er gelden drie uitgangspunten voor het betrekken van kinderen. Luisteren: wat vertellen zij over de situatie thuis en zichzelf. Hun behoeften serieus nemen: wat hebben zij nodig om zich veiliger te voelen (maak de 'drie huizen').<sup>24</sup> En uitleg van het veiligheidsplan aan de hand van wat er in het gezin is gebeurd en gaat gebeuren met bij voorkeur een 'woord en beeldverhaal' (Word & Pictures).<sup>25</sup>

<sup>21</sup> Struik A. Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen. Amsterdam: Pearson; 2016.

<sup>22</sup> Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP. The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *American Journal of Preventive Medicine* 1998; 14 (4), 245-258.

<sup>23</sup> Trauma-Informed Practice [www.childwelfare.gov](http://www.childwelfare.gov)

<sup>24</sup> Bij Signs of Safety gebruikt men 'de drie huizen' om met het kind in gesprek te komen over de situatie thuis. Dit gebeurt aan de hand van: Het huis van de leuke dingen, het huis van de zorgen of de nare dingen, en het droomhuis. Zie: <http://samenwerkenwijaanveiligheid.nl/training-signs-of-safety/signs-of-wellbeing/3-huizen-signs-of-safety/>

<sup>25</sup> Turnell, A. Essex, S. A. Als er niets aan de hand is. Een oplossingsgerichte methode bij ontkenning van kindermishandeling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2010.

In geval kinderen of volwassenen last hebben van traumatische herinneringen kan het nodig zijn om een individuele traumabehandeling al eerder in het proces te starten; het onveilige gedrag wordt aanwijsbaar getriggerd door traumatische herinneringen en de verwachting is dat de aanpak hiervan direct gaat bijdragen aan de veiligheid. Uit de risicotaxatie blijkt bijvoorbeeld dat posttraumatische klachten van een ouder (bijvoorbeeld door het zelf mishandeld zijn als kind of door geweld door de partner) behoren tot de belangrijke in standhoudende risicofactoren voor het voortduren van een onveilige interactie tussen ouder en kind of tussen de partners. Gespecialiseerde GGZ is dan noodzakelijk. Het is belangrijk dat ouders niet alleen op hun ouderschap worden aangesproken en geholpen, maar ook als personen met een eigen leven.

Bij het opstellen van het herstelplan voor ieder van de kinderen en ieder van de volwassenen moet onderzocht en beoordeeld worden wat zij nodig hebben om te herstellen van wat er in hun leven is gebeurd en of er psychische klachten zijn waar zij onder blijven lijden. Aanvullend is het belangrijk om te beoordelen wat er nodig is om de kwaliteit van het gewone dagelijkse leven verder te verbeteren zowel thuis, op school, op het werk als in de vrije tijdsbesteding en voor een goed sociale netwerk. Kinderen hebben vaak een achterstand opgelopen en extra steun nodig om zich passend bij de leeftijdsfase te kunnen ontwikkelen op school en met leeftijdgenoten.

In het 3e GIPSoverleg voor het maken van de herstelplannen van de gezinsleden is er voor de Veiligheidssituatie wordt er zowel voor Janna als voor moeder gemiddeld ruim een 6,5 op de Veiligheidsschaal gegeven.

Herstelplan voor het gezin van baby Janna:

Doelen van moeder:

- Verwerking van de traumatische herinneringen aan eerdere geweldsincidenten met vader (ze is hier nu pas aan toe).
- Meer vertellen wat haar bezighoudt in de relatiegesprekken met haar man.
- Geleidelijk toewerken naar halve dagen werkzaam zijn in de zaak.
- Meer tijd voor opzoeken van vriendinnen.

Doelen van vader:

- Meer vertellen wat hem bezighoudt in de relatiegesprekken met zijn vrouw.
- Gesprek met zijn eigen gezin van oorsprong over thema's die hem nog bezighouden.
- Hervatten van sportavond.

Doelen voor Janna:

- Bieden van extra ontwikkelingskansen en mogelijkheden door plaatsing op kinderdagverblijf waar ook haar ontwikkeling geobserveerd kan worden.

Over drie maanden komen professionals weer bijeen voor de evaluatie en het bijstellen van alle eerder opgestelde doelen. Gedurende de komende periode blijft er tevens gewerkt worden aan het realiseren van de doelen uit het hulpverleningsplan.

De voortgang wordt teruggekoppeld aan de reclassering.

Er wordt nog uitgebreid doorgenomen hoe dit plan zorgvuldig aan de ouders wordt voorgelegd.

Dit plan wordt met de ouders en mensen uit hun netwerk doorgenomen en verbeterd of aangevuld met eigen oplossingen. Informatie over tussentijdse incidenten zullen direct doorgegeven worden aan de casusregisseur.

## Doorverwijzing naar multidisciplinaire aanpak

Binnen elke regio dient de regionale aanpak 'MDA++ structureel onveilig' een groepsaanbod voor kinderen en jongeren te bieden. Kinderen kunnen hier vroegtijdig terecht om herkenning te vinden, ontschuldigd te worden en uitleg te krijgen over wat onveilige gebeurtenissen met je doen. Ouders en verzorgers hebben psycho-educatie nodig over de effecten van traumatisering bij kinderen en hoe zij de kinderen kunnen ondersteunen. Binnen deze groepen kunnen de kinderen die last hebben van herbelevingen van traumatische gebeurtenissen door de behandelaar herkend worden. Deze kinderen en jongeren hebben baat bij een vroege individuele traumagerichte behandeling volgens de richtlijnen, om de trauma's te verwerken.<sup>26</sup>

Dit geldt ook voor volwassenen met posttraumatische klachten voor wie er binnen de MDA++ diagnostiek, psycho-educatie en behandeling beschikbaar moet zijn. Bovendien kan voor de resterende volwassenen, jongeren en kinderen eerst oplettend afgewacht worden wat het effect van het GIPSveiligheidsplan en het GIPShulpverleningsplan is op klachten, op persoonlijk herstel en op het mobiliseren van de eigen veerkracht.

## 2.2 WETENSCHAPPELIJKE ONDERBOUWING WERKZAAMHEID GIPS: WHAT WORKS-PRINCIPES

De *What Works principles* zijn voortgekomen uit de studie naar de effectiviteit van forensische behandeling, die aangeven waar een aanpak, gericht op ernstig grensoverschrijdend gedrag, aan moet voldoen om effectief te zijn. Het verminderen van de kans op terugval in dergelijk gedrag wordt hierbij gezien als een gerechtvaardigd doel van de zorg. De kern van de What Works-principes bestaat uit het RNR-model. RNR staat voor *risk, needs en responsivity*, in het Nederlands doorgaans vertaald als het *risicoprincipe, het behoefteprincipe en het responsiviteitsprincipe*. Later is hier het *integriteitsprincipe* aan toegevoegd.<sup>27</sup> Het RNR-model is in de afgelopen 25 jaar stevig empirisch onderbouwd met behulp van 100 meta-analyses en systematische reviews.<sup>28</sup> Het RNR-model is op zichzelf geen vorm van behandeling maar geeft richtlijnen. Interventies die aan de vier principes voldoen geven betere resultaten dan interventies die hier niet of slechts gedeeltelijk aan voldoen.<sup>29</sup> In onderstaande subparagrafen gaan we in op voorgaande principes in relatie tot GIPS.

### 2.2.1 HET RISICOPRINCIPE GEEFT AAN WIE ER ZORG NODIG HEEFT EN MET WELKE INTENSITEIT

Het risico op herhaling van grensoverschrijdend gedrag kan in beperkte mate worden voorspeld met behulp van gestructureerde risicotaxatie. De sterkste voorspeller daarbij is het (niet) eerder voorkomen van dat gedrag in het verleden, op individueel niveau<sup>30</sup> en bij screening op groepsniveau.<sup>31</sup>

Dit gegeven wordt door het triage-instrument als uitgangspunt genomen bij het screenen op *structurele ernstige onveiligheid* (hoog risico) en op *schadelijke multiproblematische leefsituatie* (laag risico). Ook bij kindermishandeling vormt de voorgeschiedenis de meest constante factor die geassocieerd is met herhaling. Eerder mishandelde kinderen hebben een zes maal hoger risico om weer mishandeld te worden dan kinderen die niet eerder mishandeld zijn.<sup>32</sup>

---

<sup>26</sup> Bicanic, I., Roos, C. de, Struik, A. Traumaverwerking: waarom niet? *Kind & Adolescent Praktijk*; 2015; 4: 36-38.

<sup>27</sup> Zie voor uitgebreidere toelichting Klein-Haneveld, E. Forensische behandeling volgens de What Works-principes. Hoofdstuk 17 in Canton, W. e.a. (Eds), *Handboek psychopathie en de anti-sociale persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht: De Tijdstroom; 2015.

<sup>28</sup> McGuire J. 'What works' to reduce re-offending: 18 years on. In Craig LA, Dixon L, Gannon TA, editors. *What works in offender rehabilitation: An evidence based approach to assessment and treatment*. Chichester: Wiley; 2013. 20-49.

<sup>29</sup> Hanson RK, Bourgon G, Helmus L, Hodgson S. The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: a meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior* 2009; 36: 965-891.

<sup>30</sup> Munro, E. *Effective Child Protection*. London: Sage; 2008: 76-94.

<sup>31</sup> Fazel S, Singh JP, Doll H, Grann M. Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24,827 people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* ;345:e4692 doi: 10.1136/bmj.e4692. 2012.

<sup>32</sup> Hindley N., Ramchandani P.G. & Jones D.P.H. Risk factors for recurrence of maltreatment: a systematic review. *Arch. Dis. Child* 2006; 9: 744-752.

De essentie van het risicoprincipe is dat de intensiteit van de zorg moet zijn afgestemd op de hoogte van het risico. Gezinnen met een hoog risico op terugval behoeven een intensieve aanpak. Gezinnen met een laag risico krijgen geen of een beperkte behandeling. De GIPS richt zich op gezinnen met een hoog risico.

### **2.2.2 HET BEHOEFTEPRINCIPE GEEFT AAN WAT ZORG NODIG HEEFT**

De zorg moet gericht zijn op de risicofactoren die samenhangen met terugval in ernstig grensoverschrijdend gedrag en die dynamisch (veranderbaar) zijn. Statische risicofactoren (de geschiedenis van dergelijk gedrag) zijn nu eenmaal wel voorspellend maar niet veranderbaar. Nadat de directe veiligheid geborgd is vormt de systeemgerichte taxatie van de dynamische risicofactoren de grondslag van risicogestuurde zorg. Bovendien gaat het niet alleen om welke risicofactoren een cruciale rol spelen bij het onderhouden van de onveiligheid, maar ook om het prioriteren ervan: welke risicofactoren vormen de grootste bedreiging voor de veiligheid. Voor de aanpak is het belangrijk om in te schatten welke daarvan het snelst effect heeft op het vergroten van de veiligheid in de relatie(s). Dat kan variëren van schuldhulpverlening, behandeling van impulsiviteit of antisociale cognities tot het opbouwen van een steunend netwerk. Deze beoordeling kan alleen goed worden uitgevoerd als die gezamenlijk wordt gedaan door de zorgverleners uit de verschillende sectoren die rondom het systeem al een rol spelen, waaronder buurtteam en school, omdat iedereen specifieke kennis over het systeem heeft en iedereen specifieke expertise in kan brengen.

### **2.2.3 HET RESPONSIVITEITSPRINCIPE GEEFT AAN HOE DE ZORG MOET WORDEN UITGEVOERD**

De zorg is het meest effectief als deze aansluit op de mogelijkheden van de betrokken personen, hun leerstijl, motivatie, hun interactie, structurele kenmerken en sterke kanten. Aan structurele kenmerken zoals intelligentie of beperkingen zoals autisme of een persoonlijkheidsstoornis moet de zorg zich aanpassen. Zo hoort bij een cliënt met een licht verstandelijke beperking een benadering met meer voorbereiding, herhaling, oefening en visuele ondersteuning. Bij een cliënt met een vlak gevoelsleven past een benadering die geen groot beroep doet op empathie of berouw maar die een heldere structuur heeft en een focus op gedragsverandering. Het responsiviteitsprincipe onderbouwt waarom de GIPS-plannen, waaronder het hulpverleningsplan op basis van de risicotaxatie, opgesteld moeten worden samen met de professionals die de gezinsleden kennen en waarom de gezinsleden daar invloed op moeten hebben door actief mee te denken met het aanpakken van hun eigen problemen. Het laatste agendapunt van ieder GIPSoverleg is daarom 'hoe voeren we dit plan zorgvuldig uit, passend bij het gezin'. Om niets over het hoofd te zien wordt daartoe een vaststaand aantal vragen doorgenomen. Kinderen uit hoogrisicogezinnen blijken veel minder te profiteren van de eventuele aanwezigheid van beschermende factoren.<sup>33</sup> Het relatieve effect van de (veelheid aan) risicofactoren is daarvoor te groot. Het versterken van beschermende factoren leidt op zich dus niet tot minder terugval. Wel is het effectief om beschermende factoren in te zetten binnen het hulpverleningsplan bij het aanpakken van specifieke risicofactoren en het bereiken van specifieke doelen. Zo kan in de casus van Janna de broer van vader gevraagd worden om met hem een overzicht te maken van zijn financiële situatie, gezien de grote schulden die zoveel stress in het gezin veroorzaken.

### **2.2.4 HET INTEGRITEITSPRINCIPE VERWIJST NAAR KWALITEIT ZORGAANBOD**

Zorg die in principe effectief is volgens de hierboven genoemde richtlijnen moet worden uitgevoerd door voldoende getrainde zorgverleners die gesteund en gesuperviseerd worden. Dit is de reden dat de GIPSmethode is ingebouwd in een digitaal dossier dat een voorgestructureerd format biedt om mee te werken. Daarbij worden de GIPSmeesters, de voorzitters van het GIPSoverleg, na hun opleiding gecertificeerd en het team van GIPSmeesters van de regionale MDA++ blijft maandelijks supervisie ontvangen.

---

<sup>33</sup> Vanderbilt-Adriance, E. & Shaw, D.S. Conceptualizing and Re-Evaluating Resilience Across Levels of Risk, Time, and Domains of Competence. *Clinical child and family psychology review* 2008: p. 12. Springer science + business media. Berlin

## 2.3 DE GIPS IS EEN 'BEMOEIZORGMODEL'

De kern van de GIPS is samenwerking bij gefaseerde ketenzorg. Deze samenwerking is opgezet als bemoeizorgmodel. Bemoeizorg is een vorm van zorg in de GGZ voor mensen met een chronische psychiatrische stoornis die hulp nodig hebben, maar die hulp niet accepteren.<sup>34</sup> Bemoeizorg bij kindermishandeling is zorg voor gezinnen waarvan de kinderen hulp nodig hebben gezien hun recht op veiligheid, terwijl de ouders die hulp niet of met moeite accepteren. Bemoeizorg bij kindermishandeling betekent dat er ongevraagd en zonder dat er een adequate hulpvraag bestaat zorg geleverd wordt in combinatie met een kindbeschermsmaatregel of in combinatie met een drangkader dat direct ingrijpen mogelijk maakt. Niet alleen de ouders hebben de regie, maar er is een casusregisseur die gemandateerd is om voorwaarden te stellen. Doel is om tijdens dit proces de ouders zelf weer in het zadel te zetten.

Met de opzet van de GIPS worden de sterke kanten benut van het model waarin experts zonder ouders tot een plan komen, het zogenaamde 'expertmodel', en het 'eigen kracht model' waarin vanaf het begin ouders bij alle overleggen aanwezig zijn en er uitsluitend samen met ouders oplossingen worden gezocht. Voor het 'expert model' is kenmerkend dat een multidisciplinair casusoverleg plaatsvindt van 'experts' waar, op basis van de analyse van de problematiek, een advies of plan voortkomt dat door de casusregisseur met de bestaande hulp in het gezin uitgevoerd moet worden, of waarvoor de casusregisseur nog hulp moet zoeken. Kern van dit model is dat oplossingen worden doordacht die door anderen moeten worden uitgevoerd. Tegenwoordig wordt steeds vaker uitgegaan van de eigen kracht van gezinnen, geïnspireerd door Signs of Safety.<sup>35</sup> Binnen het domein van de Jeugdzorg en de sociale zorg wordt het 'eigen kracht model' gebruikt waar ouders de regie hebben en waar de oplossingen van ouders centraal staan.

Bij het ontwerp van de GIPS werden de specifieke kenmerken van de doelgroep van 'structureel ernstig onveilige gezinnen' meegenomen in het doordenken van een werkzaam samenwerkingsmodel. De belangrijkste argumenten zijn: 1. ouders zijn (tijdelijk) onvermogen om te oordelen in het belang van hun kinderen, 2. de samenwerkingsrelatie tussen hulpverlening en ouders moet groeien en dit heeft tijd nodig en 3. het professionele zorgnetwerk heeft eigen overlegtijd nodig om kennis te delen en om een effectieve onderlinge samenwerkingsrelatie op te bouwen, waar het gezin daadwerkelijk van kan profiteren. In onderstaande gaan we hierop in.

### **Ouders tijdelijk onvermogen tot oordelen in het belang van het kind**

Uitgangspunt is dat de ouders in een voorafgaande, meestal langdurige periode, hebben laten zien niet in staat te zijn in voldoende mate te handelen in het belang van hun kinderen. De problematiek van de ouders (de ouderfactoren) zijn de belangrijkste factoren die geweld en onveiligheid veroorzaken en in stand houden. Deze ouderfactoren moeten daarom aangepakt worden. De meest voorkomende ouderfactoren zijn: een bestaand patroon van geweld en onveiligheid, cognitieve beperkingen, en ernstige langdurige en psychiatrische klachten, waaronder verslavingsproblematiek en middelenmisbruik, justitiecontacten of een combinatie daarvan. Ouders met deze problematiek zijn hierdoor vaak tijdelijk onvermogen (onbekwaam) om te oordelen over het belang van hun kinderen. Bovendien zijn de meeste ouders, ook zonder dat sprake is van cognitieve beperkingen of psychiatrische problematiek, dermate overweldigd door de veelheid aan problemen en de grote onveiligheid in het gezin en de stress die dat reeds lange tijd veroorzaakt, dat ze slecht tot nauwelijks in staat zijn om te denken, te oordelen en te handelen in het belang van de kinderen. Er is enige tijd nodig om te organiseren dat

---

<sup>34</sup> Tielens, J. Verster, M. Bemoei Zorg. Eenvoudige tips voor moeilijke zorg. Utrecht: De Tijdstroom; 2010.

<sup>35</sup> Turnell, A. & Edwards, S. Veilig opgroeien. De oplossingsgerichte aanpak Signs of Safety in jeugdzorg en kindbeschermt. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2009.

de stress afneemt, waarna gezinsleden weer in hun 'eigen kracht' komen, in staat zijn om hun kinderen weer te 'zien' en verantwoordelijkheid voor hen te nemen en helder kunnen meedenken aan oplossingen die ook helpend zijn voor de andere gezinsleden. Dit betekent dat in het belang van de kinderen hulp moet starten ook als ouders geen hulpvraag hebben.

### **Vertrouwen in de hulpverlening moet groeien**

Daarnaast hebben de meeste ouders weinig tot geen vertrouwen in anderen en in de hulpverlening op basis van een geschiedenis van traumatisering en onveilige relaties met hun eigen ouders, en op basis van slechte ervaringen met de hulpverlening. Dit betekent dat een goede samenwerkingsrelatie opbouwen wezenlijk is, maar moet groeien. Het is mogelijk en wezenlijk binnen het bemoeizorgmodel om intensief en respectvol met ouders samen te werken vanuit de houding dat zij de verantwoordelijkheid voor hun kinderen weer gaan nemen. Binnen het GIPS traject verschuift de regie geleidelijk naar de ouders.

### **Professioneel zorgnetwerk heeft eigen overlegtijd nodig**

Om de kennis van het professionele zorgnetwerk rond het gezin goed te gebruiken, zijn overleggen nodig waarbij de professionals ondersteund worden om hun vakkennis over het deelprobleem

(bijvoorbeeld: de verslaving van de vader, de suikerziekte van de moeder, de ADHD van vader, en de ernstige slaapproblemen van het kind) te zien en te gebruiken in relatie tot het onveilige gedrag in het gezin. Dit proces van gezamenlijk denken wordt verstoord door samen met ouders om de tafel te zitten, omdat de hulpverlener dan eerder gericht zal zijn op het in stand houden van het contact met de ouders (die er regelmatig anders over denken waardoor er een ander gesprek ontstaat) en niet alle informatie en kennis vrij uitgewisseld kan worden. Bovendien moet resultaatgericht worden vergaderd zodat er aan het einde van het overleg een concreet plan ligt. Professionals moeten elkaar ook kennen en weten wat ze aan elkaar hebben (vertrouwen in elkaar) om bij heftige en zeer ingewikkelde problematiek die verandert in de loop van de tijd, goed te blijven samenwerken met elkaar.

Voorgaande betekent voor de samenwerking bij de GIPS dat de eerste twee overleggen van het eigen professionele netwerk gescheiden plaatsvinden van de samenwerking met de ouders, de kinderen en het persoonlijke netwerk. Zo tracht de GIPS maximaal ruimte te geven aan het gezin om zijn eigen ervaring en visie in te brengen, maar ook om ruimte te bieden aan de professionals om te reflecteren op goede zorg en hoe dit goed te laten aansluiten bij het gezin.

## **2.4 HET BESLUITVORMINGSMODEL: PROCES VAN 'HET DELEN VAN KENNIS EN PERSPECTIEVEN'.**

Het besluitvormingsmodel is gebaseerd op het onderzoek van Eileen Munro naar goede besluitvorming in het werkveld van de kinderbescherming. Munro beschrijft in haar boek *Effective Child Protection*.<sup>36</sup> redenen om samen te werken bij de het maken van een plan, die zijn onder te verdelen in de inhoudelijke bespreking en voorwaarden om tot een goed overleg te komen.

### **Verbetering inhoudelijke argumentatie**

Professionals zijn geneigd in hun reactie op kindermishandeling te hard te willen optreden of juist achter over te leunen: het loopt zo'n vaart niet. Dit betekent dat zowel over-reageren als onder-reageren een risico vormt. Om dit risico te verkleinen kan de kracht van de groep worden ingezet. Binnen een groep is rijkdom aan kennis en ervaring en dit vormt een beter fundament voor het oordeel of te

---

<sup>36</sup> Munro, E. *Effective Child Protection*. London: Sage; 2008: 76-94.



nemen beslissing. Een groep maakt het mogelijk dat er zoveel mogelijk verschillende perspectieven worden ingebracht, vooral als er goede en kritische vragen gesteld worden, waarbij allen luisteren naar elkaars antwoorden. Dit geeft ruimte voor het beschouwen van alternatieve gezichtspunten en ideeën en daaraan kan het eigen oordeel getoetst worden. Deze groepsreflectie is het krachtigste wapen tegen het ontstaan van een vooringenomen standpunt en leidt tot een bredere analyse van de problemen.

### **Voorwaarden tot goede groepsreflectie**

Om tot een goede groepsreflectie te komen, tot een oordeel en beslissingen vastgelegd in een plan, is een neutrale voorzitter noodzakelijk die dit proces bevordert. Daarnaast is een formeel protocol of agenda behulpzaam als gids in het denken, dat wil zeggen een combinatie van intuïtief denken (op basis van ervaring) met weloverwogen kritisch denken. Tegelijkertijd wordt de feitelijke kennis over het gezin door alle deelnemers bijeengebracht tot een overzichtelijk gezamenlijk beeld van wat er speelt. Dit denken vraagt voldoende tijd en inspanning. Hier ligt een voorwaarde scheppende taak van de organisatie(s) waar de professionals werkzaam zijn; het faciliteren van voldoende overlegtijd. Een goede groepsreflectie heeft als bijkomend effect dat de beslissingen of het plan goed uitgelegd kunnen worden aan ouders en kinderen, waarna zij veel beter (getrapt) kunnen deelnemen aan de discussie over het voorgestelde plan en ook zelf met oplossingen kunnen komen.

Bovendien resulteert deze groepssamenwerking in een lerende cultuur die de basis vormt voor toegankelijke kennis en ervaring. Dit vormt de basis voor een open en kritische cultuur waarmee de effectiviteit van het werk binnen het veld van de kinderbeveiliging toeneemt.

Dit proces van het delen van kennis en perspectieven is zodanig uitgewerkt en gestructureerd binnen de GIPS dat het leidt tot een gedeeld plan waarvoor een *gedeelde (dit staat gelijk aan gezamenlijke) verantwoordelijkheid* wordt genomen.

In dit hoofdstuk zijn we ingegaan op de theorie achter GIPS; waarom levert gefaseerde ketenzorg de beste inhoudelijke zorg voor de GIPSdoelgroep, is samenwerking via het bemoeizorgmodel gewenst en levert het proces van gedeelde kennis en perspectieven het beste plan. In het volgende hoofdstuk gaan we in op de praktijk van GIPS: hoe ziet de gestructureerde samenwerking via vijf GIPSbijeenkomsten eruit?



## HOE WERKT DE GIPS: DE METHODIEK IN DE PRAKTIJK

Aan de hand van de ervaringen opgedaan tijdens de pilotfase van 2012 tot 2015, gaan we in dit hoofdstuk in op hoe de GIPS in de praktijk werkt.

Tijdens de pilotperiode zijn er op detailniveau kleine aanpassingen gerealiseerd teneinde de beoogde doelen makkelijker en doeltreffender te behalen. Daarnaast zijn er vijf belangrijke aanpassingen aangebracht in de huidige GIPS. Ten eerste vinden de GIPSoverleggen voortaan om de drie maanden plaats omdat het vooruitzicht van een volgend overleg binnen een vastgestelde termijn meer houvast geeft voor alle betrokkenen.<sup>37</sup> Ten tweede wordt bij de tweede GIPSbijeenkomst (GIPS 2) waar het hulpverleningsplan gemaakt wordt voortaan bij de risicotaxatie apart beoordeeld of de geschiedenis van het geweld en de onveiligheid in het gezin een patroon laat zien.<sup>38</sup> Ten derde worden bij de derde GIPSbijeenkomst (GIPS 3) naast de individuele herstelplannen voor de kinderen, voortaan ook herstelplannen voor de ouders opgesteld. Ten vierde kunnen de gezinsleden eerder zelf aanwezig zijn bij het GIPSoverleg, namelijk vanaf GIPS 3 in plaats van vanaf GIPS 4. Als voorwaarden gelden dat de basiseisen voor de veiligheid gerealiseerd zijn, dat de werkrelatie met de ouder goed is, en dat de ouders naar elkaar kunnen luisteren en verschil van mening kunnen accepteren. Tot slot is het GIPStraject uitgebreid met een vijfde GIPSoverleg voor het maken van een toekomstplan.

Een andere belangrijke verandering is de ontwikkeling van de digitale werkomgeving GIPSONline. Tijdens de pilot was de projectleider degenen die de kwaliteit van de GIPS bewaakte, onder meer door toe te zien op de juiste toepassing van GIPS en door alle, elkaar afwisselende professionals, steeds van informatie te voorzien. De digitale werkomgeving GIPSONline is ontwikkeld om de informatievoorziening te stroomlijnen en om de kwaliteit van het GIPStraject te bewaken. GIPSONline zal in het najaar van 2016 in gebruik worden genomen.

We gaan in dit hoofdstuk achtereenvolgens in op de doelen en doelgroep (§3.1), het persoonlijk netwerk van het gezin (§3.2), het GIPSteam (§3.3) en het verloop van het GIPStraject (§3.4). Vervolgens staan we stil bij de digitale werkomgeving GIPSONline in paragraaf 3.5. Tot slot geven we een kijkje in de keuken van het GIPSoverleg (§3.6). Het Stroomschema op de achterste bladzijde van dit document biedt een visuele steun bij het overzicht en de stappen die door de methodiek gezet worden op weg van een onveilig naar een veilig gezin.

### 3.1 DOELEN EN DOELGROEP VAN DE GIPS

In de inleiding (hoofdstuk 1) zijn we in algemene zin ingegaan op de doelen en de doelgroep van de GIPS. Hier geven we concreet de doelen aan en de indicaties die aanleiding kunnen zijn voor een GIPS traject.

<sup>37</sup> Tijdens de pilot hield de projectleider vinger aan de pols over de voortgang van de zorg alvorens een nieuw overleg te plannen. De eerste drie GIPSoverleggen hebben namelijk niet als functie om te evalueren maar om een volgend proces in gang te zetten. Zowel het proces van het ontwikkelen van stabiele veiligheid, als het veranderen van gedragspatronen, als herstel van de ontwikkeling van individuele gezinsleden zijn processen die tijd vragen. Daarom wordt er pas bij GIPS 4 geëvalueerd. De actuele veiligheid wordt wel bij ieder GIPSoverleg geëvalueerd.

<sup>38</sup> In de CARE-NL zijn niet alle vormen van geweld en onveiligheid in huiselijke kring onder 1 noemer gebracht (zie hiervoor ook bijlage 5). Voor de aanpak van de onveiligheid in het gezin is dit wel overzichtelijker en van belang. Daarom zullen bij de GIPS voortaan alle vormen van geweld binnen 1 categorie worden ondergebracht en zal het patroon van geweld onderkend en beoordeeld worden bij het in kaart brengen van de cruciale risicofactoren. Dit heeft geleid tot aanpassing van de GIPSRisicotaxatie CARE-NL.

### 3.1.1 DOELEN VAN GIPS

GIPS heeft vijf belangrijke doelen, die samenhangen met de verschillende GIPSoverleggen. We lichten de doelen kort toe.

#### **Toename veiligheid op de korte termijn**

Het korte termijn doel is het tot stand brengen van directe veiligheid in de actuele situatie dat dient als noodverband totdat er sprake is van structurele veranderingen en functioneel herstel van het gezinspatroon. Voor directe veiligheid moeten de bodemeisen voor de veiligheid gerealiseerd zijn op het niveau van een 6 op de veiligheidsschaal.

#### **Toename veiligheid op de lange termijn**

Het doel op de lange termijn (over 1 tot 2 jaar) is dat de relaties tussen de kinderen en de ouders stabiel veilig zijn. Dit geldt voor de situatie als de kinderen thuis wonen, maar ook als er een omgangsregeling geldt of als er sprake is van contact op afstand. De norm voor stabiele veiligheid is, dat er tot 2 keer toe binnen een periode van een half jaar door gezin en professionals een 7 is gegeven voor de veiligheidssituatie.

#### **Afname impact risicofactoren**

De risicofactoren voor geweld en onveiligheid moeten zijn aangepakt en mogen geen impact meer hebben op de relaties.

