What works

Psychosociale dienstverlening
Slachtofferhulp Nederland

Rapport

31 januari 2022

M. Kragting MSc.

Dr. N.A. Elbers

Prof. T. Mooren

M. Spoelstra MSc

Prof. C. Bijleveld

Dit onderzoek is uitgevoerd door het Nederlands Studiecentrum voor Criminaliteit en Rechtshandhaving en ARQ Psychotrauma Centrum ‘45, in opdracht van de afdeling Extern Wetenschappelijk Beleidsonderzoek van het Wetenschappelijke Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC), op verzoek van de Directie Beschermen, Aanpakken en Voorkomen, afdeling Slachtofferbeleid, van het Ministerie van Justitie en Veiligheid.

©2022 WODC, Ministerie van Justitie en Veiligheid. Auteursrechten voorbehouden

Inhoudsopgave

Voorwoord 4

Samenvatting 5

Summary 10

Hoofdstuk 1. Inleiding 15

Hoofdstuk 2. Deskresearch 23

Hoofdstuk 3. Interviews professionals 41

Hoofdstuk 4. Dossieronderzoek 56

Hoofdstuk 5. Vragenlijst 69

Hoofdstuk 6. Interviews met slachtoffers en nabestaanden 71

Hoofdstuk 7. Literatuurreview 79

Hoofdstuk 8. Conclusies en aanbevelingen 92

Bijlage A - Overzicht beleidsdocumenten SHN 104

Bijlage B - Overzicht delicten binnen doelgroep van casemanagers 118

Bijlage C – Codeboek analyse interviews professionals 119

Bijlage D – Beschikbare diensten in registratiesysteem SHN 121

Bijlage E - Complete hoofdstuk vragenlijstonderzoek 122

Bijlage F – *Topic list* interviews slachtoffers/nabestaanden 134

Bijlage G – Codeboek analyse interviews slachtoffers/nabestaanden 135

Bijlage H - Zoekstrategie literatuuronderzoek 136

Bijlage I – Vragenlijst slachtoffers/nabestaanden 137

Bijlage J – Non-respons formulier 144

Bijlage K - Referenties 145

Bijlage L - Onderzoeksteam 149

Voorwoord

Dit onderzoek is uitgevoerd door het Nederlands Studiecentrum voor Criminaliteit en Rechtshandhaving en Arq Psychotrauma Centrum ‘45, in opdracht van de afdeling Extern Wetenschappelijk Beleidsonderzoek van het Wetenschappelijke Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC), op verzoek van de Directie Beschermen, Aanpakken en Voorkomen, afdeling Slachtofferbeleid, van het Ministerie van Justitie en Veiligheid.

De auteurs bedanken de begeleidingscommissie, bestaande uit prof. dr. M.J.J. Kunst (hoogleraar victimologie Universiteit Leiden), dr. J. Diehle (WODC), K.N. van den Broek (Ministerie van Justitie en Veiligheid), dr. C.A.I. van der Meer (expert op het gebied van psychotrauma Amsterdam Universitair medisch centrum) en dr. S.B.L. Leferink (Provincie Overijssel, voormalig senior onderzoeker bij Slachtofferhulp Nederland), voor hun adviezen.

Ook een specifiek woord van dank aan Slachtofferhulp Nederland, dat ons heeft geholpen met toegang tot data en respondenten, en nabestaande Lucinda van der Ven, die haar ervaringen en aanbevelingen rondom slachtofferbeleid en ondersteuning met ons deelde en ons in contact bracht met een aantal respondenten. Tot slot gaat grote dank uit naar alle respondenten die deel hebben genomen aan het onderzoek.

Samenvatting

Het doel van dit onderzoek was vast te stellen welke psychosociale dienstverlening Slachtofferhulp Nederland (SHN) biedt aan slachtoffers van ernstige geweld- en zedendelicten (EGZ), op welke theorieën het daaronder liggende beleid is gebaseerd, en te onderzoeken of het gebodene aansluit bij wat daarover in de wetenschappelijke literatuur bekend is. Wij hebben het onderzoek in een aantal deelstudies opgesplitst, waarbij verschillende methoden werden ingezet, zoals deskresearch, interviews met medewerkers van SHN, gesprekken met slachtoffers, een survey onder voormalige cliënten, en onderzoek in de registratiesystemen van SHN.

Beleidstheorie

Het Ministerie van Justitie en Veiligheid heeft in 2013 een beleidsvisie slachtofferbeleid uitgebracht, waarin maatschappelijke trend voor meer aandacht voor slachtoffers wordt weergegeven. Jaarlijks wordt 1 op de 4 burgers slachtoffer van criminaliteit. Verschillende maatschappelijke veranderingen hebben ervoor gezorgd dat de verantwoordelijkheden van de overheid voor slachtofferschap door de jaren heen zijn toegenomen. Vrouwenemancipatie en de daarmee gepaard gaande aandacht voor vrouwelijke slachtoffers, de algehele toename van criminaliteit, waardoor het slachtofferschap toenam, de individualisering van de samenleving, in combinatie met een steeds hoger opgeleide bevolking, hebben geleid tot hogere verwachtingen van burgers. Slachtoffers hebben hogere, geïnformeerde verwachtingen gekregen en willen actief een bijdrage leveren aan het strafproces. Ook de toegenomen aandacht voor hulpverlening voor en re-integratie van veroordeelden heeft de kloof met slachtoffers onevenredig vergroot. Uit onderzoek bleek dat slachtoffers behoefte hebben aan 1) erkenning en zorgvuldige bejegening (waaronder informatie), 2) rechtvaardigheid, 3) bescherming, 4) ondersteuning en 5) schadevergoeding en herstel. Daarnaast dient de overheid ook te conformeren aan internationale regelgeving en verdragen, zoals de Europese slachtofferrichtlijn. Op basis van het bovenstaande heeft de afdeling slachtofferbeleid van het Ministerie van Justitie en Veiligheid vijf beleidsdoelen opgesteld. Een daarvan is dat slachtoffers die dat nodig hebben, ondersteuning krijgen bij het te boven komen van gevolgen van een delict (beleidsdoel 4), welke wordt onderzocht in dit rapport. In een recente beleidsdoorlichting over het door het ministerie gevoerde beleid in van 1 januari 2014 t/m 31 december 2019 (gepubliceerd in september 2021) staat vermeld dat de hulpverlening voor slachtoffers is gespecialiseerd naar drie categorieën: veel voorkomende misdrijven, impactvolle

misdrijven en ernstige gewelds- en zedenzaken (EGZ).[1] SHN wordt gezien als een belangrijke ketenpartner in de dienstverlening voor ondersteuning van alle drie de categorieën. Specifiek voor nabestaanden en complexe EGZ-zaken (een zaak wordt aangeduid als complex als er problemen zijn op praktisch/financieel, medisch, psychosociaal en juridisch gebied), heeft SHN casemanagers in het leven geroepen. De overige slachtoffers van ernstige delicten worden bijgestaan door onbetaalde medewerkers. Tevens zijn richtinggevend de TENTS-richtlijnen (2008), alsmede de Nederlandse Multidisciplinaire Richtlijn Psychosociale hulp bij Rampen en Crises (2014), de richtlijn Psychosociale Ondersteuning na Ingrijpende Gebeurtenissen (NtVP, 2018) en Akwa GGZ Zorgstandaard (2020). Op basis hiervan moet SHN psycho-educatie aanbieden en *stepped care* met *watchful waiting*, met aandacht voor zelfredzaamheid en veerkracht. De impliciete beleidstheorie is dat de meeste slachtoffers zullen herstellen met behulp van deze psychosociale ondersteuning (psycho-educatie, monitoring, watchful waiting) van SHN. Er wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen niet-complexe EGZ-zaken die door een onbetaalde medewerkers met enkele contacten kan worden ondersteund, en complexe EGZ-zaken die door een casemanagers intensiever worden begeleid. De kleine groep slachtoffers en nabestaanden die langdurige en/of complexe klachten (dreigen te) ontwikkelen, kan niet door SHN worden ondersteund en wordt door SHN doorverwezen naar specialistische hulpverlening.

Psychosociale ondersteuning

SHN ondersteunt bij praktische, juridische en psychosociale hulpvragen. Uit dit onderzoek blijkt dat SHN inderdaad psychosociale ondersteuning biedt die aansluit bij de richtlijnen en waarbij ervan uitgegaan mag worden dat die bijdraagt aan het verwerken van de traumatische gebeurtenis. De rol van SHN is informeren over stressreacties, wat daarbij normaal is, en wat men kan verwachten. Als de klachten langer aanhouden en slachtoffers en nabestaanden niet uit zichzelf herstellen, dan heeft SHN de rol om door te verwijzen.

In theorie is de ondersteuning van EGZ-slachtoffers belegd bij casemanagement (sinds 2014 in pilotfase voor levensdelicten, sinds 2017 ingevoerd als *common practice* en uitgebreid van alleen levensdelict naar ook ernstige verkeer-, geweld- en zedenzaken). Uit het onderzoek blijkt dat casemanagement alleen wordt ingezet bij complexe EGZ-zaken, maar dat 90% van de onder

[1] Vanuit de begeleidingscommissie is teruggekoppeld dat de onderverdeling in drie categorieën niet is bepaald door het ministerie maar door een van de ketenpartners.

de definitie van EGZ vallende zaken wordt behandeld door onbetaalde medewerkers. Casemanagers worden ingezet voor complexe EGZ-zaken, zijn in principe 24/7 bereikbaar, en vormen een schakel tussen verschillende ketenpartners in de strafrechtsketen. Zowel casemanagers als onbetaalde medewerkers werken met principes zoals *watchful waiting* en focussen op het normaliseren, monitoren en reduceren van stressreacties. Als klachten niet afnemen of verergeren, is het staand beleid dat wordt doorverwezen naar de huisarts (*stepped care*). Om ondersteuning te ontvangen van SHN, is het een voorwaarde dat de cliënt slachtoffer, naaste of nabestaande is. Voor de ondersteuning in het algemeen, kunnen ook omstanders, inzittenden en anderszins betrokkenen een beroep doen op SHN. SHN richt zich (vooral met online dienstverleners) ook op formele en informele ondersteuners van slachtoffers.

Het doel van de ondersteuning is om cliënten weer zo snel mogelijk de regie over hun eigen leven terug te laten nemen. Het aanbod van ondersteuning is in principe voor zowel EGZ-slachtoffers gelijk, waarbinnen echter ondersteuning op maat geboden wordt. Hetzelfde geldt voor slachtoffers en nabestaanden: zo behelst ondersteuning bij nabestaanden in eerste instantie het regelen van de begrafenis of de nalatenschap, maar ligt de focus bij ondersteuning van slachtoffers anders.

Het was op basis van de voor de onderzoekers beschikbare data niet mogelijk vast te stellen hoe vaak welk type hulp op jaarbasis wordt geboden, of hoe vaak en wanneer slachtoffers of nabestaanden worden doorverwezen.

Conform de inrichting van het Nederlandse zorgsysteem blijkt dat er voornamelijk wordt doorverwezen naar de huisarts, alhoewel het voorkomt dat casemanagers ook advies over de mogelijkheden van therapie geven.

Het hulpaanbod van SHN wordt intern en extern geëvalueerd. Intern door middel van intervisie tussen medewerkers onderling en - specifiek voor casemanagement - een afrondend evaluatiegesprek tussen casemanager en cliënt. De uitkomsten van deze gesprekken worden overigens niet geregistreerd. Extern wordt geëvalueerd in opdracht van het WODC, zoals ook dit onderzoek doet. De externe evaluaties betreffen onderzoek naar doorverwijzing (2008), casemanagement (2013; 2016) en de dienstverlening in het algemeen, in het kader van de slachtoffermonitor (2013; 2017).

Cliënten blijken, zowel in het verleden, als ook gebaseerd op de huidige survey, over het algemeen (zeer) positief over de ondersteuning, maar er is ook een aantal ontevreden respondenten. Er zijn slachtoffers die graag meer ondersteuning vanuit SHN zouden willen, zoals een langer nazorgtraject, gerichtere doorverwijzing naar specifieke advocaten, hulpverleners of -instanties. Over de gemiddelde tevredenheid is op basis van de gegevens die we konden verzamelen geen eenduidig antwoord te geven. Sommige slachtoffers hebben wensen die buiten het mandaat van SHN vallen.

Wetenschappelijke literatuur

Uit de literatuur blijkt allereerst dat de meeste mensen uit zichzelf herstellen na een ingrijpende gebeurtenis en dus geen aanvullende psychologische ondersteuning nodig hebben. Tot die tijd volstaat '*watchful waiting'* en is het bijvoorbeeld van belang de emoties te normaliseren, en de alledaagse omstandigheden te bevorderen die herstel bevorderen, zoals sociale steun. Voor diegenen die aanhoudend psychische last ervaren, zal verwijzing naar de klinische hulpverlening nodig zijn.

In onze zoektocht naar wetenschappelijke bewezen effectieve psychosociale ondersteuning voor EGZ-zaken kwamen enkel klinische interventies naar boven. Het hulpverleningstraject *na* doorverwijzing (naar bijvoorbeeld GGZ) is geen onderdeel meer van de dienstverlening van SHN. Omdat het voor SHN desalniettemin nuttig kan zijn op de hoogte te zijn van de meest recente wetenschappelijke kennis over psychosociale hulpverlening voor EGZ-slachtoffers en nabestaanden, biedt het literatuuronderzoek uitkomst. Blijkens de onderzochte literatuur is cognitieve gedragstherapie effectief bij het verminderen van psychische klachten na ingrijpende gebeurtenissen als EGZ. Ook EMDR en exposure therapie zijn dat. Traumagerichte behandelingen blijken effectiever dan niet-traumagerichte behandelingen. Van psychoanalytische en psychodynamische behandelingen zijn niet zulke duidelijke positieve effecten aangetoond; deze benaderingen worden ook steeds minder ingezet voor behandeling van psychotrauma. Veel wetenschappelijk onderzoek is gericht geweest op slachtofferschap van seksueel geweld; er lijkt echter geen grond te vermoeden dat de bevindingen over de effectiviteit van behandelingen na trauma van seksueel geweld niet zouden gelden als het zou gaan om behandeling van andere ernstige geweldsdelicten. Voor de effectiviteit van

behandelingen die behoren tot de cognitieve gedragstherapie is de meeste bewijs voorhanden; deze behandelingen zijn ook meest onderzocht tot dusver.

Conclusie

Al met al sluit SHN met het aanbod van informeren, normaliseren en *watchful waiting* aan bij de Nederlandse en Europese richtlijnen, wordt in de ondersteuning aandacht besteed aan zelfredzaamheid en veerkracht van de cliënt, en wordt er doorverwezen als behandeling wenselijk lijkt, aansluitend bij het *stepped care* principe, aansluitend bij wat hierover uit de literatuur bekend is en daarmee *evidence-based*. De dienstverlening van SHN draagt bij aan het beleidsdoel om slachtoffers die dat nodig hebben ondersteuning te geven bij het te boven komen van gevolgen van een EGZ-delict.

Wij bevelen aan te bezien of het mogelijk zou zijn om voor sommige cliënten nazorg te bieden, omdat cliënten aangeven dat de dienstverlening soms te abrupt stopt. Een contactmoment na afloop, ook in het kader van mogelijke doorverwijzing, lijkt wenselijk. Ten tweede constateren we dat er geen gestandaardiseerde data beschikbaar zijn bij SHN om te evalueren. Er is wel structurele intervisie, maar die wordt niet geregistreerd. Het interne registratiesysteem dat is bedoeld voor de dagelijkse operaties en het volgen van de werkprocessen, biedt te beperkte informatie voor evaluatie. Voor evaluatiedoeleinden zou een andere bron zoals een standaard slachtofferpanel interessant zijn. De derde aanbeveling heeft betrekking op doorverwijzing. Het lukte ons niet een goed beeld te krijgen van de ‘slachtofferreis’ die slachtoffers maken, bij welke organisaties ze na doorverwijzing terecht komen en waar eventuele ‘uitval’ optreedt. Een volgende evaluatie zou hier gerichter onderzoek naar kunnen doen om dit beter in beeld te kunnen brengen.

Summary

The aim of this study was to determine what type of psychosocial support is offered by Victim Support Netherlands (*Slachtofferhulp Nederland;* SHN) to victims of serious violent and sexual crimes (*Ernstige Geweld en Zedenzaken;* EGZ cases); together with any theories underlying its policy, and to investigate whether the support offered is in line with what is known in current scientific literature. We divided the research into a number of sub-studies, in which various methods were used: desk research; interviews with SHN employees; interviews with victims; a survey among former clients; and research in SHN's registration systems.

Policy theory

In 2013, the Ministry of Justice and Security published a policy vision on victims' guidelines, reflecting the social trend towards more attention for victims. Annually, 1 in 4 citizens becomes a victim of crime. Several societal changes have catalyzed government responsibilities for victimization to increase over the years. Women's emancipation and the associated attention to female victims, the general increase in crime, which has led to an increase in victimization, the individualization of society, in combination with an increasingly highly educated population, have led to higher expectations of citizens. Victims have been given higher, informed expectations and want to actively contribute to the criminal process. The increased attention for support and reintegration of convicts has also disproportionately widened the gap with victims. Research has shown that victims need 1) recognition and careful treatment (including information) 2) justice, 3) protection, 4) support and 5) compensation and damages. In addition, the government must also conform to international regulations and conventions, such as the European Victims Directive. Based on the above, the victim policy department of the Ministry of Justice and Security has drawn up five policy objectives. One of these is that victims who need it, receive support in overcoming the consequences of an offense (policy goal 4), which is examined in this report. A recent policy review on the strategy pursued by the Ministry from January 2014 to December 2019 (published in September 2021) states that support for victims is specialized into three categories: common crimes, high-impact crimes and serious violent - and sex crimes (EGZ)[2]. SHN is seen as an important partner organization in providing support for all three categories. SHN has created case managers specifically for surviving relatives of victims and complex

[2] Feedback from the supervisory committee stated that this division into the three categories was not determined by the ministry, but by one of the partner organizations.

EGZ cases (a case is referred to as complex if there are practical/financial, medical, psychosocial and legal problems). The other victims of serious crimes are assisted by unpaid employees. The TENTS guidelines (2008), as well as the Dutch Multidisciplinary Guideline for Psychosocial Help in Disasters and Crises (2014), the guideline Psychosocial Support after Major Events (NtVP, 2018) and Akwa GGZ Care Standard (2020) are also regulatory. Based on this, SHN are obliged to offer psychoeducation and stepped care with watchful waiting, while paying attention to self-reliance and resilience. The implicit theory behind this policy is that most victims will recover with the help of this psychosocial support (psycho-education, monitoring, watchful waiting) from SHN. A distinction is made between non-complex EGZ cases that can be supported by an unpaid employee with a few contacts, and complex EGZ cases that are supervised more intensively by a case manager. The small group of victims and victim's relatives who (are at risk of) develop(ing) long-term and/or complex complaints are not to be supported by SHN and are referred by SHN to specialist assistance.

Psychosocial support

SHN provides support with requests for practical, legal and psychosocial help. This research demonstrates in the affirmative that SHN provides psychosocial support in line with the guidelines and that it can be assumed that it contributes to the processing of a traumatic event. The role of SHN is to provide information about stress responses, what is typical in such circumstances and what to expect. If the stress responses persist for longer, and sufferers do not recover on their own, SHN has the role of referral.

In theory, support for EGZ victims has been endowed with case management (pilot phased in 2014 for homicide, common practice since 2017, and expanded to include serious traffic, violence and sex crimes). The current research indicates that case management is used only for complex EGZ cases, but that 90% of cases falling under the definition of EGZ are handled by unpaid employees. Case managers are deployed for complex EGZ cases; are available 24/7; and form a link between various partner organizations among the criminal justice chain. Both case managers and 'unpaid employees' work with principles such as watchful waiting and focus on normalizing, monitoring, and reducing stress responses. If symptoms do not decrease or worsen, the standard policy is to refer the patient to the general practitioner (stepped care). To receive support from SHN, it is a condition that the client is a victim, close relative or next of kin (not an offender). For support in general, bystanders, passengers and

others involved can also call on SHN. The latter also focuses (especially with online service providers) on formal and informal victim support.

The aim of the support is to allow clients to take back control of their own lives as quickly as possible. In principle, the offer of support is the same for both EGZ victims, within which, however, individualized support is offered. The same applies to victims and relatives of deceased victims: for example, support for surviving relatives initially involves arranging the funeral, but the focus is different when supporting victims.

On the basis of the data available to the researchers, it was neither possible to determine how often what type of assistance was provided on an annual basis, nor how often and when victims or relatives are referred on to further assistance.

In accordance with the design of the Dutch healthcare system, it appears that referrals are mainly made to the general practitioner, although case managers also sometimes give advice about therapy options.

SHN's mechanisms for providing support are evaluated internally and externally. Internally by means of intervision between employees and - specifically for case management - a final evaluation meeting between case manager and client. Incidentally, the results of these conversations are not registered. An external evaluation is carried out on behalf of the WODC, as was also the case for this study. The external evaluations concern research into referral (2008), case management (2013; 2016) and services in general, in the context of the victim monitor (2013; 2017).

Clients generally react (very) positively about the support, both in the past and based on the current survey, but there are also a number of dissatisfied respondents. There are victims who would like more support from SHN, such as a longer aftercare, specific referrals to lawyers, care providers or agencies. Some victims simply have requests that cannot be met by SHN. Based on the data we were able to collect, we were unable to give an unequivocal answer about average satisfaction.

Scientific literature

First of all, literature shows that most people recover on their own after a major event and therefore do not need additional psychological support. Consequently, 'watchful waiting' will suffice and it is important, for example, to normalize emotions and to promote everyday circumstances that encourage recovery, such as social support. For those experiencing persistent psychological distress, referral to mental health support will be required.
In our search for scientifically proven effective psychosocial support for EGZ matters, only clinical interventions appeared. The assistance process *after* referral (for example, to mental health care) is no longer part of SHN's services. However, since it can nevertheless be useful for SHN to be aware of the most recent scientific expertise about psychosocial care for EGZ victims and surviving relatives, the literature review offers a relevant summary. According to the reviewed literature, cognitive behavioral therapy is effective in reducing psychological complaints after major events such as EGZ. This also applies to EMDR and exposure therapy. Trauma-oriented treatments appear to be more effective than non-trauma-oriented treatments. Psychoanalytic and psychodynamic treatments have not really shown such clear positive effects; these approaches are also being used less and less for the treatment of psycho trauma. Much scientific research has focused on victimization of sexual violence; however, there seems to be no reason to suspect that the findings on the effectiveness of treatment after trauma of sexual violence would not apply to treatment of other serious violent crimes. Most evidence is available for the effectiveness of treatments belonging to cognitive behavioral therapy; such treatments are also most researched to date.

Conclusion

All in all, SHN's means of support of providing information, normalization and watchful waiting is in line with the Dutch and European guidelines. Due attention is paid to the client's self-reliance and resilience, and referrals are made if treatment seems desirable, in line with the stepped care principle, in line with what is known about this from the literature and therefore evidence-based. SHN's support contributes to reaching the policy objective of providing victims who need it with support in overcoming the consequences of an EGZ offence.

We recommend examining whether it would be possible to provide aftercare for some clients since some clients indicate that the service occasionally stops too abruptly. A moment of

contact afterwards, also in the context of possible referral, seems desirable. Second, we note the absence of available standardized data for evaluation at SHN. There is structural intervision, but it is not registered. The internal registration system, which is intended for day-to-day operations and tracking work processes, provides too little information for evaluation. For evaluation purposes, another source such as a standard victim panel would be interesting. The third recommendation concerns referral. We were unable to get a good picture of the 'victim journey' taken by victims, which organizations they finally use after referral and whether any 'drop-out' occurs. A subsequent evaluation could conduct more focused research into this in order to gain a better understanding of this aspect.

Hoofdstuk 1. Inleiding

Veel mensen worden in hun leven slachtoffer van ernstige gewelds- of zedenmisdrijven (EGZ). De Vries en Olff (2009) vonden in een Nederlandse steekproef dat ruim 20% van de volwassen deelnemers ooit slachtoffer waren geworden van een geweldsmisdrijf. Blootstelling aan een dergelijke gebeurtenis kan naast lichamelijke ook psychische klachten veroorzaken. Een klein deel van de slachtoffers ontwikkelt op lange termijn een posttraumatische stressstoornis (PTSS) en/of comorbide klachten. Voor de behandeling van PTSS wordt traumagerichte cognitieve gedragstherapie aanbevolen (NICE, 2018). Het grootste deel van de slachtoffers kan echter het trauma op een meer laagdrempelige manier te boven komen. Met eenvoudigere technieken en informatie over stressreacties zijn velen veerkrachtig genoeg om het leven weer op te pakken. De meeste slachtoffers maken voor de eerste keer iets dergelijks mee, dus is externe hulp bij het aanreiken van de hulpmiddelen daarbij wenselijk.

Aanleiding voor het onderzoek

De aanleiding voor het onderzoek is dat het Ministerie van Justitie en Veiligheid wil weten of het emotionele en psychosociale hulpaanbod van Slachtofferhulp Nederland (SHN) overeenkomt met het slachtofferbeleid. De overheid heeft een zorgplicht voor deze slachtoffers en heeft als een specifiek beleidsdoel van het slachtofferbeleid geformuleerd dat slachtoffers ondersteuning krijgen bij het te boven komen van het delict. In de beleidsvisie ‘Recht doen aan slachtoffers’ (2013) wordt erkend dat de overheid een zorgplicht heeft voor mensen die kwetsbaar zijn en hulp nodig hebben als gevolg van slachtofferschap van criminaliteit. Dit betekent dat de overheid een verantwoordelijkheid heeft als een slachtoffer niet op eigen kracht en met behulp van familie en vrienden weer verder kan met zijn leven. De verantwoordelijkheid is vertaald in vijf beleidsdoelen van slachtofferbeleid:

1. Slachtoffers worden erkend en zorgvuldig bejegend en geïnformeerd;
2. Slachtoffers hebben een sterke positie in het recht;
3. Slachtoffers krijgen bescherming waar nodig;
4. Slachtoffers die dat nodig hebben krijgen ondersteuning bij het te boven komen van gevolgen van het delict;

5. Slachtoffers hebben mogelijkheden tot herstel van de gevolgen, zowel financieel, praktisch als emotioneel.

Het huidige onderzoek richt zich op de verwezenlijking van beleidsdoel 4. In de toelichting voor dit beleidsdoel is het volgende opgenomen: "Slachtoffers die behoefte hebben aan hulp en ondersteuning kunnen in de eerste plaats terecht bij slachtofferhulp. (….) Slachtofferhulp Nederland biedt juridische, praktische en sociaal-emotionele hulp. Is deze hulp onvoldoende dan kan slachtofferhulp doorverwijzen naar andere hulpverleners, advocatuur of gemeentelijke instanties. Verdere professionalisering van de hulp aan slachtoffers en gespecialiseerde hulp voor kwetsbare groepen is belangrijk om de schade bij slachtoffers zo veel mogelijk te beperken en de aangiftebereidheid te vergroten." (Recht doen aan slachtoffers, p. 27).

De comptabiliteitswet schrijft voor dat de doeltreffendheid en doelmatigheid van het beleid elke vier tot zeven jaar wordt geëvalueerd. De beleidsdoorlichting van het slachtofferbeleid is in 2014 aan de Tweede Kamer aangeboden. In deze beleidsdoorlichting wordt het oordeel over de doeltreffendheid van het slachtofferbeleid overwegend ontleend aan de slachtoffermonitor waarmee de ervaringen van slachtoffers in kaart worden gebracht. Hieruit bleek dat de doeltreffendheid van het beleid ten opzichte van de vorige evaluatie was verbeterd. Deze conclusies waren gebaseerd op gerapporteerde ervaringen van slachtoffers, maar de vraag naar een meer objectieve uitspraak of beleid daadwerkelijk doeltreffend was werd hier niet mee beantwoord. In september 2021 (ten tijde van het afronden van dit onderzoek) is nog een beleidsdoorlichting gepubliceerd. Hier wordt in hoofdstuk 2 (deskresearch) op teruggekomen.

<u>Hulpaanbod Slachtofferhulp Nederland (SHN)</u>

Slachtoffers van delicten kunnen sinds 1984 terecht bij SHN. In 2002 werd SHN één stichting (daarvoor was het een vereniging van 25 stichtingen), die voor het grootste deel wordt gefinancierd door het Ministerie van Justitie en Veiligheid, de gemeenten en tot 2020 door het Fonds Slachtofferhulp. SHN biedt emotionele, juridische en praktische hulp en ondersteuning aan slachtoffers van misdrijven, verkeersongelukken en calamiteiten (Andringa, Klein Kranenburg, Bouwmeester & Ten Doeschot., 2017). In overleg met het Ministerie van Justitie en Veiligheid wordt de expertise ook ingezet ter ondersteuning van bijzondere doelgroepen zoals onder meer achterblijvers van vermiste personen en nabestaanden van suïcide.[3] De ondersteuning bestaat uit een combinatie van emotionele ondersteuning, begeleiding van

[3] Een volledig overzicht van de ingrijpende gebeurtenissen en seriële misstanden is te vinden op de SHN website.

slachtoffers in het strafproces en het helpen bij het aanvragen van een schadevergoeding of uitkering bij het Schadefonds Geweldsmisdrijven (SGM) (Leferink, *in press*). Deze hulp is kosteloos voor de hulpvrager.

Slachtoffers van ernstige gewelds- en zedendelicten (EGZ)

Het huidige onderzoek richt zich specifiek op het hulpaanbod van SHN aan (naasten en nabestaanden van) slachtoffers van ernstige gewelds- en zedendelicten (EGZ). De definitie van EGZ staat in het kader hieronder.

Definitie van ernstige gewelds- en zedenmisdrijven in het huidige onderzoek:

Zedenmisdrijven

- Verkrachting art. 242 Sr
- Seksueel binnendringen van een bewusteloze, onmachtige of gestoorde, art. 243 Sr.
- Seksueel binnendringen van iemand beneden twaalf jaar, art. 244 Sr.
- Seksueel binnendringen van iemand beneden zestien jaar, art. 245 Sr.

Geweldsmisdrijven

- Brandstichting met zwaar lichamelijk letsel, ar. 157, lid 2 Sr.
- Gijzeling, art. 282a SR
- Opzettelijke vrijheidsberoving met zwaar lichamelijk letsel, art. 282, lid 2 Sr.
- Doodslag of poging daartoe, art. 287, jo. 45 Sr.
- Moord of poging daartoe, art. 289, jo. 45 Sr.
- Mishandeling met zwaar lichamelijk letsel, art. 300, lid 2 Sr.
- Mishandeling met voorbedachten rade met zwaar lichamelijk letsel, art. 301, lid 2 Sr.
- Zware mishandeling, art. 302 Sr.
- Zware mishandeling met voorbedachten rade, art. 303 Sr.
- Diefstal met geweld (roofoverval, alleen in de privésfeer), art.321 Sr.

Medio 2010 is SHN gestart met een pilot van casemanagement voor EGZ-slachtoffers. Een casemanager biedt EGZ-slachtoffers emotionele steun, begeleiding tijdens het strafproces en hulp bij het krijgen van schadevergoeding. Doorverwijzing naar een professional (huisarts of psycholoog) behoort ook tot de taken van een casemanager. Uit een evaluatie in 2013 (Van Wijk, Van Leiden & Hardeman) blijkt dat 52% van de casemanagers slachtoffers doorverwezen. In het onderzoek werd echter niet nagegaan op welk moment of voor welk hulpaanbod cliënten werden verwezen en wat deze doorverwijzing heeft opgeleverd. Wat in eerder onderzoek ook nog niet genoeg naar voren kwam is a) in welke mate het hulpaanbod (incl. doorverwijzings- en nazorgtraject) - gericht op emotionele en psychische hulp - bijdraagt aan de huidige beleidsdoelen van het slachtofferbeleid en b) aansluit bij wetenschappelijke kennis over effectieve behandeling van psychische klachten van EGZ-slachtoffers.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is drieledig. Ten eerste een inventarisatie maken van de beleidstheorie van het huidige slachtofferbeleid met focus op beleid dat gericht is op de psychische gezondheid van slachtoffers. Ten tweede inzicht verkrijgen in het emotionele/psychische hulpaanbod vanuit SHN aan EGZ-slachtoffers, inclusief doorverwijzing naar bijvoorbeeld psychologische zorgverlening. Tenslotte is het doel te inventariseren wat in de wetenschappelijke literatuur bekend is over het type behandeling- gericht op psychische klachten- dat effectief is voor EGZ-slachtoffers.

Onderzoeksvragen

In dit onderzoek staan de volgende twee vragen centraal:

1. In welke mate draagt het hulpaanbod van SHN bij aan het behalen van beleidsdoel 4 van het huidige slachtofferbeleid?
2. Sluit het hulpaanbod van SHN voor EGZ-slachtoffers aan bij de wetenschappelijke kennis of effectieve hulp voor EGZ-slachtoffers?

Deze centrale vragen zijn uitgewerkt in verschillende deelvragen die zich richten op vijf verschillende clusters:

1. *Beleidstheorie*

   a) Welke beleidstheorie ligt ten grondslag aan het huidige slachtofferbeleid (en dan met name beleidsdoel 4 zoals geformuleerd in de beleidsvisie 'Recht doen aan slachtoffers')?

   b) Welke bijdrage zouden SHN en zorgverleners naar wie SHN doorverwijst volgens deze theorie moeten leveren aan de realisatie van beleidsdoel 4 zoals geformuleerd in de beleidsvisie 'Recht doen aan slachtoffers'?

2. *Inventarisatie psychosociaal hulpaanbod SHN*

   a) Welke psychosociale hulp is er binnen SHN beschikbaar voor EGZ- slachtoffers?

   b) Welke voorwaarden zijn aan deze hulp verbonden?

   c) Wat is het beoogde effect van deze hulp?

   d) Verschilt het aanbod per type slachtoffer?

   e) Hoe vaak wordt welk type hulp op jaarbasis aangeboden en wordt hiervan gebruik gemaakt?

3. *Inventarisatie hulpaanbod bij doorverwijzing*

   a) Wanneer worden slachtoffers doorverwezen?

   b) Waarnaartoe (welke specialist) worden slachtoffers doorverwezen?

   c) Welke hulp (bijv. psychosociale behandeling, medicatie) ontvangen slachtoffers?

   d) Wat is het percentage EGZ-slachtoffers dat jaarlijks wordt doorverwezen?

   e) Wordt het hulpaanbod geëvalueerd? Zo ja - Wat blijkt uit deze evaluaties? Zo nee, waarom niet?

4. *Inventarisatie wensen slachtoffers*

   a) In welke mate voldoet SHN met het eigen hulpaanbod en het hulpaanbod door doorverwijzing aan de wensen van slachtoffers?

   b) Vragen slachtoffers om hulp die niet geleverd kan worden door SHN of waarvoor niet doorverwezen kan worden?

5. *Wetenschappelijke onderbouwing*
    a) Welke *evidence-based* interventies (gericht op psychisch herstel) zijn er voor EGZ-slachtoffers? Welke richtlijnen en zorgstandaarden zijn vigerend voor de gebruikte en bruikbare interventies voor de doelgroep? Zijn er *good practices* bekend uit andere landen?
    b) Welke effecten worden met de interventies beoogd en voor welk type slachtoffer?
    c) Welke werkzame mechanismen worden in verband gebracht met effectieve interventies voor EGZ-slachtoffers?
    d) Op welk moment zijn dergelijke interventies het meest effectief? (Moment in tijd en/of moment in het strafproces en/of verwerkingsproces, van belang omdat slachtoffers aangeven dat het verwerkingsproces vaak pas later aanvang neemt en niet voor alle gevallen een strafzaak volgt)

Op basis van een analyse van de bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur (5.a-d), vergeleken met de voorzieningen zoals aangeboden door SHN (2.a, 3.b-c, 4.a-b), worden vervolgens de volgende subvragen beantwoord:

6. Analyse literatuur en aanbod SHN

a) Hoe verhouden zich de bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur tot de voorzieningen aangeboden door SHN?

7. Synthese en conclusie

a) In hoeverre sluit het aanbod van SHN aan bij de wetenschappelijke kennis over *evidence-based* interventies (gericht op psychisch herstel) voor slachtoffers van geweldsmisdrijven?

b) Welke conclusies, de bevindingen overziend, kunnen getrokken worden over de bijdrage die SHN biedt aan het behalen van beleidsdoel 4?

Methoden

Om antwoord te geven op de onderzoeksvragen, zijn verschillende methoden gebruikt. Hieronder worden de methoden kort aangestipt, een uitgebreidere verantwoording staat in de individuele hoofdstukken. Voor het beantwoorden van onderzoeksvragen 1a, 1b en 3e is een *deskresearch* uitgevoerd, waarin de beleidsvisie en beleidsdoorlichtingen van het Ministerie

van Justitie en Veiligheid, het meerjarenplan van SHN en eerder evaluatieonderzoek naar de dienstverlening van SHN zijn onderzocht. Daarnaast wordt er aandacht besteed aan de relevante richtlijnen op het gebied van hulpverlening aan slachtoffers, nabestaanden en familieleden. Voor het beantwoorden van onderzoeksvragen 2a tot en met 2d, 3e en 4b zijn *interviews* gehouden met zes casemanagers, drie onbetaalde medewerkers en twee beleidsmedewerkers van SHN en drie externe psychologen die ervaring hebben met het behandelen van slachtoffers. Met behulp van *dossieronderzoek* zijn onderzoeksvragen 2e tot en met 3d onderzocht. Hierbij zijn gegevens uit het registratiesysteem van SHN geanalyseerd voor de jaren 2018 en 2019. Uit deze dataset is een beschrijving van de doelgroep gegenereerd. Daarnaast zijn van 60 dossiers de open tekstvakken bestudeerd ten behoeve van informatievergaring over de doorverwijzing. Met een *vragenlijst* zijn slachtoffers en nabestaanden (n=102) bevraagd over hun ervaringen met de dienstverlening van SHN. Met deze respons wordt antwoord gegeven op onderzoeksvragen 3a tot en met 3c, 4a en 4b. Om meer verdieping te geven aan de respons op de vragenlijst, zijn er in totaal 11 *interviews* gehouden met slachtoffers (n=7) en nabestaanden (n=4) over hun ervaring met de dienstverlening van SHN. In de interviews ligt de focus met name op onderzoeksvragen 4a, 4b en 5d. Tenslotte worden onderzoeksvragen 5a tot en met 5d beantwoord door middel van een *literatuuronderzoek*. Hiervoor zijn op systematische wijze wetenschappelijke internationale overzichtsstudies (systematische reviews en meta-analyses) geselecteerd die hebben gekeken naar effectiviteit van psychologische interventies voor slachtoffers en nabestaanden.

Beperkingen

Gedurende het onderzoek zijn er meerdere onverwachte problemen ontstaan tijdens de dataverzameling, die bepaalde beperkingen met zich meebrengen, waardoor we voorzichtig moeten zijn met het trekken van conclusies. De registraties in het systeem van SHN bleek onvoldoende nauwkeurig voor ons onderzoek. De aanvullende diepteanalyse van de 60 dossiers heeft, gezien het kleine aantal geen generaliseerbare uitkomsten opgeleverd. De respons op de vragenlijst was erg laag, waardoor de antwoorden niet generaliseerbaar zijn en we rekening moeten houden met stevige selectiebias. Ook lijkt er sprake van een zekere bias bij de interviews met slachtoffers en nabestaanden. In de discussie zal verder worden ingegaan op de interpretatie en consequenties.

Leeswijzer

Per hoofdstuk (2 tot en met 7) wordt één specifieke methode behandeld. De hoofdstukken zijn individueel leesbaar en bevatten een eigen inleiding, verantwoording van de methode, de resultaten en een conclusie. Hoofdstuk 8 richt zich op de synthese van de resultaten, de conclusie en de aanbevelingen die uit het onderzoek naar voren komen.

Hoofdstuk 2. Deskresearch

Inleiding

Het doel van de deskresearch is het beschrijven van het huidige slachtofferbeleid vanuit het Ministerie van Justitie en Veiligheid, het bestaande beleid van Slachtofferhulp Nederland (SHN), de werkwijze van en de invulling aan het slachtofferbeleid door SHN, en de resultaten van reeds uitgevoerde evaluaties naar de dienstverlening van SHN. Hierbij worden ook de juridische en klinische richtlijnen die van invloed zijn op de door SHN geboden ondersteuning beschreven.

Methode

Voor de beschrijving van de beleidstheorie van het Ministerie van Justitie en Veiligheid zijn drie documenten bestudeerd: de beleidsvisie 'Recht doen aan slachtoffers' (2013), de vorige beleidsdoorlichting Artikel 34.4 Slachtofferzorg uit 2014 en de meest recente beleidsdoorlichting Artikel 34.4 Slachtofferzorg uit 2021 (Van Duivenboden, Groothuis, Laros en Wensink, 2021).

De bestudering van de beleidsvisie en dienstverlening van SHN vond plaats op basis van: i) interne beleidsstukken en interne trainingen op het gebied van psychosociale dienstverlening, verkregen via SHN (een overzicht van de documenten, jaartal van laatste update en een korte samenvatting van de inhoud zijn te vinden in bijlage A), ii) website van SHN www.slachtofferhulp.nl, iii) meerjarenplan van 2018-2021 van SHN, en het meest recente jaarverslag van 2020, gepubliceerd in 2021. Aanvullende informatie over de werkwijze is verkregen via een gesprek met het hoofd van de Slachtofferhulp academie.[4]

Voor evaluatiestudies over SHN is gezocht via Google Scholar. De zoektermen die zijn gebruikt zijn: 'slachtofferhulp' en 'slachtoffermonitor', en 'slachtoffer' of 'slachtofferhulp' in combinatie met 'evaluatie' of 'ervaringen' of 'kwaliteit'. Aanvullend is een nog niet gepubliceerd overzicht van Leferink (in press) over de dienstverlening van SHN bestudeerd.

Het overzicht van klinische richtlijnen die relevant zijn voor het beleid van SHN is aangedragen door de ervaren klinisch psycholoog uit het onderzoeksteam [TM].

[4] De Slachtofferhulp academie verzorgt zowel interne opleidingen als externe trainingen.

Resultaten

Beleidsvisie Ministerie van Justitie en Veiligheid

In 2013 heeft het Ministerie van Justitie en Veiligheid een visie over slachtofferbeleid opgesteld. Allereerst wordt in het visiedocument het maatschappelijke probleem geduid: jaarlijks wordt 1 op de 4 burgers slachtoffer van criminaliteit. Er staat dat sinds de jaren '80 de aandacht voor slachtoffers sterk is toegenomen en dat de hulp aan slachtoffers sterk is geprofessionaliseerd. De verbeterpunten die in 2013 werden gesignaleerd waren de roep om meer rechten, maatregelen en hulp en betere uitvoering van de huidige rechten. Vervolgens wordt in het document ingegaan op de behoeften van slachtoffers: de behoefte aan emotionele steun, in de vorm van een luisterend oor of iemand om mee te praten, en behoefte aan hulp bij de verwerking en afsluiting (Ten Boom et al., 2008). Deze professionele hulp is het liefst snel beschikbaar, toegankelijk en, indien nodig, voor een langere tijd aanwezig (Ten Boom et al., 2008). De behoeften van slachtoffers zijn samengevat in 5 punten: 1) erkenning en zorgvuldige bejegening (waaronder informatie), 2) rechtvaardigheid, 3) bescherming, 4) ondersteuning en 5) schadevergoeding en herstel (p. 9). Verderop in het document staat dat behoeften nog verder zijn samen te vatten in twee overkoepelende begrippen: recht (rechtvaardigheid, recht halen en veiligheid) en hulp (eerste opvang, gezondheidszorg, bestaanszekerheid en re-integratie) (p.10). Onder burgers blijkt er een verschil te zijn in behoeften wat betreft actief of passief aanbieden van informatie, en verschil in beleving waar de verantwoordelijkheid ligt om de draad van het leven weer op te pakken. Deze verschillende zienswijzen zijn opgenomen in het slachtofferbeleid, in die zin dat slachtoffers bijvoorbeeld de keuze krijgen of ze actief willen worden geïnformeerd (p. 10).

De beleidsvisie geeft aan dat de ideeën omtrent de verantwoordelijkheden van de overheid voor slachtofferschap door de jaren heen zijn veranderd, onder andere door vrouwenemancipatie en de daarmee gepaard gaande aandacht voor vrouwelijke slachtoffers, en de algehele toename van criminaliteit, waardoor het slachtofferschap toenam. De individualisering van de samenleving, in combinatie met een steeds hoger opgeleide bevolking, heeft geleid tot andere verwachtingen van burgers. Slachtoffers hebben hogere, geïnformeerde verwachtingen gekregen en willen actief een bijdrage leveren aan het strafproces. Ook de toegenomen aandacht voor hulpverlening voor en re-integratie van veroordeelden heeft de kloof met slachtoffers onevenredig vergroot (p.13).

Verantwoordelijkheden van de overheid voor slachtoffers liggen deels vast in regelgeving en verdragen. Internationaal bestaan veel verdragen en richtlijnen die regels stellen

voor de positie van slachtoffers. De belangrijkste op het gebied van psychosociale dienstverlening is de Europese slachtofferrichtlijn (Richtlijn 2012/29/EU van het Europees Parlement en de Raad van 25 oktober 2012 tot vaststelling van minimumnormen voor de rechten, de ondersteuning en de bescherming van slachtoffers van strafbare feiten). Deze richtlijn stelt dat slachtoffers toegang moeten hebben tot slachtofferhulporganisaties wanneer zij ondersteuning wensen (art. 8, lid 1) (European Commission, 2012). Lidstaten zijn verplicht te zorgen dat er een (onafhankelijke) hulporganisatie voor slachtoffers is. Verder geldt dat slachtoffers en familieleden van slachtoffers recht hebben op kosteloze toegang tot slachtofferhulporganisaties (Art. 8 lid 1) die vertrouwelijk handelen en die ofwel gespecialiseerde hulp bieden ofwel een beroep kunnen doen op bestaande gespecialiseerde instanties (Art. 8 lid 3). De algemene slachtofferhulporganisaties moeten onder andere zorgen voor informatie over gespecialiseerde hulporganisaties (Art. 9 lid 1b), voor emotionele en psychologische ondersteuning (Art. 9 lid 1c) en zij moeten bijzondere aandacht schenken aan de specifieke behoeften van slachtoffers die aanzienlijke schade hebben geleden als gevolg van de ernst van het strafbare feit (Art. 9 lid 2) (European Commission, 2012).

Op basis van het bovenstaande heeft de afdeling Slachtofferbeleid van het Ministerie van Justitie en Veiligheid (2013) vijf beleidsdoelen opgesteld: 1. Slachtoffers worden erkend, zorgvuldig bejegend en geïnformeerd; 2. Slachtoffers hebben een sterke positie in het recht; 3. Slachtoffers krijgen bescherming waar nodig; 4. Slachtoffers die dat nodig hebben, krijgen ondersteuning bij het te boven komen van gevolgen van een delict; 5. Slachtoffers hebben mogelijkheden tot herstel van de gevolgen, zowel financieel, praktisch als emotioneel. De huidige studie richt zich nogmaals vooral op beleidsdoel 4, met de focus op psychosociale ondersteuning die door SHN wordt geboden. Hoewel beleidsdoel 5 relevant lijkt voor het huidige onderzoek, aangezien het zich richt op herstel van schade, ligt de nadruk op financiële schade en herstelrecht. Om die reden wordt dit beleidsdoel niet meegenomen in het huidige onderzoek.

Beleidsdoel 4 houdt in dat slachtoffers die dat nodig hebben, ondersteuning krijgen bij de gevolgen van het delict. De ondersteuning, informatie of advies kan van praktische, psychosociale en juridische aard zijn. Daarbij is het van belang dat de ondersteuning goed past bij waar behoefte aan is. De doelen van de ondersteuning zijn de gevolgen voor het slachtoffer op zowel materieel als op immaterieel gebied te beperken en de bereidheid tot het doen van aangifte te vergroten. Hierbij wordt geacht dat meerdere aspecten effect hebben op deze doelen, namelijk het kwijt kunnen van het verhaal, ondersteuning bij het verwerken, informeren over

de verschillende mogelijkheden die bij kunnen dragen aan herstel, en het verkrijgen van informatie over het doen van aangifte en het eventuele strafproces (Van Duivenboden et al., 2021).