#### **Herstel van de gezonde ontwikkeling van de gezinsleden**

De individuele gezinsleden zijn goed genoeg hersteld van de opgelopen schade door de traumatische gebeurtenissen om zich weer de baas over zichzelf te voelen. Ook is hun persoonlijke ontwikkeling hersteld waarbij zij in het dagelijks functioneren thuis, op school, bij werkzaamheden, in hun vrije tijdsbesteding en bij hun sociale contacten weer kwaliteit en regie ervaren. Dit betekent dat de individuele hersteldoelen goed genoeg behaald zijn.

#### **Hernemen van de regie door het gezin**

De gezinsleden, al of niet samenwonend, kunnen weer verder met hun leven, zelfstandig of met structurele ondersteuning en vergezeld van een GIPStoekomstplan om, met wat zij geleerd hebben en met hulp van hun netwerk, terugval te voorkomen.

### 3.1.2 DOELGROEP & INDICATIE VOOR GIPS

De GIPS is bestemd voor gezinnen met kinderen in de leeftijd van 0 tot 18 jaar (en ongeboren kinderen) waar sprake is van structurele ernstige onveiligheid voor kinderen, dat wil zeggen als er *over een periode van enkele weken of langer (en eventueel vroeger in de geschiedenis) meerdere concrete voorbeelden van zorgwekkend onveilige situaties of zorgwekkend geweld zijn*. Voorbeelden van zorgwekkende onveiligheid zijn:

- Lichamelijke mishandeling al of niet met zichtbaar letsel.
- Emotioneel geweld: dreigen met het toebrengen van letsel, of dreiging met de dood; uitschelden, vernederen; opsluiten; ernstige strijd tussen ouders.
- Getuige zijn van huiselijk geweld tussen ouders; getuige zijn van dierenmishandeling.
- (Herhaalde vermoedens van) seksueel misbruiksituaties; gedwongen prostitutie.
- Het onthouden van (medische) basiszorg.
- Chronische lichamelijke, affectieve, of pedagogische verwaarlozing.
- Ernstige vermoedens van Pediatric Condition Falsification (PCF).
- Overige vormen van ernstige onveiligheid zoals: eerge relateerde problematiek; huwelijksdwang.

Een volledig en gedetailleerd ingevulde triage-instrument Veilig Thuis geeft hiervoor de onderbouwing. Daarnaast zijn er twee aanvullende criteria die helpend kunnen zijn als het wenselijk is om uit de groep structureel ernstig onveilige gezinnen de moeilijkste gezinnen te selecteren, namelijk: een geschiedenis van hulpverlening en zorg mijdende ouder(s).

De GIPS is bedoeld voor het hele gezin: alle kinderen in het gezin (kinderen die wel en kinderen die geen kindbeschermingsmaatregel hebben); de biologische ouders (ook als ze niet meer samenwonen); de volwassenen die de kinderen verzorgen, al of niet tijdelijk (netwerkplaatsing, of pleeggezin).

### **Na de indicatiestelling**

Nadat vastgesteld is dat het gezin is geïndiceerd voor de GIPS, hebben Veilig Thuis, regionale overlegtafels en jeugdbescherming een eigen verantwoordelijkheid:

#### Veilig Thuis:

- Veilig Thuis levert het ingevulde triage-instrument aan.
- Als er tevens sprake is van direct gevaar voor de fysieke veiligheid van gezinsleden moet dit gevaar afgewend worden door Veilig Thuis, al of niet in samenwerking met een ketenpartner (bv. politie, OM, Jeugdbescherming). Dat wil zeggen dat gezinsleden al veilig gesteld moeten zijn voordat het GIPS-traject start. Veilig stellen betekent dat vanuit een crisissituatie tijdelijke noodmaatregelen genomen zijn om uitvoering of herhaling van fysiek geweld te voorkomen.

#### Regionale overlegtafel (waar ook de gemeenten vertegenwoordigd is):

- Er moet een akkoord worden gegeven dat voor het GIPStraject van dit gezin de duur van het drang- of dwangkader minimaal 12 maanden omvat met de mogelijkheid tot verlenging.<sup>39</sup> Dit is belangrijk omdat een OTS tegenwoordig regelmatig slechts voor maximaal 6 maanden wordt uitgesproken.

#### De Jeugdbescherming

- Er wordt een casusregisseur aangesteld.
- Aan het gezin wordt voorgelegd of ze zelf een familiegroepsplan op willen stellen. Dit is recent opgenomen in de Jeugdwet. Als ze hiervoor kiezen dan komen ze niet in aanmerking voor een GIPStraject.

## **3.2 HET GIPSTEAM**

Het GIPSteam bestaat uit het professionele zorgnetwerk onder regie van de casusregisseur. De volgende hulpverleners en professionals worden in principe altijd benaderd, en gevraagd om deel te nemen: de gedragswetenschapper van het team, Veilig Thuis, de huisarts, de jeugdgezondheidszorgverpleegkundige van Consultatiebureau of school, de leidster van het kinderdagverblijf, de leerkrachten van school, en een vertegenwoordiger van het buurtteam. Altijd wordt nagegaan of de Raad voor de Kinderbescherming betrokken is, evenals politie en justitie (het Openbaar Ministerie of de Reclassering). Daarnaast worden altijd de professionals uitgenodigd die reeds hulpverlening bieden. Dat kunnen collega's uit iedere sector zijn: van schuldhulpverlening en ambulante gezinsondersteuning tot een therapeut van de GGZ of de verslavingszorg. Het GIPSteam van professionals bestaat uit direct betrokken

---

<sup>39</sup> Zodra er voor de casusregisseurs in het lokale veld een landelijk geldende taak- en functiebeschrijving bestaat, waarin verantwoordelijkheden ten aanzien van de regie op veiligheid en de samenwerking daarin met de andere ketenpartners goed staat uitgewerkt met duidelijke termen voor opschaling, kan de Jeugdbescherming lopende het GIPStraject de regie overdragen aan de organisatie die zich committeert aan het werken met de GIPS. Deze organisatie behoort onderdeel uit te maken van het MDA++ samenwerkingsverband. De overdracht van het drang- en dwangkader naar het vrijwillige kader kan plaatsvinden nadat door het GIPSteam en het gezin een 7 is gegeven voor de veiligheid.

bij de begeleiding en de behandeling en zij kunnen deze taak alleen gezamenlijk uitvoeren als zij informatie delen. De professionals die mee willen werken krijgen toegang tot GIPSONline met het beveiligde gezinsdossier, worden uitgenodigd voor het GIPSOverleg als te verwachten is dat zij aan dat specifieke GIPSplan een zinvolle bijdrage kunnen leveren en zij krijgen bericht als een nieuw GIPSplan in werking treedt. Van hen wordt verwacht dat zij 'signalen van onveiligheid' via GIPSONline direct doorgeven aan de casusregisseur. Zodra professionals niet meer betrokken zijn, nemen ze niet meer deel aan een GIPSOverleg en hebben geen toegang meer tot het dossier en GIPSONline.

In de loop van de vijf GIPSOverleggen gedurende een periode van één tot anderhalf jaar zal het GIPSteam dus van samenstelling veranderen. Bij geen enkel overleg zullen exact dezelfde collega's aan tafel zitten. Dit komt omdat de benodigde deskundigheid aan tafel aan het begin van het traject, bijvoorbeeld van Veilig Thuis, de huisarts of de Raad voor de Kinderbescherming, later opgevolgd wordt door de benodigde deskundigheid van bijvoorbeeld de plegerbehandelaar en de gezinsondersteuner. Vaste gezichten zijn meestal de leerkrachten van school.

De GIPSmeester is de vaste voorzitter van een GIPSOverleg. Het voorzitterschap is gezien de beladenheid van het onderwerp en de diversiteit aan meningen en professionals een veeleisende taak. Niet iedereen kan GIPSmeester zijn: men moet geschikt zijn en daartoe worden opgeleid.<sup>40</sup>

De GIPSmeester ondersteunt de casusregisseur vanaf de aanmelding tot aan de afsluiting van het traject, zodat de casusregisseur tijdens het overleg alle ruimte heeft om mee te denken over de inhoud. Tijdens het overleg is de belangrijkste taak van de GIPSmeester om de structuur van de agenda vast te houden en om waar nodig de juiste ruimte voor discussie te bieden. De GIPSmeester is er verantwoordelijk voor dat aan het einde van de 2,5 uur effectieve overlegtijd de hele agenda is doorgenomen en dat het plan klaarligt. Tijdens het overleg wordt de agenda van het GIPSplan op de beamer geprojecteerd zodat iedereen kan meelezen. Een van de aanwezigen noteert direct de antwoorden op de vragen van de agenda in het digitale gezinsdossier, zo concreet mogelijk in de spreektaal van het gezin.

Het overleg kan overal plaatsvinden, dus ook op school of in het wijkgebouw, maar de locatie moet aan enkele minimumeisen voldoen: er moet een wifi-verbinding zijn om in te loggen bij GIPSONline, er moeten flappen opgehangen kunnen worden waarop de GIPSmeester aantekeningen kan maken. Er moet voldoende tafelruimte zijn voor alle deelnemers. Het meest praktisch is om daar te vergaderen waar ook een beamer aanwezig is om de agenda voor iedereen overzichtelijk te kunnen projecteren zodat men mee kan lezen, en dat er een flipover staat waar handig op geschreven kan worden.

### **3.3 HET GIPS TRAJECT**

Voordat gestart gaat worden met de GIPS, wordt ruimte gemaakt om het gezin te motiveren voor deze gezamenlijke aanpak (§3.3.1). Daarna vinden vijf GIPSOverleggen plaats (§3.3.2).

#### **3.3.1 UITLEG OVER DE GIPS AAN GEZIN EN PERSOONLIJK NETWERK**

De ouders krijgen tijdens het eerste huisbezoek uitleg over het GIPSTraject aan de hand van een voorbeeldossier in GIPSONline. Aan hen wordt gevraagd of zij deel willen nemen aan een GIPSTraject.

---

<sup>40</sup> Tijdens de GIPSpilot was de projectleider Vogtländer de GIPSmeester en tijdens de GIPS bij het MDCK gebeurt het op de volgende wijze: De GIPSmeester maakt deel uit van een regionaal team van GIPSmeesters die gezamenlijk zijn opgeleid en supervisie krijgen. De opleiding wordt gegeven door de landelijke hoofdopleider van de GIPS en bestaat uit een theoretisch deel van 6 dagdelen en uit een praktisch deel dat ongeveer 1 tot 2 jaar duurt en waarbij de GIPSmeester onder supervisie van de opleider werkt. Zolang men als GIPSmeester werkzaam is, neemt men deel aan een maandelijks dagdeel waar onder supervisie casuïstiek doorgesproken wordt en de benodigde competenties geoefend worden.

Als zij willen meewerken wordt ook gevraagd om het toestemmingsformulier te tekenen.<sup>41</sup> Ook wordt aan de ouders en kinderen gevraagd welke personen zij als steunend en helpend ervaren. Deze mensen vormen het persoonlijke netwerk. Het is belangrijk dat er een vertrouwenspersoon voor de kinderen is. In overleg met de kinderen en ouders vragen wij een persoon om als vertrouwenspersoon voor de kinderen betrokken te zijn bij GIPS. Deze personen worden met naam, hun positie t.o.v. het gezinslid (tante, buurman, vriendin, e.a.) en hun contactgegevens opgenomen in het dossier. Zij worden samen met het gezin betrokken bij de voorbereiding van ieder GIPSplan en bij het achteraf doorspreken en verbeteren van de plannen. Hun activiteiten met de gezinsleden staan vermeld in de GIPSplannen. Via de gezinsleden zelf kunnen zij het dossier inzien. Vanaf GIPS 3 of 4 kunnen zij op uitnodiging van het gezin deelnemen aan de GIPSoverleggen.

### 3.3.2 VAN GIPS ÉÉN TOT EN MET GIPS VIJF

Het GIPStraject bestaat uit vijf GIPSoverleggen die ieder een ander doel dienen. In principe worden alle vijf de GIPSoverleggen doorlopen. Hieronder formuleren we de doelen van de GIPSoverleggen in de taal van het gezin. Deze formulering is ook terug te vinden in de tekst van het GIPSplan van het gezin in GIPSONline.

- Doel van het eerste GIPSoverleg is een GIPSveiligheidsplan met oplossingen om onveilig gedrag direct te stoppen en om afspraken te maken om de kinderen en volwassenen direct te beschermen.
- Doel van het tweede GIPSoverleg is een GIPShulpverleningsplan voor een veilige en sterke familie.
- Doel van het derde GIPSoverleg is een GIPSherstelplan voor ieder kind zodat het zich veilig voelt bij de ouders, en een gezonde ontwikkeling door kan maken zodat het een sterk kind wordt. Ook dient een GIPSherstelplan voor de ouder te worden gemaakt zodat zij of hij weer kwaliteit van leven gaat ervaren.
- Doel van het vierde GIPSoverleg is om te bespreken of alle eerder gestelde doelen behaald zijn en om een GIPSvervolgplan te maken. (Dit overleg wordt vaak 2 en soms 3 keer gehouden).
- Doel van het vijfde GIPSoverleg is een GIPStoekomstplan zodat de gezinsleden verder kunnen met hun leven, ook bij moeilijke momenten.

De GIPSoverleggen vinden in principe om de drie maanden plaats.

Iedere GIPS wordt in 3 stappen doorlopen:

1. Voorbereiding GIPSoverleg door de casusregisseur met ieder van de ouders, met de kinderen, en hun persoonlijke netwerk. Dit vormt hun input voor het GIPSoverleg.
2. GIPSoverleg met het professionele netwerk dat een voorlopig GIPSplan oplevert:
3. Het bespreken en aanpassen van het voorlopige GIPSplan met het gezin en hun netwerk tot een definitief GIPSplan:

We staan kort bij stil bij deze drie stappen:

#### Vorbereiding met de ouders

De casusregisseur neemt tijdens een huisbezoek met ieder gezinslid de vragen van de agenda door en beantwoordt ze. Dat gebeurt ter plekke met hen samen online in het gezinsdossier.

De vragen hebben betrekking op de visie van de ouders op de problematiek die in het overleg aan de orde komt en wat zij vinden dat er nodig is om verder te komen. Deze gesprekken bieden veel meer tijd, aandacht en ruimte voor de eigen mening van de individuele gezinsleden dan mogelijk zou zijn bij deelname aan een gestructureerde vergadering.

---

<sup>41</sup> Wat betreft privacy, het privacy-convenant van de MDA++ is uitgangspunt en GIPSONline voldoet aan alle normen voor informatiebeveiliging. Het gebruik van persoonsgegevens door GIPSONline is gemeld bij de Autoriteit Bescherming Persoonsgegevens. Voor de professionals is er een aparte richtlijn over de informatie-uitwisseling.

### **Het GIPSoverleg met de professionals**

Het GIPSplan zoals het door de professionals wordt opgesteld is een gezamenlijk ‘hulpaanbod’ ten dienste van de casusregisseur en ten dienste van het gezin. Het plan wordt opgesteld aan de hand van een vaste agenda tijdens een gestructureerd oplossingsgericht overleg.

### **Het achteraf bespreken van het GIPSplan met gezin en netwerk**

De uitleg over het GIPSplan wordt gegeven door de casusregisseur samen met 1 of 2 hulpverleners die een goede werkrelatie met de ouders hebben. Aan de ouders wordt gevraagd het plan te verbeteren door met eigen oplossingen te komen om de gestelde doelen te bereiken. Het netwerk wordt gevraagd om hierin mee te denken en hulp aan te bieden.

Het gezin heeft de keuze om nee tegen het GIPSplan te zeggen of het anders in te vullen. Als ouders het plan of onderdelen daarvan weigeren of aanpassingen voorstellen, is het uiteindelijk de verantwoordelijkheid van de casusregisseur om de voorgestelde wijzigingen te beoordelen en hierover beslissingen te nemen.

Het voorlopige GIPSplan wordt in overleg met het gezin en netwerk bijgesteld en door de casusregisseur op ‘definitief’ gezet. Op dat moment wordt er een emailbericht naar alle professionals van het GIPSteam verzonden dat er een definitief plan is.

Het organiseren van een huisbezoek aan beide ouders of aan ieder van de ouders apart en het organiseren van een eerste GIPSoverleg vraagt minstens 2 weken de tijd.

## **3.4 DIGITALE WERKOMGEVING WWW.GIPSONLINE.ORG**

In het najaar van 2016 wordt GIPSONline in gebruik genomen. GIPSONline heeft een openbaar deel waar iedereen informatie over de GIPS kan vinden, met een eigen pagina voor professionals, ouders en kinderen. Daarnaast is er het beveiligde deel met de digitale gezinsdossiers. In dit gezinsdossier worden alleen de GIPSplannen opgenomen. Als het voor één van de ouders onveilige gevolgen kan hebben als de ander bepaalde informatie leest, dan kunnen delen van het dossier worden afgeschermd. Mogelijk krijgt de andere ouder om bepaalde veiligheidsredenen voorlopig nog geen inzage in het dossier. In principe kunnen, met goedvinden van de ouders, ook de oudere kinderen op een gegeven moment toegang krijgen tot hun gezinsdossier. GIPSONline is dus een beveiligd digitaal dossier dat ‘zweeft’ boven alle organisaties en waar men vanuit alle sectoren mee kan werken. De toegang is dubbel beveiligd. We gaan nader in op de betekenis van GIPSONline. Eerst staan we stil bij de inhoud en opbouw van het gezinsdossier (§3.4.1) en daarna hoe GIPSONline een ondersteunend instrument is voor de casusregisseur (§3.4.2).

### **3.4.1 HET GEZINSDOSSIER**

Het GIPSgezinsdossier is een procesdossier. Dit betekent dat alleen de gezamenlijk gemaakte plannen en afspraken erin worden opgenomen, maar geen gespreksverslagen van de casusregisseur of van andere professionals. Deze worden opgetekend in het dossier van de eigen organisatie. Het gezinsdossier bestaat uit verschillende onderdelen, namelijk contactgegevens van gezinsleden enerzijds en betrokken professionals anderzijds. Daarnaast zijn er de agenda’s van de GIPSoverleggen, een veiligheidspagina en het dashboard.

### **Agenda voor GIPSplan**

Het belangrijkste onderdeel van het gezinsdossier zijn de agenda’s van de vijf GIPSplannen. Deze agenda’s kan men vooraf inzien. De agenda bestaat uit vragen. Dit zijn vragen aan de gezinsleden en vragen aan de professionals. Deze vragen moeten beantwoord worden en direct online in het dossier ingevuld.



De vragen voor de gezinsleden en hun netwerk worden beantwoord in gesprek met de casusregisseur thuis als voorbereiding op het GIPSoverleg. Tijdens het GIPSoverleg beantwoorden de casusregisseur en de professionals onder voorzitterschap van de GIPSmeester de resterende vragen van de agenda.

Vraag en antwoord vormen gezamenlijk het GIPSplan. Alleen de casusregisseur en de notulist kunnen in de GIPSplannen werken. Gezin en professionals kunnen deze plannen alleen 'lezen'.

Het GIPSplan met vragen en antwoorden kan in zijn geheel gedownload worden en geprint, door de ouders, voor het eigen dossier, of bijvoorbeeld voor de kinderrechter. Deze versie is geanonimiseerd: er zijn geen namen terug te vinden, alleen initialen. Ook kunnen delen uit het GIPSplan, bijvoorbeeld het overzicht van afspraken van de individuele professional, gekopieerd worden voor het eigen behandelplan/ dossier van een cliënt(je) van de eigen instelling.

### **Contactgegevens gezinsleden en professionals**

Onder het kopje 'gezinsleden' heeft ieder gezinslid een eigen pagina waar de volgende gegevens zijn terug te vinden: naam en woonadres, geboortedatum, contactgegevens (mailadres en telefoonnummer); namen en contactgegevens van hun vertrouwenspersonen; naam, functie en contactgegevens van alle professionals die hem of haar begeleiden; en betrokkenheid van justitie of een lopende kindbeschermingsmaatregel.

Deze persoonsgegevens kunnen afgeschermd worden. Er kan ook een foto ge-upload worden. Op deze eigen pagina kan ieder gezinslid ook terugvinden aan welke werkdoelen met of voor hem of haar gewerkt gaat worden en met welke personen hierover welke afspraken zijn gemaakt.

Er is een kopje toestemming waarachter het al of niet getekende toestemmingsformulier te downloaden is en in te zien.

Onder het kopje 'GIPSteam' staat een overzicht van alle bij dit gezin betrokken professionals, met daarachter vermeld: hun rol in het GIPSteam (GIPSmeester, casusregisseur of professional), hun beroep/ functie, hun organisatie en de namen van alle gezinsleden met wie zij werken. Van hieruit is er toegang tot de eigen pagina van iedere professional. Hier is terug te vinden: foto, contactgegevens (mailadres en telefoonnummer), met welke gezinsleden men werkt. Ook staan alle werkdoelen uit de GIPSplannen waaraan de professional een bijdrage gaat leveren en alle afspraken die daartoe gemaakt zijn apart vermeld. Zo kan iedere professional op zijn pagina in één oogopslag zien wat hem of haar nog te doen staat. Dit behoort afgevinkt te worden. Als taken niet worden afgevinkt, wordt na enige tijd een reminder verstuurd.

### **De veiligheidspagina**

Veiligheid is de constante factor waar binnen de GIPS aandacht voor is. Daarom is er een speciale veiligheidspagina. Bij crises of bij signalen over onveiligheid, bijvoorbeeld 'kind vertelt op school dat haar moeder vannacht door een ziekenauto is weggebracht naar het ziekenhuis', wordt dit door de professional via GIPSONline gecommuniceerd met de casusregisseur. Deze kan via de Veiligheidspagina van het gezin de professionals benaderen voor aanvullend gerichte informatie over de situatie en verzoeken om mee te denken met directe interventies voor de veiligheid. Daartoe is een apart formulier 'Extra veiligheidsinschatting' beschikbaar en rond te sturen per mail.

Op dezelfde pagina is ook een overzicht terug te vinden van alle gemaakte veiligheidstaxaties. Omdat de cijfers onderbouwd zijn, kan over het hele traject gecontroleerd worden hoe er aan de veiligheid gewerkt is en wat dat al of niet heeft opgeleverd.

### **Het dashboard**

De eerste pagina van het gezinsdossier is het 'dashboard'. Hier staat een overzicht van de belangrijkste resultaten van het GIPStraject tot dat moment:

1. Het actuele veiligheidscijfer is op iedere pagina, dus ook hier, zichtbaar.
2. In een grafiek is te zien in welke mate alle gestelde doelen in de loop van het traject behaald zijn. Dit zijn vanaf GIPS 1 de gemiddelden van de veiligheidscijfers die bij ieder GIPSoverleg door de professionals gegeven zijn. Vanaf de evaluatie bij GIPS 4 wordt aangegeven in welke mate de eerder geformuleerde risicodoelen en hersteldoelen van het kind gerealiseerd zijn (de kinddoelen). Er staan dus drie gekleurde lijnen weergegeven.<sup>42</sup>
3. Tevens is er een opsomming van de TOP-3 van de grootste zorgen die bij ieder GIPSoverleg zijn opgesteld. Hiermee wordt in één oogopslag zichtbaar waar het in dit gezin nu precies om gaat.
4. Tot slot staan alle doelen van het hele gezin onder elkaar opgesomd waar successievelijk aan gewerkt is en wordt.

### 3.4.2 ONDERSTEUNING CASUSREGISSEUR DOOR GIPSONLINE

Het doel van GIPSONline is ook om de casusregisseur zoveel mogelijk organisatie en administratie uit handen te nemen. Tijdens de pilot ging veel tijd zitten in het iedereen voorzien van informatie, waaronder de wisselende professionals die betrokken raakten. Door GIPSONline zijn relevante afspraken vastgelegd, waardoor iedereen optimaal betrokken wordt om een inhoudelijk passend en uitvoerbaar plan met het hele gezin op te stellen en uit te voeren met duurzame veiligheid als resultaat.

Nadat de contactgegevens van gezin, netwerk en professionals zijn ingevoerd door de casusregisseur, stuurt GIPSONline het samenwerkingsproces aan door automatisch berichten met gerichte informatie te versturen zoals: verzoek aan de professionals om hun profiel in te vullen; uitnodiging GIPSoverleg zodra de agenda voor het GIPSoverleg klaar staat; bericht dat het definitieve GIPSplan gereed is. Ook ontvangen de professionals reminders als ze hun profiel niet compleet hebben ingevuld en iedereen ontvangt reminders over gemaakte en te maken afspraken.

De casusregisseur kan tussentijds controleren of de professionals aan de doelen gewerkt hebben en de afspraken zijn nagekomen, omdat deze afgevinkt behoren te worden. Daarnaast kan de casusregisseur de casus met haar team en supervisor bespreken aan de hand van de dashboardpagina van het gezinsdossier omdat daar de belangrijkste feitelijke informatie in één oogopslag is samengevat. Het verloop van de veiligheid van het gezin kan worden verantwoord via de veiligheidspagina van het gezin waar alle relevante informatie onder elkaar staat. En de casusregisseur, die de regie op de veiligheid heeft, kan over onveilige situaties via GIPSONline (en van daaruit direct op haar mobiele telefoon) berichten ontvangen van leden van het professionele netwerk. Vervolgens kan ze hen betrekken bij de aanpak.

Om te voorkomen dat de casusregisseur in twee dossiers informatie moet verwerken, kan met de organisatie waar de casusregisseur werkzaam is, worden afgesproken dat het GIPSdossier het centrale dossier is.

## 3.5 HET VERLOOP VAN EEN GIPSOVERLEG IN DE PRAKTIJK

In deze paragraaf geven we een kijkje in de keuken van het GIPSoverleg: hoe gaat het er in de praktijk aan toe? Eerst geven we de opbouw van het GIPSoverleg weer (§3.5.1), en daarna geven we zo concreet mogelijk aan hoe respectievelijk een veiligheidsplan (§3.5.2), een hulpverleningsplan (§3.5.3), een herstelplan (§3.5.4), een vervolgplan (§3.5.5), en een toekomstplan (§3.5.6) tot stand komt. Ter illustratie maken we gebruik van verschillende concrete voorbeelden. De overleggen zijn zeer gedetailleerd beschreven en vooral interessant voor degenen die graag willen weten hoe deze nu in zijn werk gaan en wat er precies in elk overleg wordt gedaan. Lezers die meer geïnteresseerd zijn in de opbrengst van GIPS kunnen verder gaan met hoofdstuk 4.

---

<sup>42</sup> Voor een voorbeeld van deze grafiek zie Bijlage 2.

### 3.5.1 DE OPBOUW VAN EEN GIPSOVERLEG

De GIPSOverleggen beginnen altijd om 9.00 uur (of 13.00 uur) en eindigen om 12.00 uur (of 16.00 uur). Daarvan is het eerste kwartier inloop met koffie en thee en informele kennismaking. Het laatste kwartier is uitloop waarbij vaak onderling nog agenda's getrokken worden voor een afspraak. Dit betekent 2,5 uur effectieve vergadertijd. Na afloop van het overleg zullen de casusregisseur met de GIPSmeester het overleg samen evalueren. Dit gebeurt aan de hand van een checklist met vragen die helpt om terug te kijken of het overleg zo is uitgevoerd als bedoeld is, wat de sterke momenten van het overleg waren en op welke momenten het beter had gekund. Deze checklist heet 'Lijst Programma-integriteit GIPSOverleg'. Hierna zullen zij de tekst van het GIPSplan nog doorlopen op taalgebruik. Hun tijdsbesteding is 3,5 uur. Bij ieder van de vijf GIPSOverleggen staat een ander inhoudelijk thema centraal met een vaste agenda. De agenda bestaat uit vragen die gezamenlijk beantwoord moeten worden en die direct door de notulist in GIPSONline in het gezinsdossier ingevoerd worden. De uitkomst is het voorlopige GIPSplan. De opbouw van de eerste drie GIPSOverleggen (GIPS 1, GIPS 2 en GIPS 3) is identiek en bestaat uit drie onderdelen:

#### 1. Het monitoren van de veiligheid door de veiligheidstaxatie

Dit is het beoordelen van de actuele veiligheidssituatie waarbij allen een cijfer geven voor de veiligheid op een schaal van 0 – 10 en dit cijfer beargumenteren. Als het gemiddelde van de cijfers geen 6 is, moeten er ter plekke aanvullende veiligheidsdoelen doordacht worden. Hieraan worden dan concrete maatregelen gekoppeld.

#### 2. Het opstellen van het GIPSplan

Op basis van het prioriteren van de grootste zorgen rond het thema van het GIPSOverleg wordt een TOP-3 vastgesteld. Bij GIPS 1 gaat dit over de gevaren voor de toekomst als er thuis niets verandert en wat daarvan het schadelijke effect is op de kinderen. Bij GIPS 2 gaat dat over belangrijkste risicofactoren in het gezin die een obstakel vormen voor stabiele & veilige ouder-kindrelaties die belangrijk zijn voor de ontwikkeling van de kinderen. Bij GIPS 3 gaat dat over de gezondheid en de ontwikkeling van ieder van de kinderen en iedere ouder.

Bij de bespreking van het Veiligheidsplan in paragraaf 3.5.2 zal uitgelegd worden hoe zorgen worden omgezet in doelen en hoe doelen worden omgezet in oplossingen en afspraken. Bij ieder van de drie GIPSplannen wordt dit hoofdonderdeel van het overleg op dezelfde gestructureerde manier aangepakt.

#### 3. Het zorgvuldig uitvoeren van het GIPSplan

Tot slot wordt zorgvuldig stilgestaan bij hoe dit GIPSplan zorgvuldig uitgevoerd gaat worden, passend bij het gezin; de uitvoeringsdoelen worden vastgesteld. Dit onderdeel bestaat steeds uit een hele reeks vaststaande vragen. De vragen worden allemaal langsgelopen en de vraag wordt pas uitgewerkt als deze van toepassing is voor dit gezin.

Om enkele voorbeelden te noemen:

- Hoe kunnen we de vader en de moeder helpen bij wat voor hen moeilijk is aan dit plan;
- Hoe kunnen we de uitvoering van dit plan voor iedereen veilig laten verlopen;
- Stel dat ouders niet meewerken of als het gevaar toch niet afgewend kan worden, welk plan B. leggen we dan aan ouders voor. Als dit zou betekenen dat ouders en kind tijdelijk gescheiden worden, hoe voeren we dit plan dan uit met behoud van contact tussen ouders en kind.
- Hoe kunnen we de samenwerkingsrelatie met ieder van de ouders verbeteren;
- Moeten we praktische hulp bieden om het gezin in deze stressvolle fase te ondersteunen;
- Zorgdragen dat de kinderen een vertrouwenspersoon krijgen, bij voorkeur iemand van de familie;
- Zorgdragen dat het kind contact kan houden, of omgang kan hebben met de niet bij het kind thuis wonende ouder(s), met toestemming van alle belangrijke volwassenen;
- De kinderen vertellen wat voor hen belangrijk is aan dit plan, zodat zij begrijpen wat er gebeurt, welke mensen helpen, en zij vragen kunnen stellen.