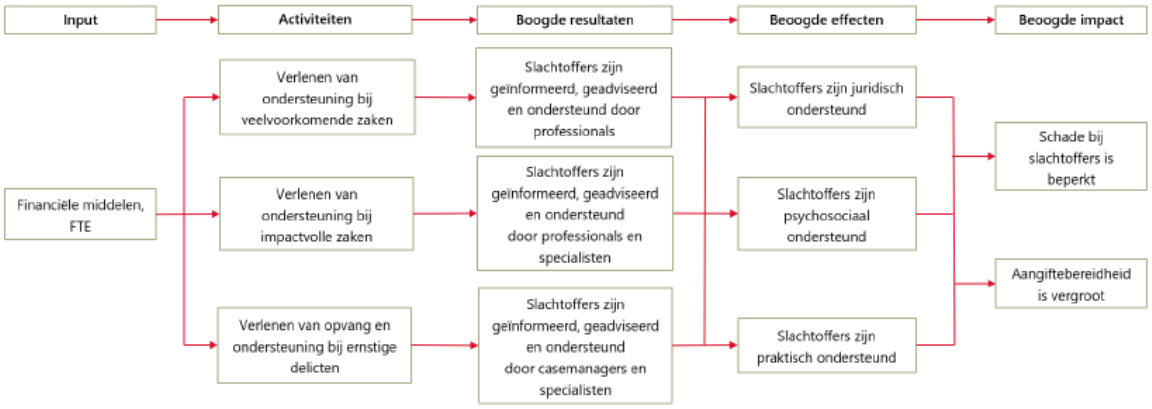
Voor de verschillende vormen van ondersteuning (emotioneel, praktisch en juridisch) kunnen slachtoffers terecht bij SHN (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2013). SHN kan zelf steun bieden en doorverwijzen wanneer nodig naar andere hulpinstanties (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2014). Doorverwijzing vindt plaats wanneer de dienstverlening van Slachtofferhulp niet toereikend is, met het oog op bijvoorbeeld psychische klachten. Professionalisering en uitbouw van de hulp aan slachtoffers, bijvoorbeeld door de inzet van casemanagers voor nabestaanden en complexe EGZ-zaken of door de inzet van betaalde juridische krachten die ondersteuning bieden bij voegen in het strafproces, is belangrijk om te voldoen aan beleidsdoel 4 en te kunnen fungeren als volwaardige partner in het strafproces (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2013). Organisaties die betrokken zijn bij de dienstverlening aan slachtoffers moeten samenwerken om de dienstverlening adequaat en effectief in te richten (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2013).

Beleidsdoorlichting (2021)

De meest recente beleidsdoorlichting (Van Duivenboden et al., 2021) rapporteert met betrekking tot beleidsdoel 4 dat ondersteuning voor slachtoffers in drie categorieën is ingedeeld: veelvoorkomende zaken, impactvolle zaken en ernstige delicten.[5] De activiteiten, beoogde resultaten, beoogde effecten en beoogde impact van beleidsdoel 4 zijn door Van Duivenboden et al (2021) afgebeeld in een model (zie onder). Veel voorkomende zaken zijn lichte strafbare feiten, zoals een winkeldiefstal of vernieling, die worden behandeld volgens de zogenaamde ZSM aanpak. ZSM staat voor Zorgvuldig, Snel en op Maat; in een ZSM-zaak kan een officier van justitie snel beslissen wat met een zaak gebeurt. Impactvolle zaken zijn zaken die te zwaar zijn voor de ZSM-aanpak en te licht voor maatwerkaanpak met casemanagement. Voorbeelden zijn mishandeling en inbraak (de zogenaamde High Impact Crime zaken), maar ook aan verkeersongelukken, zaken waarvoor veel media-aandacht is en rampen. Ernstige zeden- en geweldsmisdrijven zijn bijvoorbeeld (poging tot) moord, verkrachting, en zware mishandeling.

[5] Vanuit de begeleidingscommissie is teruggekoppeld dat de onderverdeling in drie categorieën niet is bepaald door het ministerie maar door een van de ketenpartners.

Deze groep slachtoffers en nabestaanden worden volgens de beleidstheorie ondersteund door casemanagers en specialisten.



Figuur 1. Model beleidsdoel 4 (Van Duivenboden et al, 2021)

Aangezien het huidige onderzoek zich richt op EGZ-zaken, die vallen onder de ernstige delicten, bespreken we alleen de EGZ-categorie. Specialistische opvang en ondersteuning bij ernstige delicten is anno 2021 bij de verschillende ketenpartners specifiek ingevuld. Zo zet SHN bij EGZ-zaken (onder andere) casemanagers in, bij de politie zijn dat de familierechercheurs, bij het OM hebben ze deze taak toebedeeld aan slachtoffercoördinatoren, en het Ministerie heeft geïnvesteerd in uitbreiding van ondersteuning door slachtofferadvocaten. De samenwerking tussen ketenpartners is verbeterd door het Protocol Maatwerk. Specifiek met betrekking tot de ondersteuning door SHN, concluderen de onderzoekers Van Duivenboden et al. (2021) in de beleidsdoorlichting dat, op basis van de overwegend positieve resultaten van de slachtoffermonitor (met name over bejegening en informatievoorziening), SHN bijdraagt aan de ondersteuning van slachtoffers bij de gevolgen van het delict. Driekwart (74 procent) van de slachtoffers is positief over de algemeen ervaren ondersteuning door SHN. Weliswaar is een derde van de slachtoffers (zeer) negatief ten opzichte van de dienstverlening van SHN met betrekking tot veiligheid/emotionele steun en dan in het bijzonder de advisering over het voorkomen van slachtofferschap en het verkleinen van het gevoel van angst, maar, zo stellen Van Duivenboden et al (2021), het geven van preventietips behoort niet tot de taak van SHN (p. 54). Deze conclusie is voor discussie vatbaar aangezien ook bij *watchful waiting* en monitoring uitleg over emotionele reacties te verwachten zijn. Of de gewenste impact van het

beleid (‘schade bij slachtoffers is beperkt’ en ‘aangiftebereidheid is vergroot’, zie figuur hierboven) wordt behaald, is niet onderzocht.

Meerjarenplan SHN

SHN biedt kosteloze en laagdrempelige ondersteuning aan slachtoffers, op juridisch, praktisch en emotioneel gebied (Meerjarenplan SHN 2018-2021). SHN biedt ondersteuning tijdens het strafproces, door bijvoorbeeld te informeren over het strafproces, over aangifte doen en over beschermingsmaatregelen en slachtofferrechten. SHN kan ook helpen met het opstellen van een schadevordering, het voorbereiden van het eventuele spreekrecht voor slachtoffers en bijstaan op zittingen. Op praktisch gebied kan SHN helpen bij verschillende aspecten, zoals het in kaart brengen van de geleden schade en het invullen van verschillende formulieren. Als emotionele (psychosociale) ondersteuning, wordt bijvoorbeeld een luisterend oor geboden, de klachten van een slachtoffer in de gaten gehouden en doorverwezen (website SHN[6]). De psychosociale ondersteuning zal in dit hoofdstuk nader toegelicht worden.

SHN wil bovenstaande hulp snel leveren aan elk slachtoffer dat daar behoefte aan heeft. De hulp dient een aantoonbaar positief effect te hebben op de cliënt, en op de bredere samenleving, maar hoe dit meetbaar te maken, is niet aangegeven. Naast de directe ondersteuning aan slachtoffers, wil SHN ook bijdragen aan betere rechten en ondersteuning voor slachtoffers, door de belangen van slachtoffers op verschillende wijzen te behartigen en het verder ontwikkelen en delen van expertise (Meerjarenplan SHN 2018-2021). De speerpunten voor de jaren 2018 tot en met 2021 waren 1) het vergroten van de zichtbaarheid van SHN, 2) de diversiteit en kwaliteit van de instroom, 3) verbeteringen in de klantreis, 4) het beter benutten van netwerken, en 5) de expertise inzetten voor het brede slachtofferbelang (Meerjarenplan SHN 2018-2021).

Het aantal slachtoffers dat wordt ondersteund door SHN is immer groeiende. In de periode 2012-2017 was er een stijging van ruim 20%, van 150.000 naar 190.000 per jaar (Meerjarenplan SHN 2018-2021). In 2020 waren er 210.495 aanmeldingen, waarvan er 152.750 slachtoffers door SHN zijn bereikt (73%). Met 99.673 slachtoffers (ongeveer twee derde) is eenmalig contact geweest, wat bestond uit het informeren en adviseren. Het overige deel, ongeveer een derde deel van de cliënten (n = 47.811), maakte gebruik van vervolghulp van

[6] https://www.slachtofferhulp.nl/globalassets/media/corporate-downloads/over-ons/folder_netwerkpartners_def-juli-2018.pdf

SHN. Ook is het aantal online dienstverleningen in 2020 gegroeid tot 344.771 (jaarverslag SHN 2020, 2021).

Psychosociale dienstverlening SHN

Het psychosociale dienstverleningsbeleid van SHN wordt hieronder beschreven aan de hand van de beleidsdocumenten waarmee nieuwe medewerkers van SHN worden opgeleid (bijlage A). De kern van de psychosociale ondersteuning van SHN bestaat uit psycho-educatie, met name in de vorm van het reduceren en normaliseren van stressreacties, het peilen van de behoeften van slachtoffers en daarnaar handelen, en het richten op veerkracht en zelfredzaamheid. Normaliseren houdt onder meer in dat het slachtoffer leert dat stressreacties na een ingrijpende gebeurtenis een normale reactie zijn. Psychosociale ondersteuning gebeurt op basis van *stepped care* en *watchful waiting*. *Stepped care* betekent dat er eerst lichte ondersteuning wordt geboden, en dat interventies worden geïntensiveerd (bijvoorbeeld door doorverwijzing) wanneer daarvoor indicaties zijn. In de eerste periode van vier tot zes weken na een incident, wordt verwacht dat de stressreacties van slachtoffers afnemen en terugkeren tot een vergelijkbaar niveau als voor het misdrijf. Als dat niet gebeurt, wordt de cliënt doorverwezen. De informatie die de medewerker biedt moet gedoseerd zijn, op basis van de mate van *arousal* en veerkracht van het slachtoffer, en de medewerker blijft de mate van herstel van het slachtoffer monitoren. Deze monitoring wordt *watchful waiting* genoemd. Monitoren houdt in dat de medewerker op vier onderwerpen tijdens elk gesprek de voortgang (of stagnatie of achteruitgang) bespreekt: psychisch, fysiek, juridisch en sociaal/maatschappelijk. Bij verwachtingsmanagement is het belangrijk om het aanbod van de dienstverlening van Slachtofferhulp Nederland kenbaar te maken aan de cliënt. Daarbij moet duidelijk gemaakt worden dat SHN cliënten begeleidt en doorverwijst, maar zelf geen behandeling aanbiedt. Daarom wordt binnen SHN niet gesproken over ‘hulpverlening,’ maar over ‘dienstverlening’ (Psychosociale ondersteuning beleid, 2018).

Procedure dienstverlening SHN

Nadat een slachtoffer aangifte of melding heeft gedaan bij de politie en daarbij aangegeven heeft ondersteuning van SHN te wensen, of wanneer een slachtoffer via de website aangeeft contact te willen hebben met SHN, worden de meeste slachtoffers gebeld door een onbetaalde medewerker van het team Actieve Benadering (SHN, 2021). Deze actieve benadering is in het bijzonder van belang, omdat veel slachtoffers niet goed weten welke hulp SHN kan bieden en

niet makkelijk om hulp vragen (Leferink, in press). Een uitzondering vormen slachtoffers die door het Casemanagement Aanmeldpunt als EGZ worden aangemerkt. Zij worden gebeld door een casemanager (zie paragraaf 'Casemanagement' hieronder). Actieve Benadering medewerkers informeren het slachtoffer, inventariseren de impact van het gebeurde en de eventuele hulpvraag, en schatten in of SHN daarbij ondersteuning kan bieden. Indien dit niet mogelijk is, bijvoorbeeld als de hulpvraag buiten de ondersteuning door SHN valt of het slachtoffer niet binnen de doelgroep van SHN hoort, kunnen zij ook doorverwijzen naar andere instanties (website SHN). Slachtoffers die verdere ondersteuning wensen vanuit SHN, krijgen contact met een medewerker van het team Algemene Dienstverlening of een Casemanager.

Veruit de meeste slachtoffers worden bij SHN ondersteund door een onbetaalde medewerker van een van de teams Algemene Dienstverlening. Algemene Dienstverlening medewerkers worden aangenomen op basis van motivatie en beschikbaarheid. Een medewerker moet verplichte instroomtrainingen[7] volgen en meelopen met een ervaren, 'vakbekwame' medewerker. Naast de instroomtrainingen zijn er aanvullende verdiepingstrainingen[8], gericht op bijvoorbeeld rouw en verlies, seksueel geweld en verkeer. De duur van de opleidingsperiode verschilt per medewerker, naargelang beschikbaarheid en leertempo. De instroomtrainingen zijn in 2020 geaccrediteerd door de Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma.

Casemanagement

Slachtoffers van complexe ernstige gewelds- of zedenmisdrijven krijgen een casemanager toegewezen. Het Casemanagement Aanmeldpunt (CMA) beoordeelt welke EGZ-zaken complex zijn.[9] Het CMA maakt de inschatting op basis van een score-indicator, maar ook met

[7] De instroomtrainingen zijn gericht op psychosociale ondersteuning, juridische ondersteuning en gespreksvoering en zijn een combinatie van online en klassikale trainingen. Als een medewerker deze trainingen heeft gevolgd, is hij 'startbekwaam', dit betekent dat hij mag starten met het ondersteunen van een cliënt.

[8] Deze trainingen bestaan uit een basistraining van een halve dag en een verdiepende training van één dag. Deze aanvullende basistrainingen zijn ook verplicht en zodra medewerkers deze hebben afgerond zijn zij 'vakbekwaam'. De verdiepende trainingen van één dag zijn niet verplicht. Ook zijn er verdiepingstrainingen van één dag die zich richten op uitdagende communicatie, schuld en schaamte, chronisch trauma verleden, jongeren en ouders van kinderen die slachtoffer zijn geworden.

[9] Input vanuit SHN: Bij een grotere complexiteit gaan we er niet vanuit dat slachtoffers per se meer behoefte hebben aan ondersteuning, maar dat we op basis van de beschikbare informatie een eerste inschatting maken van de hoeveelheid leefgebieden die geraakt (kunnen) worden door het delict dat de cliënt meemaakt in combinatie met een inventarisatie van de algehele situatie van de cliënt (welke draaglast en draagkracht zijn al bekend). Een wetenschappelijke onderbouwing dat een slachtoffer in een meer complexe zaak ook meer behoefte aan ondersteuning heeft bestaat volgens ons niet, maar het gaat om maatwerk en we gaan uit van variabelen o.g.v. draagkracht en draaglast. Hoe meer leefgebieden er worden geraakt en hoe meer disbalans in draaglast en draagkracht, hoe groter de diversiteit en complexiteit aan hulpvragen die kan ontstaan. Op basis van deze eerste inschatting en opgedane praktijkervaring binnen SHN wordt bepaald dat de cliënt door de AD dan wel het CM wordt benaderd voor verdere inventarisatie van de hulpvragen en ondersteuning. Wanneer deze inschatting op

aandacht voor maatwerk. De score-indicator kijkt naar situaties op onder andere praktisch/financieel gebied, zoals financiële problemen als gevolg van het delict. Daarnaast wordt er gekeken naar de medische situatie, bijvoorbeeld of er sprake is van blijvend letsel. Ook de psychosociale situatie wordt beoordeeld, bijvoorbeeld of iemand een sociaal netwerk heeft. Ook weegt de juridische situatie mee, bijvoorbeeld of een verdachte is aangehouden (Score-indicator, 2014). Momenteel wordt er een nieuwe score-indicator ontwikkeld waar ook verzwarende factoren, zoals een verstandelijke beperking, als beschermende factoren, zoals het al aanwezig zijn van veel ondersteuning, een rol spelen. Bij deze score-indicator is het van belang dat op elk van de vier bovengenoemde gebieden minstens één situatie aanwezig moet zijn (Score-indicator EGZ-zaken, 2022).

Casemanagement bestaat sinds 2007 en is in eerste instantie opgezet voor nabestaanden van slachtoffers van levensdelicten. Vanuit organisaties voor nabestaanden werd aangegeven dat de toenmalige ondersteuning door SHN niet voldoende was. Nabestaanden hadden behoefte aan meer intensieve en langdurig ondersteuning dan onbetaalde medewerkers konden bieden. Na overleg tussen het Ministerie van Justitie, SHN en vertegenwoordigers van de doelgroep is een pilot met casemanagers gestart (Van Wijk, Van Leiden & Ferwerda, 2012). Medio 2010 is SHN ook gestart met casemanagers voor slachtoffers van complexe EGZ-zaken (voor een overzicht van delicten waar er wordt bijgestaan door casemanagement, zie bijlage B) (Van Wijk, Van Leiden & Hardeman, 2013). Sinds 2012 is er landelijke dekking van casemanagers voor nabestaanden en slachtoffers van levensdelicten *en* ernstige geweld- en zedenzaken. De directe slachtoffers en directe nabestaanden worden door een casemanager begeleid. Ook wordt het systeem rondom slachtoffers en nabestaanden in kaart gebracht en wordt bepaald van welke cliënten de naasten worden ondersteund door een onbetaald medewerker (Handboek Casemanagement, 2020). Casemanagers hebben een sociale opleiding als achtergrond (bijvoorbeeld sociaalpedagogisch hulpverlener of maatschappelijk werk), kennis van psychosociale hulpverlening en meerdere jaren ervaring met het voeren gesprekken met cliënten en het werken met (zeden)slachtoffers.[10] Naast de eerdergenoemde psychosociale

basis van de eerste gesprekken met de cliënt moet worden bijgesteld, kan de casus alsnog worden op/afgeschaald. Dit geldt overigens ook wanneer dat waar de keten (Justitie, GGZ, Jeugdzorg etc.) minder goed /niet functioneert (met name wanneer er sprake is van wachtlijsten en/of onderbezetting etc.) dit invloed heeft op welke ondersteuning er vanuit SHN geboden kan worden. Dus direct en indirect heeft dit invloed op zowel de draagkracht als de draaglast van het slachtoffer en zijn systeem/gezin. Dus ook dit, functioneren keten, is een mee te nemen punt in de variabelen.

[10] De opleiding tot casemanager bestaat uit een trainingstraject van drie maanden. Kandidaten starten met het instroomtraject van drie maanden dat deels overlapt met de training voor onbetaalde medewerkers, maar uitgebreider is, bijvoorbeeld op het gebied van schuld en schaamte en omgaan met agressie. In de 18 maanden

ondersteuning, biedt een casemanager ook praktische[11] en juridische[12] ondersteuning.

Casemanagers werken aan de hand van het Handboek Casemanagement. Het Handboek Casemanagement biedt een overzicht van de doelstelling van de ondersteuning en doelgroep van de casemanager. Daarnaast wordt de methodiek van casemanagement toegelicht en worden er concrete voorbeelden genoemd van ondersteuning die een casemanager kan bieden. Verder beschrijft het de verschillende overlegvormen waar een casemanager aan deel moet nemen binnen SHN. Zo zijn er werkbegeleiding, intervisie, casuïstiek werkbespreking/Multidisciplinair Overleg (MDO) en reflectiebijeenkomsten, die bijdragen aan de kwaliteitsborging van de ondersteuning. Ook geeft het een overzicht van de verschillende ketenpartners waarmee een casemanager moet kunnen samenwerken. Het handboek biedt ook een overzicht van de ondersteuning die de casemanager moet bieden in de verschillende fasen na een levensdelict: i) *de eerste opvang*, waarbij bijvoorbeeld de afstemming met de familierechercheur plaatsvindt, opvang van de familie en inventarisatie hulp tweede en derde ring, afbakening taken, en overleg over de begrafenis; ii) *het politieonderzoek en media*, waarbij wordt voorbereid op het afnemen van de verklaring, emotionele ondersteuning tijdens of na identificatie, eventueel in overleg met de familierechercheur een bezoek aan de plaats delict en het informeren over de media aan bod komen; iii) *praktische zorg en eerste nazorg*, waarbij allerlei praktische zaken worden geregeld rondom (de kosten van) de begrafenis, erfenis en psychologische begeleiding, eventuele voogdij over de kinderen en de schade, en er contact wordt gelegd met instanties, notaris, scholen, werkgevers, uitkeringsinstanties, belastingdienst, huisvesting, advocaat; iv) de *therapeutische nazorg*, waarbij contact wordt opgenomen met de

daarna wordt er verwacht dat casemanagers verdiepingstrainingen volgen die gericht zijn op de cliënten die zij begeleiden, bijvoorbeeld op het gebied van rouw en traumatisch verlies, maar ook trainingen die zich meer richten op henzelf, bijvoorbeeld over compassiemoeheid en werkstress. Zodra de verdiepingstrainingen zijn afgerond, worden er eens per twee jaar reflectiebijeenkomsten gegeven, waarbij op casusniveau wordt stilgestaan bij bepaalde onderwerpen, zoals schuld en schaamte, zo staat vermeld in het door de onderzoekers ingezien overzicht van het casemanagement curriculum.

[11] De praktische ondersteuning richt zich bijvoorbeeld op het contact opnemen met derden, zoals de familierechercheur of (indien nodig) een uitvaartverzorger. Daarnaast geldt de casemanager als het centrale aanspreekpunt van zowel de cliënten als de netwerkpartners. Ook wordt er ondersteuning geboden bij het invullen van verschillende formulieren of het bijwonen van gesprekken met bijvoorbeeld verzekeraars, werkgevers of de gemeente, wordt eventuele media-aandacht rondom een zaak besproken, probeert de casemanager financiële gevolgen overzichtelijk te maken.

[12] De juridische ondersteuning van een casemanager bestaat bijvoorbeeld uit een verwijzing naar en samenwerking met de advocatuur, het informeren over slachtofferrechten en begeleiding tijdens zittingen. Ook kan de casemanager een gesprek met de Officier van Justitie aanvragen en daarbij ook ondersteuning aanbieden, kan er geholpen worden met het voorbereiden en uitvoeren van het spreekrecht, wordt er begeleid bij inzage van het dossier en kan de casemanager de uitspraak na de strafzaak toelichten. Ten slotte houden casemanagers contact met het Informatiepunt Detentieverloop, de Tbs-kliniek, reclassering, penitentiaire inrichting en regelen ze de informatieverstrekking en ondersteuning bij de invrijheidstelling (Handboek Casemanagement, 2020).

huisarts en waarbij de mogelijkheid van lotgenotencontact wordt aangedragen; v) *de strafrechtelijke procedure*, waarbij de casemanager aanwezig kan zijn bij het lezen van het proces-verbaal, het gesprek met de officier van justitie en het verhoor bij de rechter-commissaris, het voegen in het strafproces, ondersteuning bij het spreekrecht, bijwonen van (pro forma) zittingen en de uitspraak van de rechter en informatie verstrekt bij (vervroegde) invrijheidsstelling (Handboek Casemanagement, 2020).

Doorverwijzen

SHN heeft geen specifieke handleiding met betrekking tot doorverwijzen. Wel wordt in een document als bijvoorbeeld 'Monitoren' genoemd dat medewerkers in psychosociaal opzicht met name moeten doorverwijzen als de stressklachten na 4 tot 6 weken niet afnemen, wat erop kan duiden dat spontaan herstel niet waarschijnlijk en dat er risico is op psychische klachten. In een dergelijk geval is een doorverwijzing naar de huisarts aan de orde. Onbetaalde medewerkers mogen geen gericht advies voor vervolgbehandeling of een bepaalde therapeut geven, maar ondersteunen slachtoffers wel met het formuleren van de hulpvraag aan de huisarts. Onbetaalde medewerkers mogen ook rechtstreeks naar Veilig Thuis doorverwijzen in geval van huiselijk geweld of naar het Centrum voor Seksueel Geweld (CSG) in geval van acuut seksueel geweld. Daarnaast kan er voor praktische dienstverlening worden geïnformeerd over de mogelijkheden van ketenpartners, zoals Comensha (Coördinatiecentrum tegen Mensenhandel) of Help Wanted (website over online seksueel misbruik van kinderen en jongeren).

Casemanagers, daarentegen, ondersteunen ook bij het vinden van een geschikte therapeut (Handboek Casemanagement, 2020). Instanties waarmee kan worden afgestemd of waarnaar kan worden doorverwezen, zijn bijvoorbeeld Jeugdzorg, Veilig Thuis, Centrum Seksueel Geweld, psychotraumacentrum, huisarts, therapeuten Rouw na Moord, maatschappelijk werk (Handboek Casemanagement, 2020, p. 5).

Evaluaties

Het hulpaanbod van SHN is meermaals geëvalueerd.[13] De eerste evaluatiestudie die in deze deelstudie wordt besproken is uitgevoerd in 2006, door Maas-de Waal. In deze studie werd er breder gekeken naar de slachtoffervoorzieningen, waarbij ook aandacht werd besteed aan SHN.