De agenda's van GIPS 4 en 5 zullen verderop bij de bespreking van het GIPSvervolgplan en het GIPS-toekomstplan aan de orde komen.

### **3.5.2 TOTSTANDKOMING GIPSVEILIGHEIDSPLAN**

Het doel van GIPSoverleg 1 is een veiligheidsplan met oplossingen om onveilig gedrag direct te stoppen en om voor de kinderen en volwassenen maatregelen ter bescherming te nemen. Het GIPStraject bestaat altijd uit drie onderdelen: voorbereiding met het gezin, het GIPSoverleg en de bespreking met het gezin en persoonlijk netwerk (zie §3.3).

#### **Vorbereiding met gezin**

Alle zorgen die voortkomen uit de melding en die in het triage-instrument vermeld staan, worden stuk voor stuk met de ouders doorgenomen en hen wordt gevraagd of ze het hier al of niet mee eens zijn. Hierna wordt besproken wat de grootste zorg van de moeder en van vader is en wat er volgens hen als eerste zou moeten gebeuren. Aan de kinderen wordt gevraagd wat er thuis niet zo goed gaat en wat zij willen dat de grote mensen doen zodat het beter wordt. Aan allemaal wordt gevraagd wie de mensen zijn die hen kunnen helpen.

Aan ouders en kinderen wordt ook gevraagd wat zij vinden over de veiligheidssituatie in het gezin. De betekenis en de werking van de veiligheidsschaal wordt eerst uitgelegd aan de hand van het voorbeeld-dossier over de aparte veiligheidspagina van GIPSONline. Daarna wordt aan elk gezinslid gevraagd een cijfer op de veiligheidsschaal te geven en te vertellen waarom ze dit cijfer geven en wat er nodig is voor een hoger cijfer. Ouders geven een cijfer voor de kinderen, maar ook voor henzelf. Zo kunnen zij over de veiligheidssituatie thuis een eigen mening geven en ideeën opperen hoe de veiligheid verder te verbeteren. Dit wordt samen met hen direct in het dossier gezet.

Doordat ouder(s) en kinderen hebben gezien hoe de veiligheidspagina eruit ziet, en dat zij gedurende het GIPStraject kunnen aflezen of het veiliger wordt en door welke verbeteringen in het gezin dat komt, wordt inzichtelijk dat en hoe hun eigen inzet leidt tot vooruitgang.

#### **GIPSoverleg van het professionele netwerk**

Het GIPSoverleg bestaat uit drie onderdelen: de veiligheid taxeren, het veiligheidsplan opstellen en de uitvoering ervan bespreken (zie §3.5.1).

Eerst wordt de veiligheid vastgesteld door de veiligheidstaxatie. De genoemde input vanuit de voorbereiding met het gezin is opgenomen in de agenda en wordt door de professionals gelezen ter voorbereiding op het GIPSoverleg. De eerste vraag aan de professionals nadat ze zich kort aan elkaar hebben voorgesteld bij het overleg, is om voorbeelden te geven van goede zorg van de ouders voor hun kinderen. Dit helpt iedereen om in combinatie met de eerder vermelde feitelijke zorgen zich gezamenlijk een completer beeld te vormen met de positieve context, de krachten en de vooruitgang in dit gezin. Hierna wordt de veiligheidsschaal met de professionals ingevuld, waarbij beurtelings ieder kort antwoordt op de vraag waarom dit cijfer wordt gegeven en niet een punt hoger. Er worden cijfers gegeven voor de veiligheid van de afzonderlijke gezinsleden. Het is de bedoeling dat er vooral naar elkaar geluisterd wordt. Het is zeer helpend om zich met elkaars observaties een beter beeld te vormen van de gezinssituatie, maar ook om zicht te krijgen op elkaars rol en visie. De cijfers zijn subjectief en worden intuïtief gegeven. De betekenis van het geven van een cijfer is dat het iedereen 'dwingt' om zich uit te spreken over de gezinssituatie en te expliciteren wat er over dit gezin bij hen leeft. Het geeft ook informatie over de richting waarin de collega's de oplossingen ter verbetering zoeken.

Ten tweede wordt het veiligheidsplan opgesteld op grond van de grootste zorgen. De vraag 'Wat zijn volgens de professionals de grootste zorgen of gevaren voor de toekomst als er thuis niets verandert en wat is hiervan het schadelijke effect op de kinderen' staat centraal. Iedere aanwezige spreekt zich hierover uit. Dit wordt genoteerd op een flipover en vervolgens geeft iedereen aan wat zijn TOP-3 is en waarom. De casusregisseur bepaalt op grond van alle argumenten die iedereen hierbij geeft, wat

volgens hem of haar de definitieve TOP-3 van zorgen is en waarom. Evenals de voorafgaande vragen van de agenda en het luisteren naar elkaars antwoorden draagt deze vraag in grote mate bij aan het ontwikkelen van een gedeelde visie en een gezamenlijke analyse van de gezinssituatie. Deze drie grootste zorgen worden in gezinstaal op de daarvoor bestemde plek in het GIPSDossier genoteerd. Essentieel is dat bij iedere zorg ook opgeschreven wordt wat hiervan het schadelijke effect op het kind is. Voorbeeld van één van de grootste zorgen in een gezin is: 'ruzies tussen ouders waardoor kinderen bang en onveilig zijn, en de angst dat vader moeder hierbij zodanig verwondt dat zij niet beschikbaar is als belangrijkste verzorger van de kinderen.'

Vervolgens worden veiligheidsdoelen geformuleerd die de basis vormen om tot een veiligheidsplan te komen waarin staat hoe de zorgen worden aangepakt. Op basis van de drie grootste zorgen (TOP 3) worden gezamenlijk veiligheidsdoelen geïnterpreteerd en opgesteld die tegen deze zorgen moeten beschermen. Met het realiseren van deze doelen moet bereikt worden dat er voor de kinderen op zeer korte termijn directe veiligheid georganiseerd wordt op het niveau van een 6 op de veiligheidsschaal. Dit pakket van veiligheidsdoelen waarvan de professionals oordelen dat door deze te behalen er een 6 gegeven kan worden aan de veiligheid in het gezin worden de bodemeisen genoemd.

Bij het formuleren van de veiligheidsdoelen is het helpend om aan te geven wat het te verwachten effect van het behalen van dat doel zal zijn op de veiligheid in het gezin, door een cijfer te geven op de veiligheidsschaal. Dit helpt namelijk om na te denken over de dynamiek in dit specifieke gezin en om daarbij de veiligheid steeds centraal te houden. Dit expliciteren en in gezinstaal noteren maakt de doelen begrijpelijk en transparant voor het gezin. Omdat op basis van deze veiligheidsdoelen de aanpak (dit komt overeen met oplossingen) bedacht wordt, kunnen ook de gezinsleden bij het achteraf bespreken van het plan zelf meedenken over alternatieve, betere oplossingen en hoe ze met hun eigen inzet deze doelen willen bereiken.

Ten derde wordt in het overleg stilgestaan hoe het veiligheidsplan zorgvuldig uitgevoerd gaat worden, dus welke acties door wie ondernomen moeten worden (zie 3.5.1).

### **Bespreking met gezinsleden en persoonlijk netwerk**

Dit voorlopige veiligheidsplan wordt na het GIPSoverleg met de ouders, kinderen en persoonlijk netwerk, gezamenlijk of apart, besproken en aangepast tot het definitieve GIPSplan (zie 3.3).

De grootste zorg in het voorbeeld gezin is: ‘ruzies tussen ouders waardoor kinderen bang en onveilig zijn, en de angst dat vader moeder hierbij zodanig verwondt dat zij niet beschikbaar is als belangrijkste verzorger van de kinderen’.

Voorbeeld van de veiligheidsdoelen die worden gesteld bij de eerste zorg van de TOP-3:

Veiligheidsdoel 1: ervoor zorgen dat ouders begrijpen wat de impact is van de ruzies en het huiselijk geweld op de kinderen (effect op veiligheidscijfer: 4)

Afspraken: Gesprek met ouders door casusregisseur. Alle deelnemers aan de GIPS bespreken vanuit hun eigen kennis van zaken met ouders wat het effect van hun manier van ruziemaken is op hun kinderen..

Veiligheidsdoel 2: Vader wordt rustiger door middel van medicatie en meer rust om hem heen (effect op veiligheidscijfer: 6)

Afspraken: Huisarts overlegt met psychiater hoe de vader gemotiveerd kan worden tot het gebruik van medicatie en brengt hierna een huisbezoek.

Veiligheidsdoel 3: Afspreken met ouders dat bij ruzies tussen de ouders de kinderen er niet bij zijn (effect op veiligheidscijfer: 6)

Afspraken: de casusregisseur maakt een Veiligheidsplan met de ouders.

Veiligheidsdoel 4: Afspraken met moeder over wat zij zelf kan doen om de kinderen en zichzelf in veiligheid te brengen (effect op veiligheidscijfer: 6).

Afspraken: de casusregisseur bespreekt dit met moeder. Dit is een belangrijk onderdeel van het veiligheidsplan. Voorstellen aan moeder om de wijkagent bij dit plan te betrekken: wat kan de wijkagent betekenen. Met moeder bespreken wat vader van het veiligheidsplan moet weten.

Vervolgens worden ook voor zorg 2 en 3 de veiligheidsdoelen met de afspraken doordacht.

Daarna wordt erbij stilgestaan of binnen deze doelen en afspraken ook de voorstellen van het gezin zelf zijn verwerkt zoals deze in de voorbespreking met het gezin naar voren kwamen.

### 3.5.3 TOTSTANDKOMING GIPSHULPVERLENINGSPLAN

Het doel van het tweede GIPSoverleg is een GIPShulpverleningsplan voor een veilige en sterke familie. Zoals bij het Veiligheidsplan ‘het formuleren van de grootste zorgen of gevaren voor de toekomst’ centraal staan, zo staan bij het hulpverleningsplan ‘de belangrijkste risicofactoren in het gezin die een obstakel vormen voor duurzame veilige ouder-kindrelaties, belangrijk voor de veilige ontwikkeling van de kinderen’ centraal. Gewerkt wordt met een systeemgerichte risicotaxatie waarin alle risicofactoren op het niveau van ouder, kind, ouder-kindinteractie en de stressvolle omgevingsfactoren zijn ondergebracht: de CARE-NL. De risicotaxatie wordt uitgevoerd door ouders en professionals. De opbouw is hetzelfde als onder GIPSoverleg 1. We gaan alleen in op de fase van de voorbereiding met het gezin en netwerk en de wijze waarop inhoudelijk het GIPSoverleg met professionals plaatsvindt.

#### Vorbereiding met gezin en netwerk

Ouders wordt gevraagd wat zij voor de toekomst met elkaar en de kinderen wensen. De kinderen wordt gevraagd wat het droomhuis is waar ze het fijn met elkaar hebben, wat er dan thuis moet veranderen en wie daarbij goed kunnen helpen. Het netwerk wordt gevraagd wat zij belangrijk vinden dat er thuis verandert en hoe zij daarbij willen helpen.

Vanuit de thema's van de CARE-NL is een oudervragenlijst opgesteld over ‘de gezinssituatie’: *Wat zijn de problemen die uw gezinssituatie nog moeilijker maken en wat zijn stappen op de goede weg*. Met deze laagdrempelige, oplossingsgerichte en van krachten uitgaande vragenlijst wordt met ouders door de casusregisseur ter voorbereiding op het GIPSoverleg 2 stilgestaan bij wat zij zelf vinden dat er in hun

gezin moet veranderen zodat het weer de goede kant opgaat. Wat kunnen ouders daar zelf aan doen, welke hulp in het verleden was helpend? Ook wordt besproken of ze het goed vinden dat de hulpverleners hierover nadenken en met voorstellen komen.

Na de voorbespreking vult de casusregisseur het format van de CARE-NL op GIPSONline in op basis van de antwoorden van de ouders en met de eigen informatie.

### **GIPSoverleg met het professionele netwerk**

De professionals hebben het overleg voorbereid door de agenda te lezen met de input van het gezin en hun netwerk. Daarnaast hebben ze de CARE-NL doorgenomen die door de casusregisseur is ingevuld. Hen wordt gevraagd om zelf van te voren een TOP-3 op te stellen van de belangrijkste risicofactoren en deze te beargumenteren.

Het overleg begint met het monitoren van de veiligheid (zie vorige 3.5.2); welk cijfer wordt nu gegeven aan de veiligheidssituatie van de kinderen en de ouders. Wordt aan de bodemeisen van veiligheid voldaan? Zo nee, dan wordt eerst gestructureerd overlegd over de veiligheidsdoelen en de te afspraken die nodig zijn om wel aan de bodemeisen te kunnen voldoen.

Daarna staat het opstellen van het hulpverleningsplan centraal. Vanuit de agenda van het GIPSoverleg wordt de vraag gesteld: 'wat zijn van de CARE-NL de belangrijkste risicofactoren in het gezin die een obstakel vormen voor duurzaam veilige ouder-kindrelaties, belangrijk voor de veilige ontwikkeling van de kinderen'. Hiervan wordt door de professionals, zoals beschreven bij het GIPSoverleg, een gezamenlijke TOP-3 bepaald.

Omdat de risicotaxatie beoordeeld wordt vanuit verschillende disciplines, wordt de kennis van iedereen over het gezin, met ieders professionele ervaring en specifieke deskundigheid, betrokken bij het prioriteren van de risicofactoren. Van groot belang is dat expliciet aangegeven moet worden wat het directe effect van de risicofactoren is op de veiligheid in de relaties. En dit moet concreet en in gezinstaal opgeschreven worden in het plan.

Het expliciteren van de relatie tussen het gedrag van de ouders en wat dat voor de kinderen betekent, is noodzakelijk in het kader van psycho-educatie aan ouders. Hierdoor krijgen zij inzicht in de verbanden tussen het gedrag van ouders en het gedrag van de kinderen, en uitleg over wat kinderen voor hun ontwikkeling nodig hebben. Ouders worden hierdoor gemotiveerd mee te werken.

Voor de professionals is dit overleg bij uitstek de weg om kennis uit te wisselen en om een gedeelde analyse en gedeelde visie te ontwikkelen. Het prioriteren helpt om het plan overzichtelijk en 'beknopt' te houden en iedereen vooral energie te laten steken in het allerbelangrijkste.

Op basis van de geprioriteerde risicofactoren worden nu op dezelfde wijze als bij het GIPSoverleg, plan per afzonderlijke risicofactor de risicodoelen geëxpliciteerd. Op basis van de risicodoelen worden oplossingen voorgesteld en afspraken gemaakt.

Voorbeeld van de belangrijkste risicofactor bij het voorbeeldgezin en het effect op de kinderen: 'Vader heeft geen vertrouwen in mensen, en hoort stemmen. Dat geeft hem zeker veel stress en lijkt hem onrustig te maken waardoor hij voor de kinderen onvoorspelbaar kan reageren en schreeuwen en slaan'.

Voorbeeld van risicodoelen bij deze risicofactor:

Risicodoel 1: vader krijgt weer vertrouwen in psychiatrische begeleiding (effect op Veiligheidscijfer: 6)

Afspraken: de huisarts bespreekt met vader wat zijn ervaringen zijn met eerdere hulp; wie en wat hem het meest geholpen heeft; of vader akkoord gaat dat de huisarts contact legt en een gesprek organiseert of advies vraagt aan de psychiater.

Risicodoel 2: vader krijgt uitleg over de oorzaak van zijn stemmen en het effect hiervan op hemzelf en op zijn gezin (effect op Veiligheidscijfer: 6).

Afspraken: huisarts vraagt aan vader of hij dit ook wil snappen en of we deze vraag aan de psychiater zullen voorleggen.

Risicodoel 3: Dat vader uitleg krijgt over de behandelmogelijkheden bij stemmen en hij wordt geholpen om een keuze te maken (effect op Veiligheidscijfer: 6).

Afspraken: Alle hulpvragen van vader en moeder worden geïnventariseerd en overgedragen aan de behandelaar.

Vervolgens worden ook voor risicofactor 2 en 3 de risicodoelen met afspraken doordacht.

Daarna wordt erbij stilgestaan of binnen deze doelen en afspraken ook de voorstellen van het gezin en het netwerk zijn verwerkt.

#### 3.5.4 TOTSTANDKOMING GIPSHERSTELPLAN

Het doel van GIPSoverleg 3 is een GIPSherstelplan voor ieder kind zodat het zich veilig voelt bij de ouders, en een gezonde ontwikkeling door kan maken zodat het een sterk kind wordt. Ook is aandacht voor een GIPSherstelplan voor de ouder zodat zij of hij weer kwaliteit van leven gaat ervaren.

Vanaf GIPS 3 nemen de ouders aan het overleg deel als aan de basiseisen voor veiligheid voldaan wordt, dat wil zeggen als de werkrelatie met de ouder goed is, als de ouders naar elkaar kunnen luisteren, en verschil van mening kunnen accepteren. Ook kunnen zij de belangrijke mensen uit hun netwerk uitnodigen. Tijdens het GIPSoverleg kunnen twee tot drie herstelplannen worden opgesteld.

Bij het herstelplan van ieder gezinslid staat de drie belangrijkste zorgen over de gezondheid en de ontwikkeling centraal. Voor de kinderen wordt uitgegaan van de voorwaarden voor een gezonde ontwikkeling zoals deze beschreven worden in het boek over fasen in de stabilisatie van chronisch getraumatiseerde kinderen.<sup>43</sup>

Dit zijn: veiligheid en rust in het dagelijks leven; het kunnen kalmeren bij een hechtingsfiguur; emoties kunnen reguleren en het meedragen van een positief zelfbeeld. Bij kinderen die opgegroeid zijn binnen onveilige en traumatiserende omstandigheden ontbreken meestal de voorwaarden om deze eigenschappen te ontwikkelen.

Bij het plan van de ouders gaan we uit van de volgende voorwaarden voor een positieve ontwikkeling: herstel van schade ten gevolge van traumatische ervaringen, en het verminderen van psychische klachten zodanig dat zij ervaren dat zij beter functioneren in wonen, werk, vrije tijd en relaties.

<sup>43</sup> Struik A. Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen . Amsterdam: Pearson; 2016.



### **Vorbereiding met gezin en netwerk**

De casusregisseur neemt met de gezinsleden en hun netwerk de vragen van de agenda door. Dit zijn een aantal vragen die betrekking hebben op wat men zelf ervaart en wat anderen zien over het functioneren in het dagelijks leven onder verschillende omstandigheden. Bij het kind gaat dit om spel, troost zoeken, gedrag bij ruzie met broertjes en zusjes, zorgen over gedrag, emoties, gezondheid of uitspraken van het kind. De laatste vraag die wordt besproken is welke hulp hierbij belangrijk is.

Als de ouder(of ouders) zelf deelneemt aan het GIPS 3 overleg, dan wordt de hele agenda van het GIPSoverleg samen met haar (of hem) doorgenomen.

### **GIPSoverleg met professionals (ouders en netwerk)**

De professionals hebben zich voorbereid met het doornemen van de agenda. Daarnaast hebben ze een vragenlijst doorgenomen die gaat over belangrijke aspecten van de ontwikkeling en het functioneren van het kind. Hen wordt gevraagd om op grond daarvan zelf een TOP-3 op te stellen van de grootste zorgen over de gezondheid en de ontwikkeling van het kind en deze te beargumenteren.

De ouders hebben zich op dezelfde wijze als de professionals voorbereid samen met de casusregisseur. Het GIPSoverleg begint zoals altijd met de actuele veiligheidssituatie; wordt aan de bodemeisen van veiligheid voldaan, zo nee wat moet er gebeuren om dit wel te bereiken. Vervolgens gaat de aandacht naar het opstellen van een of meer herstelplannen. Eerst wordt stilgestaan bij wat er volgens het gezin, het netwerk en de professionals goed gaat met het kind. Daarna wordt op de gebruikelijke manier gezamenlijk een TOP-3 van de kindzorgen opgesteld waarna de casusregisseur de eindbeslissing neemt. Op grond van de kindzorgen worden hersteldoelen voor het kind vastgesteld en oplossingen doordacht om deze hersteldoelen te bereiken. Dit gebeurt voor elk kind afzonderlijk. Ook wordt voor elk van de ouders een herstelplan gemaakt. Daarvoor bestaat een aparte agenda. Meestal zijn daarom meer GIPS 3 overleggen nodig.

### **3.5.5 TOTSTANDKOMING GIPSERVOLGPLAN**

Het doel van GIPS 4 overleg is om alle eerder gestelde doelen te evalueren en een GIPSvervolgplan te maken. Ouders, en als dit is gewenst de oudere kinderen, mensen uit het netwerk en de professionals die op dat moment betrokken zijn, worden allemaal uitgenodigd. Het hoofdthema van het overleg is de evaluatie van de gezinssituatie. Deze evaluatie vindt plaats aan de hand van alle eerder geformuleerde risicodoelen en hersteldoelen. Deze komen in de agenda allemaal onder elkaar te staan in een schema in GIPSONline, zodat iedereen het overzicht heeft.

### **Vorbereiding met gezin en het netwerk gevolgd door het GIPSoverleg**

De casusregisseur neemt vooraf de hele agenda een keer goed door met het gezin en het netwerk en vult de antwoorden in. Ook de professionals wordt gevraagd om de agenda vooraf door te nemen. Het overleg start zoals gebruikelijk met een rondje over de actuele veiligheid. Vervolgens wordt het schema doorgenomen met alle risicodoelen en hersteldoelen die tijdens de tweede en derde GIPS opgesteld zijn. Per doel wordt de volgende vraag gesteld: 'voor hoeveel procent is dit doel behaald en kan je dit toelichten'; de toelichting die de deelnemers geven wordt kort genotuleerd. Als de aanwezigen erg verschillende percentages als resultaat noemen, dan noteren we die uitersten. Daarna staat de vraag centraal: 'is dit resultaat goed genoeg en als het niet goed genoeg is, waar moet dan nog aan gewerkt worden (nieuwe werkdoel?). Tot slot wordt overlegt op welke manier de werkdoelen behaald kunnen worden en wie dat gaat doen.

Dit vervolgplan wordt hierna met de gezinsleden, de jonge kinderen en de leden uit het netwerk die niet aanwezig waren besproken en zo nodig aangepast tot het definitieve vervolgplan door de casusregisseur.

### 3.5.6 TOTSTANDKOMING GIPSTOEKOMSTPLAN

De laatste GIPS, GIPS 5 overleg, heeft tot doel een GIPStoekomstplan te maken zodat de gezinsleden verder kunnen met hun leven, ook bij moeilijke momenten. Het overleg is met alle betrokkenen gezamenlijk: professionals, gezinsleden en netwerk. Het plan dat wordt afgesproken is ook het definitieve plan, dus er is alleen de voorbereiding met het gezin op het GIPSoverleg en het GIPSoverleg met alle betrokkenen.

De vragen die tijdens het overleg (en de voorbespreking) worden gesteld hebben betrekking op veiligheid, het herkennen van foutsignalen, en hoe bij foutsignalen gezorgd kan worden dat de gezinsituatie niet escaleert. Vragen die relevant zijn:

- Waaraan zien jullie zelf en de belangrijke mensen die bij jullie thuis komen dat jullie op een veilige en positieve manier met elkaar omgaan (tekenen van veiligheid).
- Wat zijn de nieuwe regels in jullie gezin die goed werken om beter met elkaar om te gaan dan vroeger (vaste veiligheidsregels).
- Wat zijn de signalen waaraan jullie merken dat het weer bijna fout gaat (foutsignalen) Wat doen jullie bij foutsignalen om te zorgen dat het meteen weer de goede kant opgaat (sterke kanten).
- Wie van de gezinsleden hebben er een terugvalplan en waarvoor?
- Wie van de gezinsleden heeft nog hulp om te zorgen dat het beter gaat?
- Wie zijn vertrouwenspersonen en voor welk gezinslid?
- Welke afspraken uit het toekomstplan zijn heel belangrijk voor de kinderen?
- Waar komt dit toekomstplan in huis te hangen?

#### **Vorbereiding met gezin en het netwerk**

De casusregisseur neemt vooraf de hele agenda goed door met het gezin en het netwerk en vult de antwoorden reeds in. Het is van groot belang dat er een casemanager blijft voor het gezin waar zij in ieder geval het komend jaar nog op terug kunnen vallen. Daarnaast wordt deze casemanager gevraagd om twee keer per jaar het GIPStoekomstplan met het gezin aan tafel te komen evalueren. Dit kan iemand van het wijkteam zijn. Als het gezin structurele ondersteuning blijft ontvangen, is de nieuwe casemanager van deze instelling bij dit laatste GIPSoverleg aanwezig.

#### **GIPSoverleg met professionals, gezin en netwerk**

Ter voorbereiding nemen de professionals de agenda door. De agenda die reeds is ingevuld door het gezin met hun netwerk wordt met elkaar doorgesproken en aangevuld door de professionals. Ter plekke wordt de definitieve versie van het GIPStoekomstplan vastgesteld.

In dit hoofdstuk hebben we een kijkje in de keuken van de GIPSoverleggen gegeven en zo concreet mogelijk aangegeven hoe er wordt samengewerkt rondom en tijdens een GIPSoverleg door professionals onderling en met het gezin en netwerk. De vraag is of deze gestructureerde wijze van samenwerken ook daadwerkelijk resultaat heeft

In de volgende drie hoofdstukken gaan we in op de resultaten van de pilot.

## 4

### VERLOOP VAN DE PILOT EN DOELGROEP

De pilot is opgezet om de methodiek in de praktijk te kunnen testen en hiervan te leren. Is de GIPS in de praktijk werkbaar en waar loopt men bij de uitvoering tegen aan? En bovenal: wat levert de interventie kinderen, ouders en professionals op? Waarin schuilt de eventuele meerwaarde van GIPS, wat zijn redenen om er mee te gaan werken en binnen welke randvoorwaarden kan dat het best? Die bevindingen uit de evaluatie bespreken we in de komende drie hoofdstukken. De evaluatie van de pilot is na afloop van de pilot uitgevoerd, waardoor we ons bij de beschrijving van de resultaten alleen kunnen baseren op materiaal dat gedurende de pilot door de projectleider is verzameld. Voor informatie over de methodologische verantwoording van het onderzoek en de onderzoeksvragen, verwijzen we naar Bijlage 3.

De methodiek van de pilot is nog niet de methodiek zoals deze in hoofdstuk 3 is beschreven: van de pilot is immers geleerd en er zijn aanpassingen gedaan. De methodiek is echter niet wezenlijk veranderd, zoals we in de inleiding van het vorige hoofdstuk aangaven. In dit hoofdstuk geven we kort informatie over het verloop van de pilot (§4.1) en gaan dan in op de achtergrond van de gezinnen die meededen aan de pilot (§4.2).

#### 4.1. VERLOOP VAN DE PILOT

De pilot GIPS start in 2012 bij Bureau Jeugdzorg Utrecht, afdeling Jeugdbescherming. Het is de bedoeling dat 25-30 gezinsvoogden die daar werkzaam zijn ieder met een gezin een jaar aan de pilot deelnemen. De gezinsvoogd treedt op als casusregisseur en wordt daarin begeleid door de projectleider van de GIPS, Linda Vogtländer, die tevens optreedt als GIPS-meester, die de GIPS-overleggen leidt. De instroom van gezinnen die tot de doelgroep behoren verloopt zeer moeizaam. Vanwege de geringe instroom in het pilotjaar wordt bij de financiers verlengde financiering aangevraagd en toegekend. De pilot duurt uiteindelijk twee jaar langer dan aanvankelijk gepland.

Aan de pilot doen uiteindelijk 15 gezinnen mee: 12 gezinnen uit de regio Nieuwegein en 3 gezinnen uit de regio Utrecht Stad. 14 verschillende gezinsvoogden leveren deze gezinnen aan. Er worden in totaal 52 GIPSoverleggen voor deze 15 gezinnen georganiseerd.

Er zijn drie mogelijke redenen voor de moeizame instroom, namelijk het niet kunnen herkennen en daardoor niet goed kunnen selecteren van de doelgroep door de gezinsvoogden, onvoldoende commitment bij gezinsvoogden en hun management, en de transitie in de jeugdzorg.

Wat betreft de selectie van de doelgroep voor GIPS: al snel blijkt het lastig voor een aantal gezinsvoogden om aan de hand van de toen bestaande criteria (zie het kader hieronder)<sup>44</sup> gezinnen te selecteren uit hun caseload. Het blijkt vooral lastig om binnen de complexe problematiek van de gezinnen de feitelijke gebeurtenissen te ontwarren die wijzen op kindermishandeling.

---

<sup>44</sup> Nu worden gezinnen geselecteerd met het Triage-Instrument Veilig Thuis

#### Aanmeldingscriteria:

- Bij voorkeur aansluitend aan uitspraak OTS contact opnemen met projectleider GIPS.
- Er is een vaste casemanager die het hele traject de regie houdt over het gezin.
- Kinderen zijn onder de 18 jaar.
- Kindermishandeling is bevestigd. Er zijn getuigenissen van aantoonbare herhaalde feiten van kindermishandeling: fysieke mishandeling, huiselijk geweld, seksueel misbruik, ernstige verwaarlozing, medische kindermishandeling, stelselmatige psychische mishandeling zoals bij ernstige vechtscheidingen; OF er is een zeer ernstig vermoeden van kindermishandeling in combinatie met eerder aangetoonde feiten; OF er is sprake geweest van eenmalig levensbedreigend geweld in het gezin.
- Kinderen verblijven thuis of er wordt naartoe gewerkt dat ze binnen afzienbare tijd thuiskomen.

#### Als extra overwegingen bij de inschatting of er sprake is van een HIGH- RISKzaak (hoog risico op herhaling):

- Het oordeel op de Veiligheidsschaal 'Signs of Safety' bedraagt een 4 of lager.
- Ouders minimaliseren of ontkennen de mishandeling en/of hebben een negatieve houding t.o.v. interventie; en/of passende hulp leidt binnen 6 maanden niet tot voldoende veiligheid.
- Bij de ouder is sprake van psychische problemen en/of gebruik van middelen.

Een tweede mogelijke reden voor de moeizame instroom is dat deelname aan de pilot vrijblijvend is; het is aan de gezinsvoogden om voor de GIPS te 'kiezen'. Gedragswetenschappers die de GIPS noodzakelijk vinden kunnen dit uitsluitend 'adviseren'. Bij de gezinsvoogden lijkt geen ruimte voor een inhoudelijk project omdat het proces van transitie in de jeugdzorg en het zich eigen maken van de nieuwe werkwijze die dit met zich meebrengt alle aandacht vraagt.