[13] In dit onderzoek zijn de evaluaties over de algehele dienstverlening of met een specifieke focus op EGZ-slachtoffers en nabestaanden. Een onderzoek naar specifieke dienstverlening voor verkeersslachtoffers is bijvoorbeeld niet meegenomen.

Dit onderzoek liet zien dat het aantal verwijzingen van politie naar SHN en het aantal slachtoffers dat om hulp vroeg in drie jaar tijd (van 2000-2003) was gegroeid van 80.000 tot 84.000. Daarnaast rapporteert het onderzoek zien dat er een klanttevredenheidsonderzoek was uitgevoerd onder 1300 cliënten: 80% van de respondenten tevreden was met de ontvangen hulp, met een gemiddeld rapportcijfer van 7.7 (Maas-de Waal, 2006).

In 2008 is een studie uitgevoerd naar de mate en kwaliteit van verwijzingen door medewerkers van SHN (Jansen, Koffijberg en Homburg, 2008). Aanleiding voor dit onderzoek waren signalen dat de doorverwijzing door SHN niet genoeg plaatsvond of tijdig was. Er werden groepsgesprekken gevoerd en interviews afgenomen met medewerkers van SHN. Medewerkers van SHN gaven, zo bleek in het onderzoek, de grenzen aan van hun dienstverlening en deden daarmee aan verwachtingsmanagement. Om te beslissen of een slachtoffer wel of niet werd doorverwezen, werd er rekening gehouden met een aantal punten: de aard van het delict, de manier waarop een slachtoffer met de gebeurtenis omging en eerdere (traumatische) ervaringen (Jansen et al., 2008). In de gesprekken werd regelmatig bij een slachtoffer nagegaan in hoeverre klachten aanwezig waren. Wanneer klachten aanhielden of erger werden was het gewenst om slachtoffers door te verwijzen. Er bleek op basis van groepsgesprekken met teamleiders, vrijwilligers en management van SHN geen sprake van te weinig doorverwijzen. De aandachtspunten rondom de doorverwijzing van cliënten in 2008 waren de soms missende kennis van de sociale kaart, (voor)oordelen over de hulpverlening en een aarzeling vanuit cliënt of medewerker om door te verwijzen (Jansen et al., 2008).

Van Wonderen (2011) deed in opdracht van SHN een onderzoek naar de klanttevredenheid. Per regio werden 300 mensen benaderd om deel te nemen aan het onderzoek, dat bestond uit een online vragenlijst en een telefonisch onderzoek. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat de eindbeoordeling over de ontvangen dienstverlening ruim voldoende was. De dienstverlening werd gemiddeld met een 7,7 gewaardeerd.

Door Van Wijk en collega's is in 2012 een eerste evaluatiestudie naar de opzet van de ondersteuning voor nabestaanden door casemanagers uitgevoerd, over de periode 2008-2010. Uit deze studie werd duidelijk dat de behoefte aan ondersteuning door casemanagers zeker aanwezig was. Daarnaast werden enkele voortdurende aandachtspunten genoemd, zoals de samenwerking met externe partners (Van Wijk et al., 2012). Een tweede evaluatie is de studie van Van Wijk en collega's (2013) naar ondersteuning voor slachtoffers van EGZ-zaken door casemanagers van SHN. In dit onderzoek werden slachtoffers bevraagd middels een vragenlijst en werden interviews gehouden met medewerkers van SHN en netwerkpartners. Waar

onbetaalde medewerkers een meer volgende, ondersteunende rol hebben, nemen casemanagers een regierol nadat zij de wensen en behoeften van het slachtoffer hadden geïnventariseerd (Van Wijk et al., 2013). Slachtoffers waren tevredener over dienstverlening door casemanagers dan over dienstverlening door onbetaalde medewerkers (Van Wijk et al., 2013). Casemanagers bleken vaker door te verwijzen dan onbetaalde medewerkers wanneer slachtoffers psychische of lichamelijke klachten ervoeren.[14] Er werd met name doorverwezen naar huisartsen of psychologen[15]. In 2016 werd er een *follow-up* onderzoek gepubliceerd waarin 28 nabestaanden uit de eerste studie werden geïnterviewd (Van Wijk, Leiden & Ferwerda, 2016). Uit de resultaten bleek dat de nabestaanden de ondersteuning van de casemanagers hadden gewaardeerd en dat ze verwachtten tegen meer problemen aan te zijn gelopen zonder de steun van de casemanagers. De aandachtspunten voor casemanagers richtten zich vooral op het nakomen van afspraken en duidelijkheid rondom de beëindiging van de ondersteuning (Van Wijk et al., 2016).

Daarnaast zijn er in opdracht van het WODC slachtoffermonitoren uitgevoerd, waarin een grote groep slachtoffers van strafbare feiten via een enquête is gevraagd naar hun ervaringen met SHN, maar ook met bijvoorbeeld Politie en OM. Uit de eerste slachtoffermonitor van het WODC bleek dat de ervaringen van slachtoffers met SHN overwegend positief waren (Timmermans, van den Tillaart & Homburg, 2013). In deze studie hebben 508 respondenten een vragenlijst ingevuld, waarin onder andere werd gevraagd naar de ervaringen met SHN. Respondenten waren zeer positief over de bejegening en ondersteuning door SHN. Vooral belangstelling tonen en het gevoel serieus genomen te worden werden daarbij zeer belangrijk gevonden door de respondenten. Wel was maar een minderheid positief over de emotionele steun en veiligheid die door SHN werd geboden. Vooral de stellingen dat de medewerker het gevoel van angst had verkleind en advies had gegeven over het voorkomen van herhaald slachtofferschap werden door een grote groep negatief beoordeeld (Timmermans et al, 2013).

Op basis van de tweede slachtoffermonitor, uit 2017, werd geconcludeerd dat bijna driekwart van de slachtoffers positief was over de ervaringen met SHN (Andringa, et al., 2017). De ervaringen van 2.217 slachtoffers zijn in deze studie, met behulp van een vragenlijst,

[14] Beleidsmedewerkers van SHN aan wie we het rapport hebben voorgelegd ter controle van feitelijke onjuistheden gaven hier aan dat dit goed is te verklaren, aangezien casemanagers met slachtoffers van ernstige delicten met complexe problematiek werken die doorgaans verdergaande hulpverlening nodig hebben. Slachtoffers die door onbetaalde medewerkers worden ondersteund ervaren vaker natuurlijk herstel, waarbij er geen doorverwijzing nodig is.

[15] Een tweedelijns / GGZ psycholoog is ook alleen via verwijzing van de huisarts te consulteren. Een eerstelijnspsycholoog is ook zonder verwijzing te benaderen.

gemeten op drie hoofdaspecten: bejegening, ondersteuning en veiligheid. Slachtoffers waren, net als in de vorige meting, het meest positief (een score van 4,6 op een schaal van 5) over hun ervaringen in bejegening door de medewerker van SHN en hechtten hier, in vergelijking met de andere hoofdaspecten, ook de meeste waarde aan. Een deel van de slachtoffers was negatief over de emotionele steun die zij ontvingen van de medewerker van SHN. Dit had, net als bij de voorgaande meting, vooral te maken met het verminderen van angstgevoelens en adviseren over het voorkomen van herhaling van het slachtofferschap,[16] daarover gaven maar twee van de vijf slachtoffers een positief oordeel. Er werden geen verschillen gevonden in ervaringen tussen verschillende typen delicten (geweldsmisdrijven (waaronder ook seksueel geweld en levensdelicten),[17] vermogensmisdrijven, vernieling, misdrijven tegen openbare orde en veiligheid) (Andringa et al., 2017).

De *Fundamental Right Agency* heeft in 2019 een rapport uitgebracht, waarin ze professionals en slachtoffers in 7 verschillende landen hebben geïnterviewd over onder andere tevredenheid met slachtofferhulp. Uit dit onderzoek blijkt dat er een good practice is in Oostenrijk waarin slachtoffers worden bijgestaan door zowel een psychologische als een juridische slachtofferhulp medewerker. Echter, dit onderzoek gaat niet alleen over slachtofferhulp als organisatie, maar slachtofferhulp als service (ook politie, OM), dus is te algemeen (en niet generaliseerbaar) om hier verder op in te gaan.

Bestaande richtlijnen

TENTS-richtlijnen (2008)

Hulpverleners hebben een richtlijn voor psychosociale opvang na rampen en crises opgesteld. Op basis van systematische review van *evidence-based* interventies van psychosociale ondersteuning, heeft *The European Network for Traumatic Stress* (TENTS) een advies opgesteld voor psychosociale hulp aan mensen die te maken krijgen met een ramp of verlies

[16] Beleidsmedewerkers van SHN aan wie we het rapport hebben voorgelegd ter controle van feitelijke onjuistheden gaven hier aan dat het verminderen van angstgevoelens niet past bij de dienstverlening van SHN. “Juist in de fase waar SHN ondersteunt is angst een normale reactie op een abnormale gebeurtenis. Het erkennen en normaliseren hiervan is een taak voor SHN. Inzetten van interventies om deze angst te doen verminderen neigt naar hulpverlening en past bij de instanties waarnaar SHN kan verwijzen. Over het adviseren over het voorkomen van herhaald slachtofferschap: Het is de taak van SHN om uitleg te geven over herhaald slachtofferschap en kan wijzen op preventieve maatregelen om bijv. een inbraak moeilijker te laten plaatsvinden. Het is ook een taak om psycho-educatie te geven over vicitim blaming en het just-world principe (je moet de volgende keer…. dan word je geen slachtoffer (dus deze keer heb je het zelf over je afgeroepen?). Het zou valse verwachtingen creëren door te zeggen dat een volgende keer een delict zou kunnen worden voorkomen.” Het is volgens SHN juister om te spreken over ‘het verlagen van het risico op herhaald slachtofferschap’.

[17] Slachtoffers van geweldsmisdrijven, zedenmisdrijven en nabestaanden hoorden dus tot dezelfde delictgroep.

(Bisson & Tavakoly, 2008). De richtlijn schrijft onder meer voor dat psycho-educatie wordt geboden over (psychologische) reacties op psychotrauma om deze reacties te normaliseren. Veel experts deelden de mening dat educatie over de reacties op een trauma een belangrijk onderdeel is voor het herstel van getroffenen (Bisson et al., 2010). Bisson en Tavakoly (2008) stelden ook richtlijnen op met betrekking tot psychologische of psychiatrische behandelingen na een ramp of verlies. Hulpverleners moeten toegang bieden tot gespecialiseerde psychologische beoordeling en behandeling wanneer dat nodig is (Richtlijn 2.10).

Volgens dit advies is in de eerste week na de traumatische gebeurtenis empathische ondersteuning van belang, net als educatie en het normaliseren van stressreacties. In de eerste weken na een diep ingrijpende ervaring, wordt aangeraden om nog geen psychologische behandeling te geven. Deze moeten volgens de TENTS-richtlijnen pas binnen de eerste maand (maar ná de eerste week), of later worden aangeboden, wanneer mensen aanhoudend traumatische stressklachten hebben (Bisson & Tavakoly, 2008). De TENTS-richtlijnen onderschrijven ook een *stepped care* benadering (Bisson et al., 2010). Dat wil zeggen dat mensen niet zwaarder behandeld dienen te worden dan strikt noodzakelijk. Een routinematige psychologische of psychiatrische interventie bij alle getroffenen is dus niet gewenst (Bisson et al., 2010).

Multidisciplinaire Richtlijn Psychosociale hulp bij Rampen en Crises (2014)

In 2014 is een Multidisciplinaire Richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises bijgesteld door Impact, in opdracht van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Dit document biedt een referentiekader en is daarna een hulpmiddel voor het bieden van Psychosociale ondersteuning na rampen en crises. Dit kan gebruikt worden door hulpverleners, de overheid en organisaties die verantwoordelijk zijn voor hulpverleners en cliënten. Deze herziene richtlijn ligt mede ten grondslag aan het Beleid Psychosociale Ondersteuning van SHN. Volgens deze richtlijn heeft psychosociale ondersteuning onder andere als doel slachtoffers te helpen bij het krijgen van controle, veiligheid, zelfredzaamheid en sociale verbondenheid (Impact, 2014). Vormen van psychosociale ondersteuning zijn het bieden van een luisterend oor of psycho-educatie. Psycho-educatie is onder andere het geven van informatie over de stressreacties die slachtoffers mogelijk ervaren na het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis (Impact, 2014). De uitleg over stressreacties vindt idealiter plaats op een geruststellende manier en betreft niet alleen informatie over de reacties zelf, maar ook tips over hoe hiermee om te gaan. Psychologische debriefing wordt sterk ontraden om het risico op herbeleving te verminderen

(Impact, 2014). Elk delict vindt in een andere context plaats en bij elk slachtoffer zijn andere risicofactoren aanwezig. Ook hebben slachtoffers verschillende behoeften en lopen zij tegen uiteenlopende problemen aan (Impact, 2014). Wanneer een slachtoffer langer dan een maand na de ingrijpende gebeurtenis klachten blijft houden, wordt geadviseerd om contact op te nemen met de huisarts of bedrijfsarts, die adviseert of een vorm van behandeling wenselijk is (Impact, 2014).

Nuldelijns Psychosociale Ondersteuning na Ingrijpende Gebeurtenissen (NtVP, 2018)

In Nederland is daarnaast gewerkt aan een Accreditatie en certificeringsnota (NtVP, 2018) Nuldelijns Psychosociale Ondersteuning na Ingrijpende Gebeurtenissen. Dit betreft richtlijnen van een onafhankelijke organisatie voor de training van nuldelijnsondersteuners, om de kwaliteit van de opleiding en de ondersteuning te garanderen. Deze richtlijnen sluiten inhoudelijk aan bij de hiervoor genoemde multidisciplinaire richtlijn. Volgens deze richtlijn hebben nuldelijnsondersteuners de taak om informatie te verschaffen aan slachtoffers, psychosociale ondersteuning te bieden en te ondersteunen bij praktische problemen (Sijbrandij & Stam, 2018). Nuldelijnsondersteuners zijn vaak vrijwilligers of niet-professionele hulpverleners, zoals ook onbetaalde medewerkers van SHN, en hebben gewoonlijk geen specifieke vooropleiding of ervaring, maar voldoen wel aan een aantal competenties en basisvaardigheden.

Een onderdeel van psychosociale ondersteuning is '*watchful waiting'*. Zonder intensief contact te behouden, moet de onbetaalde medewerker serieuze psychische klachten kunnen signaleren bij slachtoffers en hen vervolgens doorverwijzen naar professionele hulpverlening (Sijbrandij & Stam, 2018).

Nuldelijns ondersteuners moeten in kunnen schatten of het slachtoffer zelfredzaam is (Sijbrandij & Stam, 2018). Een nuldelijnsondersteuner kan bijdragen aan de zelfredzaamheid door slachtoffers psycho-educatie te geven over het herpakken van de regie in hun dagelijks leven.

Akwa GGZ Zorgstandaard (2020)

De meest recente richtlijn is de Akwa (Alliantie kwaliteit) GGZ Zorgstandaard, opgesteld in 2020 door Zorginstituut Nederland. Deze zorgstandaard reflecteert actuele, wetenschappelijke inzichten en geeft de norm aan waar de GGZ-zorg aan moet voldoen. Volgens de Akwa GGZ Zorgstandaard is het van belang om naast zelfredzaamheid ook aandacht te besteden aan de

veerkracht van een getroffen persoon. Veerkracht is het vermogen om te herstellen na een ingrijpende gebeurtenis of na een hoge mate van stress (Zorginstituut Nederland, 2020). Veerkracht, een positief perspectief en het benadrukken van de sterke kanten van een getroffen persoon worden dan ook door de Akwa GGZ Zorgstandaard genoemd als aandachtspunten. Een voorbeeld van psycho-educatie in dit verband is uitleg geven over verschillende behandelingen voor de psychologische problematiek die een slachtoffer ervaart (Zorginstituut Nederland, 2020). Met deze informatie kan het slachtoffer zelf een weloverwogen keuze maken welke behandeling bij hem of haar past. Het zelf kunnen maken van keuzes helpt het slachtoffer om grip te krijgen op de situatie (Zorginstituut Nederland, 2020).

Volgens de Akwa-richtlijnen is risicoscreening, waarbij de psychische klachten van een cliënt worden gemeten, van belang bij mensen die te maken hebben gehad met een schokkende gebeurtenis (Zorginstituut Nederland, 2020). In de acute fase, vlak na de gebeurtenis, hebben getrainde vrijwilligers de taak om mensen te signaleren die mogelijk lijden aan een psychische stoornis. Overeenkomstig de TENTS-richtlijnen, moet pas na een maand na de gebeurtenis contact worden opgenomen met een behandelaar voor een psychologische interventie. Wanneer de eerste psychologische behandeling niet aanslaat, moet door de behandelaar worden geanalyseerd waarom de behandeling niet werkte. Vervolgens moet een andere behandeling worden gekozen (Zorginstituut Nederland, 2020).

Conclusie

De beleidsstukken van SHN laten zien dat de kenmerken van psychosociale dienstverlening die SHN inzet aansluiten bij het Nederlandse beleid, bij de Europese wetgeving en bij (inter)nationale richtlijnen en adviezen. SHN is een (van de) organisatie(s), die kosteloos hulp biedt, toegespitste informatie biedt (maatwerk), doorverwijst, en emotionele en psychische ondersteuning biedt. SHN maakt daarbij gebruik van psychologische richtlijnen, dat wil zeggen, psycho-educatie en *stepped care* (zorg pas opschalen of intensiveren wanneer daar reden toe is), *watchful waiting* (actieve vinger aan de pols houden met betrekking tot psychische klachten), is er aandacht voor zelfredzaamheid en veerkracht, en normaliseren en doseren. Daarnaast is er bij complexe gevolgen bij een EGZ-slachtoffer of nabestaande van een slachtoffer van een levensdelict de mogelijkheid om een casemanager toegewezen te krijgen, die de regie van het slachtoffer, indien gewenst, (deels) tijdelijk overneemt, en de aandacht heeft voor veerkracht en eigen regie. De impliciete beleidstheorie is dat de meeste slachtoffers zullen herstellen en dat zij geholpen kunnen worden met psychosociale ondersteuning (psycho-

educatie, monitoring, watchful waiting) van SHN. De kleine groep die langdurige en/of complexe klachten ontwikkelen, wordt door SHN gedetecteerd en doorverwezen naar specialistische hulpverlening.

De verschillende evaluatiestudies naar de dienstverlening van SHN die sinds 2008 zijn uitgevoerd laten een overwegende tevredenheid zien met de ervaringen met SHN, waarbij vooral de bejegening positief wordt beoordeeld. Met betrekking tot het doorverwijzen naar andere instanties, werden aandachtspunten genoemd, zoals de kennis van de sociale kaart en de aarzelingen en (voor)oordelen over (het doorverwijzen naar) aanvullende hulpverlening. Casemanagement is goed geëvalueerd. De evaluaties zijn echter niet allemaal even recent uitgevoerd. SHN is steeds groeiende en in ontwikkeling. Uit het huidige onderzoek zal blijken of de aandachtspunten en aanbevelingen nog relevant zijn.

Hoofdstuk 3. Interviews professionals

Inleiding

Het doel van de interviews met professionals was om overzicht te krijgen in de beschikbare psychosociale hulp voor slachtoffers van EGZ, zowel binnen SHN als daarbuiten. Ook de evaluatie van die dienstverlening was daarvan van belang. Daarnaast hebben we onderzocht of slachtoffers behoeften hadden waar niet aan voldaan kon worden door SHN of waar niet voor doorverwezen kon worden.

Methode

Respondenten

De beoogde respondenten waren casemanagers van SHN, beleidsmedewerkers van SHN en psychologen (die niet werkzaam zijn bij SHN maar zijn bevraagd over behandeling en doorverwijzing van EGZ-slachtoffers). Aangezien er eerst vanuit werd gegaan dat EGZ-zaken standaard door casemanagers werden behandeld, was het oorspronkelijke plan alleen casemanagers te interviewen. Toen uit de eerste inventarisatie van de database van SHN bleek dat het grootste deel van de EGZ-zaken door onbetaalde medewerkers werd behandeld, zijn interviews met onbetaalde medewerkers toegevoegd. Medewerkers van SHN zijn benaderd middels een *purposive sampling*[18] methode via een oproep, die door de psychosociaal adviseur en het hoofd casemanagement is verspreid onder de onbetaalde medewerkers en de casemanagers. Bij de casemanagers en de onbetaalde medewerkers is er rekening gehouden met de locatie van SHN waar zij werken, om spreiding over het land te realiseren, dit gezien eventuele verschillen tussen verschillende regio's. Daarnaast is er bij de onbetaalde medewerkers geselecteerd op meerdere jaren werkervaring met EGZ-zaken. De casemanagers van SHN zijn benaderd via het hoofd casemanagement van SHN. Geïnteresseerden konden zich opgeven, waarna hun mailadressen werden gedeeld met de onderzoekers om een afspraak in te plannen. Zes casemanagers en zeven onbetaalde medewerkers hebben zich gemeld. De onderzoekers waren al in contact met één van de vijf beleidsmedewerkers van SHN. De psychologen zijn door de onderzoekers zelf benaderd via hun netwerk. Het onderzoeksteam heeft drie psychologen in hun netwerk benaderd vanwege hun specifieke expertise op het gebied van i) seksueel geweld, ii) rouw en iii) PTSS, en in dat kader te maken hebben met EGZ-

[18] Purposive sampling houdt in dat respondenten zijn geselecteerd op specifieke eigenschappen, namelijk hun werkzaamheden en werkervaring binnen SHN en de locatie waar zij werkzaam zijn.

slachtoffers, met de vraag om input op het gebied van doorverwijzing en *evidence-based* praktijken, zonder specifiek te selecteren op of zij ervaring hebben met dienstverlening van SHN. Er is tijdens het interview wel gevraagd of ze ervaringen hebben met doorverwijzing via SHN, zowel op het gebied van het ontvangen van cliënten die door SHN naar hen zijn doorverwezen, als op het gebied van samenwerking met of adviseren van SHN. Zij werden via een directe e-mail uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek, waarna via e-mail een afspraak werd gepland.

Interviewschema

Interviews waren semigestructureerd en werden gehouden aan de hand van een interviewschema *(topic list).* Er werd eerst geïnventariseerd hoeveel zaken en welk type zaken de respondent behandelde. In elk interview kwamen drie onderwerpen aan bod, namelijk 1) het aanbod van psychosociale of psychologische ondersteuning voor ernstig geweld- en zedenslachtoffers en nabestaanden, 2) in welke mate er sprake is van evaluatie van deze ondersteuning, en 3) of er wordt doorverwezen naar andere hulp. Bij het onderdeel aanbod (1) werd gevraagd naar verschillen in aanbod tussen slachtoffers en nabestaanden en tussen typen delict, tussen regio's, en tussen casemanagers en onbetaalde medewerkers. Ook werd gevraagd naar verbeterpunten, en of er behoeften van slachtoffers en nabestaanden zijn waar niet aan voldaan wordt, inclusief wensenlijstje voor het optimaliseren van de dienstverlening. Bij het onderdeel evaluatie (2) werd gevraagd naar de (beoogde) effecten van de dienstverlening en of de dienstverlening wordt geëvalueerd. Bij het derde onderdeel, doorverwijzen, werd gevraagd welk percentage cliënten wordt doorverwezen, wanneer, naar wie, en hoe, in welke mate slachtoffers en nabestaanden iets terugkoppelen over de doorverwijzing en wat de verbeterpunten zijn.

De gebruikte *topic lists* werden toegespitst op de specifieke doelgroep (beleidsmedewerkers, casemanagers, onbetaalde medewerkers en psychologen). Bijvoorbeeld werd in de interviews met psychologen gevraagd naar eigen psychologische dienstverlening (dus niet de dienstverlening van SHN, verwachtende dat deze respondenten daar niet (genoeg) zicht op hebben) en in welke mate de psychologische dienstverlening *evidence-based* is. Bij doorverwijzing werd specifiek gevraagd hoe cliënten bij hen terecht komen en in welke mate SHN een rol speelt in de doorverwijzing. Ook is gevraagd naar verbeterpunten op het gebied van doorverwijzen naar een psycholoog in het algemeen.