Ten derde past de visie van de GIPS niet bij de nieuwe cultuur van de transitie. Het paradigma van 'eigen kracht' is de nieuwe richtlijn voor hulpverleners en dit wordt ingevuld met het uitgangspunt 'altijd samen met de ouders aan tafel'. Bij de GIPS krijgt de samenwerking met ouders op een andere manier vorm; voorafgaand aan elk GIPSoverleg en ook na afloop hiervan wordt er doelgericht samengewerkt met de gezinsleden, maar ouders zijn zelf pas bij het vierde GIPS overleg aanwezig. Vanuit de visie van GIPS is het niet wenselijk om ouders uit deze doelgroep in een eerder stadium deel te laten nemen aan de overleggen met professionals omdat er nog teveel sprake is van crisis in het gezin en er nog onvoldoende vertrouwen is voor constructieve samenwerking. Daarnaast hebben de professionals zelf tijd nodig om tot een constructief gezamenlijk voorstel te komen (zie hoofdstuk 3.3 en 3.6).<sup>45</sup> Net getraind in een nieuwe werkwijze lijken gezinsvoogden moeite te hebben met dit uitgangspunt van de GIPS.

De gezinnen die de gezinsvoogden uiteindelijk selecteren voor de pilotfase blijken voornamelijk gezinnen waar de hulp na vele jaren is vastgelopen en de onveiligheid ondanks de inzet van hulpverlening blijft voortbestaan.

## 4.2 ACHTERGRONDINFORMATIE OVER DE GEZINNEN

We beschrijven achtereenvolgens de gezinssamenstelling (§4.2.1) en de verschillende vormen van onveiligheid en problematiek (§4.2.2).

---

<sup>45</sup> Op grond van de pilot is gebleken dat ouders eerder, vanaf GIPS 3, kunnen deelnemen aan het GIPSoverleg, als aan bepaalde voorwaarden voldaan is: dat de basiseisen voor de veiligheid gerealiseerd zijn, dat de werkrelatie met de ouder goed is, dat de ouders naar elkaar kunnen luisteren, en verschil van mening kunnen accepteren.

#### 4.2.1 OUDERS EN GEZINSVORMEN

De gezinsvorm is in 13 van de 15 gezinnen een eenoudergezin van een moeder die samenwoont met een of meer kinderen. De andere 2 gezinnen zijn een tweeoudergezin met een moeder en een vader. Bij alle 15 gezinnen betreft het de biologische moeder. Daarnaast zijn er in het systeem van de gezinnen 19 biologische vaders, 6 stiefouders, 9 grootouders en 4 pleeggezinnen betrokken.

Zes vaders kunnen niet bij het traject betrokken worden. Het lukt de gezinsvoogd en de hulpverleners onvoldoende om een samenwerkingsrelatie op te bouwen en om de vaders te motiveren voor hulp. Ook meerdere moeders stonden aanvankelijk afwijzend tegenover de betrokkenheid van BJZ, maar met hen lukte het uiteindelijk wel om tot samenwerking te komen. Het is de onderzoekers niet bekend waarom de samenwerking met deze zes vaders niet gelukt is: dit kan aan (de problematiek van) de vaders liggen, maar het kan ook zijn dat BJZ meer in de moeders investeert als verzorgers van de kinderen waardoor samenwerking met hulp afwijzende moeders uiteindelijk wel lukt.

Het gaat om negen autochtone en zes allochtone gezinnen. Bij de allochtone gezinnen betreft het een vluchtelingengezin en vijf gezinnen waarbij een van de ouders een andere etnische afkomst heeft.

In totaal zijn er in de 15 gezinnen 34 kinderen. Hun leeftijd varieert van 0-19 jaar. Van de 34 kinderen stonden 26 kinderen onder toezicht (OTS) en 8 kinderen niet.

De 26 kinderen met een OTS zijn begeleid en gevolgd tijdens het GIPStraject. Het gaat om 16 meisjes en 10 jongens. Bij aanvang van het GIPStraject hebben zij de volgende leeftijden:

- 9 kinderen zijn in de leeftijd t/m 6 jaar (waaronder een nog niet geboren kind)
- 8 kinderen zijn tussen de 7 en 11 jaar
- 9 kinderen zijn tussen de 12 en 17 jaar

De leeftijden van deze kinderen zijn ongeveer gelijk verdeeld over de verschillende leeftijdscategorieën. Dit geldt niet voor de 8 kinderen waarvoor geen OTS is uitgesproken:

- 6 kinderen zijn in de leeftijd t/m 6 jaar (2 baby's, 2 peuters, 2 kleuters)
- 2 kinderen zijn adolescenten (15 en 19 jaar).

Het betreft 2 meisjes en 6 jongens. We zien hier dat sommige jongere broertjes en zusjes geen OTS krijgen, terwijl zij binnen de zelfde gezinssituatie opgroeien. De reden hiervoor (in de ogen van degenen die hierover beslissen) is waarschijnlijk dat zij nog geen kindsignalen vertonen. Wat de adolescenten betreft: het meisje van 15 jaar woont reeds voor het GIPS traject bij haar vader en over de jongen van 19 jaar zijn weliswaar zorgen maar hij is te oud voor een OTS.

#### 4.2.2 PROBLEMATIEK IN DE GEZINNEN

In de gezinnen is het al langere tijd structureel onveilig en de ouders zijn door problematiek van velerlei aard het belang van de kinderen uit het oog verloren. Ter illustratie volgen hieronder enkele vignetten van gezinnen uit de pilot.

### Vignet 1

Een zwakbegaafde moeder heeft twee kinderen op de basisschool. Een van de kinderen is verslaafd geboren. De moeder heeft psychiatrische problemen, prostitueert zich, gebruikt harddrugs en meerdere soorten verslavende medicijnen. Uithuiszetting dreigt.

Naar aanleiding van een diefstal door de moeder worden de kinderen onder toezicht gesteld. Zes jaar eerder werd al een AMK-melding gedaan vanwege zorgen over de opgroeisituatie van de kinderen die op dat moment duidelijk verwaarloosd zijn en gezondheidsproblemen hebben. Een van de dochters blijft veel thuis van school. De medicatie voor haar longziekte slikt ze niet. Op school gedraagt zij zich onzeker, is snel afgeleid en is bazig naar haar vriendinnetjes.

### Vignet 2

In een gezin is sinds vijf jaar sprake van een OTS. Deze is uitgesproken vanaf het moment dat ouders na de scheiding in conflict raakten (en bleven). Een van de kinderen, een jonge puber is voor de 2e keer uit huis geplaatst na door moeder met een voorwerp te zijn verwond. Op school toont moeder zich verbaal agressief naar het kind en naar de leerkrachten waarbij het kind angstig ineenskrimpt. Er is een lange geschiedenis van zorgmeldingen over dreigende uithuiszettingen vanwege betalingsachterstanden, diefstal en herhaaldelijke dreigingen met suïcide door moeder. Het kind heeft sinds meerdere jaren forse emotionele- en gedragsproblemen: hij gedraagt zich grenzeloos, vertelt verhalen die niet overeenkomen met de realiteit, heeft een grote leerachterstand op school, is angstig, toont suïcidaal gedrag en poept nog regelmatig in zijn broek.

### Vignet 3

Moeder heeft meerdere kinderen van meerdere partners. De ex-partners zijn onderling heftig met elkaar in conflict. De zorgen bestaan eruit dat de kinderen door gebrek aan toezicht zowel thuis als buiten in gevaarlijke situaties terecht kunnen komen. Bureau Jeugdzorg is reeds jarenlang betrokken. Een van de ex-partners wordt verdacht van het seksueel misbruiken van zijn kind, een andere vader creëert aanhoudend onrust door moeder te stalken en te bedreigen. Moeder zoekt ook zelf steeds weer op negatieve wijze contact met hem. In de loop van het GIPS-traject wordt moeder opnieuw zwanger van een nieuwe partner. Vijf van de kinderen zijn in onderzoek of in behandeling bij de jeugdGGZ of de jeugdhulpverlening.

#### Vignet 4

Een moeder wordt door haar nieuwe partner met een voorwerp geslagen terwijl ze nog letsel heeft van zijn vorige mishandeling. Deze man is eerder veroordeeld als zedenpleger. Hij bedreigt de gezinsvoogd, is regelmatig in de war, en is niet in behandeling. Moeder is chronisch mishandeld in meerdere intieme relaties. Thuis worden scherpe voorwerpen aangetroffen en medicijnen liggen binnen handbereik van de kinderen. Haar zeer jonge kind blijkt later seksueel misbruikt te zijn door deze nieuwe partner.

Het meisje vertelt in het pleeggezin om de haverklap over de seksuele handelingen, het slaan en het schreeuwen dat ze heeft meegemaakt. De pleegouders valt op dat het meisje veel complimenten en waardering nodig heeft. Door ongelukkige organisatorische omstandigheden volgen vier gezinsvoogden elkaar op.

#### Vignet 5

Onder invloed van alcohol slaat en schopt de vader de moeder en veroorzaakt daarbij letsel. De kinderen springen er tussen. Moeder zet de scheiding niet door. Moeder kleineert haar jonge kinderen. Ze straft hen voor broekplassen. Het meisje is zeer angstig en heeft duidelijk weinig zelfvertrouwen. Haar ontwikkeling op school stagneert, ze vraagt veel aandacht, laat zich moeilijk aansturen en is snel boos. Het AMK is 4 jaar geleden betrokken geweest en er is sprake van meerdere politiemutaties met betrekking tot dit gezin.

Bovenstaande vignetten laten zien dat de veiligheidsproblematiek die vóór deelname aan de GIPS in de gezinnen speelt divers van aard is. Dit blijkt ook uit onderstaande tabel voor de verschillende vormen van geweld die in de pilotgezinnen zijn aangetroffen (samenvatting van de resultaten uit de CARE-NL, zie §5.2).

TABEL 1: VORMEN VAN ONVEILIGHEID IN DEELNEMENDE GEZINNEN EN FREQUENTIE

Geweld tussen partners (en kinderen als getuigen)	
Psychisch geweld	13
Lichamelijk geweld	9
Seksueel geweld	1
Eergerelateerd geweld	1
Geweld en onveiligheid direct gericht op kinderen	
Affectieve verwaarlozing	11
Lichamelijke verwaarlozing	9
Pedagogische verwaarlozing	9
Psychische geweld	7
Lichamelijk geweld	2
Seksueel misbruik	1

Er bestaan steeds meerdere vormen van geweld en onveiligheid naast elkaar binnen het gezin. Dit is extra schadelijk voor kinderen. In totaal zijn 63 vormen van geweld aangetroffen in 15 gezinnen, hetgeen wil zeggen dat er per gezin gemiddeld sprake is van 4,2 vormen van geweld. Op basis van het verzamelde materiaal kan achteraf niets gezegd worden over de dynamiek van het geweld. In het tweede deel van de tabel (geweld direct gericht op kinderen) is alleen de directe vorm van psychisch geweld weergegeven. Het gaat dan om schelden, treiteren, bedreigen, kleineren en dergelijke. Bovendien zijn alle kinderen in deze gezinnen getuige van een vorm van geweld tussen volwassenen (ouders en partners of ex-partners). Geweld tussen ouders is altijd een vorm van psychisch geweld naar de kinderen.



## 5

### RESULTATEN VAN DE PILOT: VEILIGHEID EN HERSTEL

De GIPS is ontwikkeld om in gezinnen waar sprake is van structurele ernstige onveiligheid de veiligheid van kinderen te herstellen. Wordt dit doel bereikt? Leidt deelname aan de GIPS inderdaad tot herstel van de veiligheid van kinderen in hun dagelijkse leven?

In paragraaf 5.1 beschrijven we het verloop van het herstel van de veiligheid in de gezinnen in de pilot gedurende de looptijd van het traject. Vervolgens gaan we in op de impact van de risicofactoren voor geweld en onveiligheid in het dagelijkse leven van het kind: is dit afgenomen (§ 5.2)? En tot slot staan we stil bij de mate van herstel van kinderen aan het eind van het traject (§5.3).

#### 5.1 DE VEILIGHEID VAN DE KINDEREN IN HET GEZIN

Is de veiligheid van het kind tussen GIPS<sub>1</sub> en GIPS<sub>2</sub> verbeterd: dat zou immers het resultaat moeten zijn van de maatregelen die in GIPS<sub>1</sub> worden geformuleerd. En wanneer worden in het GIPStraject de bodemeisen voor veiligheid behaald en is er aan het einde van het GIPStraject een veilige opgroei-situatie bereikt (§5.1.2)? Om deze vragen te kunnen beantwoorden is eerst inzicht nodig in de beoordeling van de veiligheidssituatie, een cruciaal aspect in de methodiek van GIPS en de betekenis van de veiligheidscijfers (in §5.1.1).

##### 5.1.1 BEOORDELEN VEILIGHEIDSSITUATIE EN BETEKENIS VEILIGHEIDSCIJFERS

Bij de GIPS wordt aan het begin van elk GIPSoverleg steeds eerst de veiligheidssituatie voor het kind (kinderen) op dat moment beoordeeld. Deze veiligheidstaxatie gebeurt door het geven van een cijfer. Elke professional geeft een cijfer én geeft hierbij aan wat er nodig is om een punt hoger voor de veiligheidssituatie te kunnen geven. Het oordeel over de veiligheidssituatie geeft de mate van urgentie aan en geeft tegelijkertijd richting aan het formuleren van oplossingen (zie §2.1.2).

Wat ‘de veiligheidssituatie’ is, verschilt per gezin. In de pilot komen tijdens een GIPSoverleg de volgende voorbeelden naar voren:

- De thuissituatie van kinderen die nog thuis wonen (wat moet er verbeteren om het veilig genoeg te laten zijn).
- De veiligheidssituatie als uithuisgeplaatste kinderen nu thuisgeplaatst zouden worden (helpt om de voorwaarden voor terugplaatsing scherp te krijgen).
- De veiligheidssituatie als er iets in de gezinssituatie zou veranderen, bijvoorbeeld als de vader uit detentie zou komen (welke maatregelen moeten er dan genomen worden).
- De situatie in een pleeggezin als een van de ouders een bedreiging vormt, bijvoorbeeld als een ouder dreigt om de kinderen te ontvoeren.
- De begeleide omgang met ieder van de ouders.
- De onbegeleide omgang met ieder van de ouders (buitenshuis of thuis tijdens de weekenden).

Het doel van de GIPS is om een veilige opgroeisituatie voor het kind tot stand te brengen, in de eerste plaats in het eigen gezin. Om dat te bereiken moet een kind soms eerst uit huis worden geplaatst. Gedurende de tijdelijke en soms definitieve uithuisplaatsing wordt vervolgens niet de gezinssituatie, maar de ouder-kindrelatie (met beide ouders) beoordeeld. Het doel is dan om te werken aan veilige

omgang en als dit niet haalbaar is aan veilig contact met ieder van de ouders. Daarom staat op de GIPS-agenda altijd de vraag: 'wat heeft het kind nodig voor veilig contact met de niet-thuiswonende ouder'.

### **Betekenis veiligheidscijfer per GIPSoverleg**

Elk GIPSoverleg heeft een eigen specifiek doel en een daarmee corresponderend criterium voor wat bedoeld wordt met 'veiligheidssituatie'. Met de veiligheidssituatie wordt de veiligheid in de gezinssituatie en meer specifiek de ouder-kind relatie bedoeld. De invulling ervan verschilt dus per GIPSoverleg.

Bij aanvang van de GIPS (bij GIPS 1) als geweld, dreiging en verwaarlozing nog actief zijn, heeft iedereen de aanleiding voor de OTS voor ogen. Dit betreft doorgaans 'fysiek gevaar' dat beëindigd moet worden; het kind moet direct beschermd worden. Bij GIPS1 wordt dan ook de 'directe veiligheid' beoordeeld: het cijfer staat voor de veiligheid in de gezinssituatie (de ouder-kind relatie) op dat moment. Aangezien het gezin hulp ontvangt binnen een gedwongen kader, zal dit cijfer altijd een onvoldoende zijn.

Ook bij GIPS 2 betreft de veiligheidstaxatie bij aanvang van het overleg de directe veiligheid in de gezinssituatie (de ouder-kind relatie): het doel van de interventies die worden ingezet na GIPS 1 is immers om deze te verbeteren. Het cijfer betreft de situatie in het gezin van oorsprong, ook als het kind inmiddels (tijdelijk) elders woont. Bij GIPS 2 moeten de bodemeisen voor veiligheid (een score van minimaal een 6) zijn bereikt. Is dit niet het geval, dan moeten opnieuw afspraken gemaakt worden om deze alsnog te bereiken. Als deze afspraken gemaakt zijn is vervolgens het doel van het GIPS2 overleg om veiligheid op de lange termijn (stabiele veiligheid) te bereiken door de onderliggende risicofactoren voor onveiligheid aan te pakken binnen het hulpverleningsplan. Als de basisveiligheid in het gezin hersteld is, kan het kind zich weer gaan ontwikkelen.

Tijdens de pilot betreft het cijfer dat in het GIPS 3 overleg gegeven wordt de mate waarin het kind zich goed ontwikkelt, conform de leeftijd. Op basis van de zorgen die er bestaan over de ontwikkeling van het kind wordt een gezamenlijk kindplan opgesteld. Daarin worden door het GIPSteam doelen geformuleerd voor een goede ontwikkeling van het kind.

Bij GIPS 4 heeft het veiligheidscijfer betrekking op de algehele leef- en opgroeisituatie van de kinderen. Dat kan in het eigen gezin zijn, of in een pleeggezin, en omvat zowel de veiligheidssituatie in het algemeen als de veilige ontwikkeling van het kind.

Omdat bij de GIPSoverleggen steeds een ander aspect van veiligheid centraal staat, is het lastig met deze cijfers de toename van de veiligheid te monitoren. Alleen de cijfers van GIPS1 en GIPS2 zijn goed met elkaar te vergelijken.<sup>46</sup> Toch zijn de cijfers die zijn gegeven wel bruikbaar om een indruk te krijgen van de ontwikkeling van de veiligheid in de gezinnen en in de relatie ouder-kind. In tabel 2 zijn de cijfers per gezin weergegeven voor de vier GIPSoverleggen. Het cijfer in de kolom betreft het gemiddelde van de cijfers die alle aanwezige hulpverleners (dit waren er steeds 5-10) samen geven. Als er meer cijfers staan, betreft het meerdere kinderen. Als een cijfer ontbreekt kan dit betekenen dat er geen overleg plaatsvond (dan is Y genoteerd) of er is een cijfer gegeven over een andere situatie, bijvoorbeeld 'als ouders zich aan de voorwaarden zouden houden' (dan is een X genoteerd).

---

<sup>46</sup> Tegenwoordig wordt voor elk GIPSoverleg dezelfde maat gehanteerd, namelijk de veiligheid in de eigen gezinssituatie (ouder-kind relatie met de ouders in de thuissituatie). Doel van de GIPS is immers de ouder-kind relatie voldoende veilig te maken zodat het kind in het eigen gezin kan opgroeien of om de omgang veilig te laten verlopen.

TABEL 2: BEOORDELING VEILIGHEIDSSITUATIE KINDEREN TIJDENS GIPSOVERLEGGEN.<sup>47</sup>

	1e GIPS veiligheids plan	2e GIPS hulp plan	3e GIPS kindplannen	4e GIPS evaluatie	4e GIPS evaluatie tweede keer
	Cijfer voor veiligheidsituatie in gezin	Cijfer voor veiligheidsituatie in het gezin	Cijfer voor mate waarin elk kind zich veilig (= goed) ontwikkelt	Cijfer huidige opgroei-situatie van kinderen	Cijfer voor huidige opgroei-situatie van de kinderen
Gezin 1	0	X	7	8,8	
Gezin 2	3,2	7	6,6 6,7 7	8,3	
Gezin 3	1,3	7	Y	7	
Gezin 4	1,7	7	6 8	6,9	6,9
Gezin 5	3,3	6,5	Y	8	7,8
Gezin 6	4,9	7,4	4,5 5,5	Y	
Gezin 7	5	Y	2,8	X	
Gezin 8	4,6	5,5	6,5	X	
Gezin 9	4,2	X	7	7,5	
Gezin 10	4,3	7 6- 4,1	Y	7	
Gezin 11	4,1	6,75	Y	8	
Gezin 12	3,8	5,1	6,4 7	Y	
Gezin 13	5	5,5	5,5	5,25	5,25
Gezin 14	3,8	X	X	Y	
Gezin 15	4,4	6	7	7,4	

De startsituatie van de gezinnen is verschillend, zoals uit de vignetten blijkt. Voor de interpretatie van de tabel is het belangrijk te weten dat er drie gezinnen zijn waar kinderen reeds voor de GIPS uithuisgeplaatst waren (gezin 2, 3 en 5); de kinderen konden gedurende het traject weer veilig in het gezin teruggeplaatst worden. In vijf gezinnen (1, 4, 7, 9 en 12) zijn de kinderen uithuisgeplaatst naar aanleiding van een GIPSoverleg en in één gezin (14) werd er tijdelijk uithuisgeplaatst tijdens een crisis.

<sup>47</sup> Tabel 2 is een versimpeling van tabel 2A (Bijlage 4). In tabel 2A staat ook de maand waarin het GIPSoverleg plaatsvond. Bovendien wordt de tabel gedetailleerd door regelmatig het gegeven veiligheidscijfer in een context te plaatsen. Deze tabel 2A dient tevens als verantwoording van de resultaten in paragraaf 5.1.2.

Bij zes gezinnen (6, 8, 10, 11, en 13 en 15) is aan de veiligheid gewerkt zonder dat daarvoor ook een (tijdelijke) uithuisplaatsing nodig was.

Vanaf GIPS 4 worden de ouders uitgenodigd deel te nemen aan het overleg en zelf cijfers over de veiligheid thuis te geven. De cijfers van ouders en hulpverleners kunnen daarom vergeleken worden. In de pilot hebben acht ouders (of ouderstellen) deelgenomen aan een GIPS 4 overleg en de veiligheidssituatie met een cijfer beoordeeld. Dit kon niet aan alle ouders gevraagd worden omdat de OTS was opgeheven voordat het GIPS4 overleg werd gehouden.

In onderstaande tabel staan de cijfers die door de ouders en door de hulpverleners (gemiddelde van alle aanwezige hulpverleners) zijn gegeven.

TABEL 3: BEOORDELING VEILIGHEIDSSITUATIE AAN EINDE GIPS TRAJECT DOOR OUDERS EN HULPVERLENERS

Gezin	Cijfer ouder(s)	Gezamenlijk cijfer hulpverleners
Gezin 2, alle kinderen	10	8,3
Gezin 3	7	7
Gezin 4, eerste kind	8	7,3
Gezin 4, tweede kind	7	7
Gezin 5	8	7,75
Gezin 10, derde kind	7,6	7
Gezin 11	7,4	7,8
Gezin 15	7,25	7,25

De cijfers die gegeven zijn door de ouders weken niet veel af van de cijfers die hulpverleners op dat moment gaven. Wat wel opvalt is dat als de scores afwijken de ouders de veiligheid in zeven van de acht gevallen hoger beoordelen dan de hulpverleners.

### 5.1.2 HERSTEL VAN DE VEILIGHEID IN HET DAGELIJKS LEVEN VAN HET KIND

We gaan eerst in op de veiligheidsontwikkeling tussen GIPS 1 en 2 en of de bodemeisen van veiligheid zijn behaald in GIPS 2. Daarna beantwoorden we de vraag of sprake is van een veilige opgroeisituatie aan het einde van het GIPStraject.

#### Veiligheidsontwikkeling en bodemeisen

Ten eerste de ontwikkeling van de veiligheid van het kind tussen GIPS 1 en GIPS 2: is deze verbeterd, en in welke mate? De cijfers voor de veiligheidssituatie en de mate waarin het kind zich veilig ontwikkelt, verbeteren in de loop van het traject (zie tabel 2). Bij 11 gezinnen is de veiligheidssituatie in het gezin (flink) verbeterd tussen GIPS 1 en GIPS 2, en bij één gezin is de veiligheid verbeterd voor twee van de drie kinderen. Bij drie gezinnen blijft de veiligheid tussen GIPS 1 en 2 onvoldoende.

is er behoorlijk wat spreiding: bij gezin 3 bijvoorbeeld stijgt de veiligheid van een 1,3 naar een 7 en bij gezin 13 van een 5 naar een 5,5. Bij gezin 2, 3, 4 en 12 wonen de kinderen niet volledig thuis en betreft het veiligheidscijfer de situatie als het kind thuis is (in weekend, of een deel van de dag). Bij gezin 6 en 11 is de situatie verbeterd omdat een van de ouders uit huis vertrokken is; bij gezin 8 is de veiligheid vergroot door betrokkenheid van een grootouder. De andere kinderen wonen thuis.

Bij gezin 10 verbetert de veiligheid van twee kinderen wel, maar van een kind niet.

Van de gezinnen 1, 7, 9 en 14 zijn geen veiligheidscijfers bekend, maar wel opmerkingen over de veiligheid. Bij de eerste drie gezinnen is de situatie onveranderd (en de veiligheid onvoldoende) en bij gezin 14 is deze veranderd van een 3,8 naar 'een 7,5 als iedereen zich aan de afspraken zou houden' hetgeen nog niet het geval is.

Het doel van het eerste GIPS overleg is het maken van een veiligheidsplan en de veiligheidsmaatregelen die afgesproken worden moeten leiden tot herstel van de veiligheid en de bodemeisen (een veiligheidsscore van 6) voor een veilige ontwikkeling moeten zijn bereikt bij het overleg van GIPS 2. Dit is het geval bij twee derde van de gezinnen in de pilot: de veiligheid van kind(eren) is hersteld door de veiligheidsmaatregelen die in GIPS<sub>1</sub> zijn afgesproken. Bij twee gezinnen is dat op dat moment nog niet helemaal het geval, maar lukt het wel deels. In de drie gezinnen waar de veiligheid ruim onvoldoende blijft, ontstaat door de GIPS een duidelijke grond voor onmiddellijk ingrijpen. We concluderen dat de bodemeisen voor veiligheid bij 10 tot 12 van de 15 gezinnen bereikt is ten tijde van het tweede GIPSoverleg. Het moment waarop dit tweede GIPSoverleg plaatsvindt verschilt tussen de twee en acht maanden na aanvang van het traject. Bij drie gezinnen worden de bodemeisen voor veiligheid binnen 2 of 3 maanden bereikt, bij één gezin na 5 maanden en bij zes gezinnen na 6 tot 8 maanden (zie tabel 2A in Bijlage 4). We weten niet of de bodemeisen al eerder waren bereikt, omdat het plaatsvinden van het tweede GIPSoverleg meer afhangt van de mogelijkheid dat te organiseren, dan dat het samenhangt met de genomen maatregelen, zoals in GIPS<sub>1</sub> afgesproken. We weten dat de veiligheid ergens tussen de 2 en 8 maanden na de start van GIPS aan de bodemeisen voldoet, waarbij de duur om dit te bereiken in werkelijkheid waarschijnlijk korter was. Dit is een heel goed resultaat als we dit afzetten tegen de duur van de onveiligheidssituatie waarin de gezinnen vóór deelname aan de GIPS verkeerden: bij 9 gezinnen was er al langer dan 5 jaar hulp in het gezin - waarvan 3 gezinnen al langer dan 12 jaar -, en bij 7 gezinnen was er minder dan 5 jaar hulp.

De resultaten in de pilot zijn als volgt:

1. Bij tien gezinnen zijn bij GIPS<sub>2</sub> inderdaad de bodemeisen voor veiligheid bereikt; vijf van deze gezinnen scoren zelfs een 7 of hoger.
2. Bij gezin 10 worden de bodemeisen voor twee kinderen wel, en voor een derde kind niet bereikt. Dat ligt met name aan kindfactoren: het oudste kind brengt zichzelf buitenshuis in onveilige situaties.
3. Bij gezin 14 wordt geen cijfer gegeven maar een aanduiding dat een 7,5 binnen bereik ligt als iedereen zich aan de afspraken houdt dat is op dat moment nog niet het geval.

4. Bij drie gezinnen (de gezinnen 1, 7 en 9) worden de bodemeisen voor veiligheid niet bereikt. Bij gezin 1 zijn de kinderen uit huis geplaatst en wordt bij GIPS2 voor de omgang met de ouders het cijfer 2 gegeven: de kinderen worden niet meer teruggeplaatst. Bij gezin 7 is de veiligheid bij GIPS2 niet toegenomen en na GIPS2 verslechtert deze, waarna het kind bij familie in het buitenland wordt geplaatst. Bij gezin 9 wordt bij GIPS2 de omgang met de ene ouder met een 4 beoordeeld en de andere ouder' tussen de 5 en de 6'. Na nader onderzoek (NIFP rapportage) wordt besloten dat de kinderen niet meer kunnen worden teruggeplaatst.

### Veilige opgroeisituatie

Aan het einde van het GIPStraject moet een veilige opgroeisituatie voor de kinderen zijn bereikt (score 7 of hoger bij GIPS4). Het gaat er dan om dat het kind veilig op kan groeien, of dit nu in het eigen gezin of elders is, of in een combinatie van beiden. We zien dat behalve in gezin 13 de veiligheid aan het einde van het GIPStraject in alle gezinnen in ruime mate is toegenomen.

Bij 14 gezinnen is nagenoeg stabiele veiligheid bereikt:

- Bij acht gezinnen is de veiligheid aan het einde van het traject een 7 of (ruim) hoger.
- Bij een gezin wordt de veiligheidssituatie van het ene kind met een 6,5 beoordeeld en het andere met een 7.
- Bij een gezin is het met een 6,9 net geen 7.
- Bij vier gezinnen is er geen cijfer meer beschikbaar omdat de OTS is opgeheven en het goed gaat of de situatie stabiel is (gezin 6, 8 en 14), of omdat de kinderen in een pleeggezin zijn geplaatst (gezin 7) en het daar goed gaat.

Bij 10 van de 15 gezinnen is er tijdens het traject een uithuisplaatsing van kind(eren) geweest. Aan het einde van het traject geldt dit nog voor vier gezinnen, waarvan bij drie gezinnen sprake is van een definitieve plaatsing in een pleeggezin. Daar waar de kinderen definitief uit huis zijn geplaatst, betekent dit dat de kinderen een veilige opgroeiomgeving hebben gekregen met behoud van veilige contactmogelijkheden met de ouders. De GIPS heeft dan bijgedragen aan het onderbouwen van kernbeslissingen van de jeugdbescherming en de kinderrechter; de zorg voor de kinderen en het focus op de omgang met de biologische ouders ging dan door tijdens de plaatsing in het pleeggezin. Het pleeggezin werd ondersteund daar waar onveilige situaties dreigden te ontstaan door toedoen van (een van) de biologische ouders. Alleen bij gezin 13 heeft het GIPStraject in 24 maanden tijd geen stabiele veiligheidssituatie weten te realiseren. Het betreft een instabiele gezinssituatie met chronische problematiek.

Een gezin zonder stabiele veiligheidssituatie:

In het gezin zijn zeven kinderen van vier vaders aanwezig en een achtste kind is op komst. Er is een goede samenwerking met moeder die alle hulpverlening, ook die voor de kinderen, accepteert. Ze houdt zich echter niet aan afspraken en blijkt hierin niet leerbaar. De situatie verandert niet. Door verhuizing naar een andere regio is de casus overgedragen aan een nieuwe gezinsvoogd. Vermoed wordt dat de kinderen inmiddels uit huis geplaatst zijn.

De duur van de twaalf GIPStrajecten waarvan bij afsluiting met zekerheid gezegd kan worden dat sprake is van een veilige opgroeiomgeving varieert van 9 tot 26 maanden: vier trajecten duren korter

dan een jaar, vijf langer dan een jaar maar korter dan twee jaar en drie trajecten twee jaar of langer. Er lijkt geen relatie te zijn tussen de lengte van het traject en de uiteindelijke veiligheidsscore.<sup>48</sup> Gemiddeld duurt een GIPStraject 15 maanden en drie weken.

## **5.2. AFNAME IMPACT RISICOFACTOREN VOOR GEWELD EN ONVEILIGHEID OP DAGELIJKSE LEVEN KIND**

In de vorige paragraaf hebben we gezien dat de veiligheidssituatie van kinderen in de meeste gevallen fors verbetert tijdens het GIPStraject. Om de veiligheidssituatie te vergroten is het zaak de impact van de belangrijkste risicofactoren die de onveiligheid in de gezinnen veroorzaken en in stand houden aan te pakken. Het lukt niet altijd om de risicofactor zelf aan te pakken, maar dan is het wel mogelijk om de impact van de risicofactor op de veiligheid van het kind te verminderen. Vader wil of kan bijvoorbeeld niet stoppen met drinken, maar het lukt wel te organiseren dat hij niet thuis drinkt en als hij buitenshuis drinkt, bij zijn broer of ergens anders slaapt.

In deze paragraaf staat de afname van de impact van de risicofactoren voor geweld en onveiligheid op het dagelijkse leven van het kind centraal. Eerst gaan we in op de risicofactoren in de gezinnen (§5.2.1), en vervolgens op de afname ervan tijdens het GIPStraject (§5.2.2). Tot slot onderzoeken we de relatie tussen de risicofactoren en stabiele veiligheid (§5.2.3).

### **5.2.1 RISICOFACTOREN IN DE GEZINNEN**

Om te inventariseren welke risicofactoren een rol spelen in de gezinnen, wordt uitgegaan van de lijst met risicofactoren van CARE-NL (Child Abuse Risk Evaluation – Nederland).<sup>49</sup> De CARE-NL onderscheidt 18 risicofactoren. Daarvan hebben er 8 betrekking op kenmerken van de ouders, 3 op de ouder-kind interactie, 5 op gezinsfactoren, 1 op kwetsbaarheid verhogende kenmerken van het kind en 1 factor betreft seksueel misbruik.

Voor de GIPS is de indeling van de CARE-NL aangepast aan de behandelpraktijk. Dit betekent dat alle vormen van zorgwekkende onveiligheid en geweld waar de ouders een directe rol in spelen, dus naast directe kindermishandeling ook partnergeweld, opgenomen zijn onder ouderfactoren. Daarmee is de belangrijkste risicofactor voor toekomstig geweld onder één noemer gebracht: de geschiedenis van geweld in het gezin.<sup>50</sup> De ouderfactoren spelen de belangrijkste rol bij het voortduren van onveiligheid voor kinderen.<sup>51</sup>

Het gaat dan om eerder door ouders gepleegde kindermishandeling, verwaarlozing in het gezin, en partnergeweld, en om ouders met een cognitieve beperking, ouders die in hun jeugd zelf slachtoffer waren van kindermishandeling, ouders die verslaafd zijn en/of ouders met psychische stoornissen.<sup>52</sup> De risicotaxatie is bij 13 van de 15 gezinnen uitgevoerd tijdens het tweede GIPSoverleg. Bij twee gezinnen vond de risicotaxatie niet plaats omdat de acute onveiligheid tijdens dit overleg nog steeds de focus van de zorg was (na herhaalde beoordeling van de veiligheidssituatie zijn in beide gezinnen de kinderen in een pleeggezin geplaatst).

---

**48** Vergelijk bijvoorbeeld gezin 1 en 2: beide scores bij GIPS 4 een dikke 8, maar het ene gezin heeft daartoe het kortste traject van negen maanden en het andere het langste van 24 maanden afgelegd.

**49** Ruiters, C. de, Jong, E.M. de. CARE-NL, Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling. Utrecht: C. de Ruiters. 2005.

**50** Munro, E. Effective Child Protection. Sage: London; 2008: 76-94

**51** Hindley, N. Ramchandani, P.G. Jones, D.P.H. Risk factors for recurrence of maltreatment: a systematic review. Arch. Dis. Child. 2006; 91; 744-752.

**52** In bijlage 5 hebben we het overzicht van de risicofactoren van de CARE-NL opgenomen zoals dat bij de pilot van de GIPS gebruikt zijn.

Tijdens het GIPS2 overleg is gezamenlijk door het team de CARE-NL doorgenomen. Van de geïnventariseerde risicofactoren is beoordeeld welke risicofactoren cruciaal zijn, dat wil zeggen een duidelijke impact op het in stand houden van de onveiligheid hebben. Bij de GIPSgezinnen van de pilot gaat het om gemiddeld 10,5 cruciale risicofactoren bij ieder gezin (zie tabel 6 in § 5.2.2). Vervolgens is een TOP-3 samengesteld uit deze risicofactoren. Dit zijn de risicofactoren waarvan de professionals met elkaar inschatten dat deze ten eerste van uitzonderlijk belang zijn bij het in stand houden van de onveiligheid in dit gezin, en ten tweede beïnvloedbare risicofactoren zijn (de zogenoemde dynamische risicofactoren).

Onderstaande tabel laat zien welke risicofactoren in de TOP-3 van de 13 gezinnen staan.

TABEL 4: RISICOFACTOREN MET MEESTE IMPACT OP DE VEILIGHEID (TOP3)

Ouderfactoren	
Persisterend partnergeweld	4
Hoogoplopende conflicten tussen vader en zoon	1
Psychiatrische problematiek/ persoonlijkheidsproblematiek/ middelenmisbruik/ verstandelijke beperking	14
Ernstige lichamelijke gezondheidsproblemen	2
Samenwerkingsproblemen met de jeugdzorg	3
Factoren in ouder - kind-interactie	
Problemen in de opvoeding en emotionele afstemming	8
Kindfactoren	
Ernstige kindproblemen bij adolescenten	4
Stressvolle gezins- en omgevingsfactoren	
Dakloosheid	1
Gebrek aan sociaal netwerk	2
Totaal	39

De professionals schatten in dat met name de ouderfactoren de belangrijkste impact hebben op de veiligheid in het gezin. Dit is een bevestiging van het hiervoor beschreven onderzoek Het bepalen van de belangrijkste in standhoudende risicofactoren vindt dus pas plaats enkele maanden nadat het veiligheidsplan in werking treedt.

Aan de TOP-3 van de risicofactoren worden werkdoelen gekoppeld om de impact van de risicofactoren terug te dringen. Onderstaande twee beschrijvingen, horend bij twee eerdere vignetten uit §4.3, en geven een inkijkje in het soort werkdoelen dat geformuleerd is.

#### Werkdoelen bij Vignet 1

- Moeder blijft clean van drugs.
- Moeder snapt dat het haar kan helpen om hulp van MEE te accepteren.
- Moeder blijft in haar moederrol ongeacht de omstandigheden en nieuwe personen in haar leven.
- Moeder biedt structuur en grenzen en laat zich begeleiden in haar opvoedtaken.



## Werkdoelen bij Vignet 5

- Geen direct contact tussen de ouders door te sms-en, bellen of aan de deur komen, opdat dit rust geeft aan de kinderen.
- De ouders gaan werken aan veilig uit elkaar gaan ten behoeve van de kinderen.
- De afspraken van alle hulpverleners met de ouders moeten klein, concreet en controleerbaar zijn.
- Moeder moet gaan snappen en worden gewezen op de negatieve gevolgen van verhuizing voor de kinderen, de veiligheid en de hulpverlening.
- Moeder moet leren om de kinderen niet meer te belasten met volwassen problemen.

De veronderstelling is dat het terugdringen van de drie belangrijkste risicofactoren ook leidt tot het terugdringen van andere risicofactoren in het gezin. Die veronderstelling is juist gebleken. Door het aanpakken van een beperkt aantal belangrijke risicofactoren wordt namelijk op meerdere vlakken verbetering teweeg gebracht, zoals het tot stand brengen van een betere hulpverleningsrelatie. Ook ervaren ouders een positief effect van het samenwerken en de hulp. Er zijn gesprekken gevoerd over het effect van het eigen gedrag op de andere gezinsleden waardoor meer begrip voor elkaar is ontstaan en daarmee bereidheid om zich voor elkaar in te zetten. En de betere afstemming van de ouders op het kind leidt tot minder problematisch kindgedrag (bv. bedplassen of opstandigheid).

De problemen in de ouder-kind interactie en de kindfactoren krijgen expliciet aandacht als tijdens GIPS<sub>3</sub> de kindplannen opgesteld worden. Maar ook tijdens GIPS<sub>4</sub>, als er geëvalueerd wordt, komen de risicofactoren weer aan bod. Om een voorbeeld te geven: het kan dan blijken dat een ouder een derde persoon buiten de gezinsvoogd nodig heeft om frustraties en teleurstellingen mee te bespreken zodat de emoties niet afgereageerd worden op de kinderen. Daardoor kan het netwerk intensiever worden ingeschakeld en zo wordt de risicofactor sociale isolement alsnog aangepakt.

### 5.2.2 TERUGDRINGEN VAN DE RISICOFACTOREN

Alle risicofactoren die volgens de professionals aan het begin van het GIPStraject een onveilige impact hebben bij de 13 gezinnen (in 2 gezinnen vond geen GIPS<sub>2</sub> plaats), zijn genoteerd. Na afloop van de pilot heeft de projectleider de risicofactoren die nog actueel zijn, gedestilleerd uit de GIPS-evaluatie- en vervolgplannen van deze 13 gezinnen.<sup>53</sup>

In onderstaande tabel is per gezin weergegeven van hoeveel cruciale risicofactoren met een negatieve impact op de veiligheid uit de CARE-NL sprake was bij GIPS<sub>2</sub> en hoeveel er volgens projectleider nog bestonden na afloop van het traject (na GIPS<sub>4</sub>).

---

<sup>53</sup> Het is een beperking dat deze beoordeling niet gebeurd is door de gezamenlijke professionals. Dit maakte echter geen onderdeel uit van de methodiek van de GIPS en is daarom na afloop van de pilot gedaan.

TABEL 5: AANTAL CRUCIALE RISICOFACTOREN PER GEZIN AAN BEGIN EN NA GIPSTRAJECT

	ouder-factoren		ouder-kind factoren		kind-factoren		gezins- en omgevings factoren		totaal risico-factoren	
	voor	na	voor	na	voor	na	voor	na	voor	na
Gezin 1	7	2	1	1	2	0	5	0	15	3
Gezin 2	2	1	2	0	3	0	3	1	10	2
Gezin 3	4	0	2	0	1	0	2	0	9	0
Gezin 4	3	1	2	1	2	0	2	1	9	3
Gezin 5	5	1	2	1	1	1	5	3	13	6
Gezin 6	5	3	1	0	2	0	4	1	12	4
Gezin 7	X1									
Gezin 8	5	3	2	0	1	0	2	1	10	4
Gezin 9	X2									
Gezin 10	3	0	2	0	1	1	1	0	7	1
Gezin 11	4	0	0	0	0	0	2	0	6	0
Gezin 12	6	4	1	1	1	1	4	2	12	8
Gezin 13	6	2	1	0	7	4	1	1	15	7
Gezin 14	3	0	1	0	1	1	0		5	1
Gezin 15	7	1	2	0	1	0	3	1	13	2
Totaal	60	18	19	4	23	8	34	11	136	41

Het totaal aantal cruciale risicofactoren in de gezinnen neemt af van 136 naar 41; bij aanvang is sprake van gemiddeld 10,5 risicofactoren per gezin, en na afloop van 3,2 risicofactoren.

Uit de totalen van de grijze tabellen komt duidelijk naar voren dat psychische problematiek van (een van) de ouder(s) door de professionals als de meest relevante cruciale risicofactoren worden ervaren en aangepakt. Aangezien de ouderfactoren ook de belangrijkste risicofactoren zijn voor de instandhouding van de onveiligheid, getuigt dit van een logische keuze. De stressvolle gezins- en omgevingsfactoren staan op de tweede plaats bij de aanpak. Het is belangrijk om deze zo vroeg mogelijk aan te pakken.

### 5.2.3 RELATIE TUSSEN RISICOFACTOREN EN STABIELE VEILIGHEID

Verondersteld wordt dat door afname van de impact van de risicofactoren het doel van stabiele veiligheid wordt bereikt. Bij de gezinnen waar de GIPS4 evaluatie plaatsvond, is de impact van die risicofactoren sterk afgenomen (van 10,5 naar 3,2). Het is goed mogelijk dat de risicofactoren nog bestaan, maar dat ze geen impact meer hebben op de gezinsrelaties. Regelmatig wordt bijvoorbeeld, ook op voorstel van de kinderen zelf, de relatie met de vader op afstand gezet. Dat geeft rust omdat de ouderfactoren van vaders kant dan geen onveilige impact meer hebben.

Wat kunnen we zeggen over de relatie tussen de toegenomen veiligheid en de afname van de risicofactoren? Het betreft een kleine onderzoekspopulatie en niet van alle gezinnen zijn alle gegevens compleet. In onderstaande tabel zijn (van de gezinnen waarvan het bekend was) de veiligheidssituatie in het gezin bij GIPS1 en de opgroeisituatie van de kinderen bij GIPS4 naast elkaar gezet.<sup>54</sup> In de laatste twee kolommen staat het aantal risicofactoren voor en na de GIPS. We zien dan inderdaad een patroon: bij een sterke daling van het aantal risicofactoren zien we een sterke stijging van het veiligheidscijfer bij GIPS4. De uitzondering hierop wordt gevormd door het al eerder genoemde gezin 13: een groot en complex gezin met een meewerkende maar niet of zeer beperkt leerbare moeder. Bij dit gezin is het aantal risicofactoren gehalveerd, maar dit heeft nauwelijks tot verhoging van de veiligheid geleid.

TABEL 6: RELATIE VEILIGHEIDSSITUATIE EN AFNAME IMPACT RISICOFACTOREN BIJ GEZINNEN WAARVAN DE KINDEREN BIJ GIPS4 THUIS WONEN

Gezin	Cijfer voor veiligheidssituatie in gezin bij GIPS1	Cijfer voor opgroeisituatie kinderen bij GIPS4	Totaal risicofactoren Voor GIPS	Totaal risicofactoren na GIPS
Gezin 2	3,3	8,3	10	2
Gezin 3	1,3	7	9	0
Gezin 4	1,7	6,93	9	3
Gezin 5	3,3	8	13	6
Gezin 11	4,1	8	6	0
Gezin 13	5	5,25	15	7
Gezin 15	4,4	7,4	13	2

Op gezinsniveau zien we dat het werken aan de afname van de impact van de voornaamste risicofactoren inderdaad leidt tot een veiliger opgroeisituatie voor de kinderen. We kunnen echter niet stellen dat een bepaald aantal risicofactoren leidt tot een bepaald veiligheidscijfer. Daarvoor is de werkelijkheid te dynamisch. Vergelijk in de tabel bijvoorbeeld gezin 5 en 11: in beide gevallen wordt de veiligheid met een 8 beoordeeld terwijl er in het ene gezin nog 6 en in het ander 0 risicofactoren aanwezig zijn. De hoeveelheid risicofactoren is dus niet alleszeggend. Soms zijn er nog maar enkele risicofactoren over, maar zijn die zeer hardnekkig en bepalend. Bovendien is de onderlinge dynamiek tussen risicofactoren van belang (bijvoorbeeld een zwakbegaafde moeder die onveilige relaties aan blijft gaan en deze personen elke keer weer in huis haalt met een nadelig effect op de zeer jonge en kwetsbare kinderen).

<sup>54</sup> Let wel: dit is niet exact hetzelfde! Bij de gezinnen in onderstaande tabel wonen de kinderen nog of weer thuis (en bij Gezin 4 is dat deels het geval). De gegevens van kinderen die na afloop van de GIPS niet thuis wonen zijn niet meegenomen, zodat de cijfers voor GIPS1 en GIPS4 enigszins te vergelijken zijn.

Dit betekent dat de veiligheidstaxatie, dus het geven van een cijfer voor de veiligheid aan het begin van ieder overleg, leidend moet blijven bij de beoordeling van de veiligheid. De afname van de risicofactoren blijkt voor de beoordeling van de veiligheid geen geschikte maat. Dit is een zeer belangrijke bevinding en conclusie die het belang van een gefaseerde aanpak met blijvend aandacht voor de actuele veiligheid onderbouwt.

### 5.3 HERSTEL VAN HET GEZONDE FUNCTIONEREN VAN HET KIND

Kindermishandeling – en getuige zijn van geweld tussen de ouders valt daar ook onder - is zeer schadelijk voor de ontwikkeling van het kind. Alle stappen die bij de GIPS genomen worden staan in dienst van het herstel van de ontwikkelingsmogelijkheden van het kind. De veronderstelling is dat de gezonde ontwikkeling van het kind zich weer kan herstellen als de impact van de risicofactoren verminderd is en de veiligheidssituatie is verbeterd. Vandaar dat bij GIPS de aandacht eerst uitgaat naar het scheppen van veiligheid (GIPS<sub>1</sub> en 2). Bij het GIPS<sub>3</sub> overleg staat het gezonde functioneren van de kinderen centraal. Komt deze, als aan de voorwaarden voor veiligheid voldaan is, weer op gang?

Tijdens het opstellen van de kindplannen bij de derde GIPS worden voor individuele kinderen soms weer lagere cijfers gegeven voor de veiligheid in de ouder-kind relatie dan bij de GIPS 2. Volgens Vogtländer betekent dit dat er tijdens deze kindoverleggen toch nog beter en gedifferentieerder gekeken wordt naar de individuele situatie van ieder kind apart, op het niveau van een (on)veilige ouder-kind interactie en op het niveau van voorwaarden voor een veilige ontwikkeling.

De gezamenlijke observaties en zorgen van professionals en ouders zijn het uitgangspunt voor het aanpakken van kindproblemen en problemen in de relatie tussen ouder en kind.<sup>55</sup> Doorgaans is vroeg in het hulpverleningstraject ambulante thuisbegeleiding ingezet. Aan de GIPSoverleggen neemt in dat geval dan ook de thuisbegeleider deel en bijna altijd ook een vertegenwoordiger van school. Beide professionals hebben zicht op de ouder-kindinteractie en op de kindontwikkeling. Het is de bedoeling dat tijdens GIPS<sub>3</sub> voor elk kind een kindplan wordt opgesteld waarin doelen worden geformuleerd die de randvoorwaarden voor het herstel van een gezond functioneren van het kind scheppen.

Tijdens GIPS<sub>2</sub> worden ouder-kind doelen geformuleerd bij het opstellen van het hulpverleningsplan en tijdens GIPS<sub>3</sub> worden er in het kindplan van ieder kind kinddoelen opgesteld. Al deze doelen worden door professionals en ouders (indien aanwezig) geëvalueerd tijdens GIPS<sub>4</sub> (of anders voorafgaand aan het GIPSoverleg). Er worden nieuwe werkdoelen geformuleerd als het resultaat onvoldoende is.

Voorbeelden van kinddoelen zijn:

- Het kind leert adequaat boosheid te benoemen en aan te geven wat het nodig heeft.
- Het kind kan goed met zijn leeftijdgenoten op school omgaan.
- Er is rust en duidelijkheid voor het kind over hoe het contact met vader onderhouden wordt.
- Het kind heeft weer contact met halfzus.
- Het kind wordt aangemeld bij de voetbalclub.

<sup>55</sup> Er zijn geen kindvragenlijsten over symptomen van probleemgedrag of vragenlijsten over de kwaliteit van de ouder-kindrelatie, zoals de GVL (Gezinsvragenlijst), afgenomen.

Voorbeelden van ouder-kinddoelen zijn:

- Moeder herkent de gedragsproblemen van haar zoon en is in staat hem te bieden wat hij daarbij nodig heeft.
- Vader geeft zijn kind toestemming om in therapie te gaan.
- Vader stuurt zijn dochter regelmatig een kaart als antwoord op de kaart die moeder samen met het kind naar hem stuurt.
- Moeder en kind kunnen op een goede manier met onderlinge conflicten omgaan.
- Moeder kan zich houden aan de regels en afspraken op een manier die past bij de leeftijd van kind en waarbij moeder emotioneel bij kind aansluit.

Voor 19 van de 26 kinderen in de pilot zijn individuele kindplannen gemaakt. Bij vier kinderen is er aandacht aan hun ontwikkeling besteed in combinatie met een ander (2e of 4e GIPS) overleg en bij twee kinderen is de OTS afgesloten voordat er een GIPSkindplan plaats kon vinden. Bij een kind is er geen kindplan gemaakt omdat de gezinsvoogd dat niet nodig vond: het kind was jong (4 jaar) en het leek goed te gaan .

Van de 19 kindplannen konden er elf worden geëvalueerd in GIPS4; dit gebeurde na gemiddeld acht maanden (met een spreiding van 4 -12 maanden). Deze elf kinderen kwamen uit acht gezinnen. De andere kindplannen konden niet worden geëvalueerd in GIPS4 vanwege verhuizing, plaatsing in een perspectief biedend pleeggezin en beëindiging van de OTS.

Tijdens het GIPS4 overleg vertelden de aanwezigen voor ieder doel in welke mate, voor hoeveel procent, zij vonden dat dit doel behaald is. Het gemiddelde daarvan is genoteerd. Hieruit komt naar voren dat een ruime meerderheid van de doelen voor een groot deel is behaald: 55 van de 77 doelen (71%) is voor 70% of meer behaald en een derde van de doelen (25 van de 77) is zelfs voor 100 % gehaald. Slechts drie doelen zijn helemaal niet behaald. Het maken van een kindplan met doelen en activiteiten om het doel te behalen blijkt daarmee heel zinvol.

Het verbeteren van de veiligheid alleen lijkt (voor deze kinderen) echter een onvoldoende voorwaarde voor goed herstel van de kinderen. Om de positieve ontwikkeling van het kind weer op gang te helpen is naast veiligheid ook specifieke hulp nodig gericht op het kind. Door een kindplan op te stellen wordt beter en gedifferentieerder gekeken naar de individuele situatie van ieder kind. Omdat de kindontwikkeling van ieder kind voorafgaand aan het GIPStraject zeer problematisch, is een kindplan voor ieder kind noodzakelijk. Toch zien niet alle gezinsvoogden het nut in van het opstellen van een kindplan als ze de thuissituatie als veilig hebben beoordeeld. Daarnaast lijkt emotionele verwaarlozing en afwijzing - beiden zeer schadelijk voor de sociaal - emotionele ontwikkeling van het kind - onvoldoende te worden geproblematiseerd; onvoldoende als onveilig in de ouder-kindrelatie te worden onderkend. Hierdoor zetten gezinsvoogden en hulpverleners onvoldoende in op verbetering ervan.

Het is daarom noodzakelijk om ook in geval er geen duidelijke zorgen zijn, de ontwikkeling van ieder kind tijdens GIPS3 door te lopen en een kindplan op te stellen.

Vogtländer constateert over het evalueren van de doelen in GIPS 4 dat ouders en hulpverleners het zeer prettig, helpend en effectief vinden om op deze manier te evalueren. In korte tijd kunnen veel punten besproken worden en bijgesteld. Ook met zwakbegaafde ouders is deze manier van evalueren goed uit te voeren. Daarnaast blijkt het vrij eenvoudig om nieuwe concrete werkdoelen te formuleren.

Wat betreft de resultaten komt naar voren dat het echte herstel zich vooral op het vierde GIPSoverleg manifesteert: ten tijde van het eerste GIPSoverleg is de situatie zeer zorgelijk, maar ook op het derde overleg zijn er nog duidelijke zorgen, pas bij GIPS4 is er van duidelijk herstel sprake. Een ander belangrijk resultaat is de verbetering van de affectieve relatie tussen ouder(s) en kind(eren). Professionals en

ouders vertellen bijna altijd spontaan tijdens het GIPS<sub>4</sub> overleg dat de affectieve relatie is verbeterd: opener, met meer vertrouwen, en meer communicatie. Kinderen stellen meer vragen aan hun ouders, ook over de negatieve gebeurtenissen in het verleden.

Tot slot constateert Vogtländer dat het behalen van een doel niet alleen afhankelijk is van de inzet van gezin en professionals, want dikwijls spelen ook externe factoren die niet te beïnvloeden zijn een rol, zoals wachtlijsten in de GGZ waardoor gezinsleden niet in behandeling kunnen.

#### 5.4 CONCLUSIE

De GIPS is ontwikkeld voor gezinnen waar sprake is van structurele ernstige onveiligheid om de veiligheid van kinderen te herstellen. De resultaten van de pilot tonen aan dat de veiligheid toeneemt. Bijna alle gezinnen (12 van de 15) in de pilot bereiken ten tijde van GIPS 2 of iets later de bodemeisen voor de veiligheid van kind(eren) door de veiligheidsmaatregelen die in GIPS<sub>1</sub> worden afgesproken. Bij zes van de vijftien gezinnen was het nodig om het kind of de kinderen uit het gezin tijdelijk weg te halen voor diens directe veiligheid of voor veilige ontwikkelingsmogelijkheden. Voor drie gezinnen biedt de GIPS een duidelijke grond voor een definitieve uithuisplaatsing. Aan het einde van het GIPStraject is er stabiele veiligheid bereikt voor de kinderen van veertien van de vijftien deelnemende gezinnen. Op één gezin na is de veiligheid aan het einde van het GIPStraject in alle gezinnen (flink) toegenomen.

De duur van de GIPStrajecten varieert van 9 tot 26 maanden: gemiddeld duurt een GIPStraject 15 maanden en drie weken. De bodemeisen voor veiligheid zijn in de pilot binnen 2 tot 8 maanden na het opstellen van het veiligheidsplan bereikt bij GIPS<sub>2</sub>. In vergelijking met de duur van de vaak al jarenlange zorgen die er bij deze gezinnen bestaan is dat snel.

Er wordt naar stabiele veiligheid toegewerkt door de impact van de belangrijkste risicofactoren terug te dringen aan de hand van de TOP-3. De meest genoemde risicofactor in de TOP-3 is psychische problematiek van (één van) de ouders. Het totaal aantal risicofactoren neemt flink af en de afname van de impact van de voornaamste risicofactoren leidt tot een veiliger opgroeisituatie voor de kinderen: daar waar de risicofactoren dalen, stijgt het veiligheidscijfer. De hoeveelheid risicofactoren is overigens niet alleszeggend, ook de combinatie van enkele risicofactoren kan grote invloed hebben of bij veel risicofactoren kan toch sprake zijn van veiligheid. Een afname van risicofactoren is daarom geen goede maat voor veiligheid.

Als de veiligheid stabiel is, is herstel van een gezonde ontwikkeling van het kind niet vanzelfsprekend. Een apart kindplan voor elk kind in het gezin is nodig, waarbij de zorgen over de ontwikkeling van de kinderen worden geformuleerd met de daarbij horende ouder-kind en kind doelen (GIPS<sub>3</sub>). Uit de evaluatie tijdens het GIPS<sub>4</sub> overleg komt naar voren dat een ruime meerderheid van deze doelen goed worden behaald, wat het belang van het opstellen van een kindplan aantoont.

## 6

### RESULTATEN VAN DE PILOT: UITVOERING VAN DE GIPS

In dit hoofdstuk beschrijven we wat de GIPS de professionals oplevert en wat de uitvoering met zich meebrengt. Een belangrijk onderdeel van de methodiek is de multidisciplinaire samenwerking. In plaats van bilaterale overleggen of het anderszins delen van informatie moeten betrokkenen bij elkaar komen om tot een gezamenlijke beoordeling van de situatie en een gezamenlijke oplossingsstrategie te komen. De veronderstelling is dat de methodische wijze waarop binnen GIPS wordt samengewerkt meerwaarde heeft voor zowel de casusregisseur, als de professionals en de gezinnen.

Voor het beschrijven van de resultaten baseren we ons op evaluaties van de GIPSoverleggen (200 formulieren), twee tussentijdse evaluaties en de eindevaluatie (28 formulieren).

De intersectorale en multidisciplinaire samenwerking staat centraal in §6.1 Vervolgens beschrijven we wat deze samenwerking gezinsvoogden en professionals oplevert (§6.2) en hoe zij de methodiek ervaren (§6.3). De ervaringen van ouders en kinderen met de GIPS komt aan bod in paragraaf 6.4. We sluiten af met een conclusie (§6.5).

#### 6.1 REALISEREN VAN INTERSECTORALE EN MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Een belangrijk slagingscriterium voor de GIPS is of het lukt om alle bij de casus betrokken sectoren om de tafel te krijgen: leidt de GIPS tot intersectorale en multidisciplinaire samenwerking?

In totaal worden gedurende de pilot 52 GIPSoverleggen gehouden, waarvan 48 multidisciplinair: de projectleider (als GIPSmeester), de gezinsvoogd (als casusregisseur), hulpverleners die betrokken zijn bij het gezin en soms een gedragswetenschapper (de supervisor van gezinsvoogden, in dienst van de jeugdbescherming). Bij vier overleggen (in twee gezinnen) zijn geen hulpverleners aanwezig omdat de gezinsvoogd het niet zinvol vindt hen te betrekken bij de latere overleggen.

Het aantal hulpverleners dat elk gezin tijdens het GIPStraject heeft, varieert van 11 tot 18 personen: er zijn gemiddeld 14,3 professionals bij elk traject betrokken (inclusief de gezinsvoogd). Gedurende een GIPStraject vallen er hulpverleners af en komen er soms nieuwe bij, afhankelijk van de hulp die nodig is. Ook worden hulpverleners geregeld opgevolgd door collega's (deze zijn dan meegeteld). Van de genodigde professionals is steeds 50% tot 90% aanwezig; gemiddeld zit twee derde van de professionals, die op dat moment betrokken zijn bij het gezin, bij het GIPSoverleg aan tafel. De aanwezigheid van de professionals bij het GIPS<sub>1</sub> overleg is hoog (75% tot 90%). Deze hoge opkomst is belangrijk omdat het veiligheidsplan centraal staat en daar zijn verschillende professionals bij nodig. In de loop van het traject neemt de mate van aanwezigheid af. Dit betekent doorgaans dat het beter gaat, en het ook niet nodig is dat alle betrokken hulpverleners aanwezig zijn op het overleg. Zij blijven wel op de hoogte.