Procedure

Respondenten zijn geïnterviewd tussen januari en maart 2021. Alle interviews zijn vanwege de beperkingen vanwege de corona-pandemie online afgenomen, via een *licensed version* van Zoom. Alle respondenten ontvingen een mail van de onderzoeker met een link naar de online afspraak, extra informatie, en een toestemmingsformulier voor deelname aan en opname van het interview met het verzoek dit ingevuld terug te zenden. De interviews werden afgenomen door twee onderzoekers [MK en NE], met uitzondering van één interview met een onbetaalde medewerker waarbij maar één onderzoeker [MK] aanwezig was. Bij aanvang werd er informatie verstrekt over het doel van het onderzoek en het interview en de achtergrond van beide onderzoekers werd geschetst. Vervolgens werd mondeling gevraagd aan de deelnemer of het akkoord was dat het interview zou worden opgenomen. Het interview werd opgenomen via een beveiligde voice-recorder van het NSCR en ad verbatim uitgetypt. De interviews duurden ongeveer een uur.

Data-analyse

Eerst zijn de interviews met casemanagers open gecodeerd om een codeboek te genereren. Vervolgens zijn de interviews via het codeboek (bijlage C) gecodeerd. Er is een driedeling gemaakt 1) aanbod psychosociale dienstverlening, 2) de evaluatie van ondersteuning en 3) de doorverwijzing naar derden. De transcripten van de interviews zijn gecodeerd met behulp van het data-analyse programma Atlas.ti 8.

Resultaten

Respondenten

Er zijn in totaal veertien respondenten geïnterviewd: zes casemanagers, drie onbetaalde medewerkers, een psychosociaal adviseur van SHN, een beleidsmedewerker van SHN, en drie psychologen (5 mannen, 9 vrouwen), die allen uit verschillende regio's van het land afkomstig waren.

De casemanagers geven aan dat ze gemiddeld 30 zaken in behandeling hebben (in 0,8 fte). Hun werkervaring bij SHN lag tussen de drie en veertien jaar. Bij de casemanagers is specifiek geselecteerd op spreiding en hebben de onderzoekers de indruk dat een volledig beeld is gekregen.

Zoals eerder vermeld was in de oorspronkelijke onderzoeksopzet, tijdsplanning en begroting geen rekening gehouden met het interviewen van onbetaalde medewerkers. Omdat

tijdens het onderzoek bleek dat EGZ-slachtoffers grotendeels worden bijgestaan door onbetaalde medewerkers, hebben we drie onbetaalde medewerkers geïnterviewd. Het aantal zaken dat de drie onbetaalde medewerkers behandelen was ongeveer 15 actieve zaken (0.2/0.4 fte). De werkervaring van de onbetaalde medewerkers varieerde tussen de twee en vijftien jaar. De drie interviews met onbetaalde medewerkers leverden een vrij consistent beeld op, waarna is besloten niet aanvullend te interviewen.

De geïnterviewde psychosociaal adviseur en beleidsmedewerker van SHN hebben meerdere jaren werkervaring binnen SHN. Beide zijn werkzaam voor het hele land vanuit het Landelijk Kantoor in Utrecht. De beleidsmedewerker focust vooral op ontwikkeling van toepasbaar beleid op basis van theorie, ontwikkelingen en *good practices*. In het werk van de psychosociaal adviseur staat de overbrugging tussen beleid en praktijk centraal, onder meer middels consultatie en signalering. Ze werken samen als team en gaven aan graag als duo geïnterviewd te worden. In totaal zijn er vijf beleidsmedewerkers. Het beeld is dat hiermee een goed overzicht is gekregen.

De drie klinisch psychologen zijn gevraagd om medewerking op basis van hun expertise relevant voor de EGZ-doelgroep van het huidige onderzoek: één op het gebied van seksueel trauma, één op het gebied van rouw en één op het gebied van PTSS na ingrijpende gebeurtenissen. Alle drie doen, naast behandeling, ook wetenschappelijk onderzoek. Twee van de drie hebben in hun werk ervaring met de dienstverlening van SHN, aangezien er met SHN is samengewerkt. Wat betreft de gesprekken met psychologen heeft er een inventarisatie plaatsgevonden, geen saturatie. De focus van het onderzoek blijft de psychosociale dienstverlening van SHN.

1) Aanbod psychosociale dienstverlening

De beleidsmedewerkers, casemanagers en onbetaalde medewerkers geven aan dat het aanbod van de dienstverlening maatwerk is, waarbij de cliënt centraal staat. Zij geven aan dat de vorm waarin de ondersteuning geboden kan worden varieert van individueel face-to-face contact tot online lotgenotencontact in groepsverband, hetgeen zowel offline als online plaats kan vinden, waarbij de behoefte van de cliënt leidend is - juist ook omdat het doel van de dienstverlening is om mensen weer zelf de regie te laten nemen. De beleidsmedewerkers geven aan dat het beleid bestaande richtlijnen volgt en dat onderzoek (onder meer door Marieke Saan, nog niet gepubliceerd) van SHN heeft aangetoond dat de elementen die door slachtoffers als ondersteunend worden ervaren, ook terugkomen in de psychosociale dienstverlening van

SHN.[19]

De casemanagers geven aan dat ze op psychosociaal, praktisch en juridisch gebied ondersteuning bieden. Ook geven alle casemanagers aan dat ze verantwoordelijk zijn voor het bewaren van overzicht gedurende het hele traject: *"Dan ben jij degene die steeds de rode draad in de gaten houdt en mensen wel wijst op welke stap nu belangrijk is."* Vier casemanagers geven uit zichzelf aan dat ze, met toestemming van cliënt, contact leggen met externe partijen, bijvoorbeeld met een huisarts. Vier casemanagers geven aan dat verwachtingsmanagement een grote rol speelt in de ondersteuning en dat kan zich zowel op de verwachtingen van het strafproces als van de dienstverlening van SHN richten. Het bieden van psycho-educatie, *watchful waiting* en monitoren van klachten en informeren worden door twee casemanagers genoemd. Ook geven vier casemanagers aan dat ze, indien door cliënt gewenst, ook meegaan met de cliënt naar gesprekken in het kader van het strafproces, bijvoorbeeld met de politie of het OM, naar rechtbankzittingen en medische afspraken, bijvoorbeeld bij het ziekenhuis, de huisarts of de psycholoog. Drie casemanagers geven aan dat ze ook heel praktische zaken aanpakken, zoals het schrijven van brieven naar derden of het helpen bij het indienen van een aanvraag bij het Schadefonds Geweldsmisdrijven.

Twee onbetaalde medewerkers noemen psycho-educatie als een belangrijk onderdeel van de ondersteuning. Voorbeelden die verder worden genoemd zijn verwachtingsmanagement, een luisterend oor bieden, het helpen bij een aanvraag bij het Schadefonds Geweldsmisdrijven en informeren over de kosteloze slachtofferadvocaat. Eén van de onbetaalde medewerkers benoemt dat zij voor ondersteuning op juridisch gebied doorverwijzen naar de Juridische Dienst van SHN (in overeenstemming met het beleid van SHN). Wel geeft één van de drie aan mee naar rechtbankzittingen te gaan.

<u>Voorwaarden</u>

Voorwaarde om in aanmerking te komen voor ondersteuning door SHN is dat iemand slachtoffer is; daders worden door SHN niet geholpen. Directe nabestaanden van slachtoffers van levensdelicten komen altijd bij het casemanagement terecht. Bij EGZ-zaken maakt het casemanagement aanmeldpunt (CMA), een eerste inschatting gemaakt van de complexiteit van

[19] We hebben contact opgenomen met de onderzoeker maar geen inzage gekregen in het niet gepubliceerde onderzoek. Via de begeleidingscommissie is teruggekoppeld dat Saan kijkt hoe verschillende categorieën slachtoffers informele en semi-formele *social support* als *supportive* of *unsupportive* ervaren. De componenten die slachtoffers als *supportive* ervaren zitten (deels) ook in de dienstverlening van SHN, zoals praktische ondersteuning en peer support.

een zaak, dat wil zeggen of de zaak ‘casemanagement waardig’ zou zijn. Een meermaals genoemd voorbeeld dat bijdraagt aan de complexiteit van een zaak is veel media-/maatschappelijk aandacht. Ook blijvend of langdurig fysiek letsel, een taalbarrière, een groot aantal slachtoffers, een klein of geen sociaal vangnet en multi-problematiek worden genoemd als indicatoren voor casemanagement.

Doel dienstverlening

Casemanagers benoemen als doel zowel aspecten van de dienstverlening, als persoonlijke doelen voor de cliënt. Eén casemanager benadrukt dat het doel is om één vast persoon en aanspreekpunt gedurende het hele traject te bieden voor slachtoffers. Drie andere casemanagers onderstrepen dat ze mensen weer de regie willen laten hernemen op hun leven. Ook benoemt één casemanager dat een vroegtijdige signalering van psychische klachten een belangrijk doel is.

Eén van de onbetaalde medewerkers noemt hetzelfde doel dat ook door verschillende casemanagers wordt genoemd, namelijk mensen terug in hun eigen kracht zetten, de regie teruggeven. Ook noemen twee onbetaalde medewerkers dat ze het perspectief van het slachtoffer proberen te veranderen, bijvoorbeeld door ook positieve dingen aan te stippen.

Aanbod verschillende groepen slachtoffers

Beleidsmedewerkers benadrukken dat het aanbod tussen verschillende groepen slachtoffers niet verschilt, maar dat de invulling van het aanbod anders kan zijn en dat er maatwerk wordt geboden per cliënt. Ook geven ze aan dat het hulpaanbod niet strikt te protocolleren is, omdat de behoeften van slachtoffers en nabestaanden verschillen. Ook verschilt de ondersteuning tussen minder- en meerderjarigen: kinderen tot veertien jaar worden via de ouders geholpen, waarbij de dienstverlening is gericht op hoe ouders hun kind kunnen ondersteunen. Daarbij wordt het hele familiesysteem in kaart gebracht en betrokken in de ondersteuning. Vanaf veertien jaar mogen kinderen zelf komen, maar wel met toestemming van de ouders en wordt er door de medewerker ingeschat hoe zelfstandig het kind is. Kinderen vanaf 16 mogen zonder toestemming van de ouders ondersteuning ontvangen van SHN. Ook tussen slachtoffers, nabestaanden en naasten zit er een verschil in ondersteuning. Bij naasten ligt de focus op psycho-educatie en hoe om te gaan met een slachtoffer. Bij nabestaanden en slachtoffers ligt de focus ook sterk op de psychosociale ondersteuning gedurende het juridische traject.

Dit verschil wordt beaamd door de casemanagers. Twee casemanagers geven aan dat

het verschil tussen nabestaanden en slachtoffers is in hoeverre het traject voorspelbaar is. Bij een levensdelict moeten er eerst praktische zaken geregeld worden, zoals het regelen van een uitvaart, gesprekken met de notaris en het afwikkelen van de erfenis. Daarna volgt het strafproces. Bij een slachtoffer van een EGZ-misdrijf is het traject ook afhankelijk van het herstel van het slachtoffer, er moet bijvoorbeeld blijken of er blijvend letsel is.

Verschillen casemanagement en onbetaalde dienstverlening

Respondenten zien ook verschillen tussen de ondersteuning door casemanagers en onbetaalde medewerkers. Beleidsmedewerkers geven aan dat casemanagers getraind zijn om het grote geheel in de gaten te houden en zich niet toe te spitsen op alleen één specifieke hulpvraag. Zij houden ook het tijdsverloop en impact van juridische trajecten in de gaten en wat daarbij komt kijken, mede doordat zij langer betrokken zijn dan onbetaalde medewerkers. Te denken valt aan de impact van een nieuwe hoorzitting op het verwerkingsproces. Ook zien casemanagers vaak meerdere cliënten bij één zaak, terwijl onbetaalde medewerkers vaker één slachtoffer (en niet diens netwerk) ondersteunen: *"Je cliëntsysteem is uitgebreider en complexer […] dus tegenstrijdige belangen ziet het casemanagement veel vaker […] dat vergt nog veel meer schakelwerk denk ik van de casemanagers dan van de vrijwillig medewerkers."* Een van de belangrijkste verschillen volgens de casemanagers, die door vier van hen wordt genoemd is de langdurigheid van de ondersteuning. *"Als daar vier tot zes contactmomenten zijn, dan is het over het algemeen wel oké, bij ons ligt dat echt anders, dat gaat niet met vijf of zes contactmomenten,"* geeft een casemanager aan. Daarnaast wordt de bereikbaarheid van de medewerkers als belangrijk verschil genoemd. Casemanagers zijn ook buiten kantoortijden te bereiken, terwijl onbetaalde medewerkers vaak maar één of twee dagen voor SHN werken. Dit verschil wordt ook genoemd door een onbetaalde medewerker. Daarnaast wordt de kennis en ervaring van de casemanagers gezien als een groot verschil. *"De Algemene Dienst heeft wel basiskennis van het juridische traject, maar die is niet zo heel groot als ik eerlijk ben."*[20] Ook noemt één casemanager het verschil in samenwerking met derden. *"Je ziet echter wel dat vooral politie en justitie het niet altijd even prettig vinden om met niet-betaalde medewerkers precaire en heel delicate zaken te delen als het gaat om informatie."* Een aanvullende meerwaarde die

[20] SHN zegt op basis van het voorleggen van het rapport ter correctie van feitelijke onjuistheden dat de kennis op psychosociaal gebied van casemanagers ook groter is dan van de Algemene Dienst. De casemanagers hebben een relevante Hbo-opleiding binnen het sociaal werk of sociaaljuridische dienstverlening, waar de onbetaalde medewerkers niet geselecteerd zijn op deze vooropleiding en hun kennis primair ontwikkelen middels interne training.

wordt genoemd door meerdere casemanagers is de combinatie van de verschillende gebieden (zowel psychosociaal als juridisch en praktisch) waarop zij ondersteuning kunnen bieden. Dit verschil wordt ook aangegeven door één onbetaalde medewerker, die benadrukt dat de focus van onbetaalde medewerkers puur op de cliënt ligt en niet op het systeem daaromheen.

Verbeterpunten

Desgevraagd noemen geïnterviewden verbeterpunten voor de ondersteuning die SHN kan bieden. Een duidelijk verbeterpunt waar door de beleidsmedewerkers uitgebreid over wordt gesproken, is het spanningsveld tussen dienstverlening en hulpverlening. SHN biedt dienstverlening, dus mag geen hulpverlening bieden. Medewerkers kunnen daar op meerdere manieren tegenaan lopen, bijvoorbeeld omdat ze wel interventies hebben die zouden kunnen werken: *"Als je vanuit je casemanagement-ervaring ziet dat mensen worstelen met iets wat ze missen, bijvoorbeeld het afscheid, kan je daar natuurlijk prima bedenken dat een bepaald ritueel helpend kan zijn. Formeel noem je dat natuurlijk een interventie."* Ook komen cliënten vaak op een wachtlijst terecht, waarbij ze toch een beroep willen doen op de casemanager: *"We komen natuurlijk in een heel diep dal in iemands leven dus daar ontstaat al snel een werkrelatie, een vertrouwensband […] dan wordt er ook een soort emotioneel beroep op je gedaan, van: 'ja, jou ken ik al en jij kent het verhaal al, kun jij ons niet even helpen."* Ook is het volgens de beleidsmedewerkers vaak een spanningsveld wat SHN qua psychosociale ondersteuning nog kan doen zodra cliënten op de wachtlijst voor de GGZ staan, omdat SHN nog wel betrokken is bij de zaak, aangezien het juridische traject nog loopt. De geïnterviewde beleidsmedewerkers noemen dat een optie zou zijn om een overbruggingstraject tot de start van een psychologisch traject te kunnen organiseren. Er is niet specifiek aangegeven hoe dit overbruggingstraject eruit zou moeten/kunnen zien, maar het geeft de spagaat aan die wordt ervaren tussen de dienstverlening die stopt en de hulpverlening die nog niet kan worden gestart.

Ook casemanagers zien ruimte voor verbetering. Een verbeterpunt dat door vijf casemanagers wordt genoemd is de zichtbaarheid van hun competenties bij bijvoorbeeld ketenpartners. Meerdere casemanagers geven aan dat andere partijen niet goed op de hoogte zijn van wat casemanagers kunnen en dat de communicatie met andere partijen anders dan via de 'vaste wegen' niet altijd even soepel verloopt. Eén casemanager beschreef het als volgt: *"We moeten nog wel een beetje opboksen tegen het idee dat wij de zakdoekjes brigade zouden zijn […] Ik wil juist méér [nl. breed aanbod van hulp] zijn dan dat, ook voor de buitenwereld."* Een andere casemanager beschreef de communicatie met ketenpartners als een verbeterpunt: *"In de*

onderzoeken die bij de politie niet in een 'team grootschalige opsporing' verband worden opgepakt, maar bij een lokaal rechercheteam, daar liggen de verbindingen tussen politie en SHN ook minder makkelijk en minder geautomatiseerd. Dus dan missen we nog wel eens dingen […]. Dan denk je: 'had ik dat maar vanaf het begin geweten, dan had ik sneller kunnen ingrijpen'." Een ander verbeterpunt, genoemd door twee casemanagers, dat samenhangt met de zichtbaarheid, is de concurrentie die er op het gebied van slachtofferondersteuning lijkt te ontstaan. *"Sinds een jaar of twee, drie merk je dat nieuwe organisaties en instanties hebben gezien dat met het fenomeen slachtoffer, daar valt nog, heel botweg gezegd, geld te verdienen."* Deze casemanagers geven aan dat die nieuwe instanties vaak niet kunnen bieden wat SHN kan bieden: *"Die initiatieven zijn vaak bedacht vanuit één bepaalde invalshoek en andere perspectieven waar men geen expertise in heeft, die worden dan niet of te weinig belicht."* De focus ligt dan bijvoorbeeld alleen op juridische ondersteuning, terwijl SHN ondersteuning kan bieden op zowel juridisch, als psychosociaal en praktisch gebied.

Ook wordt tweemaal genoemd dat er te weinig casemanagers zijn en dat extra ondersteuning welkom zou zijn, want de werkdruk en het aantal zaken dat wordt behandeld is hoog: *"Soms houdt het wel op wat je nog aan kan nemen en we zeggen niet snel 'nee'. Maar goed, dat betekent wel dat je een beetje moet schipperen."* Ook geeft één casemanager aan de uitbreiding van een regionale aanpak graag te zien. In Rotterdam bestaat er een netwerk Seksueel Geweld waarin verschillende ketenpartners samenwerken om slachtoffers te ondersteunen. Daar zijn bijvoorbeeld politie, huisartsen, PsyQ, de GGD, het Openbaar Ministerie en het Centrum Seksueel Geweld bij betrokken. Binnen dat netwerk wordt ook jaarlijks een symposium georganiseerd, waarbij kennis wordt uitgewisseld en workshops worden gegeven, maar waar ook kennismaking met elkaar centraal staat. De casemanager geeft aan dat het fijn is om te weten wat verschillende partijen kunnen betekenen voor slachtoffers en dat ook vragen beantwoord kunnen worden, zodat mensen gerichter doorverwezen kunnen worden.

Eén van de onbetaalde medewerkers geeft aan dat de scheidslijn tussen zaken voor casemanagers en vrijwilligers duidelijker zou moeten: *"Niet dat er dingen bij mij terecht komen die bij de casemanager thuishoren en dat dat verschil ook een beetje meer herkenbaar is. Want, zoals ik al zei, dat is redelijk diffuus soms."*

2) Evaluatie

Zowel beleidsmedewerkers als casemanagers vinden het multidisciplinaire overleg een belangrijke vorm van evaluatie. Multidisciplinair overleg vindt eens in de zes weken plaats, en houdt in dat casemanagers samen met de teamleider, inhoudsdeskundigen van de afdeling Kennis, Onderzoek en Ontwikkelingsteam, te weten een psychosociaal adviseur en een jurist uitgebreid casuïstiek bespreken. Daarnaast noemen zowel de casemanagers als de onbetaalde medewerkers het werkoverleg als evaluatie, daarbij wordt ook casuïstiek met directe collega's besproken. Respondenten geven verschillende frequenties van dit werkoverleg aan, variërend tussen eenmaal per twee weken tot eenmaal per acht weken. Ook geven de beleidsmedewerkers aan dat er van medewerkers wordt verwacht dat zij aan het einde van de dienstverlening zelf evalueren. Casemanagers gaven inderdaad aan bij het laatste gesprek na afronding van de zaak nog te vragen aan de cliënt hoe de dienstverlening is ervaren. Tenslotte geven beleidsmedewerkers ook nog aan dat ze regelmatig worden benaderd door bijvoorbeeld universiteiten voor extern onderzoek: *"De bereidheid [tot deelname aan onderzoek] is er absoluut, maar gezien de capaciteit moeten we heel erg kritisch kijken naar, ja, waar kunnen we onze tijd aan spenderen."*

3) Doorverwijzen

Als casemanagers inschatten dat de ondersteuning die SHN kan bieden onvoldoende is voor een cliënt, wordt een cliënt doorverwezen naar andere hulpinstanties. Dit kan zich bijvoorbeeld voordoen wanneer er aanhoudende psychische klachten zijn. Wat betreft psychologische ondersteuning, geven de casemanagers aan dat ze een periode van een aantal weken aanhouden om in de gaten te houden of de klachten verminderen, de *watchful waiting* periode. Als de klachten op hetzelfde niveau aanwezig blijven, is ondersteuning op psychisch gebied van de casemanager niet voldoende. Daarnaast geven twee casemanagers aan dat ze slachtoffers aanraden om zo snel mogelijk contact op te nemen met de huisarts, zodat die weet wat er speelt, ook met het oog op latere psychologische ondersteuning. Ook de onbetaalde medewerkers geven altijd advies richting de huisarts. Wel geeft één onbetaalde medewerker aan dat er andere opties zijn die ze bespreekt met cliënten, zoals een seksuoloog of haptonomie bij zedenzaken. Twee casemanagers geven aan dat ze bij elke cliënt zo snel mogelijk aanraden contact op te nemen met een advocaat.

Onvervulde behoeften

Casemanagers zien dat slachtoffers soms behoeften hebben waar zij niet altijd aan kunnen voldoen. Eén casemanager geeft aan dat slachtoffers of nabestaanden soms graag een nieuw huis zouden willen, omdat hun woning een plaats delict is geweest of omdat er veel nare herinneringen rondom die locatie hangen. Een andere casemanager meldt dat er soms cliënten zijn die verwachten 24 uur per dag en zeven dagen per week ondersteuning te kunnen ontvangen van de casemanager. Ook geven verschillende casemanagers verschillende minder haalbare behoeften van slachtoffers aan, zoals hogere gevangenisstraffen en minder media-aandacht rondom een zaak. Eén casemanager benadrukt nogmaals de frustratie rondom de wachtlijsten bij de GGZ: *"Ik zie het ook vaak, de nood, hoe hoog die is. En als iemand dan eindelijk terecht kan voor een intake dan duurt het nog weer heel lang tot de behandeling begint."* Waarna cliënten ook weer een beroep doen op de casemanager: *"Die zeggen dan: 'ik heb liever met jou een gesprek.' Maar, ja, ik ben niet degene die de expertise heeft."* Ook twee onbetaalde medewerkers geven aan dat slachtoffers soms om hulp vragen die zij op dat moment niet kunnen bieden, bijvoorbeeld omdat er andere hulporganisaties, zoals Veilig Thuis of maatschappelijk werk, betrokken zijn bij de cliënt. Op dat moment vraagt de cliënt wel om hulp bij SHN, maar geven de onbetaalde medewerkers aan dat zij willen voorkomen dat ze in hetzelfde vaarwater gaan zitten als andere instanties.

Psychologen

Twee (van de drie) psychologen geven aan dat in de eerste periode na een ingrijpende gebeurtenis het belangrijk is om beschikbaar te zijn voor vragen, een luisterend oor te bieden, psycho-educatie te geven en de emoties die worden ervaren te normaliseren. Daarnaast wordt door dezelfde psychologen benadrukt dat er niet te veel gestuurd moet worden op het uiten van emoties,[21] iets waarvan eerder werd gedacht dat dat altijd helpend was, dat blijkt nu niet waar te zijn: *"De casemanager of vrijwilliger op een trauma moet niet enorm die emotionele expressie te gaan zitten aanmoedigen, want dat werkt niet goed. Je moet wel volgend zijn,"* geeft één van hen aan. Daarnaast geven zij aan dat het belangrijk is om de psychische klachten te monitoren.

Mochten slachtoffers en nabestaanden een psychologische behandeling nodig hebben, geven de psychologen aan dat er binnen de GGZ de zorgstandaard voor PTSS wordt gevolgd,

[21] Toevoeging SHN: SHN doet daarom ook niet aan debriefing, overeenkomstig met de Richtlijn Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (PSHOR) die aan SHN beleid ten grondslag ligt.

waarin *evidence-based* behandelingen vermeld worden. Dat is bijvoorbeeld EMDR[22], maar het aanbod is breder. Door alle drie de psychologen wordt ook narratieve of imaginaire exposure genoemd, twee van de psychologen noemen ook cognitieve gedragstherapie in verschillende vormen als goede interventies bij trauma.