De achtergrond van de betrokken professionals betreft een zeer rijke schakering aan sectoren en functies:

- Zorg: huisarts, verslavingszorg, schoolverpleegkundige, schoolarts, schoolpsycholoog, orthopedagoog, maatschappelijk werk, buurtteam, MEE
- Onderwijs: leerkracht, begeleider, mentor, directeur, leerplichtambtenaar
- Jeugdhulp: Centrum voor Jeugd en Gezin, gedragsdeskundigen Bureau Jeugdzorg, pleegzorg, medewerkers leefgroepen, jongerenwerk
- Jeugdbescherming: Raad voor de Kinderbescherming
- GGZ: systeemtherapeut/psychotherapeut/ouderbegeleider Jeugd GGZ, forensische psychiatrie, bemoeizorg, relatietherapeut.

- Gemeente: bewindvoerder, bureau budget en inkomstenbeheer, beleidsmedewerker crisisbeleid gemeente, klantmanager zorg en activering,
- Veiligheid: Steunpunt Huiselijk Geweld (Veilig Thuis), wijkagent, reclassering

Leerkrachten zijn altijd vertegenwoordigd en ook de gezinsondersteuning zit gewoonlijk aan tafel. De sector die het moeilijkst te betrekken was, is de reguliere GGZ voor volwassenen. Geen van de vier handelaren uit de reguliere volwassen GGZ was bereid om bij de overleggen aanwezig te zijn. Als reden wordt altijd de privacy van cliënt genoemd. De forensische volwassenen GGZ was daarentegen wel betrokken bij vijf van de vijftien gezinssystemen evenals de jeugd GGZ bij zestien kinderen. Kortom, de gezinsvoogd slaagt er in om steeds een flink deel van de betrokken professionals aan tafel te krijgen en samen stellen zij een integraal gezinsgericht plan op.

## 6.2 OPBRENGST VAN DE GIPS VOOR HET WERK VAN GEZINSVOOGDEN EN PROFESSIONALS

De betekenis van het werken met de GIPS voor de gezinsvoogden en andere professionals wordt eerst beschreven. Daarna staan we stil bij de efficiëntie van de werkwijze.

### Gezinsvoogden als casusregisseurs

In de eerdere tussentijdse analyse (4 en 6 maanden na de start van de pilot) hebben gezinsvoogden via een evaluatie formulier hun mening over de GIPS gegeven. De belangrijkste feedback betreft de wijze van overleg, de ondersteuning van de gezinsvoogd en het effect op de hulpverlening.

Door de wijze van overleg worden volgens de gezinsvoogden veel goede ideeën bijeengebracht : “andere hulpverleners hebben veel goede ideeën toegevoegd”, en “hier komen ‘retegoede’ plannen uit”. Bovendien wordt snel de kern van de zorgpunten duidelijk, evenals van de mate van onveiligheid, wat er moet gebeuren en waarom.

Ten tweede voelt de gezinsvoogd zich door de GIPSoverleggen in haar beslissingen gesteund. De beslissing kan zijn om tot uithuisplaatsing over te gaan: “Ik hoef me niet meer te verantwoorden over de uithuisplaatsing, iedereen begrijpt het” of “Iedereen deelde mijn ernstige zorgen en dat bekrachtigde mijn plan om door te pakken en de kinderen uit huis te plaatsen”. De beslissing kon ook zijn vast te houden aan thuisplaatsing: “In de afweging om de kinderen al of niet thuis te plaatsen toen er een onverwachte crisissituatie ontstond, koos ik toch steeds voor thuisplaatsing omdat we een Veiligheidsplan hadden opgesteld waar iedereen achter stond”.

Omdat alle hulpverleners achter het plan staan, voelt de gezinsvoogd zich sterker staan en kan ze het gesprek met de ouders beter voeren. Bovendien komen alle hulpverleners na het GIPSoverleg met dezelfde boodschap naar de ouders: zó gaan we het doen. Ook dit sterkt de gezinsvoogden in hun werk. Ten derde draagt samenwerking vanuit een gezamenlijk plan bij aan de rust in de hulp, omdat hulpverleners naast elkaar vanuit een duidelijke visie hulp verlenen en de hulpverleners elkaar goed aanvullen. De gezinsvoogden schrijven: ‘Ik zie de hulpverleners nu niet meer tegenover mij en elkaar, maar allen naast elkaar’; ‘De juffen op school hebben nu gesprekje met de kinderen over de problemen thuis, dat geeft mij rust’; ‘Sinds GIPS lijkt er rust in het hulpverleningssysteem, ik word niet meer dagelijks benaderd’; en ‘Sinds het eerste Veiligheidsplan komt er een heel proces van verandering op gang in de goede richting, een proces dat ik ‘gerust’ kan coachen’. Bij een gezin kwam er dankzij de GIPS beweging in een reeds lang stagneerde situatie, waar moeder al jaren tegenstrijdige boodschappen kreeg en de hulpverleners tegen elkaar uit kon spelen.

Aan de tien gezinsvoogden en vier gedragswetenschappers die aan de eindevaluatie mee doen, is gevraagd een cijfer te geven voor de steun die zij hebben ervaren van de GIPS als methodiek. Zij geven de ondersteuning gemiddeld een 7,4. Op de vraag het cijfer toe te lichten geven drie gezinsvoogden een



gelijkluidend antwoord: “er is focus op welke informatie nodig is om keuzes te maken ten aanzien van de veiligheid en het perspectief voor het kind”.

### **Betrokken professionals**

Slechts elf professionals hebben de eindevaluatie ingevuld, een minderheid van degenen die nog in de slotfase van het traject betrokken waren. Zij hebben hun mening gegeven over het effect van de GIPS op de samenwerking tussen de verschillende partijen, en zij zijn daar unaniem positief over. Zij noemen als belangrijkste positieve punten: het vertrouwen in elkaar groeit, er wordt gezamenlijk verantwoordelijkheid genomen voor de uitvoering van de gezinsplannen en de samenwerking verloopt eenduidiger en efficiënter.

Met name het vertrouwen dat onderling kan groeien wordt genoemd. Het ‘samenwerken in plaats van langs elkaar heen werken’, zoals een van hen het benoemt, vergemakkelijkt de communicatie en ondersteunt hen om de gezamenlijke kennis gericht in te zetten. Hulpverleners krijgen meer begrip voor elkaars standpunten, posities en rollen. Ze krijgen meer zicht op elkaars (on)mogelijkheden en kunnen elkaars mogelijkheden door de samenwerking juist versterken. Door langer samen te werken ontstaat vertrouwen in elkaars deskundigheid. Dit heeft tot gevolg dat vanuit het gezin en wie wat op kan pakken wordt geredeneerd, in plaats van uit de positie van de hulpverlener.

Naast het vertrouwen wordt een gezamenlijke verantwoordelijkheid ervaren. De hulp en ondersteuning is beter afgestemd om de veiligheid in het gezin te vergroten en de ontwikkeling van het kind te bevorderen. Men gaat daar met elkaar een gedeelde verantwoordelijkheid voor aan. Bij het nemen van lastige stappen voelen alle partijen de eigen en de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het wegnemen van de onveiligheid.

De samenwerking verloopt eenduidiger en efficiënter omdat de werkdoelen en afspraken zeer concreet zijn en iedereen erachter staat. Iedereen's rol wordt door de GIPS duidelijk en de contacten per mail of telefoon tussen de hulpverleners onderling zijn korter omdat de afspraken al helder zijn. Een professional merkt op: “de GIPS leverde mij energie op in plaats van dat het me energie kost om met complexe onveilige gezinnen te werken”.

In de eindevaluatie is de professionals gevraagd om een cijfer te geven voor de mate waarin het lukt om de expertise van alle professionals goed te benutten. Zij geven daar gemiddeld een 8 voor. De inzet van de eigen expertise werkt twee kanten op. Enerzijds geven professionals aan dat door hun specifieke expertise anderen zich sneller en gefundeerder een beeld kunnen vormen van de casus. Anderzijds zeggen ze dat het gezamenlijke plan er voor zorgt dat iedereen gericht de eigen deskundigheid kan inzetten, en daardoor een positievere, stabielere en meer gerichte aanpak mogelijk is.

### **Efficiënte van de GIPS**

De GIPS vraagt, zeker als nieuwe methodiek, om een tijdsinvestering van de betrokkenen. De opzet van de GIPS lijkt in eerste instantie een tijdrovend traject. Het is echter niet de bedoeling dat de GIPS meer tijd van de betrokkenen vraagt; wel wordt hen gevraagd hun tijd anders in te zetten. Leidt de GIPS nu wel of niet tot een efficiëntere professionele samenwerking dan de reguliere samenwerking binnen een gezinsvoogdijtraject?

Veertien gezinsvoogden en professionals hebben bij de eindevaluatie de vraag beantwoord of de GIPS tijdswinst biedt ten opzichte van reguliere voogdijtrajecten in geval van vergelijkbaar complexe en onveilige gezinnen. Van hen vindt de meerderheid (12 van de 14 personen), dat de GIPS tot tijdswinst leidt. De efficiëntie zit volgens hen in drie aspecten. Door de concrete methodiek wordt snel inzicht gekregen in de zorg- en veiligheidsproblematiek van het gezin en er wordt minder gepraat en meer gedaan. Ten tweede zorgt het gestructureerd op papier zetten van de plannen (veiligheidsplan, hulpverleningsplan, herstelplan, toekomstplan) dat herhaling van de afspraken niet nodig is en langs elkaar heen werken

onmogelijk. Het goed op papier zetten van de afspraken geeft ook de mogelijkheid dat professionals gericht worden uitgenodigd voor het overleg, terwijl alle betrokken hulpverleners wel op de hoogte worden gehouden. Tot slot wordt een efficiëntieslag gemaakt omdat de gezinsvoogd niet alle hulpverleners apart hoeft te spreken en de contacten tussen de hulpverleners kort kunnen zijn omdat de afspraken duidelijk zijn.

De twee professionals die geen tijdswinst ervaren wijzen erop dat het op de hoogte zijn van wat andere hulpverleners doen en waar zij tegenaan lopen, extra tijd kost en de tijdsinvestering groot is omdat er kleine stappen werden gezet. Overigens wordt ook door hen de tijdsinvestering doeltreffend gevonden en nodig om het resultaat te bereiken.

We kunnen concluderen dat de gezinsvoogden door de GIPS ondersteuning ervaren in hun rol van casusregisseur, vanwege de gezamenlijke visie en een plan van aanpak dat gedragen wordt door een groot aantal professionals. Hierdoor voelen zij zich gesterkt bij het nemen van moeilijke beslissingen. Professionals zijn vooral te spreken over de methodiek vanwege het onderlinge vertrouwen dat door deze werkwijze kan ontstaan, waardoor er meer vanuit de hulp die het gezin nodig heeft dan vanuit de eigen taken gewerkt kan worden. Het lukt goed ieders expertise te benutten, en juist door de gezamenlijke aanpak kan iedereen gericht de eigen deskundigheid inzetten. De GIPS is een vorm van samenwerken die enerzijds intensief is, maar door de overlegstructuur en het goed vastleggen van afspraken tot een efficiënte manier van samenwerken leidt.

### **6.3 OPBRENGST VAN DE GIPS VOOR KINDEREN EN OUDERS**

De GIPS wil ouders en kinderen inspraak geven, echter zonder hen bij de eerste overleggen zelf aanwezig te laten zijn. In hoeverre lukt het om ouders en kinderen met deze methode toch een duidelijke stem te geven? Er is weinig evaluatiemateriaal beschikbaar van ouders zelf. Daarom wordt in deze paragraaf ook gebruik gemaakt van observaties van casusregisseurs en professionals met betrekking tot de ervaringen van ouders.

#### **Betrokkenheid ouders bij de GIPSoverleggen**

De samenwerking tussen het gezamenlijke GIPSteam van professionals met het gezin wordt in het GIPStraject stapsgewijs vormgegeven. Bij de eerste drie GIPSoverleggen zijn de ouders niet aanwezig. De gezinsvoogd heeft deze GIPSoverleggen wel voorbereid met het gezin (zie hoofdstuk 3). Na het GIPSoverleg legt de gezinsvoogd het zorgplan weer voor aan de ouders en wordt hen gevraagd welke verbeteringen zij willen toevoegen aan het plan. Tijdens de pilot zijn de ouders bij het GIPS4 overleg expliciet uitgenodigd om aanwezig te zijn.

Er is vijftien keer een GIPS4 overleg gehouden. Bij elf daarvan was één of beide ouders aanwezig (meestal de moeder). Zij hebben na afloop van het overleg het evaluatieformulier over het GIPSoverleg ingevuld. Ouders geven aan zeer positief te zijn over de ruimte die ze kregen tijdens het overleg en dat hun betrokkenheid is toegenomen tijdens het GIPStraject. Ook gaven ze een ruim voldoende tot zeer goed voor het plan voor de toekomst dat tijdens het GIPS4 overleg was gemaakt.

Van de 11 ouders hebben 3 ouders meegewerkt aan de eindevaluatie. De inschatting is dat het teveel gevraagd is om het evaluatieformulier in te vullen: sommige ouders zijn zwakbegaafd en daarnaast wilden de meeste ouders het hulpverleningstraject en Bureau Jeugdzorg achter zich laten. De drie ouders die wel aan de eindevaluatie hebben meegedaan zijn onverdeeld positief over de behaalde resultaten voor hun gezin.

Een ouder vond het aanvankelijk onzin dat hij met een GIPStraject werd opgezadeld, maar zegt achteraf: “Het levert alleen maar goede dingen op, ook als je er in het begin negatief over denkt”. En een ander zegt: “Er is goed naar mij geluisterd als ouder, de goede vragen zijn gesteld, er werd goed op mijn mening gereageerd”. Een ouder geeft aan wel het gevoel te hebben “dat er over je gepraat wordt in plaats van met je”. Een van hen merkt op dat de opbouw van het traject goed doordacht is, en dat het een prima idee is om ouders in het begin niet aan tafel uit te nodigen maar later wel.

Volgens sommige hulpverleners levert het GIPStraject de ouders minder stress op dan een regulier voorgedij traject, omdat alle hulpverleners op de hoogte zijn van wat er speelt in het gezin hetgeen als positief wordt ervaren. Bovendien vertellen hulpverleners dezelfde heldere boodschap aan de ouders: zó gaan we het doen. Het wordt voor ouders duidelijk wie welke rol heeft en volgens de gezinsvoogden ervaren ouders deze duidelijkheid en transparantie als prettig. De hulpverleners maken melding van een stijging in het vertrouwen in de hulpverlening: het feit dat de reactie van ouders wordt genoteerd en meegenomen in het uiteindelijke plan en terugkoppeling aan ouders plaatsvindt, sterkt het vertrouwen. Een hulpverlener stelt dat de betrokken ouder heeft ervaren dat positief wordt gesproken over de gezinssituatie en oplossingen worden gezocht, wat ontspanning heeft geboden en de samenwerking heeft verbeterd.

Tegenover deze positieve ervaringen staan ook enkele negatieve ervaringen: sommige ouders voelen zich ondanks de voor- en nabespreking weinig betrokken. Ook wijst een hulpverlener erop dat als ouders en kinderen aanvankelijk toestemming geven voor de GIPS, maar er later moeite mee hebben dat er over hen gesproken wordt, dit de samenwerking kan compliceren.

Gezinsvoogden en hulpverleners benadrukken het belang van ouders serieus nemen. Ouders moeten het gevoel hebben gehoord te worden, hun inbreng moet worden meegenomen in de plannen. Tegelijkertijd is het niet altijd mogelijk aan hun wensen en oplossingen tegemoet te komen en moet transparant zijn wat de afspraken zijn, ook als er afspraken gemaakt worden waar ze moeite mee hebben, zoals een tijdelijke uithuisplaatsing.

### **Het bieden van een stem aan kinderen**

In de GIPSoverleggen is steeds aandacht voor de veilige ontwikkeling van het kind en er zijn waar mogelijk GIPSkindplannen opgesteld met werkdoelen gericht op wat het kind nodig heeft. Daarmee is het belang van het kind vertegenwoordigd, maar in hoeverre wordt de stem van het kind gehoord in GIPS? Volgens de methodiek hoort er expliciet contact met de kinderen te zijn bij de start van GIPS. Kinderen krijgen net als de ouders bij de start uitgelegd welke hulpverleners bij elkaar komen en waarom. Daarnaast zijn er ter voorbereiding van ieder GIPSoverleg vragen voor de kinderen: wat willen ze vertellen, wat vinden zij belangrijk, wat hebben ze nodig? De antwoorden moeten worden ingevuld aan het begin van het GIPSplan. En tijdens het GIPSoverleg wordt nagedacht over wat de kinderen wel of niet zouden moeten weten over de gemaakte plannen, en wie hen dit gaat vertellen (nadat dit ook met de ouders is overlegd). Aan het eind van elk GIPSoverleg wordt opnieuw afgesproken wie contact opneemt met het kind. Dit is vaak de gezinsvoogd, maar kan bijvoorbeeld ook een leerkracht of gezinsbegeleider zijn. Daarnaast wordt bij aanvang van het GIPStraject voor ieder kind een vertrouwenspersoon vastgesteld. In welke mate kinderen daadwerkelijk een stem hebben gehad is niet onderzocht, omdat er geen informatie over is; vragen erover ontbreken in het evaluatie formulier, aan de gezinsvoogden is niet gevraagd of zij in het kader van de GIPS inderdaad gesprekjes met de kinderen hebben gevoerd, en ook de kinderen zijn niet betrokken bij de evaluatie van de pilot. Hoewel de GIPS van begin tot eind ‘over’ de kinderen gaat en gesprekjes met hen onderdeel van de GIPSmethode uitmaken, is er dus geen zicht op of dit gebeurt zoals bedoeld. De algemene indruk is dat kinderen veel minder betrokken zijn dan beoogd was.

### **Betrekken van het netwerk van het gezin**

Op de vraag in de evaluevaluatie of de GIPS helpt om het informele netwerk rond het gezin te betrekken, wordt geantwoord dat de GIPS daar expliciet om vraagt en het steeds op de agenda staat. In de GIPS-overleggen wordt vaak de intentie uitgesproken het persoonlijke netwerk te betrekken en het belang ervan wordt onderkend. In de praktijk komt het betrekken van het netwerk echter onvoldoende tot stand: het loopt spaak op de uitvoering. Redenen zijn dat er regelmatig geen netwerk is, of dat het netwerk niet betrokken wenst te worden. En soms blijft het netwerk onderbelicht omdat het betrekken van het netwerk de voogd te veel tijd en energie kost.

## **6.4 BEOORDELING VAN DE GIPS: SUCCESFACTOREN EN PUNTEN TER VERBETERING**

De GIPSoverleggen vormen een cruciaal element in de methodiek. In een GIPSoverleg staat het delen van zorgen en informatie niet op zichzelf, maar direct in dienst van afspraken en een handelingsperspectief. De gestructureerde overleggen werken toe naar een uitkomst: elk overleg levert een plan op met doelen waaraan taken voor de aanwezigen zijn gekoppeld. Wat vinden gezinsvoogden, eventueel aanwezige gedragswetenschappers en professionals van deze specifieke vorm van gezamenlijk overleg?<sup>56</sup> De betrokken aanwezigen beoordeelden de werkwijze tijdens het GIPSoverleg als ruim voldoende tot goed. Gemiddeld gaven zij het cijfer 7,5 aan alle overleggen voor alle gezinnen. De gemiddelde waardering per gezin (met dus grotendeels dezelfde overlegpartners) varieerde van 6,5 tot 8,25, meestal een ruime 7. Dit geeft aan dat professionals doorgaans tevreden zijn en de GIPS succesvol vinden. Hieronder gaan we eerst in op de succesfactoren en daarna op de verbeterpunten.

### **6.4.1 SUCCESFACTOREN**

Er zijn vier grote thema's waarin voor de aanwezigen het succes van de GIPS schuilt, namelijk de interdisciplinaire samenwerking, de gestructureerdheid van het overleg, de gezamenlijke verantwoordelijkheid en transparantie en eenduidigheid naar de ouders.

#### **De interdisciplinaire samenwerking**

De interdisciplinaire samenwerking is een succesfactor volgens de betrokkenen. Door het delen van de achtergrondinformatie ontstaat een beter beeld van de situatie en kunnen professionals beter zien 'hoe het gezin zich gedraagt'. Daardoor kan vanuit verschillende perspectieven een gedeelde visie op de veiligheid en op de ernst van de problematiek ontstaan. Het fysiek bij elkaar te komen wordt zeer gewaardeerd. Door een ieders professionele kennis, visie en input te vernemen, leren professionals elkaar kennen en ontstaat een respectvolle houding naar elkaars mogelijkheden en onmogelijkheden. De gezinsvoogd krijgt ruimte om haar zorgen en wat zij nodig acht neer te zetten, en bij de hulpverleners leidt het overleg tot het vertrouwen dat ze de juiste stappen op het juiste moment nemen. Ieders kracht wordt op deze manier versterkt en de samenwerkingspartners vormen op deze manier een sluitend netwerk.

De ontmoeting leidt tevens tot kortere lijnen; er is een snellere uitwisseling van de relevante informatie. Ook wordt opgemerkt dat professionals eerlijk durven te zijn omdat de ouders er niet bij zitten, en dat het prettig is dat er binnen het overleg ruimte is om elkaar tegen te spreken.

---

<sup>56</sup> De 200 evaluatieformulieren ingevuld na elk GIPSoverleg, zijn vooral door gezinsvoogden en professionals ingevuld en daarnaast door enkele ouders en pleegouders (10 %). Dit zijn er zo weinig dat we hier spreken over de mening van gezinsvoogden en professionals.

### **Gestructureerde overleg met richting**

De structuur van het GIPSoverleg wordt het meest vaak genoemd als succesfactor. De goed voorbereide agenda met een vaste vraagstelling is de leidraad. Er is ruimte voor ieders mening, ook die van de ouders in de voorbespreking of nabespreking en in het laatste GIPSoverleg.

De GIPSsystematiek geeft op een concrete manier richting ; er wordt nauwkeurig benoemd wat er wel en niet goed gaat en aan de verbeterpunten worden concrete acties gekoppeld. De GIPS kan daarom ook een besluitvormingsmodel worden genoemd: een praktische werkwijze met praktische doelen en gericht op concreet handelen door direct kort te sluiten wie wat doet binnen duidelijke tijdsafspraken. Vervolgens houden de GIPSplannen en de uitgezette lijn de gezinsvoogden scherp. De voortgang van het proces wordt door allen samen en door een neutrale voorzitter, de GIPSmeester, regelmatig op gestructureerde wijze geëvalueerd.

Door de structuur is er weinig ruimte voor discussie tijdens het overleg om tijdverlies te voorkomen. Het strak voorzitten heeft tot voordeel dat men intensief naar elkaar luistert (en daardoor aan het denken wordt gezet). Feiten worden gescheiden van gevoelens, terwijl er wel ruimte is de onderbuikgevoelens te delen. De hulpverleners worden, volgens een van de aanwezigen, gedwongen in een proces te blijven denken dat groter is dan henzelf. Een ander merkt op dat het structureren door de voorzitter zeer noodzakelijk is omdat hulpverleners neigen tot uitweiden.

### **Gezamenlijk prioriteiten vaststellen en gedeelde verantwoordelijkheid bij de uitvoering**

Het gemeenschappelijke doel, dat door de GIPS helder gecentreerd is, betreft de veiligheid van de kinderen. Alle partijen ervaren dat het belang van de kinderen centraal staat, en dat zij een gedeelde verantwoordelijkheid hebben bij het nemen van beslissingen die een (grote) impact hebben op het leven van de gezinsleden. Vooral het formuleren van het eerste GIPSveiligheidsplan is verhelderend voor het orde brengen in de chaos, begrip van de problematiek en het uitzetten van een gezamenlijke lijn met een duidelijke prioritering. Ook de cliënt wordt betrokken in het nemen van verantwoordelijkheid ten aanzien van de onveiligheid en krijgt inzicht in zijn of haar eigen aandeel.

### **Vertrouwen bij ouders**

De transparantie en eenduidigheid naar ouders worden door de professionen als succesfactor genoemd. De ouders ervaren het GIPSplan en de visie en afspraken daarin als zwaarwegend omdat alle hulpverleners zich erachter geschaard hebben. Omdat alle gezinsleden centraal staan en worden betrokken in het proces, herstelt het vertrouwen in de hulpverlening en de samenwerking met de ouders waar deze voorheen slecht was. Ook als er stappen genomen worden waar ouders het niet mee eens zijn, is het mogelijk met de ouders het gezamenlijk belang voor ogen te blijven houden en te blijven samenwerken.

De bovengenoemde succesfactoren zijn precies de elementen die de GIPS beoogt.

## **6.4.2 PUNTEN TER VERBETERING**

De gezinsvoogden en hulpverleners dragen verschillende verbeterpunten aan. Opvallend is dat veel adviezen in de richting gaan van meer en vaker: meer overleg, meer mensen betrekken et cetera. Daarnaast is de betrokkenheid van ouders, kinderen en het informeel netwerk een belangrijk verbeterpunt. Tot slot is verbetering gewenst rond kennisborging.

### **Meer tijd en meer professionals**

Er is behoefte aan meer tijd voor het GIPSoverleg. De professionals willen graag meer tijd om achtergrondinformatie, kennis en ervaring uit te wisselen, en vragen te kunnen stellen. Gedurende de pilot is op basis van deze kritiek de duur van het overleg uitgebreid van anderhalf uur naar twee uur. Dit gaf meer ruimte, maar nog niet voldoende voor iedereen. Voorgesteld wordt voor het eerste GIPSoverleg

meer tijd uit te trekken en frequenter bijeen te komen.

Daarnaast geven verschillende professionals aan meer commitment van alle professionals te willen, specifiek "vooral van de GGZ". Om te zorgen dat iedereen aanwezig is, wordt geadviseerd tijdens het overleg nog explicieter aan de orde te stellen hoe de samenwerking tussen de professionals wordt vormgegeven en het belang te benadrukken dat iedereen aanwezig is. Daarnaast wordt voorgesteld bij het eerste overleg direct de data van de GIPSoverleggen in te plannen en degenen die niet aanwezig kunnen zijn via vragenlijsten naar hun visie vragen.

### **Ouders, kinderen en informele netwerk**

De meeste adviezen voor verbetering betreffen de betrokkenheid van ouders en soms ook de kinderen. De adviezen zijn divers. Sommige adviezen gaan concreet in op de manier waarop de betrokkenheid van ouders vergroot kan worden, bijvoorbeeld een intake gesprek, meer psycho-educatie, een overzichtelijker of makkelijker te begrijpen GIPSplan, een aparte ouderbijeenkomst als onderdeel van de methodiek of iets gezelligs doen met de kinderen. Ook wordt in meer algemene zin gezegd dat ouders en kinderen eerder een stem moeten krijgen. Anderen stellen voor om per bijeenkomst af te wegen of ouders er bij kunnen zijn, bijvoorbeeld de ouders waarmee de samenwerkingsrelatie goed is. Een hulpverlener vindt dat het zonder de cliënt aan tafel zitten niet past in de tijdsgeest en dat ouders altijd voor het GIPSoverleg moeten worden uitgenodigd.

Daarnaast wordt het betrekken van het persoonlijke netwerk van het gezin als verbeterpunt genoemd. De gezinsvoogd en hulpverleners zouden daar een grotere rol in moeten spelen. Ook kunnen ouders hierop meer systematisch worden aangesproken, bijvoorbeeld door de opdracht te krijgen een netwerkinventarisatie of netwerkkaart te maken als onderdeel van de GIPSmethodiek.

### **Kennis borgen**

Het verspreiden van kennis over het werken met de GIPSmethodiek verdient meer aandacht. Voorgesteld wordt een training te geven voor bijvoorbeeld jeugdzorgmedewerkers over het werken met moeilijke gezinnen en de GIPS, waardoor professionals binnen het GIPSproces het belang van het op deze wijze werken beter naar buiten kunnen brengen. Onderdeel van de training zou kunnen zijn hoe de schade voor het kind van een onveilige situatie geëxpliciteerd kan worden, zodat de grond voor ingrijpen handen en voeten krijgt.

Een ander punt is het borgen van de GIPS afspraken en plannen in de diverse organisaties. Meerdere professionals adviseren de doelstellingen en afspraken uit de GIPSplannen ook altijd te verwerken in de eigen begeleidings- of behandelplannen en/of integratie van de GIPSplannen in de rapportage van jeugdzorg.

## **6.5 CONCLUSIE**

Een sleutelfactor in de GIPSmethodiek is de multidisciplinaire samenwerking. De gezinsvoogd slaagt er in om steeds een flink deel van de betrokken professionals aan tafel te krijgen, en deze vertegenwoordigen een rijke schakering aan functies en beroepsgroepen. Zij stellen gezamenlijk een integraal gezinsgericht plan op. Zowel de gezinsvoogden als de betrokken professionals voelen zich ondersteund door de methodiek van de GIPS. De gezinsvoogden ervaren door de GIPS ondersteuning in hun rol van casusregisseur, omdat de gezamenlijke visie tot een plan van aanpak leidt dat gezamenlijk gedragen wordt. Hierdoor voelen zij zich gesterkt bij het nemen van moeilijke beslissingen. Professionals zijn vooral enthousiast over de methodiek vanwege het onderlinge vertrouwen dat door deze werkwijze kan ontstaan, waardoor er meer vanuit de hulp die het gezin nodig heeft dan vanuit de eigen taken gewerkt kan worden. Ieders expertise wordt benut en de eigen deskundigheid ingezet. De gestructureerde manier van werken wordt als doelmatig en efficiënt ervaren, ook al zou men af en toe wat meer tijd

willen voor uitwisseling en achtergrondinformatie. De GIPSmethodiek leidt tot vertrouwen bij ouders in de hulpverlening en doorgaans voelen ouders zich betrokken bij het GIPStraject. De verbeterpunten liggen in meer tijd voor informatie-uitwisseling, een grotere aanwezigheid van alle betrokken professionals, en borgen van kennis en deskundigheidsbevordering. Daarnaast is een belangrijk verbeterpunt het verder versterken van de betrokkenheid van ouders, kinderen en het informeel netwerk, waardoor de inbreng van de professionals en het gezin meer gelijkwaardig wordt.





## CONCLUSIES EN HOE VERDER

In dit hoofdstuk komen we tot conclusies op basis van de onderzoeksresultaten. Eerst geven we een korte beschrijving van de GIPS in paragraaf 7.1. Daarna gaan we in op de resultaten van de GIPSpilot, zowel wat betreft het creëren van een veilige leefomgeving voor kinderen, als wat betreft de effecten op de samenwerking tussen professionals. We besluiten dit hoofdstuk met het aangeven van randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de GIPS.

### 7.1 BESCHRIJVING GIPS

De GIPS is ontwikkeld om in gezinnen waar sprake is van structurele ernstige onveiligheid de veiligheid van kinderen te herstellen. GIPS staat voor een gezamenlijke aanpak die beschadigde gezinnen omhult en ondersteunt waarbinnen het gezin kan genezen en herstellen, zoals een GIPSverband dat doet voor een gebroken ledemaat. De GIPSoverleggen bieden de casusregisseur en professionals die betrokken zijn bij het gezin een gestructureerde manier van samenwerken onder leiding van een daartoe getrainde GIPSmeester.

De Gipsmethodiek biedt de professionals daarnaast een gestructureerde vorm van samenwerken met de gezinsleden. Het is een bemoeizorgmodel voor gezinnen waarvan de kinderen hulp nodig hebben gezien hun recht op veiligheid, terwijl de ouders die hulp niet of met moeite accepteren. Er is een casusregisseur die gemandateerd is om voorwaarden te stellen, en het doel is om tijdens de GIPS de regie weer bij de ouders te leggen. Bij de eerste twee GIPSoverleggen wordt intensief met de gezinsleden samengewerkt voor en na het GIPSoverleg, maar zijn de gezinsleden daarbij zelf niet fysiek aanwezig. Het bijzondere van de gefaseerde ketenaanpak met behulp van de GIPS is de volgorde en de opbouw van de inhoudelijke thema's die in de GIPSoverleggen centraal staan. Eerst wordt gewerkt aan directe veiligheid met een veiligheidsplan, omdat zonder voldoende mate van veiligheid ouders en kinderen niet kunnen werken aan oplossingen en herstel. Vervolgens is de focus gericht op de stabiele veiligheid via risicogestuurde zorg op basis van een systeemgerichte risicotaxatie. Het hulpverleningsplan is dus gericht op het terugdringen van de (onveilige impact van) risicofactoren. Tot slot gaat het om herstel via een herstelplan voor elk kind apart, en voor de ouders. Waar nodig wordt (trauma)behandeling geboden voor psychische klachten en het bevorderen van de persoonlijke ontwikkeling van de individuele gezinsleden. Tijdens de pilot waren er vier GIPSoverleggen: GIPS1 veiligheid, GIPS2 risicogestuurde zorg, GIPS3 herstel, GIPS4 evaluatie.<sup>57</sup>

De GIPSplannen die na elk overleg worden gemaakt, worden binnen het traject steeds doorgegeven aan de (nieuwe) professionals die betrokken raken bij het gezin en vanaf najaar 2016 wordt dit via het digitale gezinsdossier GIPSONline ondersteund. De regie op de veiligheid blijft bij de casusregisseur en de GIPS borgt de inhoud en de continuïteit van het proces.

Van 2012 tot 2015 wordt de GIPS als pilot uitgevoerd bij Bureau Jeugdzorg Utrecht, afdeling Jeugdbescherming. Vijftien gezinnen, waarvan dertien eenoudergezinnen (moeders met kinderen), doen mee. Het zijn gezinnen waarbij reeds jarenlang ernstige zorgen over de veiligheid van de kinderen bestaat en waar de hulp is vastgelopen. Er vinden 52 GIPSoverleggen plaats. Veertien gezinsvoogden zijn casusregisseur. De duur van de GIPStrajecten varieert van 9 tot 26 maanden.

<sup>57</sup> De huidige GIPS bestaat uit vijf GIPSoverleggen, GIPS4 betreft het vervolgplan en GIPS5 het toekomstplan.

## 7.2 DE RESULTATEN VAN DE GIPS PILOT

### 7.2.1 DE GIPS VERGROOT VEILIGHEID EN HERSTEL

Uit de evaluatie komt naar voren dat deelname aan de GIPS inderdaad leidt tot herstel van de veiligheid van kinderen in hun dagelijkse leven. Bij twee derde van de gezinnen in de pilot worden de bodemeisen voor de veiligheid van kind(eren), zoals bedoeld bij GIPS 2, bereikt door de veiligheidsmaatregelen die in GIPS 1 worden afgesproken. Aan het einde van het GIPStraject is de veiligheid in alle gezinnen (flink) toegenomen, op één gezin na. Bij negen van de vijftien gezinnen was het nodig om het kind of de kinderen uit het gezin (tijdelijk) weg te halen voor diens directe veiligheid of voor de veilige ontwikkelingsmogelijkheden van het kind.

In de pilot zien we dat de impact van de risicofactoren voor geweld en onveiligheid in het dagelijkse leven van het kind afnemen. Het werken aan de afname van de impact van de voornaamste risicofactoren blijkt inderdaad te leiden tot een veiliger opgroeisituatie voor de kinderen: daar waar de risicofactoren dalen, stijgt het veiligheidscijfer. Maar de hoeveelheid risicofactoren is niet alleszeggend. Bij een specifieke combinatie van slechts enkele risicofactoren, die zeer hardnekkig en bepalend zijn, kan de onveiligheid namelijk blijven voortbestaan. De afname van het aantal risicofactoren blijkt daarom geen goede maat voor toename van veiligheid. De toename van het gemiddelde veiligheidscijfer in de tijd blijkt wel een goede maat te zijn voor de daadwerkelijke toename van veiligheid in het gezin. Dit betekent dat er bij een gefaseerde aanpak aandacht moet blijven voor de actuele veiligheid. Het monitoren van de actuele veiligheid is goed mogelijk door bij ieder overleg eerst een veiligheidstaxatie te doen door gezamenlijk cijfers te geven voor de veiligheid.

Tijdens het opstellen van de kindplannen in GIPS3 komt naar voren dat ondanks de aantoonbare verbetering van de veiligheidssituatie van de kinderen, er bij de meeste van hen nog duidelijk sprake is van zorgelijk functioneren. Het verbeteren van de veiligheid op zich is dus onvoldoende voor een goed herstel van de voorwaarden voor een veilige ontwikkeling van kinderen. Voor herstel van de ontwikkeling van het kind na traumatische ervaringen in het gezin is specifieke aandacht voor het kind zelf nodig. Dit betekent dat er voor ieder kind een eigen herstelplan opgesteld moet worden.

Kortom, tijdens het GIPS traject blijft de focus op de veiligheid in het gezin. Het gemiddelde veiligheidscijfer in de tijd blijkt een goede maat te zijn voor de daadwerkelijke toename van veiligheid in het gezin; de afname van het aantal risicofactoren niet. Maar toename van veiligheid leidt niet automatisch tot herstel van de gezonde ontwikkeling van de kinderen: daartoe zijn individuele herstelplannen noodzakelijk.

### 7.2.2 DE GIPS ONDERSTEUNT DE CASUSREGISSEUR EN PROFESSIONALS

De GIPS ondersteunt en versterkt de regierol van de casusregisseur, doordat de casusregisseur het gezin een integraal plan kan aanbieden waarin de kennis, de analyse en de hulp van alle professionals bijeen is gebracht. Daarnaast worden moeilijke beslissingen die de casusregisseur moeten nemen, gezamenlijk gewogen, onderbouwd en gedragen. Deze gedragen beslissing is een combinatie van de individuele intuïtie van de professionals met een rationele onderbouwing waarop gezamenlijk gereflecteerd is. Hierdoor worden kernbeslissingen bij de GIPS ook daadwerkelijk en met minder tijdverlies genomen. Soms betreft dit een snellere (al of niet tijdelijke) uithuisplaatsing omdat duidelijk wordt dat de mate van onveiligheid dat noodzakelijk maakt, soms kunnen kinderen juist langer thuis wonen omdat de ingeschatte veiligheid toont dat dit verantwoord kan. Zowel de beslissing dat het kind thuis kan blijven wonen als de beslissing dat er (tijdelijke) uithuisplaatsing nodig is wordt op basis van de zelfde zorgvuldigheid onderbouwd. Ook de professionals zijn tevreden over de GIPS omdat ze een gezamenlijke verantwoordelijkheid ervaren en hun expertise optimaal kunnen inzetten. De gestructureerde wijze van overleggen met concrete vragen en het stellen van doelen werkt motiverend. Bovendien leidt de transparantie door het opstellen van plannen met daarin concrete afspraken tot eenduidigheid naar ouders. Dit leidt tot vertrouwen bij de ouders in de samenwerking met de hulpverleners.

### **7.2.3 INTEGRALE SAMENWERKING IS MOGELIJK EN HEEFT EEN METHODIEK NODIG**

De methodiek laat zien dat integrale samenwerking mogelijk is en dat een specifieke methodiek veel bestaande problemen in de samenwerking oplost, zoals het langs elkaar heen werken en het werken in tal van een-tweetjes. Ook het probleem dat ouders niet weten waar ze aan toe zijn omdat iedere hulpverlener met een eigen benadering komt en ouders de hulpverleners tegen elkaar uitspelen wordt met de GIPS voorkomen. Bovendien voorkomt de GIPS dat onrust binnen het gezin leidt tot onrust binnen de hulpverlening.

De GIPS is een bemoeizorgmodel waarbij de ouders optimaal worden betrokken, terwijl er ook ruimte is voor de professionals om na te denken over goede effectieve zorg. Hoewel zowel de ouders als de professionals aangeven tevreden zijn over de samenwerking en de resultaten voor het gezin, geven sommige ouders en hulpverleners aan dat ze er moeite mee hebben dat er tijdens de eerste twee overleggen over de ouders gesproken wordt waar zij niet bij zijn. Het uitgangspunt van de GIPS is dat samenwerking met moeders en vaders voorop staat, en dat eigen overleg van de professionals onderling die samenwerking niet in de weg staat. Het eigen overleg van de professionals wordt gezien als een voorwaarde voor een optimale analyse van de problemen en voor het opstellen van een integraal zorgaanbod.

De GIPS is gedurende en na de testfase van de pilot niet wezenlijk veranderd: de methodiek, opgebouwd uit gestructureerde GIPSoverleggen, blijkt een succes, zowel inhoudelijk (eerst veiligheid, dan risicogestuurd, daarna herstel) als in de wijze van samenwerken. De resultaten van de pilot hebben wel tot enkele aanpassingen geleid, waardoor ouders eerder in het proces deelnemen aan het GIPSoverleg, en er naast specifieke aandacht voor herstel van de kinderen, ook herstelplannen voor de moeder en de vader worden gemaakt. Bovendien vinden voortaan GIPSoverleggen periodiek plaats (elke drie maanden). Een wezenlijk nieuw element betreft de invoering van het digitale gezinsdossier GIPSONline om het proces van samenwerking te ondersteunen waardoor meer tijdswinst behaald gaat worden en waarmee de continuïteit van zorg nog beter te borgen is.

## **7.3 RANDVOORWAARDEN BIJ HET INVOEREN VAN DE GIPS**

De GIPS kan worden beschouwd als een succesvolle manier van samenwerken, maar de GIPS kan alleen succesvol zijn als aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. De belangrijkste voorwaarden zijn: 1. Alle noodzakelijke specifieke deskundigheid wordt ingezet, 2. De GIPS is beschikbaar aan het begin van de keten, 3. Er is voldoende tijd voor overleg en training, en 4. De programma-integriteit wordt geborgd

### **7.3.1 BESCHIKBAARHEID SPECIFIEKE DESKUNDIGHEID**

De GIPS pretendeert niet meer te zijn dan een methodiek voor samenwerking waarbij gestuurd wordt op de inhoud. Het behalen van goede resultaten voor de gezinsleden is echter niet alleen afhankelijk van intersectorale samenwerking, maar ook van het inzetten van passende deskundigheid binnen die sectoren. De belangrijkste beperking tijdens de periode van de pilot was het ontbreken van structurele samenwerking tussen organisaties die de specifieke deskundigheid leveren die bij de aanpak van kindermishandeling noodzakelijk is. Tijdens het GIPStraject ontbrak expertise op drie aspecten: a. een goed kind-interview en een top-teenonderzoek door de kinderarts; b. snel de pleger engageren en een samenwerkingsrelatie met hem opbouwen; een kader creëren om de pleger 'onder controle te krijgen' met hulp van politie, OM en reclassering; vroegtijdige diagnostiek van de dynamiek binnen het patroon van geweld door de forensische GGZ; en c. kennis over het effect van chronische traumatisering op het kind en op de ouders, de mogelijkheid om tijdig traumabehandeling in te zetten en de mogelijkheid om al bij het eerste overleg over het veiligheidsplan een kindspecialist trauma in te zetten. Het gehele GIPStraject behoort trauma-geïnformeerd te zijn. Politie, het OM, de Raad voor de Kinderbescherming,

plegerbehandelaren, traumabehandelaren, kinderartsen en vele anderen moeten dus waar nodig makkelijk snel betrokken kunnen worden. Hiervoor is een netwerkorganisatie nodig. Dergelijke samenwerkingsverbanden zullen in 2018 in 26 regio's in Nederland gerealiseerd worden, de zogenaamde MDA++.<sup>58</sup> De GIPS wordt daarom als vervolgstap bij de doorontwikkeling tot een landelijk instrument gesitueerd bij een van de voorlopers van de MDA++, het MDCK Kennemerland, waar deze benodigde expertise aanwezig is.

### 7.3.2 DE GIPS MOET AAN HET BEGIN VAN DE KETEN GESITUEERD WORDEN

De gezinnen die voor de GIPSpilot zijn aangemeld zijn gezinnen waar de hulp is vastgelopen na jarenlange (2 tot 12 jaar) hulp. Gezinnen hebben soms 'chronisch' hulp en ondertussen verandert er niets voor de kinderen: het blijft structureel onveilig met ernstige schade voor hun ontwikkeling en voor die van volgende generaties. Daarom moet de GIPS aangeboden en ingezet worden vlak achter de voordeur van die Veilig Thuisorganisaties die structureel samenwerken met een netwerkorganisatie voor MDA++. Door veiligheidstaxatie met behulp van het Triage-instrument Veilig Thuis, worden de gezinnen met structurele onveiligheid door Veilig Thuis herkend, worden gezinsleden in veiligheid gebracht en worden ouders gemotiveerd om te gaan samenwerken. Het is noodzakelijk dat er geen gat valt tussen de melding bij Veilig Thuis en de start van het GIPStraject: de eerste op veiligheid gerichte interventies moeten binnen 24 uur of anders tenminste binnen enkele dagen plaatsvinden.

In enkele regio's wordt dit al op methodische wijze aangepakt: bij het MDCK Kennemerland bestaan de 'hands on teams'; Veilig Thuis Gooi & Vechtstreek gaat investeren in 'actiegericht onderzoek en het organiseren van directe veiligheid' waardoor vanaf het eerste contact na melding met de ouders wordt samengewerkt voor een Veiligheidsplan; bij de Mutsaersstichting in Limburg is 'Multifocus' voor dit doel ontwikkeld.<sup>59</sup> Bij het MDCK van Fier Fryslan bestaat het team 'Directe Hulp Huiselijk Geweld'; In de regio Utrecht bestaan de SAVE-teams van Samen Veilig Midden Nederland; in Breda bestaat het Interventieteam Huiselijk Geweld. De GIPS kan op deze snelle interventies vroeg in het zorgtraject aansluiten en het gezin en de hulpverleners vervolgens ondersteunen in het zorgproces naar stabiele veiligheid.

### 7.3.3 TIJD EN SCHOLING

Het GIPSoverleg levert veel op, maar vereist dan ook dat de GIPSmeester, casusregisseur en alle professionals de ruimte hebben om te investeren in het overleg.

Dit betekent dat er meer tijd nodig is voor de GIPSoverleggen, dat wil zeggen dat de overlegtijd moet worden uitgebreid van twee uur naar tweeënehalf uur, plus 1 kwartier inloop en 1 kwartier uitloop voor contact en het trekken van agenda's. Voor de deelnemende professionals betekent dit 3 uur. Casusregisseur en GIPSmeester nemen aansluitend nog een half uur om aan de hand van een checklist het overleg te evalueren en om de tekst van het GIPSplan op taal door te lopen, zodat deze begrijpelijk is voor de gezinsleden. Daarnaast moet er tijd zijn voor de voorbereiding van het overleg samen met het gezin. Organisaties moeten bereid zijn hun ketensamenwerking te organiseren als proces waarbij de afzonderlijke stappen genomen worden ten dienste van het eindresultaat voor de doelgroep waarbij organisatiebelangen ondergeschikt gemaakt worden aan cliëntbelangen. Concreet betekent dit dat het management van de regionale instellingen hun medewerkers expliciet toestemming geven om deel te nemen aan de vijf GIPSoverleggen.

Regionaal zullen de gemeenten 'samenwerking' als voorwaarde aan de financiering van de zorg bij geweld in huiselijke kring gaan stellen. Voor de financiering van de zorg aan gezinnen moeten schotten

---

<sup>58</sup> De MDA++ zijn regionale intersectorale samenwerkingsverbanden van generalisten en specialisten voor een Multidisciplinaire Aanpak van kindermishandeling, huiselijk geweld en seksueel misbruik.

<sup>59</sup> Goedhart, M, Choy, J. MULTIFOCUS de kracht van verbinden. Mutsaersstichting. 2014.

doorbroken worden. Voor de niet door gemeenten gefinancierde zorg zal onder meer de financiering via een DBC aanpassing behoeven vanuit het hiertoe opgestarte overleg van gemeenten, zorgverzekeraars en landelijke overheid.

Er is opleiding van GIPSmeesters nodig en discussie in de regio over het landelijk visiedocument 'eerst veiligheid, dan risicogestuurde zorg' bij ketensamenwerking.

#### **7.3.4 TOEKOMSTMUZIEK: BORGEN VAN PROGRAMMA INTEGRITEIT DOOR GIPSINSTITUUT**

Het uitvoeren van de methodiek zoals beschreven (programma-integriteit) is een noodzakelijke voorwaarde om de beoogde effecten te behalen. Teneinde de kwaliteit van de GIPS te bewaken en te verbeteren is er een landelijk GIPSinstituut nodig dat zorg draagt voor de kwaliteit van de uitvoering van de GIPS.

Dit instituut heeft een taak in de ondersteuning van het proces van implementatie bij de regionale MDA++ en draagt zorg voor opleiding, supervisie en trainingsboosters van de GIPSmeesters. Het is verantwoordelijk voor het onderhoud, de technische ondersteuning en de verbetering van de digitale GIPSwerkomgeving. Tot slot heeft het een wetenschappelijke functie door de uitvoering van de GIPS te monitoren en om de resultaten van de GIPStrajecten te evalueren en te analyseren.

## LITERATUURLIJST

- Bakker, H., Deth, A. van, Bakker, P.P., Bosch, H. van den & Groen, B. *Op weg: Verkenning naar een landelijk dekkende infrastructuur aanpak kindermishandeling, huiselijk geweld en seksueel geweld*. Utrecht: Movisie en NJI; 2015.
- Berge, I. ten, e.a. *Stoppen en helpen. Een adequaat antwoord op kindermishandeling*. Utrecht. NJI; 2012.
- Bicanic, I., Roos, C. de, Struik, A. Traumaverwerking: waarom niet? *Kind & Adolescent Praktijk* 2015; 4: 36-38.
- Fazel S. Singh JP, Doll H, Grann M. Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24.827 people: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*; 2012 ;345:e4692 doi: 10.1136/bmj.e4692.
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP. The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *American Journal of Preventive Medicine* 1998; 14 (4), 245-258.
- Fernandez, Y. Harris, A. Hanson, R. Sparks, J. *Static-99R, Stable-2007 en Acute-2007*; Nederlandse versie Berg, J.W. van den. Smid, W. Koch, M. Utrecht: de Forensische Zorgspecialisten; 2014. [www.hoevenkliniek.nl/onderzoek/risicotaxatie/static-stable-acute](http://www.hoevenkliniek.nl/onderzoek/risicotaxatie/static-stable-acute)
- Goedhart. M, Choy, J. *MULTIFOCUS de kracht van verbinden*. Mutsaersstichting; 2014.
- Hanson, R.K. Bourgon, G. Helmus, L. Hodgson, S. The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: a meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior* 2009; 36: 965-891.
- Hindley N., Ramchandani P.G. & Jones D.P.H. Risk factors for recurrence of maltreatment: a systematic review. *Arch. Dis. Child* 2006; 9: 744-752.
- Klein-Haneveld, E. Forensische behandeling volgens de What Works-principes. Hoofdstuk 17 in Canton, W. e.a. (Eds), *Handboek psychopathie en de anti-sociale persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht: De Tijdstroom; 2015.
- McGuire J. 'What works' to reduce re-offending: 18 years on. In Craig LA, Dixon L, Gannon TA, editors. *What works in offender rehabilitation: An evidence based approach to assessment and treatment*. Chichester: Wiley; 2013. 20-49.
- Munro, E. *Effective Child Protection*. London: Sage; 2008: 76-94.
- Put, C. van de, Assink, M. Stam, G.J. *Actuarieel Risicotaxatie Instrument voor Jeugdbescherming (ARIJ)*. Universiteit Amsterdam; 2005.
- Ruiter, C. de. *Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk (B-SAFER)*. Nederlandse geautoriseerde vertaling. Utrecht: C. de Ruiter; 2009.

- Ruiter, C. de, Jong, E.M. de. *CARE-NL, Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling*. Utrecht: C. de Ruiter; 2005.
- Samenwerkend Toezicht Jeugd. *Leren van Calamiteiten*. 2013
- Samenwerkend Toezicht Jeugd. *Leren van Calamiteiten 2. Veiligheid van kinderen in kwetsbare gezinnen 2016*.
- Struik A. *Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen*. Amsterdam: Pearson; 2016.
- Tielens, J. Verster, M. *Bemoei Zorg. Eenvoudige tips voor moeilijke zorg*. Utrecht: De Tijdstroom; 2010.
- Tierolf, B., Lünemann, K., Steketee, M. *Doorbreken geweldspatroom vraagt gespecialiseerde hulp: Onderzoek naar de effectiviteit van de aanpak huiselijk geweld in de G4*. Utrecht. Verwey-Jonker Instituut; 2014.
- Turnell, A. & Edwards, S. *Veilig opgroeien. De oplossingsgerichte aanpak Signs of Safety in jeugdzorg en kinderscherming*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2009.
- Turnell, A. Essex, S.A. *Als er niets aan de hand is. Een oplossingsgerichte methode bij ontkenning van kindermishandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2010.
- Vanderbilt-Adriance, E. & Shaw, D.S. Conceptualizing and Re-Evaluating Resilience Across Levels of Risk, Time, and Domains of Competence. *Clinical child and family psychology review* 2008: p. 12. Springer science + business media. Berlin.
- Vogtländer, L & Arum, S. van. *Triage Veilig Thuis. Bij huiselijk geweld, kindermishandeling en seksueel misbruik. Versie 0.6*. Utrecht: GGD GHOR Nederland; 2015.  
<http://www.ggdghor.nl/nieuws/2015/01/29/triage-instrument-veilig-thuis-beschikbaar/>
- Vogtländer, L. & Arum, S. van. *Eerst samenwerken voor veiligheid, dan samenwerken voor risicogestuurde zorg*. Een duurzame visie op ketenzorg bij kindermishandeling, huiselijk geweld en seksueel misbruiken de centrale rol hierbij van het triage-instrument Veilig Thuis. Utrecht: VNG; 2016.  
[https://vng.nl/files/vng/201605\\_visiedocument\\_gefaseerde\\_ketensamenwerkingvogtlander\\_van\\_arum\\_o.pdf](https://vng.nl/files/vng/201605_visiedocument_gefaseerde_ketensamenwerkingvogtlander_van_arum_o.pdf)
- Wolzak A. & Berge I. ten. *De gevolgen van kindermishandeling*. NJI. 2008: 1-8.

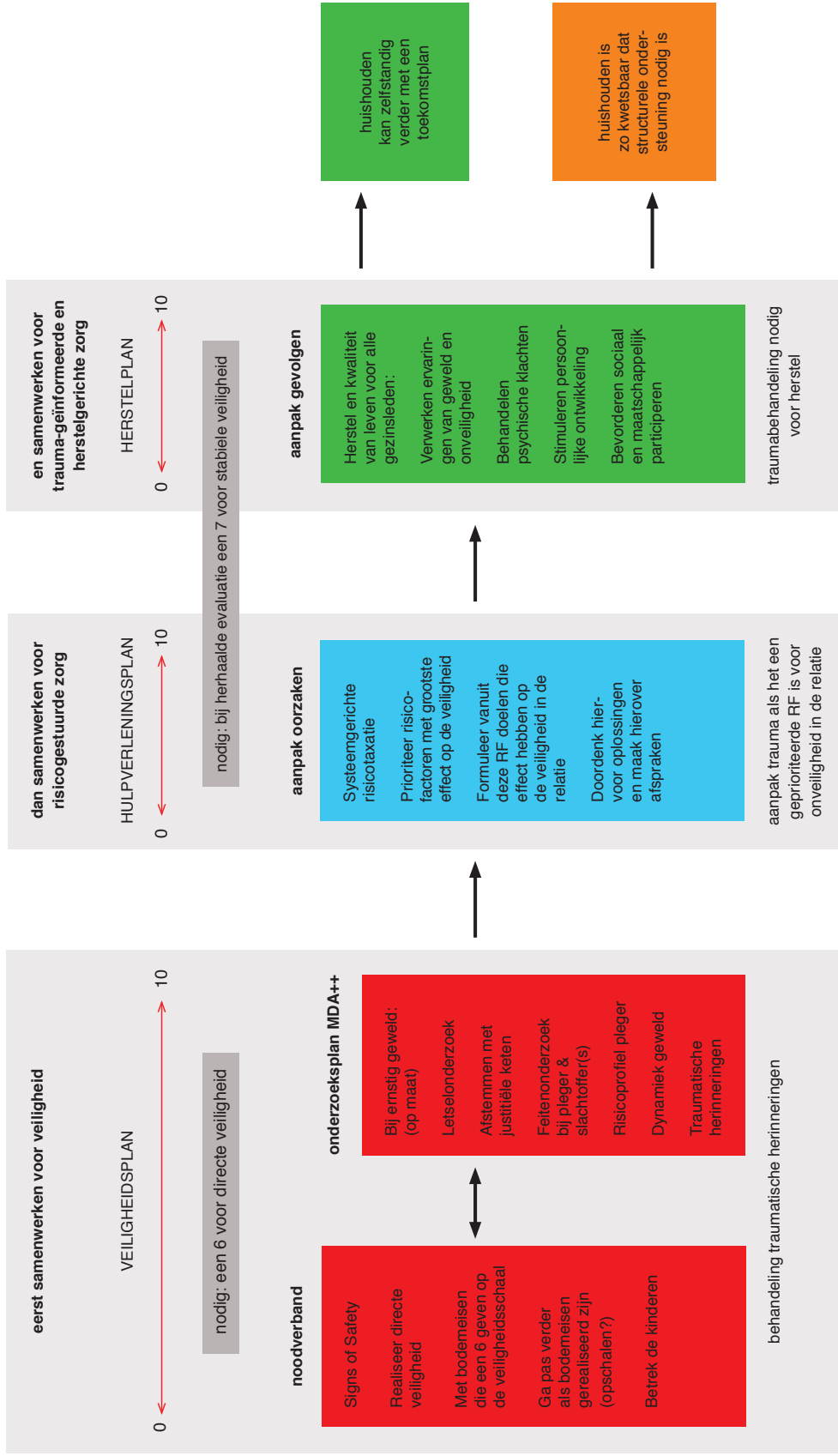




## BIJLAGEN

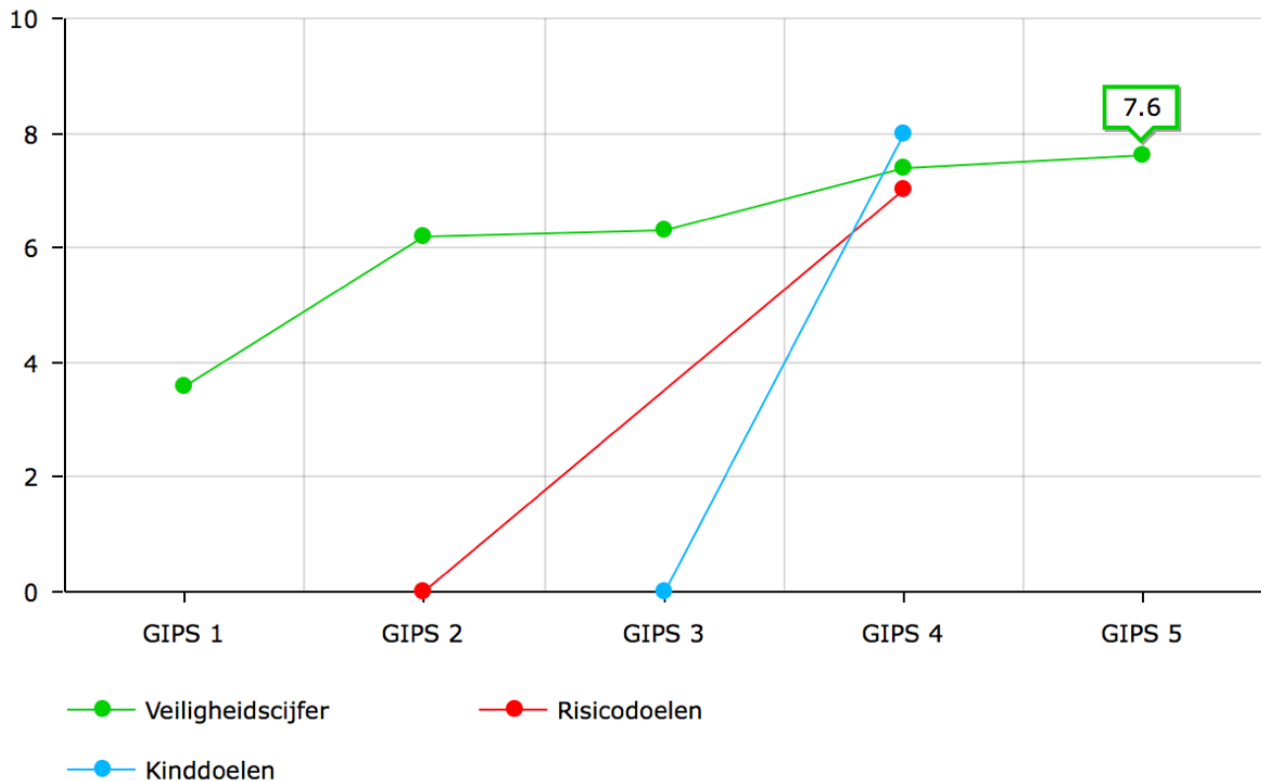


**STROOMDIAGRAM gefaseerde ketensamenwerking met systeem, netwerk en casusregisseur bij huiselijk geweld, kindermishandeling en seksueel misbruik**





## RESULTATEN



### Toelichting

Deze grafiek is te zien op het dashboard van ieder gezinsdossier bij GIPSONline.