Ook de psychologen zien nog ruimte voor ontwikkeling bij SHN. Zij zouden vooral een meer gestructureerde manier van monitoren van de psychische klachten willen zien. Twee van hen stellen een kort screeningsinstrument -maar geen diagnostisch instrument- voor, waarmee de psychische klachten gemeten kunnen worden en waarbij een bepaalde uitkomst leidt tot een bepaalde stap, bijvoorbeeld doorverwijzing naar de GGZ.[23] Een screeningsinstrument zou kunnen voorkomen dat cliënten te laat worden doorverwezen. Zo'n screeningsinstrument wordt ook gebruikt in een andere organisatie die ondersteuning op verschillende gebieden biedt aan (een specifieke doelgroep) slachtoffers.[24] Eén psycholoog benadrukt het belang hiervan met name, aangezien de situatie van sommige slachtoffers zo complex is dat er direct gespecialiseerde hulp nodig is, ondersteuning door SHN is voor hen niet voldoende. Een andere psycholoog geeft echter aan dat er voorzichtig met zulke instrumenten omgegaan moet worden, aangezien zulke instrumenten in de eerste fase van de ondersteuning nog geen goede voorspellende waarde hebben. Ook geeft diegene aan dat zo'n screening altijd alsnog gecombineerd zou moeten worden met een individueel gesprek met een psycholoog.

Alle drie de psychologen onderkennen het probleem dat door medewerkers van SHN ook vaak wordt genoemd, namelijk de wachtlijsten binnen de GGZ. Eén van hen geeft als verbeterpunt een nieuwe inrichting van het zorgsysteem, waar ook SHN een rol in kan spelen. Dit idee bestaat uit drie verschillende treden, waar de eerste trede zich richt op geïndiceerde preventie, wat inhoudt dat er een goede opvang moet zijn voor mensen na een misdrijf, de rol die SHN in zou moeten nemen en nu ook al toebedeeld krijgt. Als mensen daar onvoldoende steun van ervaren, zouden ze doorverwezen kunnen worden naar intensievere, maar

[22] EMDR staat voor *Eye Movement Desensitization and Reprocessing.*

[23] SHN zegt op basis van het voorleggen van het rapport ter correctie van feitelijke onjuistheden dat SHN niet verwijst naar de GGZ. Alleen BIG-geregistreerden zijn bevoegd te verwijzen naar medische zorg (waaronder psychologische behandeling). SHN verwijst de cliënt naar de huisarts wanneer er sprake is van aanhoudende stressklachten die het functioneren van de cliënt belemmeren. De huisarts schat met de cliënt in of er sprake dient te zijn van een verwijzing naar GGZ en de huisarts maakt de inschatting welke verwijzing passend zou zijn op basis van klachten/problematiek/hulpvraag. Daarnaast geldt dat dat het vervolgens aan de cliënt is om dit wel of niet contact op te nemen met de huisarts.

[24] Een dergelijk screeningsinstrument, MIRROR, is al wel beschikbaar op de site van SHN. MIRROR is een valide en betrouwbare korte zelftest waarbij vragen worden gesteld over de gebeurtenis, stressklachten en veerkracht. Op basis van de antwoorden wordt een persoonlijk advies en informatie geboden aan de cliënt (Van Herpen et al., 2020).

laagdrempelige, online psychologische ondersteuning, de tweede trede. Een voorbeeld van zulke ondersteuning is schrijftherapie. De mensen die daar onvoldoende gebaat bij zijn, zouden door kunnen stromen naar de derde trede, psychologische behandelingen bij de GGZ, bijvoorbeeld EMDR of CGT. Ook, als de klachten zeer ernstig zijn, zou de tweede trede overgeslagen kunnen worden, waardoor mensen direct bij de GGZ terecht komen. Deze psycholoog geeft twee duidelijke voordelen van dit systeem, namelijk verlichting op de wachtlijsten bij de GGZ, omdat cliënten eerder terecht kunnen bij online begeleiding en voorkomen dat mensen die niet per se een behandeling bij de GGZ nodig hebben, daar wel terecht komen.

Conclusie

SHN ondersteunt bij praktische, juridische en psychosociale hulpvragen. Het aanbod van SHN sluit aan bij wat meerdere psychologen aangeven als behulpzaam in de vroege fase na een misdrijf. Bijvoorbeeld psycho-educatie en normaliseren van stressreacties worden door psychologen genoemd als nodig en door respondenten van SHN genoemd als staand aanbod binnen de dienstverlening. Het hulpaanbod is in principe voor iedere cliënt gelijk, maar de daadwerkelijk geboden hulp is maatwerk: per cliënt wordt gekeken wat de meest geschikte invulling van de dienstverlening voor diegene is. De casemanagers pakken ondersteuning op alle drie de gebieden (psychosociaal, juridisch, praktisch) zelf op, waarbij de onbetaalde medewerkers voor juridische kwesties doorverwijzen naar de Juridische Dienst van SHN. Het aanbod bij casemanagers is uitgebreider, met een grotere bereikbaarheid, meer diepgang, langer en intensiever contact. Ook neemt een casemanager de regie, indien gewenst, (deels) tijdelijk van de cliënt over, waardoor cliënten ontzorgd worden. Bij onbetaalde medewerkers ligt de focus meer op het luisterend oor bieden en volgend zijn aan de cliënt. Het doel van de hulp in eerste instantie is dat mensen zelf de regie hernemen op hun leven, te zorgen dat mensen er sterker uitkomen dan dat ze binnenkomen, en dat mensen weer alleen verder kunnen, zonder dat daadwerkelijk de pijn kan worden weggenomen.

Er zijn verschillen in aanpak benoemd in alle groepen respondenten van SHN. Zo wordt bijvoorbeeld ondersteuning bij het regelen van een (gemeentelijke) uitvaart genoemd bij nabestaanden. Ook het aanbod voor minderjarigen is anders, aangezien het dan een systeemgerichte aanpak betreft, in plaats van een individuele aanpak bij meerderjarigen. Daarnaast zitten er ook verschillen tussen de dienstverleners, aangezien sommige casemanagers

en onbetaalde medewerkers aan expertise te hebben op een bepaald gebied, zoals zeden.

In beginsel is de enige voorwaarde voor het ontvangen van ondersteuning door SHN dat een slachtoffer geen dader mag zijn[25]. Casemanagement wordt met name ingezet wanneer de situatie van de cliënt complex is. Daarbij moet gedacht worden aan bijvoorbeeld multi-problematiek of een taalbarrière. Zaken worden op individueel niveau bekeken en beoordeeld.

Het hulpaanbod wordt intern geëvalueerd in die zin dat casuïstiek op vaste momenten wordt besproken met collega's, zoals in multidisciplinair- of werkoverleg. Casemanagers evalueren hun eigen dienstverlening ook door aan het einde van een zaak met de cliënt te bespreken. De manieren van evaluatie die worden genoemd (multidisciplinair -, werkoverleg) hebben meer weg van procesbewaking. Hoewel wordt aangegeven dat casemanagers hun dienstverlening in een afsluitend gesprek wel evalueren met de cliënten, wordt daarbij niets systematisch bijgehouden of teruggekoppeld naar bijvoorbeeld de teamleiders of de beleidsmedewerkers. Er vindt dus geen objectieve evaluatie van de klanttevredenheid over de dienstverlening plaats. SHN gaf na lezing van het rapport aan dat er momenteel wordt gewerkt aan een slachtofferpanel, waarbij cliënten hun (on)tevredenheid kunnen uiten. Dit is echter niet op casus- of medewerkerniveau. Ook staat voor 2022 het maken van richtlijnen voor het voeren en registreren van het evaluatiegesprek met cliënten op de planning.

Verbeterpunten die door met name de casemanagers van SHN worden benoemd, zijn de zichtbaarheid van en kennis over de ondersteuning die casemanagers kunnen bieden bij ketenpartners. Ook wordt aangegeven dat de werkdruk hoog is en dat meer collega's die druk zouden kunnen verminderen. Het beleid van SHN geeft na lezing van het conceptrapport aan dat er meer casemanagers in dienst worden genomen. Daarnaast wordt door één casemanager een *good practice* uit Rotterdam genoemd, waarbij meerdere ketenpartners nauw samenwerken bij de ondersteuning van zedenslachtoffers, een landelijke uitbreiding daarvan zou deze casemanager toejuichen. Deze wens wordt overigens ook gedeeld binnen de Tweede Kamer (Dekker, 2021).

Hulp waar slachtoffers om vragen die niet geleverd kan worden door SHN is bijvoorbeeld psychosociale ondersteuning bij een psycholoog of juridische ondersteuning bij een slachtofferadvocaat, maar ook hulp van bijvoorbeeld de gemeente, bij problemen met huisvesting, worden genoemd. De psychologen zien op het gebied van monitoren van psychische klachten en doorverwijzing nog wel ruimte voor verbetering. Een groot probleem

[25] De scheidslijn tussen slachtofferschap en daderschap is niet altijd even helder, bijvoorbeeld in een ruzie waarbij beiden soms evenveel aandeel hebben, maar waarbij de initiator ook het slachtoffer kan worden.

dat door meerdere partijen wordt genoemd is het bestaan van lange wachtlijsten. Een protocol voor een overbruggingstraject voor cliënten op de wachtlijst zou daarin sturing en duidelijkheid kunnen geven aan medewerkers van SHN.

Hoofdstuk 4. Dossieronderzoek

Inleiding

Het doel van de dossierstudie is inzicht te krijgen in hoe vaak welke hulp vanuit SHN geboden wordt, de doorverwijzing door SHN en welke hulp slachtoffers en nabestaanden verder ontvangen. In paragraaf 2 zal de procedure voor het dossieronderzoek aan bod komen. Vervolgens worden in paragraaf 3 en 4 de methode en de resultaten van het databestand besproken. In paragraaf 5 en 6 komen de methoden en resultaten van de dossieranalyse aan bod. In de laatste paragraaf volgt de overkoepelende discussie en conclusie.

Methode

In het dossieronderzoek is gekozen voor zowel een kwantitatieve als een kwalitatieve aanpak. In de kwantitatieve aanpak is data bestudeerd van het registratiesysteem van SHN: CRIS. SHN maakt sinds 2018 gebruik van CRIS, daarvoor had SHN een ander registratiesysteem. In dit systeem staat informatie over de cliënt zoals contactgegevens en informatie over het misdrijf. Medewerkers kunnen hier de geleverde diensten aanvinken (zie bijlage D). Deze registratiedata zijn onderzocht in deel A.

Daarnaast wordt in dit systeem de registratie van gesprekken bijgehouden. Medewerkers vullen open tekstvakken in. Voor informatie over eventuele doorverwijzing van cliënten (in de open tekstvakken), is een aanvullend kwalitatief onderzoek gedaan (deel B), waarbij de open tekstvakken en doorverwijzingsgegevens van een selectie van 60 dossiers zijn bestudeerd.

Deel A) Dataset (kwantitatieve registratiedata)

Procedure dataset

De dataset uit het CRIS is aangeleverd door SHN. De gegevens die we verkregen betreffen een aantal demografische gegevens (leeftijd en geslacht), rol cliënt (slachtoffer, nabestaande, betrokkene[26] of aangever, getuigen en bedrijven) en delict (ernstig geweld, zeden, (poging tot) moord/doodslag). Daarnaast bevatte de geleverde data informatie over de regio van de

[26] Betrokkenen zijn bijvoorbeeld de niet-directe familieleden of andere naasten van een (overleden) slachtoffer die zelf ook (indirecte) gevolgen ervaren naar aanleiding van het incident.

ondersteuning, de dienstverlener (casemanager of onbetaald medewerker van de Algemene Dienstverlening[27]), de duur van de ondersteuning, wachttijd tussen delict en ondersteuning en de 27 door SHN geleverde diensten (bijlage D). Van de 27 categorieën diensten zijn een aantal diensten rondom hetzelfde thema bij elkaar samengevoegd, zodat er elf verschillende groepen diensten overbleven, namelijk psychosociale ondersteuning, informeren algemeen, informeren over schadeverhalen, doorverwijzen, bijstand tijdens zitting, spreekrecht, schadeverhalen, ondersteuning beschermingsmaatregelen, ondersteuning klachtenprocedure, advies OM en lotgenotencontact. Onder 'informeren algemeen' valt het verstrekken van informatie over het strafproces, slachtofferrechten, praktische zaken, het verwerkingsproces en herstelbemiddeling. Onder 'doorverwijzen' vallen informeren met betrekking tot externe partijen, informeren met betrekking tot schadeverhalen met betrekking tot externe partijen en doorverwijzen gesprekken derden.[28]

Inclusiecriteria dataset

Het eerste inclusiecriterium voor de dataset was dat het EGZ-zaken betroffen. EGZ-zaken zijn geselecteerd op delictcode die is toegekend door de politie en/of SHN: zware mishandeling, moord/doodslag, verkrachting, vrijheidsbeneming/gijzeling, incest, ontucht minderjarige, diefstal met geweld, en brand(stichting). Ten tweede is er geselecteerd op zaken die in 2018 of 2019 zijn aangemeld bij SHN waarbij de ondersteuning is afgesloten (afgeronde zaken). Daar is voor gekozen om het complete aanbod van SHN in kaart te kunnen brengen, inclusief afronding en eventueel doorverwijzen. Aangezien casemanagementzaken vaak meerdere jaren openstaan en er voor de dataset is gekozen voor afgeronde zaken, is er gekozen voor de aanmeldjaren 2018 en 2019, om een zo groot mogelijke groep afgeronde casemanagementzaken te kunnen includeren in de dataset. Dit heeft geleid tot de aantallen delicten in Tabel 1.

[27] Aangezien het huidige onderzoek zich richt op de psychosociale dienstverlening door SHN, zijn zaken die zijn behandeld door de Juridische Dienstverlening niet in de dataset meegenomen.

[28] De diensten 'informeren met betrekking tot (schadeverhalen met betrekking tot) externe partijen', worden door SHN beschouw koud doorverwijzen, waarbij vanuit SHN geen actieve bijdrage wordt geleverd in de overdracht. Bij de dienst 'doorverwijzen gesprekken derden' wordt warm doorverwezen, waarbij SHN een actieve bijdrage heeft gehad.

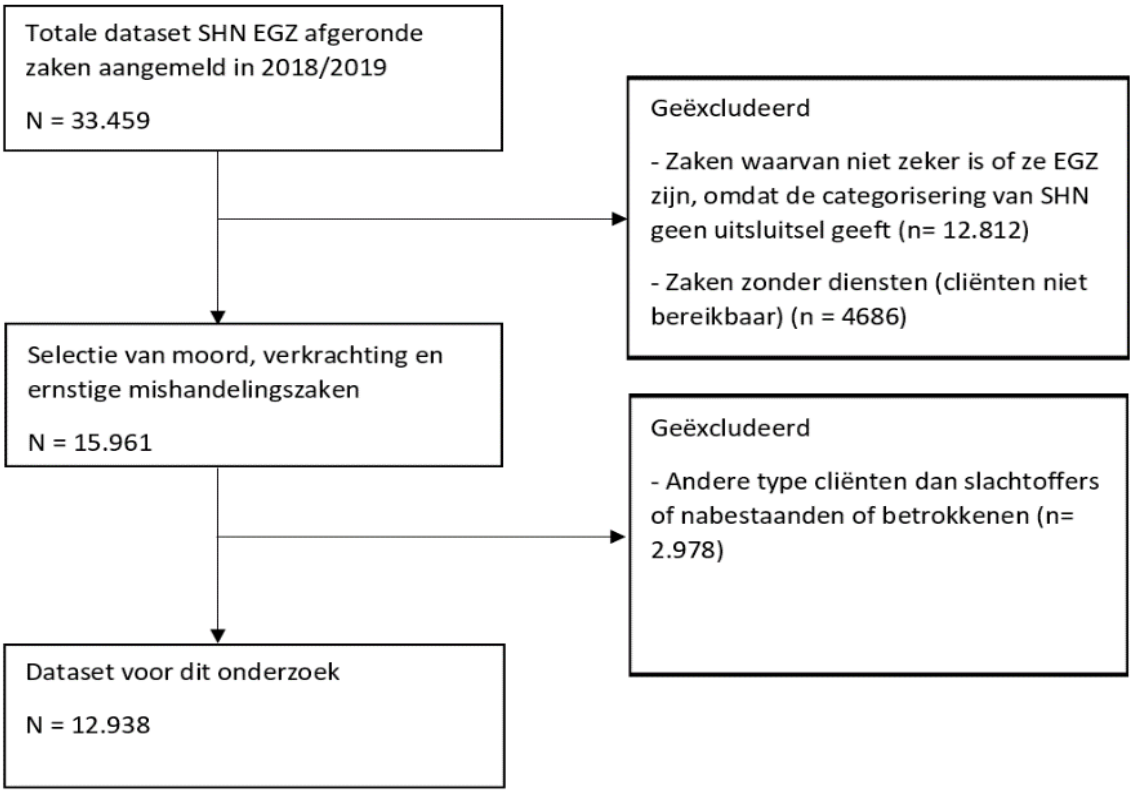
Tabel 1. Verdeling van zaken

Delict	**n**	**Percentage**
Zware mishandeling	9515	28,4%
Moord/doodslag	7232	21,6%
Verkrachting	3900	11,7%
Vrijheidsbeneming/Gijzeling	1890	5,7%
Incest	1116	3,3%
Ontucht minderjarige	2525	7,5%
Diefstal met geweld	5294	15,8%
Brand(stichting)	1985	5,9%

Bij nader onderzoek bleken deze delictcodes ruimer te zijn dan de EGZ-misdrijven zoals omschreven in het Wetboek van strafrecht.[29] Er is daarom gekozen om de drie grootste (in de dataset het meest voorkomend) groepen waarvan het zeker is dat het EGZ-misdrijven zijn, te includeren, namelijk (poging tot) moord/doodslag, verkrachting en ernstige mishandeling. Zaken waarbij getwijfeld werd of ze EGZ waren, zijn geëxcludeerd, net als zaken waarin geen diensten zijn gerapporteerd (dit is het geval als de cliënt niet bereikt is door SHN of waarbij cliënt direct heeft aangegeven geen dienstverlening te wensen), en als zaken waarbij de cliënt geen slachtoffer, nabestaande of betrokkene was; getuigen of bedrijven zijn geëxcludeerd. Onmogelijke getallen (negatieve en te hoge leeftijden, negatief aantal dagen wachttijd en

[29] Bijvoorbeeld: SHN heeft een delictcode 'ontucht minderjarige', welke niet gelijk is aan 'seksueel binnendringen van iemand beneden de twaalf jaar' (art. 244 Sr.), omdat bij de delictcode van SHN er bijvoorbeeld ook betasting onder valt en dus breder is dan art. 244 Sr. Ook SHN kent een delictcode voor brandstichting, welke niet gelijk is aan 'brandstichting met zwaar lichamelijk letsel', art. 282, lid 2 Sr. omdat bij SHN niet duidelijk is of de brandstichting heeft geresulteerd in (ernstig lichamelijk) letsel.

negatieve duur ondersteuning) zijn uit de dataset verwijderd. Na exclusie zijn er 12.938 zaken uit 2018 en 2019 onderzocht (Figuur 2).



Figuur 2. Selectie van zaken

Data-analyse dataset

Descriptieve analyses zijn gedaan van de demografische gegevens van de cliënten, en het type cliënt, dit is ook uitgesplitst in type dienstverlener en type delict. Ook zijn er descriptieve analyses gedaan van het type delict, type dienstverlener en de duur en de start van de ondersteuning door SHN. Gezien een aantal stevige *outliers* bij zowel de duur van de ondersteuning, als bij de tijd tussen het delict en de datum van de start van de ondersteuning, is ervoor gekozen om de mediaan te rapporteren, in plaats van het gemiddelde. Vervolgens zijn er enkele toetsen gedaan om verschillen tussen groepen in de duur van ondersteuning te onderzoeken (een ongepaarde t-toets en one-way ANOVA's met post-hoc test). Aangezien de

outliers in die toetsen geen effect hadden op de uitkomst, is ervoor gekozen om die data wel te includeren.

Resultaten dataset

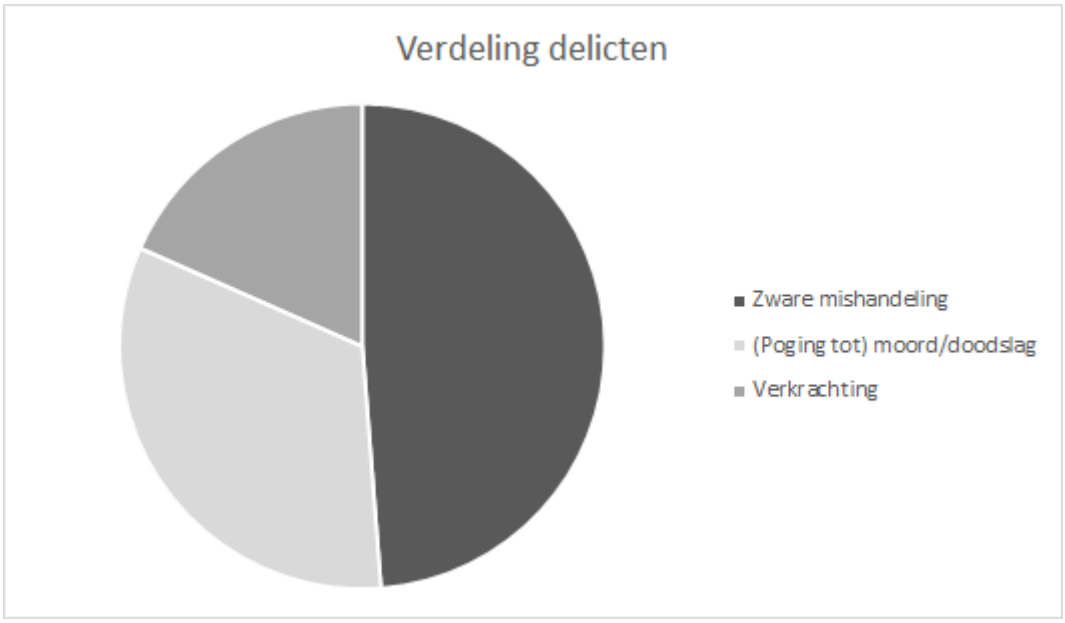
Demografische variabelen

Van de cliënten was 52,8% man (n=6.829) en 46% vrouw (n=5.954), 1,2% identificeerde zich als anders (n=155). De gemiddelde leeftijd van de cliënten was 35 jaar (SD=15,5). 83,5% van de cliënten was zelf slachtoffer (n=10.798), 9,5 procent was betrokkene (n=1.233), 7 procent was nabestaande (n=907). De verdeling in data tussen type dienstverlener en type delict is terug te vinden in tabel 2.

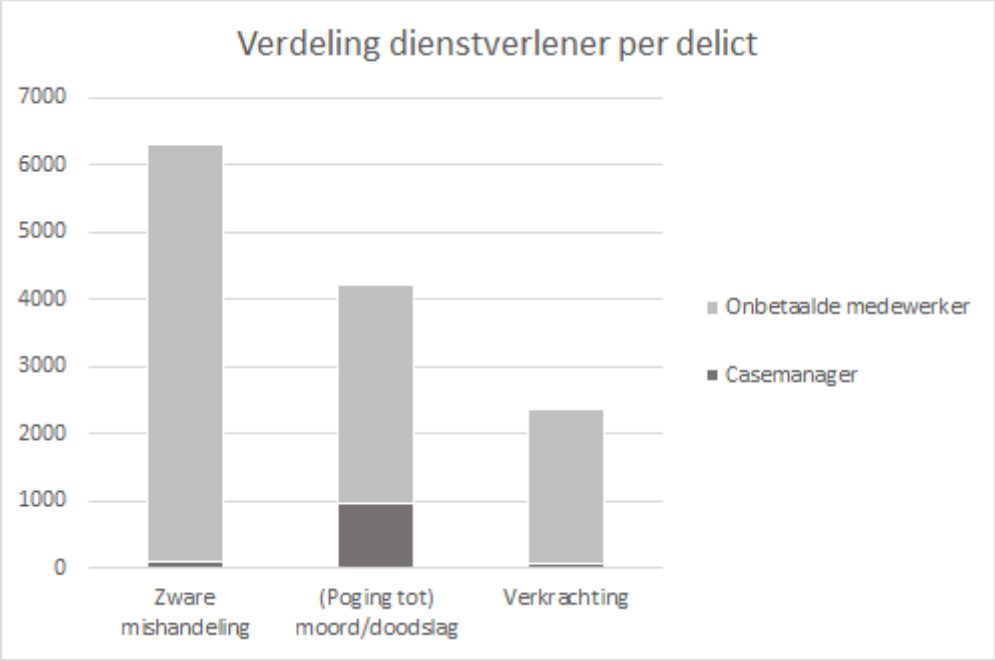
Tabel 2. Demografische gegevens

		Totaal	**Type dienstverlener**		**Type delict**		
		% of M (SD)	Casemanager	Onbetaalde medewerker	Zware mishandeling	(Poging tot) moord/doodslag	Verkrachting
Geslacht	Man	52,8%	42,3%	53,8%	66,3%	57,7%	8,2%
	Vrouw	46%	57,4%	44,9%	33,0%	41,0%	89,4%
	Anders	1,2%	0,3%	1,3%	0,7%	1,2%	2,4%
Rol cliënt	Slachtoffer	83,5%	21,4%	89,3%	93,4%	66,1%	87,9%
	Nabestaande	7%	66,5%	1,4%	0,2%	21,0%	-
	Betrokkene	9,5%	12,2%	9,3%	6,3%	12,8%	12,1%
Leeftijd		35 (15,5)	40 (18,06)	34 (15,13)	35 (15,14)	38 (15,92)	29 (13,85)

Van de 12.938 zaken, betrof 48,8% een zware mishandeling (n=6.310), 32,9% was een (poging tot) moord/doodslag (n=4.251) en 18,4% een verkrachting (n=2.377) (Figuur 2). 8,6% van de EGZ-zaken zijn behandeld door een casemanager (n=1.118), de andere 91,4% (n=11.820) door een vrijwillige medewerker van SHN. In 1,4% van de zware mishandelingszaken was een casemanager betrokken (n=86), bij de (poging tot) moord/doodslag was dat 22,5% (n=958) en bij de verkrachtingszaken 3,1% (n=74) (Figuur 3).



Figuur 3. Verdeling delicten



Figuur 4. Verdeling dienstverlener per delict

Looptijd ondersteuning

De mediane tijd tussen het delict en de start van de ondersteuning[30] bij SHN was 5 dagen; de mediane tijd tussen het eerste contactmoment en afsluiten was 136 dagen (ruim 4 maanden). Voor casemanagers was de mediaan van de ondersteuning 441 dagen en voor onbetaalde medewerkers was de mediaan 121 dagen. De duur van de ondersteuning door een casemanager (M=463,31; SD=268,91) is significant langer dan de ondersteuning door een onbetaalde medewerker (M=205,61; SD=107,47) (t (10684) =-31,46, p<,001). Slachtoffers/nabestaanden van (poging tot) moord/doodslag worden langer ondersteund (M=245,55; SD=239,31) dan slachtoffers van verkrachting (M=218,96; SD=222,63) of zware mishandeling (M=209,70; SD=207,89).[31] Nabestaanden worden het langst ondersteund (M=424,01; SD=275,55), daarna

[30] Het eerste contactmoment tussen cliënt en toegewezen dienstverlener wordt hierbij als startpunt van de ondersteuning beschouwd.

[31] F(2,10683)=27,55; p<,001; Uit de post-hoc analyse blijkt dat de duur van ondersteuning voor zware mishandeling significant minder lang is dan voor (poging tot) moord/doodslag (p<,001) en de ondersteuning voor verkrachting ook significant minder lang is dan voor (poging tot) moord/doodslag (p<,001). Er is geen significant verschil in de duur van ondersteuning tussen verkrachting en zware mishandeling (p=,235).

slachtoffers zelf (M=215,81; SD=212,18), en tot slot andere betrokkenen (M=165,59; SD=206,17).[32]

Geregistreerde geleverde diensten

Het meest werd in CRIS aangevinkt dat cliënten waren geïnformeerd over schadeverhalen (60,5%) of geïnformeerd over algemene zaken (57,8%). Psychosociale dienstverlening is volgens de dataset in 42,2% van de zaken geleverd. Dit is opvallend omdat psychosociale ondersteuning de basis is van het contact tussen cliënt en dienstverlener[33]. Echter, dat de dienst niet terugkomt in de dataset, betekent niet dat de dienst niet is geleverd, enkel dat het niet is geregistreerd. Het lage percentage doet vermoeden dat niet alles wordt geregistreerd, hetgeen interpretatie van de data lastig maakt. Tabel 3 verschaft overzicht van het percentage zaken waarbij een bepaalde categorie dienstverlening minstens éénmaal is genoemd per cliënt.

Tabel 3. Overzicht geleverde diensten (n=12.938 zaken)

Dienst	**Percentages aangevinkt**
Informeren schadeverhalen	60,5%
Informeren algemeen	57,8%
Psychosociale ondersteuning	42,2%
Advies OM	32,5%
Doorverwijzen	23,7%
Ondersteuning bij het spreekrecht/SSV	10,1%
Bijstand tijdens zitting	5,7%
Ondersteuning bij schadeverhalen	3,4%

[32] F(2,10683)=303,49; p<,001; De post-hoc test laat zien dat de ondersteuning significant langer is voor een nabestaande dan voor een slachtoffer (p<,001) en voor een betrokkene (p<,001). Ook is de duur van ondersteuning voor een slachtoffer significant langer dan voor een betrokkene (p<,001).

[33] In dit onderzoek wordt gefocust op de psychosociale dienstverlening door SHN, de juridische dienstverlening is daarbij niet meegenomen.

Lotgenotencontact	2,6%
Ondersteuning beschermingsmaatregelen	2,5%
Ondersteuning klachtenprocedure	1,2%

Deel B) Dossiers (kwalitatieve open tekst)

Procedure dossiers

De dataset bevatte informatie over de verslaglegging door de casemanagers en vrijwillige medewerkers van SHN van cliëntondersteuning. Die verslaglegging bestaat bijvoorbeeld uit aantekeningen na een gesprek met een cliënt, na een gesprek met een derde of na een zitting. Medewerkers kunnen na een contactmoment met de cliënt in het systeem aankruisen welke diensten ze hebben geboden, ook is er ruimte voor vrije tekst. De open teksten konden alleen in een aanvullend dossieronderzoek worden onderzocht. Uit de dossiers werd leeftijd en geslacht van de cliënt, rol cliënt (slachtoffer, nabestaande, betrokkene) en delict (ernstig geweld, zeden, (poging tot) moord/doodslag), de dienstverlener (casemanager of vrijwilliger), de duur van de ondersteuning, wachttijd tussen delict en ondersteuning en de geleverde diensten genoteerd. Verder werd het aantal dagen tussen het eerste contact en de doorverwijzing, naar wie de cliënt werd doorverwezen en het aantal contactmomenten met de cliënt genoteerd. De contactmomenten konden bestaan uit zowel een face-to-face gesprek, een telefoongesprek of een e-mailconversatie. De open teksten van de dossiers werden nauwkeurig gelezen om geleverde diensten of doorverwijzingen te herkennen. Per doorverwijzing werd genoteerd naar wie en wanneer de cliënt werd doorverwezen. Daarnaast is het aantal contactmomenten, de duur van de ondersteuning en het aantal doorverwijzingen berekend.

Inclusiecriteria dossiers

De 60 dossiers zijn random geselecteerd uit de registerdata van de dataset (deel A). Er is een gestratificeerde selectie gemaakt: er is geselecteerd op 30 zaken die zijn behandeld door een casemanager en 30 door een onbetaalde medewerker. Per medewerkersgroep zijn er tien zaken van (poging tot) moord/doodslag, tien verkrachtingszaken en tien zaken met ernstige mishandeling bestudeerd. Van de 60 dossiers bleek niet elk dossier ingevulde gegevens te hebben. Als er geen enkele opmerking was geplaatst door een medewerker van SHN, is het dossier geëxcludeerd.

Data-analyse dossiers

Voor de doorverwijzing door medewerkers van SHN zijn de *descriptives* van de aantallen en aantal dagen tot de doorverwijzing berekend, waarbij onderscheid is gemaakt tussen type dienstverlener (casemanager en onbetaald medewerker). Ook zijn descriptieve analyses uitgevoerd op het aantal contactmomenten en de duur van de ondersteuning, waarbij wederom onderscheid is gemaakt tussen type dienstverlener.

Resultaten dossiers

In totaal zijn er 14 zware mishandelingszaken (vijf casemanagement, negen onbetaalde medewerkers), 16 verkrachtingen (zeven casemanagement, negen onbetaalde medewerkers) en 12 (pogingen tot) moord/doodslag (drie casemanagement, negen onbetaalde medewerker) bestudeerd. Er waren niet veel diensten ingevuld of aangevinkt.[34] Vanwege twijfels over de volledigheid van deze rapportages, zullen wij hier verder slechts verder ingaan op doorverwijzen, om de resultaten van de kwantitatieve dataset aan te vullen.

Het vaakst werd doorverwezen naar de huisarts (in 17 van de 42 zaken), vaak voor een verwijzing naar een psycholoog. Er is 11 keer doorverwezen naar een slachtofferadvocaat, voornamelijk door de casemanagers (n=10). Ook is er drie keer direct doorverwezen naar een psycholoog en zijn drie nabestaanden doorverwezen naar een notaris. Verder is er eenmalig doorverwezen naar het wijkteam (i.v.m. huisvestingproblemen), het Expertisecentrum voor Trauma en Verlies, een maatschappelijk werker, een (revalidatie)arts om het traject en uitzicht op herstel te bespreken (i.v.m. schadeverhalen), het Wet maatschappelijke ondersteuning-loket (i.v.m. opvang buitenshuis), het sociale netwerk van de cliënt (i.v.m. opvangplek), Fier (i.v.m. herhaaldelijk seksueel geweld), en een fysiotherapeut (i.v.m. lichamelijke klachten). Cliënten werden in de meeste van de onderzochte zaken binnen 10 dagen doorverwezen, op het wijkteam en de psycholoog na, waarnaar na respectievelijk 147 en 226 dagen werd doorverwezen[35].

Casemanagers lijken (op basis van deze kleine sample) vaker door te verwijzen dan de onbetaalde medewerkers. In de 15 casemanagementzaken, werd 25 keer doorverwezen. In de 27 zaken van onbetaalde medewerkers, werd in totaal 16 keer doorverwezen.

Ook is er een verschil in de duur van de ondersteuning en het aantal contactmomenten

[34] Vanuit de begeleidingscommissie werd gesuggereerd dat dit zou kunnen komen doordat casemanagers voorheen zelf hun registratie bijhielden en CRIS niet gebruikten, om de privacy van de cliënten beter te waarborgen.

[35] SHN zegt op basis van het voorleggen van het rapport ter correctie van feitelijke onjuistheden dat dit mogelijk vertekende getallen zijn, aangezien er soms pas bij de afronding van de dienst een doorverwijzing wordt geregistreerd, terwijl die al eerder plaatsvond.

tussen casemanagers en onbetaalde medewerkers. Zo lopen de casemanagementzaken in deze steekproef gemiddeld 142 dagen, waarin gemiddeld acht contactmomenten plaatsvinden. Bij de zaken van de onbetaalde medewerkers is de duur gemiddeld 16 dagen, waarin drie contactmomenten plaatsvinden.

Conclusie

Het dossieronderzoek kan slechts heel beperkt antwoord geven op de verschillende vragen. Hoe vaak hulp jaarlijks wordt geboden bleek niet te beantwoorden op basis van de ontvangen dataset en dossiers, gezien de waarschijnlijk onvolledige registratie. Het registratiesysteem bevat weliswaar een breed scala aan verschillende diensten die kunnen worden aangevinkt, maar de meeste diensten waren bijna niet aangevinkt. Hoewel het goed denkbaar is dat het registratiesysteem op de werkvloer uitstekend dienstdoet, bleek het voor ons onderzoek niet goed bruikbaar. Wel blijkt dat ruim 90% van de EGZ-zaken behandeld wordt door een onbetaalde medewerker. Ook laat de dataset zien dat - zoals verwacht - de ondersteuning van een casemanager significant langer duurt dan de ondersteuning van een onbetaalde medewerker. Uit de steekproef van de dossiers blijkt dat casemanagers meer contactmomenten hebben met cliënten dan onbetaalde medewerkers. De analyse van slechts een klein aantal dossiers liet zien dat - als ze werden doorverwezen - mensen meestal binnen 10 dagen werden doorverwezen, ook was te zien dat casemanagers vaker doorverwezen dan onbetaalde medewerkers. Dit laatste past ook bij het feit dat casemanagers vaak ondersteuning bieden aan cliënten met verdergaande problematiek dan onbetaalde medewerkers, waarbij een doorverwijzing wellicht ook vaker nodig is.

Uit de dossiers komt het beeld naar voren dat, zoals te verwachten is, cliënten het meest worden doorverwezen naar huisartsen, slachtofferadvocaten en psychologen. Verder laat het onderzoek zien dat de doorverwijzing naar huisartsen en psychologen over het algemeen bedoeld is om verdere ondersteuning te ontvangen bij psychische klachten. Voor andere doorverwijzingen wordt meestal geen verdere motivatie geregistreerd. Het blijft vaak onduidelijk of cliënten de doorverwijzing hebben opgevolgd en de geadviseerde hulp ontvangen hebben. Verder zijn er zowel in de dataset als in de dossiers geen gegevens over medicatiegebruik van cliënten te vinden.

Op basis van het dossieronderzoek is geen valide conclusie te trekken over het percentage EGZ-slachtoffers dat jaarlijks wordt doorverwezen. SHN rapporteert in hun

jaarverslag van 2015, 2016 en 2017 dat respectievelijk 22,1%, 19,4% en 20,6% van hun algehele clientèle (niet alleen EGZ) wordt doorverwezen. Deze doorverwijzingen bestaan uit zowel warme doorverwijzingen, als koude doorverwijzingen, waarbij de cliënt enkel wordt geïnformeerd over een andere hulpverlener. Uit de gebruikte dataset blijkt dat 23,7% is doorverwezen door SHN. Deze doorverwijzing bestaat ook, op advies van SHN, uit de diensten ‘informeren over (schadeverhalen via) externe partijen en een eigen dienst ‘doorverwijzing naar gesprekken met derden’. Het is daarbij niet duidelijk in hoeverre de informerende doorverwijzing een concreet advies bevat of dat slachtoffers uitsluitend geïnformeerd worden over (alle) verschillende vormen van beschikbare aanvullende hulp.

Hoofdstuk 5. Vragenlijst

Inleiding

Het doel van het vragenlijstonderzoek is slachtoffers en nabestaanden te bevragen over de dienstverlening die ze van SHN hebben ontvangen. Daarbij staat de dienstverlening van SHN, de doorverwijzing door SHN en de ontvangen hulp buiten SHN centraal. Aangezien er een erg lage respons (4%) kwam op de vragenlijst, wordt in dit hoofdstuk slechts een samenvatting van de belangrijkste resultaten gegeven. Het complete hoofdstuk is verplaatst naar bijlage E.

Methode

De vragenlijst, bestaande uit 12 vragen, is gestuurd naar cliënten uit het bestand van SHN, die tussen 2017 en 2020 in contact zijn geweest omdat zij slachtoffer of een naaste van een slachtoffer waren van een verkrachting, zware mishandeling of (poging tot) moord/doodslag. De ondersteuning door SHN diende op het moment van het versturen van de uitnodiging afgerond te zijn. In de vragenlijst werd gevraagd naar demografische gegevens, rapportcijfers voor de dienstverlening van SHN, de doorverwijzing door SHN, de overige ontvangen hulp en er waren twee open vragen om de goede praktijken en de verbeterpunten te bevragen.

Resultaten

In totaal hebben 102 respondenten (uit een totaal van 3000 benaderde cliënten) de vragenlijst ingevuld. De helft van hen was slachtoffer, de andere helft was de familie of (ex-)partner van een slachtoffer. Bijna de helft van de respondenten was door SHN benaderd voor hulp, anderen werden doorgestuurd, hebben zelf contact opgenomen of SHN was direct na het misdrijf aanwezig. Ongeveer de helft van de respondenten had daarna éénmalig of tot drie maanden contact met SHN.

Gemiddeld gezien zijn de respondenten tevreden over de ondersteuning door SHN. Ze waarderen de houding van de medewerker, de emotionele ondersteuning, de praktische ondersteuning en de juridische ondersteuning met rapportcijfers tussen de 7,1 en de 7,8. Ook is de samenhang tussen de cijfers op de vier verschillende gebieden groot. Daarnaast laten de cijfers zien dat er over het algemeen zeer hoge cijfers gegeven worden en- in mindere mate- erg lage cijfers.

Een groot deel van de cliënten wordt door SHN doorverwezen naar andere hulpverleners

of -instanties. Er wordt het meest doorverwezen naar de huisarts, psycholoog en slachtofferadvocaat. Het overgrote deel van de respondenten geeft aan hulp te ontvangen van anderen. Het eigen sociale netwerk wordt het meest genoemd. Ook de huisarts en een psycholoog worden meermaals genoemd. Opvallend weinig respondenten geven aan hulp ontvangen te hebben van een slachtofferadvocaat, terwijl daar wel naar doorverwezen lijkt te worden.

Er worden veel positieve aspecten van de ondersteuning door SHN genoemd, zoals de laagdrempeligheid en de vrijblijvendheid. Ook de medewerkers worden gecomplimenteerd, bijvoorbeeld met hun professionele en empathische houding. Daarnaast wordt de psychosociale ondersteuning vaak genoemd, met name het luisterend oor dat wordt geboden.

Daarnaast worden er ook meerdere verbeterpunten genoemd door de respondenten. Twee punten die vaker terugkwamen, waren de behoefte aan een langer nazorgtraject, waarbij SHN eens in de zoveel tijd contact opneemt om te peilen hoe het gaat. Het tweede verbeterpunt richtte zich op de doorverwijzing door SHN. Respondenten zouden het fijn vinden als er gerichter doorverwezen kon worden, bijvoorbeeld bij het kiezen van een slachtofferadvocaat. Deze wens sluit echter niet aan bij het beleid van SHN, waarin staat dat niet direct doorverwezen mag worden.

Hoofdstuk 6. Interviews met slachtoffers en nabestaanden

Inleiding

Het doel van de interviews met slachtoffers en nabestaanden is het verkrijgen van aanvullende en verdiepende informatie dan op basis van de vragenlijst kon worden uitgevraagd. De onderwerpen uit het vragenlijstonderzoek waarop we in de interviews dieper zijn ingegaan zijn het hulpaanbod van SHN, de doorverwijzing en wensen van slachtoffers.

Methode

Respondenten

De beoogde respondenten waren meerderjarige slachtoffers of nabestaanden van ernstige mishandeling, verkrachting of (poging tot) moord/doodslag, die na 2016 ondersteuning hebben gehad van SHN. De respondenten zijn op meerdere manieren geworven. Allereerst via de vragenlijst: respondenten is gevraagd aan het einde van de vragenlijst toe te voegen of zij deel zouden willen nemen aan een focusgroep of interview, om hun antwoorden toe te lichten. Zij konden zelf hun contactgegevens opgeven. Via de vragenlijst hebben zich 29 respondenten gemeld. Daarnaast zijn er respondenten geworven via drie lotgenotenorganisaties. Een informatiebrief is verstuurd naar de contactpersoon van de Federatie Nabestaanden Geweldsmisdrijven, aan Blauwe Maan en aan Stichting Seksueel Geweld met de vraag om een oproep voor deelname aan het onderzoek onder hun leden te delen. Via de lotgenotenorganisaties heeft één respondent zich gemeld. Ook via een eerder oriënterend gesprek met een nabestaande, heeft één andere nabestaande zich gemeld voor deelname aan de interviews. Niet alle mensen die zich hadden gemeld konden worden geïnterviewd, vanwege beperkte tijd en middelen. In totaal zijn elf respondenten (negen vrouwen, twee mannen) geïnterviewd in de periode juli-september 2021. Zeven van de elf waren slachtoffers van ernstige gewelds- (n=4) en zedenmisdrijven (n=3), en vier van de elf waren nabestaanden van wie een direct familielid om het leven gebracht was. De interviews duurden een half uur tot anderhalf uur. Een deel van de respondenten had ondersteuning ontvangen van een casemanager, een deel van een onbetaalde medewerker. Aangezien de respondenten zelf niet altijd wisten welke dienstverlener hen had geholpen, is de verdeling niet precies bekend.

Interviewschema

In de semigestructureerd interviews is gebruik gemaakt van een *topic list* (Bijlage F). In de *topic list* kwam de mening over de ondersteuning door SHN in het algemeen, maar ook de psychosociale ondersteuning specifiek aan bod. Zo werd er gevraagd naar de aanmelding bij SHN, maar ook naar de mate waarin het bespreken van emoties aan bod is gekomen. Ook zijn respondenten gevraagd of ze zijn doorverwezen.

Procedure

De uitvoerend onderzoeker [MK] heeft telefonisch of via de mail contact met de respondenten opgenomen. Tijdens dat contact werd het doel van de interviews nogmaals toegelicht en een afspraak voor het interview gemaakt. Respondenten hadden de keuze voor een online of face-to-face interview. Vervolgens ontvingen respondenten van de online interviews een mail met een link naar de online afspraak en een toestemmingsformulier voor deelname en opname van het interview met het verzoek dit ingevuld terug te sturen. Eén respondent gaf aan de voorkeur te hebben voor een face-to-face interview, bij hem/haar werd het toestemmingsformulier op locatie getekend.

Er zijn drie duo-interviews gehouden.[36] Twee duo-interviews werden afgenomen door twee onderzoekers [TM en MK; MK en NE]. Het derde duo-interview werd afgenomen door één onderzoeker [MK]. De respondenten in de duo-interviews kenden elkaar niet. Daarnaast zijn er vier individuele interviews afgenomen door één onderzoeker [MK]. Bij aanvang van de interviews werd er aanvullende informatie over het onderzoek gegeven en de vrijwilligheid en anonimiteit van deelname herhaald. De interviews zijn opgenomen op een beveiligde voice-recorder. De opname diende ter ondersteuning van de verslaglegging.

Als motivatie om mee te doen aan de interviews werd vooral het helpen verbeteren van of het blijken van waardering voor de dienstverlening genoemd. Naderhand gaven respondenten aan het interview als prettig te hebben ervaren.

[36] Het oorspronkelijke plan was om focusgroepen te houden. Door de lage respons op de vragenlijst en de vakantieperiode, is het echter niet gelukt om een groep respondenten bij elkaar te krijgen. Vandaar dat er is gestart met duo-interviews en vervolgens is gekozen voor individuele interviews.

Data-analyse

De verslagen van de interviews zijn gecodeerd met behulp van het data-analyse programma Atlas.ti 8. De verslagen zijn gecodeerd met behulp van codeboek (Bijlage G). De gebruikte *topic lists* van de interviews lagen aan de basis van het codeboek.

Resultaten

Start ondersteuning

De aanmelding bij SHN wordt verschillend ervaren door respondenten: één respondent geeft aan dat het fijn is dat SHN zelf belt, een andere respondent heeft het gewaardeerd dat de medewerker na slechts een aantal dagen in het buitenlandse ziekenhuis (waar de cliënt op dat moment opgenomen was) aanwezig was. Andere respondenten ervoeren verschillende opstartproblemen. Voor drie nabestaanden werd de ondersteuning te laat opgestart. Bij twee van hen was het delict al meerdere weken geleden en had de uitvaart al plaatsgevonden. Toen de casemanager aangaf dat er eerder geholpen had kunnen worden met bijvoorbeeld het regelen van de uitvaart, werd dat wel als een gemis ervaren. Ook gaf één van hen aan dat het eigenlijk prettig zou zijn als er meteen een medewerker van SHN op de stoep zou staan, bijvoorbeeld om bij het gesprek met de familierechercheur aanwezig te zijn. Snel opstarten van de ondersteuning lijkt op prijs te worden gesteld.

Twee nabestaanden noemden als verbeterpunt dat direct bij het eerste contact van SHN er de mogelijkheid zou zijn tot een gesprek met een gespecialiseerd traumateam. Zij geven aan dat de casemanager zich in de eerste contactmomenten alleen bezighield met de praktische zaken, maar dat er geen aandacht was voor het ventileren van emoties. Juist in de eerste fase, waarin zij in shock zijn geweest, was er behoefte aan professionele opvang door mensen die ervaring hebben met reacties na een traumatische gebeurtenis. Een automatisch gesprek of een doorverwijzing zonder wachtlijst, zou voor hen voor de eerste opvang van deze respondenten een groot verschil hebben gemaakt.