Bij ieder gezin zal de grafiek er anders uitzien omdat de resultaten zich bij ieder gezin anders ontwikkelen. Dit zijn de resultaten van een fictief gezin.

De groene lijn geeft de ontwikkeling van het veiligheidscijfer aan in de loop van de tijd vanaf de eerste meting bij GIPS 1 tot aan het einde van het traject bij GIPS 5.

De rode lijn geeft aan in welke mate bij de evaluatie tijdens GIPS 4 de doelen behaald zijn die tijdens GIPS 2 op basis van de cruciale risicofactoren zijn opgesteld. Bij GIPS 2 zijn ze voor 0 % gerealiseerd en bij GIPS 4 voor 70 %.

De blauwe lijn geeft aan in welke mate tijdens GIPS 4 de hersteldoelen van de kinderen behaald zijn die tijdens GIPS 3 zijn gesteld. Bij GIPS 3 zijn ze voor 0 % gerealiseerd en bij GIPS 4 zijn ze voor 80 % behaald.



### **Aanleiding voor en aanpak van het onderzoek**

Het evaluatieonderzoek naar de GIPS is uitgevoerd tussen eind 2015 en medio 2016. Bij aanvang van de pilot is nog niet bekend dat er een wetenschappelijk evaluatieonderzoek zal worden uitgevoerd. De belangrijkste reden om de pilot uit te voeren is namelijk om de GIPS te gaan uitproberen in de praktijk en de methodiek op basis van de ervaringen te kunnen verbeteren, en niet om effecten te meten. De projectleider, Linda Vogtländer, heeft pas na afloop van de pilot, toen zij de positieve effecten constateerde en er toenemende belangstelling voor de interventie was, contact met onderzoekers gezocht voor een wetenschappelijk onderbouwde evaluatie.

Dit heeft een aantal consequenties voor het onderzoek:

- 1) De onderzoeksvragen die wij in deze evaluatie zullen beantwoorden zijn pas achteraf geformuleerd en niet zoals gebruikelijk is vooraf.
- 2) Tijdens de uitvoering is de pilot daar waar deze verbetering nodig had bijgesteld. Dit is uiteraard een goede zaak voor de doorontwikkeling van een methodiek, maar onderzoeksmatig is een dergelijke dynamische situatie lastiger te evalueren. In de tekst staan daarom geregeld voetnoten over veranderingen in de uitvoering. Het is daardoor ook niet altijd mogelijk om de resultaten weer te geven voor de hele onderzoekspopulatie (N=15 gaat dan niet op).
- 3) Om de opbrengst van de GIPS te meten kon alleen gebruik worden gemaakt van de resultaten van de evaluatieve instrumenten die Vogtländer ontwikkelde om de voortgang in de gezinnen te kunnen monitoren. Het materiaal dat is verzameld is echter zeer bruikbaar om een aantal behaalde resultaten van de GIPS te benoemen, en we kunnen op basis van de beschikbare gegevens de kernvraag, of GIPS doelmatig is en leidt tot meer veiligheid in gezinnen, goed beantwoorden.

Voor het onderzoek naar de resultaten rond veiligheid maakten we gebruik van vier informatiebronnen, namelijk:

- de formulieren van de gezamenlijk score voor de veiligheid in het gezin zoals vastgesteld tijdens elk GIPSoverleg
- 200 ingevulde beknopte evaluatieformulieren die na elk GIPS overleg zijn ingevuld door de aanwezigen (casusregisseurs, professionals, ouders); zij beoordeelden daarin het overleg van die dag (wat ging er goed en wat had er beter gekund),
- de in kaart gebrachte risicofactoren uit de CARE-NL bij GIPS<sub>2</sub> door het hele team
- evaluatie van mate waarin geformuleerde doelen behaald zijn door ouder(s) en professionals bij GIPS<sub>4</sub>
- 28 uitgebreide evaluaties van het gehele GIPStraject, na afloop van het traject ingevuld door 14 gezinsvoogden en gedragswetenschappers, 11 professionals en 3 ouders.
- beoordeling van nog bestaande risicofactoren uit de CARE-NL bij afronding van het GIPStraject door de projectleider.

Voor het onderzoek naar de intersectorale samenwerking tussen professionals maakten we gebruik van drie informatiebronnen:

- 200 ingevulde beknopte evaluatieformulieren die na elk GIPS overleg zijn ingevuld door de aanwezigen (casusregisseurs, professionals, ouders); zij beoordeelden daarin het overleg van die dag (wat ging er goed en wat had er beter gekund),
- twee tussentijdse-evaluaties onder de gezinsvoogden als de pilot respectievelijk 4 en 6 maanden loopt
- 28 uitgebreide evaluaties van het gehele GIPStraject, na afloop van het traject ingevuld door 14 gezinsvoogden en gedragswetenschappers, 11 professionals en 3 ouders.

Bij de beschrijving van de resultaten is verwezen naar deze bronnen.

## Onderzoeksoopzet en onderzoeksvragen

Deze evaluatie van de GIPS heeft tot doel de volgende onderzoeksvragen te beantwoorden:

1. Is de GIPS doelmatig: zijn de gewenste uitkomsten voor het gezin behaald ten aanzien van de toename van veiligheid in het gezin, ten aanzien van de afname van de impact van de risicofactoren voor geweld en onveiligheid en ten aanzien van het herstel van het functioneren van het kind?
2. Leidt de gips tot verbetering van de intersectorale en multidisciplinaire samenwerking tussen professionals?

Deze onderzoeksvragen zijn geoperationaliseerd in de volgende vragen:

### Onderzoeksvraag 1

Is de GIPS doelmatig: zijn de gewenste uitkomsten voor het gezin behaald ten aanzien van de toename van veiligheid in het gezin, ten aanzien van de afname van de impact van de risicofactoren voor geweld en onveiligheid en ten aanzien van het herstel van het functioneren van het kind?

1. Is in het dagelijkse leven van het kind door de GIPS herstel van veiligheid bereikt?
  - a. Is tussen GIPSoverleg 1 en GIPSoverleg 2 de veiligheid van het kind verbeterd en in welke mate?
  - b. Wanneer in het GIPStraject worden de bodemeisen voor veiligheid (minimaal een score 6) behaald?
  - c. Is er aan het einde van het GIPStraject een veilige opgroeisituatie bereikt (score 7 of hoger bij GIPS 4)?
2. Is de impact van de risicofactoren voor geweld en onveiligheid op het dagelijkse leven van het kind afgenomen?
  - a. In welke mate is de impact van de risicofactoren in het dagelijkse leven van het kind afgenomen?
  - b. Leidt afname van de impact van de risicofactoren tot toegenomen veiligheid?
3. Is het gezonde functioneren van de kinderen hersteld?  
In welke mate zijn de geformuleerde ouder-kinddoelen en kinddoelen behaald?

### Onderzoeksvraag 2

Leidt de gips tot verbetering van de intersectorale en multidisciplinaire samenwerking tussen professionals?

1. Leidt de GIPS tot intersectorale en multidisciplinaire samenwerking?
  - a. Lukt het om alle bij de casus betrokken sectoren om de tafel te krijgen?
  - b. Levert de GIPS een integraal systeemgericht plan op?
2. Welke ervaringen hebben casusregisseurs, professionals en ouders met de GIPS?
  - a. Wat levert de werkwijze van de GIPS de casusregisseur en de professionals op in de samenwerking?
  - b. Lukt het om met de GIPS de expertise van de casusregisseur en alle professionals goed te benutten?
  - c. Ervaart de casusregisseur ondersteuning met de GIPS
  - d. Leidt de GIPS tot een efficiëntere professionele samenwerking dan de reguliere samenwerking binnen een gezinsvoogdijtraject?
  - e. Wat zijn de ervaringen van ouders met de GIPS?



3. Wat zijn de succesfactoren en verbeterpunten van de GIPS methodiek?
  - a. Wat zijn volgens de casusregisseurs en de professionals de succesfactoren van de GIPS?
  - b. Wat zijn volgens de casusregisseur en de professionals de verbeterpunten voor de GIPS?
  
4. Lukt het om met de GIPS een stem aan ouders en kinderen te geven en het netwerk te betrekken?
  - a. In welke mate voelen de vaders en de moeders zich betrokken?
  - b. In welke mate is het gelukt dat ouders deelnemen aan het GIPStraject vanaf GIPS 4?
  - c. In welke mate is het gelukt om een stem aan het kind te geven?
  - d. In welke mate lukt het om het netwerk van het gezin te betrekken?

De eerste onderzoeksvraag wordt beantwoord in hoofdstuk 5, de tweede in hoofdstuk 6.

BIJLAGE 4. TABEL 2 A: BEOORDELING VEILIGHEIDSSITUATIE KINDEREN TIJDENS GIPSOVERLEGGEN

	1e GIPS veiligheids plan	2e GIPS hulp plan	3e GIPS kindplannen	4e GIPS evaluatie voortgang	4e GIPS tweede keer
	Cijfer voor veiligheids- situatie in gezin	Cijfer voor veiligheids- situatie in het gezin	Cijfer voor mate waarin elk kind zich veilig (= goed) ontwikkelt	Cijfer voor hui- dige opgroei- situatie van de kinderen	Cijfer voor hui- dige opgroei- situatie van de kinderen
Maand	0	6	20	26	
Gezin 1	0	X <sup>1</sup>	7	8,8	
Maand	0	2	5	9	
Gezin 2	3,2 <sup>2</sup>	7 <sup>3</sup>	6,6 6,7 7	8,3	
Maand	0	3		9	
Gezin 3	1,3 <sup>4</sup>	7 <sup>5</sup>	Y	7	
Maand	0	7	8	14	23
Gezin 4	1,7 <sup>6</sup>	7	6 8	6,9 <sup>7</sup>	6,9
Maand	0	8		17	24
Gezin 5	3,3	6,5	Y	8	7,8
Maand	0	6	7	10	
Gezin 6	4,9	7,4 <sup>8</sup>	4,5 5,5	Y <sup>9</sup>	
Maand	0		6	12	
Gezin 7	5	Y <sup>10</sup>	2,8	X <sup>11</sup>	
Maand	0	5	11	24	
Gezin 8	4,6	5,5 <sup>12</sup>	6,5	X <sup>13</sup>	
Maand	0	5	10		
Gezin 9	4,2	X <sup>14</sup>	7	7,5 <sup>15</sup>	
Maand	0	10		13	
Gezin 10	4,3	7 <sup>16</sup> 6 <sup>-17</sup> 4,1 <sup>18</sup>	Y	7 <sup>19</sup>	
Maand	0	3		16	
Gezin 11	4,1	6,75	Y	8	
Maand	0	2	17		
Gezin 12	3,8 <sup>20</sup>	5,1	6,4 7	Y	
Maand	0	5	11	17	24
Gezin 13	5	5,5	5,5	5,25	5,25 <sup>21</sup>
Maand	0	7	13		
Gezin 14	3,8	X <sup>22</sup>	X <sup>23</sup>	Y	
Maand	0	7	13	16	
Gezin 15	4,4	6	7	7,4	

- 1 De kinderen zijn dan al veilig uit huis geplaatst en de veiligheidsscore die is gegeven betreft onbegeleide omgang: deze zou volgens professionals een 0 zijn geweest. Deze verbetert geleidelijk aan naar een 2. De kinderen worden niet meer teruggeplaatst.
- 2 De kinderen zijn dan uithuisgeplaatst
- 3 De kinderen komen in het weekend weer thuis en dit betreft de begeleide omgang in het weekend. Na GIPS2 zijn de kinderen steeds meer thuis.
- 4 Het kind is dan uithuisgeplaatst.
- 5 Betreft de situatie in de weekenden, door de week is kind niet thuis. Hierna geleidelijke terugplaatsing.
- 6 Nav GIPS1 volgt uithuisplaatsing. Daarna wonen de kinderen deels in een netwerkpleeggezin in de buurt en deels bij moeder.
- 7 Het cijfer betreft de situatie dat de kinderen een deel van de dag bij moeder zijn. Voor volledige terugplaatsing is de veiligheid onvoldoende: hiervoor ligt het cijfer tussen de 5 en 6.
- 8 In dit geval zijn de kinderen thuis gebleven maar is een van de ouders uit huis gegaan
- 9 Er vond geen 4e GIPS plaats, omdat de OTS werd opgeheven, en de kinderen zeer goed functioneerden met herstel van nagenoeg al hun problemen.
- 10 Er is geen GIPS2 gehouden omdat de situatie onveranderd was
- 11 In deze casus vond geen GIPS 4 plaats omdat kind veilig was ondergebracht bij familie in het buitenland (pleegzorg netwerkplaatsing).
- 12 Verbetering door actieve inzet grootouder
- 13 Het betreft een zorgmijdend gezin, GIPS 4 was niet meer haalbaar. De situatie was gestabiliseerd.
- 14 Cijfer dat gegeven is betreft de veiligheid in het pleeggezin, dit was een 8. De omgang met de ene ouder wordt ingeschat op een 4, dat met de andere op een 5-6.
- 15 In NIF Rapportage wordt besloten dat kind kan niet meer worden teruggeplaatst. Een GIPS4 overleg werd daarmee overbodig. De gezinsvoogd beoordeelt de situatie van de kind(eren) in het pleeggezin met een 7,5.
- 16 OTS wordt opgeheven voor dit kind
- 17 OTS wordt opgeheven voor dit kind
- 18 Betreft met name kindfactoren: dit (oudste) kind brengt zichzelf in gevaar
- 19 Betreft het oudste kind waarvoor OTS bleef staan
- 20 Kinderen zijn uithuisgeplaatst en pas na GIPS 3 weer teruggeplaatst.
- 21 Het betreft een instabiele situatie met chronische problematiek. In het gezin zijn zeven kinderen van vier vaders aanwezig en een achtste kind is op komst. Er is een goede samenwerking met moeder die alle hulpverlening accepteert. Maar ze houdt zich niet aan afspraken en is hierin niet leerbaar. De situatie verandert niet en er wordt een nieuwe zorg melding gedaan. Door verhuizing naar een andere regio is de casus overgedragen aan een nieuwe gezinsvoogd.
- 22 Het cijfer, door de gedragswetenschaper en gezinsvoogd gegeven, duidt op de situatie waarin iedereen zich aan de afspraken zou houden. Dan zou het een 7,5 zijn. Dit gebeurt echter nog niet consequent en de situatie is nog niet helemaal stabiel.
- 23 OTS wordt opgeheven. Volgens de gezinsvoogd gaat het goed genoeg.

**GIPsrisicotaxatie CARE-NL'**

Overzicht risicofactoren <sup>2</sup>

<b>OUDERFACTOREN</b>
In het verleden, of tot recent, of tot heden in dit gezin voorkomende zorgwekkende onveilige situaties of zorgwekkend geweld tussen gezinsleden (lichamelijk geweld, psychisch geweld, seksueel geweld, verwaarlozing, overig) <sup>3</sup>
De ouder / verzorgende was als kind zelf slachtoffer van zorgwekkende onveiligheid, verwaarlozing, geweld
Signalen van ernstige psychische stoornis of een verstandelijke beperking
Suïcidale of moorddadige/ gewelddadige gedachten
Problemen met het gebruik van middelen
Signalen van persoonlijkheidsproblematiek gekenmerkt door terugkerende boosheid, impulsiviteit of instabiliteit* of andere eigenschap die ernstig onveilig gedrag in stand houdt (* problemen met reguleren stress & emoties)
Sterke minimalisering of ontkenning van onveiligheid en geweld in het gezin
Negatieve houding ten opzichte van hulpverlening
(Andere overwegingen = AO) Gezondheidsprobleem van ouder dat negatieve impact heeft <sup>4</sup>
<b>OUDER-KINDFACTOREN Toelichting voor ieder kind apart</b>
Ernstige problemen met opvoedingsvaardigheden, die de ontwikkeling van het kind aanwijsbaar negatief beïnvloeden
Ernstige negatieve opvattingen over het kind, die ten grondslag liggen aan onveilig ouder-kindgedrag
Ernstige problemen in de interactie tussen ouder en kind die de relatie aanwijsbaar emotioneel onveilig maken

## KINDFACTOREN

Welke kinderen hebben kwetsbaarheidverhogende kenmerken waardoor het kind aparte aandacht van de ouder vraagt (noem in ieder geval alle kinderen van – 9 maanden bij zwangerschap tot de leeftijd van + 6 jaar)

## GEZINS- en OMGEVINGSFACTOREN

Problemen die ‘het afgelopen jaar’ als stressfactor een negatieve invloed uitoefenden op het gezinsfunctioneren

Gezinsstressoren

Problemen met financiën, huisvesting, woonomgeving

Ontoereikende sociale steun

(AO) Geweld tussen kinderen of van kind naar ouders

(AO) Gedrag ex-partner triggert de ‘ouder’ tot onveilig gedrag

(AO) Nieuwe partner van één van de ouders die de onveiligheid vergroot

ANDERE OVERWEGINGEN <sup>5</sup>

Culturele invloeden

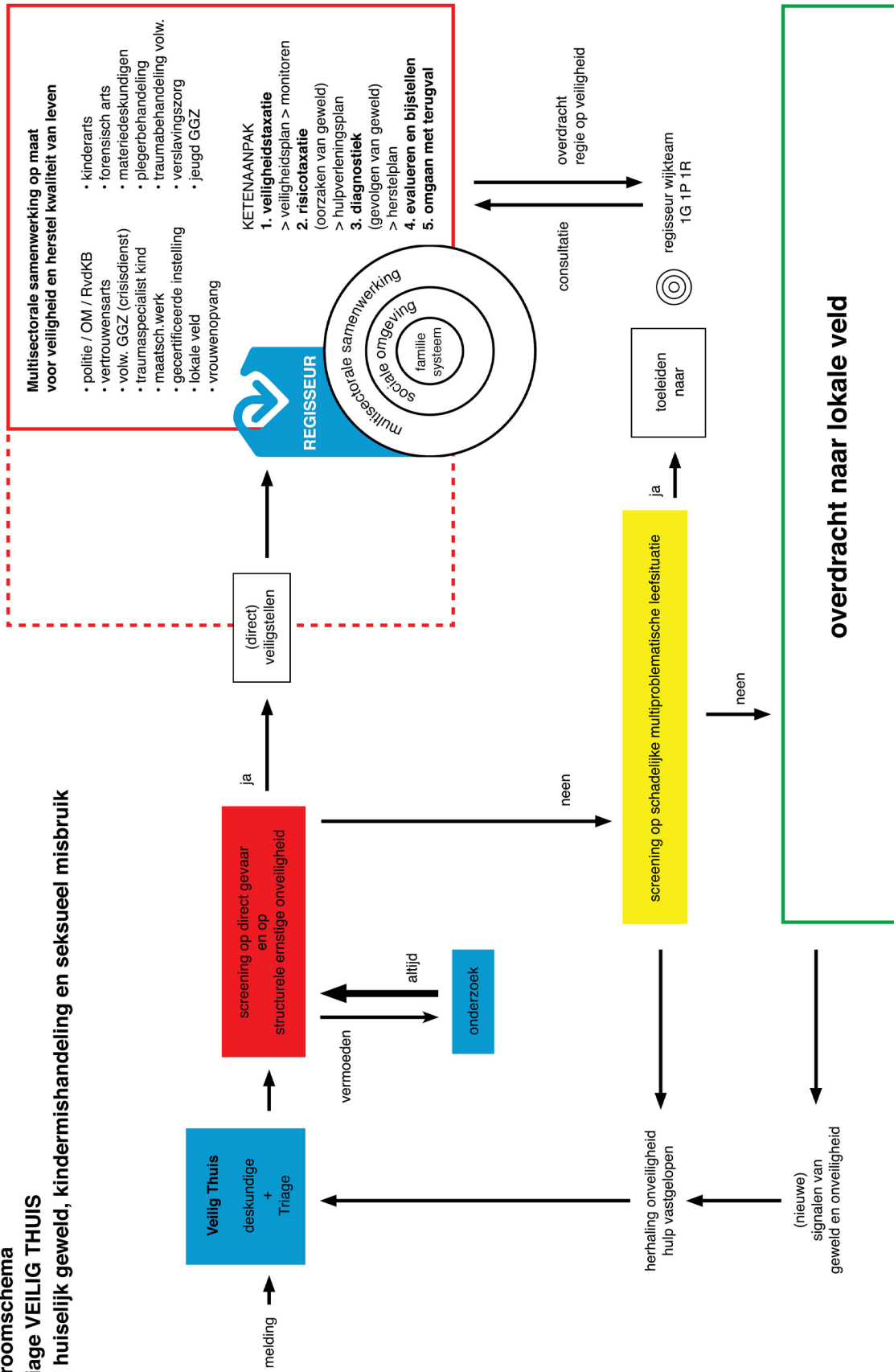
**SEKSUEEL MISBRUIK in het gezin** <sup>6</sup>

- 1 Deze indeling van risicofactoren (RF) is gebruikt tijdens de pilot van de GIPS van 2012-2015. Bij de komende implementatie zal een nieuwe GIPSversie met een andere onderverdeling gebruikt worden.
- 2 U ziet hier uitsluitend een overzicht van de RF. Het format van de GIPSRisicotaxatie CARE-NL biedt ruimte voor: het scoren (J/N/?), toelichting op de RF met feiten, vermelden van beschermende factoren die bij de aanpak van deze specifieke RF ingezet kunnen worden, aan te geven of dit een cruciale RF is, de geïndiceerde interventie voor deze RF die bij dit gezin zou passen.
- 3 In de CARE-NL is hier uitsluitend ‘in het verleden gepleegde kindermishandeling van een kind door een ouder opgenomen’. Bij de pilot van de GIPS zijn de meeste vormen van onveiligheid in het gezin hier ondergebracht. Bij de nieuwe versie zal ook geweld tussen kinderen en van kind naar ouder hier opgenomen worden. Deze ‘ouderfactor’ zal ondergebracht worden onder de nieuwe kop ‘patroon van geweld en onveiligheid in huiselijke kring’, bovenaan de GIPSRisicotaxatie.
- 4 De CARE-NL biedt ruimte om op basis van klinische ervaring andere RF toe te voegen. Dit wordt dan vermeld achter het kopje ‘Andere Overwegingen’ (AO).
- 5 In de nieuwe versie zal hier opgenomen worden: gezinslid heeft contacten met politie, justitie, reclassering, of is in detentie.
- 6 Bij de CARE-NL (en de GIPS) wordt seksueel misbruik in het gezin apart opgenomen met de mogelijkheid om een apart risicotaxatie-instrument voor seksueel delictgedrag in te zetten.



BIJLAGE 6. STROOMSCHEMA TRIAGE VEILIG THUIS

**Stroomschema  
Triage VEILIG THUIS  
bij huiselijk geweld, kindermishandeling en seksueel misbruik**



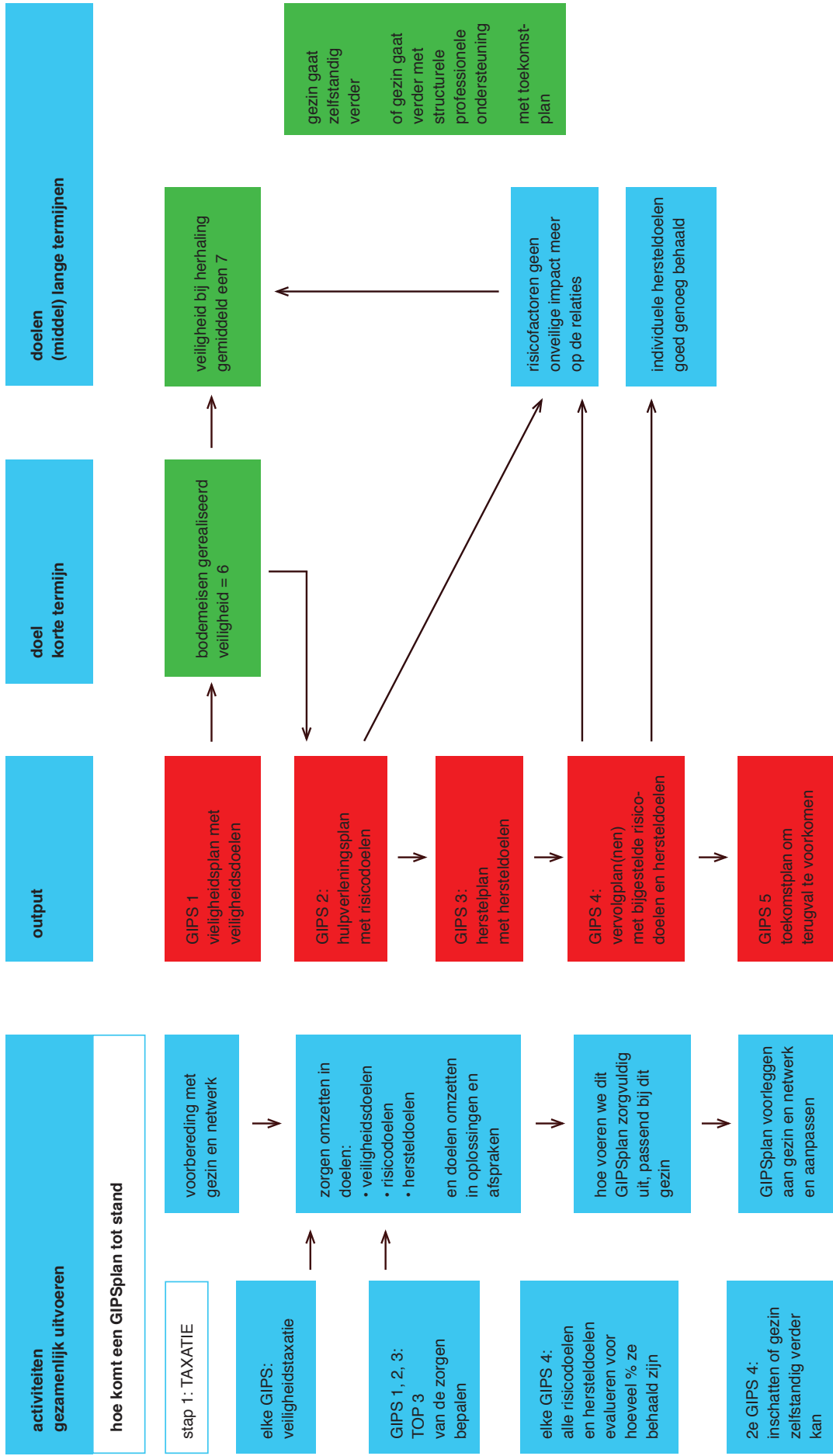
© GGD GHOR Nederland / 2015 versie landelijk prototype 0.6  
Auteurs: L. Vogtlander en S.v. Arum (de Waag Nederland)  
Vormgeving: Jordana Rodriguez





# STROOMSCHEMA van de GIPSmethodiek

Stapsgewijs van onveilig gezin naar veilig gezin



© L. Vogliänder, ontwikkelaar en projectleider van de GIPS. Stroomschema bij De GIPS. Methodiek voor intensieve (bemoed)zorg bij kindermishandeling (2016), de Waag Nederland.

Dit rapport toont een excellent voorbeeld van een doorwrochte aanpak bij kindermishandeling. Het is van groot belang vernieuwende werkwijzen te beschrijven, te onderzoeken en in de praktijk te beproeven. Het rapport leest als een inspirerende uitnodiging om met de GIPS aan de slag te gaan. Borging van de kwaliteit en continuïteit in de vorm van een ondersteunend instituut juich ik van harte toe.

*Ariëlle de Ruijter, directeur Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie*

Zorg voor veiligheid van kinderen is uiterst complex en vergt daarom een goed georganiseerde samenwerking waarin elke betrokkene zijn verantwoordelijkheid neemt in het belang van ouder en kind. GIPS is een veelbelovende methode om daaraan gestalte te geven. Een van de sterke kanten is regie nemen en voeren in samenspraak met ouders.

*Herman Baartman, emeritus hoogleraar preventie en hulpverlening inzake kindermishandeling*

Binnen het MDCK Kennemerland zien wij de GIPS als een logisch vervolg op het triage instrument Veilig Thuis. Het is een richtinggevende methodiek die ondersteunt bij de te volgen fasen in de aanpak. Wij gaan de GIPS gebruiken als bemoeizorg om veiligheid te realiseren. Wij denken echter dat de gestructureerde, gefaseerde en oplossingsgerichte aanpak van de GIPS breder bruikbaar is. De GIPS kan zich ontwikkelen tot basismethodiek voor de aanpak van alle complexe structurele geweldsproblematiek in afhankelijkheidsrelaties. Wij werken daar graag aan mee!

*Janet van Bavel, Manager Kinder- & Jeugdtraumacentrum, Projectleider Academische Werkplaats aanpak Kindermishandeling (AWK) en Transformatie Jeugd (AWTI)*

**De GIPS is ontwikkeld om de veiligheid van kinderen te herstellen in gezinnen waar sprake is van ernstige onveiligheid. Een integrale aanpak is gewenst, maar samenwerking hierbij blijkt in de praktijk bijzonder moeilijk.**

GIPS staat voor een gezamenlijke aanpak die beschadigde gezinnen omhult en ondersteunt, precies zoals een gipsverband voor een gebroken ledemaat doet. Het gezin wordt zo in staat gesteld te genezen en te herstellen. De GIPS biedt de casusregisseur en professionals die betrokken zijn bij het gezin een methodische manier van samenwerken via vijf gestructureerde overleggen onder leiding van een daartoe opgeleide GIPSmeester, en biedt houvast bij het samenwerken met de gezinsleden.

De GIPS is als pilot uitgevoerd in de regio Utrecht bij een voormalig Bureau Jeugdzorg. Uit de evaluatie van de pilot komt naar voren dat deelname aan de GIPS leidt tot herstel van de veiligheid van kinderen in hun dagelijkse leven. Daarnaast leidt de GIPS tot een betere samenwerking tussen de professionals en versterking van de regierol van de casusregisseur. Moeilijke beslissingen die de casusregisseur moet nemen, zijn gezamenlijk gewogen, onderbouwd en gedragen. De professionals zijn tevreden over de GIPS omdat ze een gezamenlijke verantwoordelijkheid ervaren en hun expertise optimaal kunnen inzetten. De gestructureerde wijze van overleggen met concrete vragen en het stellen van doelen werkt motiverend. Ouders krijgen een eenduidige boodschap van de verschillende hulpverleners en dat leidt tot vertrouwen in de samenwerking.