Ondersteuning

Drie respondenten geven aan heel tevreden te zijn over de psychosociale ondersteuning van SHN. Met name het luisterend oor en de psycho-educatie wordt gewaardeerd. Eén van hen benadrukt: *"Toen ben ik geweest voor een gesprek op locatie, dat was ongelofelijk fijn. Om iemand te spreken en mijn verhaal kwijt te kunnen."* Toch geven ook drie respondenten aan dat ze ondersteuning met betrekking tot het omgaan met emoties misten. Twee van hen benadrukten

dat er alleen aandacht was voor praktische zaken en één van hen gaf aan dat er niet werd gesproken over emotionele reacties, terwijl die respondent dat wel graag had gewild. Ook miste één respondent juist het luisterend oor en daardoor ook steun: *"Alleen het luisterend oor kan zoveel betekenen. Op een gegeven moment had ik [politicus uit land waar delict plaatsvond] aan mijn bed zitten [...]. Die man heeft wel gewoon een halfuurtje naar mij geluisterd. Dan kun je zeggen: 'lekker belangrijk', maar het is echt [heel belangrijk]. Vanuit Nederland hoorden we helemaal niets, je bent zo ontredderd."*

Zeven respondenten geven aan tevreden te zijn over de ondersteuning en uitleg rondom het juridische traject door de medewerker van SHN. Zo geven vier respondenten aan dat het fijn is dat er uitleg wordt gegeven over het juridische traject, aangezien er veel onbekendheid is op dat gebied, de situatie is vaak helemaal nieuw voor de respondenten. Ook geven vijf respondenten aan dat het fijn is als de medewerker van SHN meegaat naar rechtszittingen en gesprekken rondom het delict, mede doordat er dan bijvoorbeeld een aparte wachtkamer wordt geregeld, zodat de confrontatie met de verdachte vermeden kan worden. Eén van hen geeft ook aan dat de hulp van SHN het contact met de andere instanties vergemakkelijkte: "*Je merkt wel dat zij die wegen kennen en doordat ze die wegen kennen dat je ook makkelijker binnenkomt bij zulke instanties.*" Toch geven twee respondenten aan dat de uitleg over de rechtszaken miste of te laat kwam. Zij gaven beiden aan met veel vragen rondom de rechtszaak te zitten, bijvoorbeeld over wat een meervoudige kamer inhoudt, de eventuele aanwezigheid van de dader, of ze zelf ondervraagd zouden worden: "*Ik had echt zo veel stress in die periode, ik lag daar echt wakker van, van 'Wat staat je te wachten?', 'Hoe ziet het eruit?', 'Waar zit ik?', 'Waar zit hij? [dader]'.*"

Doorverwijzing

Drie respondenten gaven aan zeer tevreden te zijn met de doorverwijzing. Met twee van hen zijn wel de verschillende mogelijkheden voor doorverwijzing besproken, maar zij gaven zelf aan geen behoefte te hebben aan verdere ondersteuning. Eén van hen is doorverwezen naar de huisarts voor een doorverwijzing naar de GGZ. Aangezien deze cliënt ook te maken kreeg met wachtlijsten, werden er vanuit SHN nog steeds gesprekken aangeboden, wat als een soort overbruggingstraject werd ervaren. Ook werd er gewezen op de mogelijkheid tot het aanvragen van een vergoeding bij het Schadefonds Geweldsmisdrijven.

Op het gebied van doorverwijzing zijn er verschillende verbeterpunten genoemd door de respondenten. Vijf respondenten geven aan dat het prettig zou zijn als er gerichter

doorverwezen kon worden, zowel op het gebied van juridische hulp als op het gebied van psychologische hulp. Drie respondenten geven aan wel een lijst te hebben gehad van SHN (via de website) met namen voor advocaten, maar zij stuitten op verschillende problemen: zo bleken advocaten niet met slachtoffers te werken of waren ze gestopt of met verlof: "*Het is juist zo belangrijk voor slachtoffers en nabestaanden dat ze iemand krijgen die bekend is met het werken met nabestaanden en die weet hoe ze dingen aan moeten pakken. […] Nu moet ik gaan zoeken van, ja, zeg het maar, nattevingerwerk, laten we die maar pakken."* Eén respondent was heel tevreden over de doorverwijzing en gaf aan doorverwezen te zijn naar een specifieke advocaat, omdat de medewerker van SHN wist dat zij met slachtoffers werkte met hetzelfde delict en omdat de medewerker de inschatting maakte dat de advocaat goed bij de cliënt zou passen. Ook gaven vier respondenten aan doorverwezen te worden naar de huisarts voor psychologische ondersteuning. De huisarts wist echter niet altijd goed waar de cliënten naar doorverwezen konden worden. Drie respondenten zouden het fijn vinden als SHN zou kunnen ondersteunen bij het informeren van cliënten over het aanbod van psychologische interventies: *"Huisartsen hebben geen idee […]. Of [SHN moet] heel gericht doorverwijzen, dat je zegt: 'Het start altijd bij de huisarts, maar weet dat er dit en dit is in Nederland en bespreek dat met je huisarts of hij je daar naartoe kan verwijzen.' Dan kan je al veel gerichter naar je huisarts stappen […]. Dat [doorverwijzen] kan gerichter vormgegeven worden, heb ik het idee."* Eén respondent geeft aan niet goed doorverwezen te zijn door de huisarts, waarbij SHN direct doorverwees naar een specifieke psycholoog: *"[De casemanager] zegt: 'Ik denk dat dat een fijne psycholoog is voor jou, […], ik heb haar een keer gesproken en ik denk dat dat wel qua type klikt.' Ze heeft mij geadviseerd om toch maar een mail te sturen […]. Toen ik die mail had gestuurd heeft de psycholoog mij dezelfde dag nog teruggebeld."*[37]

Afronding

Zeven respondenten geven aan dat de afronding van de dienstverlening te abrupt is gegaan. Twee van hen geven aan dat de afronding tegelijk met de afronding van de strafzaak verliep, maar dat dat juist een moment was dat er extra ondersteuning nodig was. Zij zagen de strafzaak als iets waar je naartoe leeft, wat er ook voor zorgt dat je in een overlevingsmodus blijft, maar wat ook een heel heftige ervaring is en zodra de strafzaak is afgerond valt alle ondersteuning weg: *"Ik merkte wel dat na de rechtszaak viel ik een beetje in een gat en dat was juist voor mij*

[37] Volgens het beleid van SHN mag alleen algemeen worden doorverwezen en niet naar specifieke personen of instanties.

een hele heftige tijd […]. Die dag zelf is zo heftig, ook de confrontatie met hem [de dader] […]. Ik denk, de periode na de rechtszaak, was ik ook echt, heb ik echt een flinke terugval gehad in klachten." Ook geven drie respondenten aan dat de afsluiting van de zaak niet in overleg met hen is gegaan, het was meer een mededeling dat de zaak werd gesloten. Hoewel twee van hen aangaven dat er wel werd verteld dat ze weer contact op konden nemen als ze het wilden, zagen zij dat als een te grote stap: "*Het is zo moeilijk om voor jezelf op te komen, dat is zo… Als dat niet in je karakter zit, is het zo lastig om aan de bel te trekken, ik heb ook heel vaak de neiging: 'laat maar, laat mij maar'. […] Je hebt iemand anders nodig om je daarbij te ondersteunen.*" Drie respondenten gaven aan dat ze niets meer van SHN hoorden, terwijl ze wel achterbleven met vragen, een van hen geeft ook aan waarschijnlijk in de toekomst geen contact meer op te nemen met SHN als er weer een misdrijf plaats zou vinden. Twee respondenten gaven aan dat de afsluiting van de dienstverlening wel in samenspraak ging. Bij de andere respondenten is de afsluiting van de dienstverlening niet aan bod gekomen in het interview.

Verbeterpunten

Een verbeterpunt dat door vijf respondenten wordt genoemd is uitleg over het aanbod van SHN. Zij gaven aan dat dat aan het begin van de ondersteuning (of later) niet toegelicht is, waardoor het bij de respondenten niet duidelijk was wat SHN voor ze kon betekenen. Ook wordt door vijf respondenten aangegeven dat het fijn zou zijn als SHN langer contact zou blijven opnemen met de cliënten om na te vragen hoe het met hen gaat en om nogmaals te vragen of SHN nog ergens ondersteuning bij zou kunnen bieden: "*Ze hadden ons ook gewoon even na een maand, twee maanden kunnen bellen: 'Is het allemaal, eh, hoe gaat het? Moeten er nog dingen geregeld? Kunnen we jullie nog ergens mee helpen?' Maar, niets."*

Twee respondenten gaven aan doorverwijzing gemist te hebben, terwijl er wel veel behoefte was aan informatie over waar zij terecht konden met vragen. Eén van hen geeft aan nog steeds veel psychische klachten te hebben na het misdrijf en niet te weten waar zij heen kon voor verdere ondersteuning. Eén van hen gaf als verbeterpunt het meegeven van een flyer met informatie, zodat dat rustig nagelezen kan worden na een gesprek en er ook op een later moment nog informatie uit gehaald kan worden. Ook gaven twee respondenten aan uitsluitend te zijn doorverwezen op psychologisch gebied, dat er extra ondersteuning mogelijk was (bijvoorbeeld in de vorm van een slachtofferadvocaat) was aan hen niet verteld.

Eén van hen benadrukt ook dat de psychologische hulp te laat komt: *"Ze zeiden ook: '[voor ondersteuning op] emotioneel [gebied] moeten wij doorverwijzen', maar eer dat je*

doorverwezen wordt [psychologische ondersteuning ontvangt], dat duurt maanden." De respondent kampte in die tijd veel bijvoorbeeld nachtmerries en flashbacks. De start van psychologische ondersteuning kwam volgens deze respondent te laat.

Conclusie

Met behulp van interviews met cliënten van SHN is er geprobeerd de behoeften van slachtoffers in de ondersteuning door SHN in kaart te brengen. De respondenten gaven erg wisselende antwoorden, sommigen zijn erg tevreden over SHN en noemen daarbij vooral het luisterend oor en de uitleg en ondersteuning rondom en in het juridische systeem; anderen zijn erg ontevreden over SHN, daarbij worden een late start en abrupte afronding van de ondersteuning genoemd. De abrupte afronding van de ondersteuning wordt ook in de evaluatie van Van Wijk et al. (2016) als verbeterpunt genoemd. Respondenten geven daarnaast nog verschillende wensen aan, waar SHN op dit moment nog niet aan kan voldoen. Zo is er behoefte aan een nazorgtraject, waarbij eens in de zoveel tijd nog gepeild wordt hoe het met het de cliënt gaat en of er nog behoefte is aan ondersteuning van SHN. Ook geven respondenten aan dat meer hulp bij doorverwijzing prettig zou zijn, aangezien het moeilijk is om de juiste weg naar andere hulpverleners/-instanties te vinden.

Meerdere nabestaanden gaven aan dat de ondersteuning door SHN zo snel mogelijk zou moeten starten, aangezien er direct hulp nodig is, bijvoorbeeld bij gesprekken met de politie of het regelen van de uitvaart. Ook wordt er aangegeven dat het prettig is als de ondersteuning van SHN ook na de afronding van de strafzaak nog voortzet, aangezien dat vaak een gebeurtenis is die veel emoties met zich meebrengt en de ondersteuning door andere partijen (bijv. de advocaat) ook al wegvalt.

Opvallend was dat respondenten vaak of erg positief waren of juist ontevreden waren over de ondersteuning die zij hebben ontvangen door SHN. Het leek voor de respondenten die wel tevreden waren lastig om verbeterpunten te noemen en voor de ontevreden respondenten lastig om positieve punten te noemen. Ook overzagen sommige respondenten niet wat SHN allemaal voor ze had kunnen betekenen, aangezien het complete aanbod niet altijd helemaal duidelijk was. Daarnaast geven de zowel de ontevreden als de tevreden respondenten soms dezelfde dingen zowel als positief als negatief aan, bijvoorbeeld het proactief optreden door SHN wordt door de positieve respondenten als een grote kracht van SHN gezien, terwijl de minder tevreden respondenten daar nog een punt ter verbetering zien. Wat wel breed genoemd werd, is de behoefte aan een langer nazorgtraject, waarbij SHN het initiatief neemt door eens

in de zoveel tijd te bellen en te peilen of er nog hulpvragen zijn bij de cliënten. Een beleidsmedewerker van SHN zegt na lezing van het conceptrapport dat SHN dit onderschrijft in de Visie PSO in beweging met agendapunten voor de toekomst.

Ook is het duidelijk dat sommige respondenten vragen om ondersteuning die buiten het mandaat van SHN ligt. Zo is er bijvoorbeeld behoefte aan een gerichtere doorverwijzing, waarbij SHN specifieke personen/behandelingen mag aandragen. Daarnaast hadden een aantal respondenten het ook fijn gevonden als het mogelijk was om doorverwezen te worden naar psychologische ondersteuning zonder wachtlijst, tevens iets wat buiten de macht van de organisatie ligt.

Hoofdstuk 7. Literatuurreview

Inleiding

Het doel van dit hoofdstuk is antwoord te geven op de onderzoeksvraag naar de vraag welke wetenschappelijke, *evidence-based* interventies (gericht op psychisch herstel) er zijn voor EGZ-slachtoffers. Het is bekend dat het na een ingrijpende gebeurtenis allereerst van belang is om vertrouwen te hebben in de veerkracht van betrokkenen en de manieren die mensen zelf hebben om mentaal te herstellen (Zorginstituut Nederland, 2020). Verreweg de meeste mensen herstellen op eigen kracht, en/of met steun van mensen in hun omgeving. Uit onderzoek naar rampen is gebleken dat er verschillende trajecten van herstel te onderscheiden zijn (Bonanno, Brewin, Kaniasty, La Greca, 2010): 1. een traject waarin iemand niet of nauwelijks psychische klachten rapporteert, 2. een traject waarin herstel plaatsvindt binnen enkele maanden na aanvankelijke psychische klachten, 3. een chronisch traject waarin ernstige psychische klachten lang blijven voortbestaan en 4. een traject waarin er aanvankelijk vaak wel stressreacties aanwezig zijn maar iemand pas na enkele maanden ernstige psychische klachten ontwikkelt. De vraag voor SHN daarom is vooral voor wie wanneer verwijzing nodig is. Tot die tijd volstaat '*watchful waiting*' en is het van belang de alledaagse omstandigheden die herstel bevorderen, sociale steun bijvoorbeeld, (en begeleiding van SHN) ruim baan te geven.

Ofschoon dus psychologische hulp slechts voor een minderheid aangewezen is, kan inzicht in de stand van zaken op gebied van psychologische interventies, met het oog op diegenen voor wie verwijzing naar de GGZ is aangewezen, bruikbaar zijn voor SHN medewerkers.

Slechts een kleine minderheid van de mensen die een ingrijpende gebeurtenis meemaken heeft hulp nodig. Zo'n 7,4 procent van mensen die slachtoffer zijn geworden, ontwikkelt problemen, waaronder een posttraumatische stressstoornis (PTSS) (Zorginstituut Nederland, 2020). Er is sprake van PTSS wanneer het meemaken van ingrijpende ervaringen leidt tot ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren, met symptomen van herbeleving, vermijdingstendensen, verhoogde schrikachtigheid en gevoelens van vervreemding (APA, 2013). Er kan hiernaast nog andere last optreden zoals somberheid, verlies van (zelf)vertrouwen en een somber perspectief op de toekomst. Mogelijkerwijs doen zich ook problemen met somberheid, prikkelbaarheid en verslaving voor. Soms zijn gevolgen kortdurend, soms houden ze langer aan. Ofschoon PTSS niet de enige aandoening is die een gevolg kan zijn van ingrijpende ervaringen -andere klachten die veel gezien worden zijn angst, depressie en

persoonlijkheidsproblematiek bij langdurig of herhaald slachtofferschap- is er de afgelopen decennia veel aandacht naar diagnostiek en behandeling uitgegaan. PTSS heeft een centrale plaats gekregen in diagnostiek en behandeling van gevolgen van ernstige ingrijpende ervaringen. Er zijn richtlijnen voor ontwikkeld en er is onderzoek naar de effectiviteit van behandeling voorhanden. De afgelopen jaren is steeds meer bekend geworden over effectiviteit van de behandelingen voor de verschillende soorten psychotrauma. Met 'psychotrauma' wordt verwezen naar zowel diep ingrijpende ervaringen als de psychische gevolgen ervan.

Van medewerkers van SHN mag worden verwacht dat zij slachtoffers goed kunnen informeren over behandelmogelijkheden en dat zij tijdig verwijzen naar bijvoorbeeld de huisarts (als poortwachter voor benodigde zorg). Daarnaast blijven zij slachtoffers zo nodig ondersteunen (op sociaal, juridisch of praktisch gebied) naast de psychologische behandeling. Ofschoon onze literatuurstudie niet een uitputtende *review* beoogt te zijn, is het doel wel een beeld te geven van de bewezen effectieve behandelingen, zoals uit meta-analyses en reviews blijkend. Met deze literatuurstudie schetsen we de verschillende psychologische behandelingen die kunnen worden ingezet, en de mate waarin zij effectief zijn.

Methoden

Criteria

In deze literatuurstudie zijn meta-analyses en systematische literatuurreviews die tussen 2000 en 2020 zijn gepubliceerd, gezocht. De in- en exclusiecriteria zijn weergegeven in Tabel 4.

Tabel 4. In- en exclusiecriteria

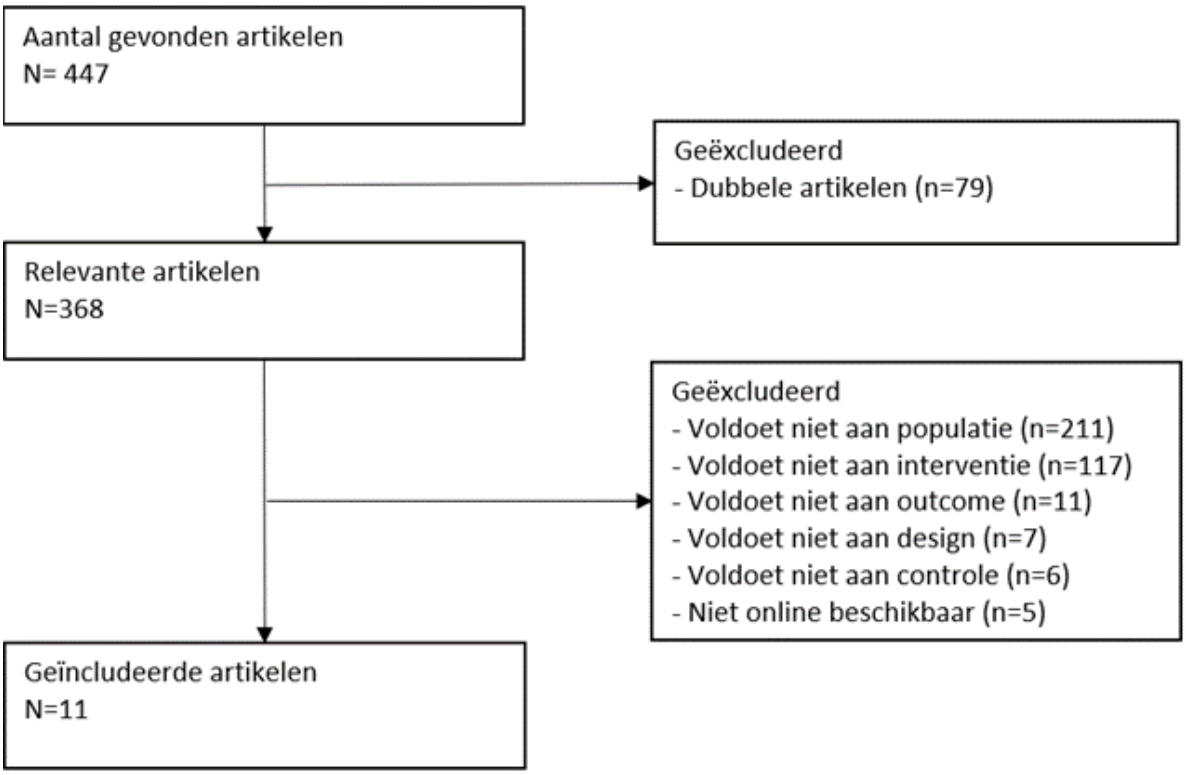
	Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Populatie	Slachtoffers van ernstige gewelds- en zedenmisdrijven of nabestaanden/familieleden van levensdelicten.	Slachtoffers van inbraak, overval, diefstal, verkeer, pesten, oorlog, marteling. Mensen met PTSS of een trauma, maar waarvan het onduidelijk is of zij wel of geen slachtoffer zijn van een

		van deze misdrijven in de inclusiecriteria.
Interventie	Psychologische interventies	Geen interventie; maar bijvoorbeeld prevalentie, risicofactoren of preventie.
Controle	Controlegroep waar geen interventie op wordt toegepast of vergelijking met andere interventies	Minder dan 80% van de studies heeft een vorm van controle.
Outcome	PTSS-symptomen (of trauma-symptomen), stress-symptomen, depressie-symptomen, mentale gezondheid	Prevalentie, risicofactoren, ervaringen.
Design	Meta-analyse, systematische review, literatuurreview	
Publicatie	Artikelen uit 2000-2020	Artikelen die voor 2000 zijn gepubliceerd.

Zoekopdracht

We hebben gezocht op populatie, interventie, outcome en design zoektermen: 1) slachtoffer (geweld; seksueel; moord; verkrachting; misdrijf), 2) (klinische) behandeling; (psycho)therapie; interventie; richtlijn; CBT; EMDR; *watchful waiting*; support groups, 3) PTSS; angst; depressie; mentale gezondheid, 4) systematic review; meta-analysis (Bijlage H). Deze zoekopdracht is uitgevoerd in drie databases, namelijk PubMed, PsycInfo en Cochrane library. Dit leverde in totaal 447 artikelen op. Nadat dubbele studies eruit zijn gefilterd, bleven 368 artikelen over. Van deze artikelen zijn 357 artikelen geëxcludeerd: 211 voldeden niet aan de criteria van de populatie, 117 niet aan de criteria van de interventie, 6 niet aan de criteria van

de controle, 11 niet aan de criteria van de uitkomsten, 7 voldeden niet vanwege het design en 5 artikelen konden we niet online inzien. De 11 overgebleven studies werden geïncludeerd.



Figuur 5. Selectie relevante artikelen

Resultaten

Doelgroepen EGZ-slachtoffers

Van de 11 studies onderzochten acht studies slachtoffers van seksueel geweld. De andere drie studies waren gericht op slachtoffers van partnergeweld (Arroyo et al., 2017), vrouwelijke slachtoffers van huiselijk geweld (Hameed et al., 2020) en slachtoffers van doodsbedreigingen en geweld (Roberts et al., 2010). Van de 8 studies naar slachtoffers van seksueel geweld, hadden 6 studies de focus op seksueel misbruik onder kinderen. Eén studie was gericht op slachtoffers van seksueel geweld boven de 18 jaar (Ehring et al., 2014) en de laatste studie had slachtoffers van seksueel geweld in het algemeen als onderwerp, los van de leeftijd (Regehr et al., 2013). Tijdens het zoeken in databases werden wel studies gevonden waarbij andere typen slachtoffers centraal stonden, maar deze voldeden niet aan de inclusiecriteria. De kenmerken van de studies staan weergegeven in Tabel 5.

Tabel 5. Overzicht studies

Studie	Populatie	Interventie	Controlegroep	Outcome	Design	Resultaten
Arroyo et al. (2017)	Slachtoffers IPV	CBT, interpersoonlijke therapie, psycho-educatie, exposure therapie, RPRS, CTT	Groep zonder interventie	PTSS-symptomen, zelfvertrouwen, verslaving, depressiesymptomen, "general distress", functioneren in het leven, middelenmisbruik, emotioneel welzijn, veiligheid	Literatuurreview en meta-analyse	Interventies waren effectief voor slachtoffers van IPV, met name in het verminderen van PTSS-symptomen. Interventie specifiek voor IPV zorgde voor betere outcomes.
Corcoran & Pillai (2008)	Slachtoffers Child Sexual Abuse (CSA) <18 jaar	CBT met ouders en CBT zonder ouders	Groep zonder interventie, vergelijking andere interventie	PTSS-symptomen, depressiesymptomen, angst, seksualiserend gedrag	Meta-analyse	Het effect van CBT waarbij de ouders betrokken zijn was klein. Het sterkste effect van de behandelingen werd gevonden bij

						internaliserende outcomes.
Ehring et al. (2014)	Volwassenen (>18) die als kind slachtoffer werden van CSA.	TF-CBT, EMDR, STAIR, exposure therapie, non-TFCBT, interpersoonlijke therapie	Groep zonder interventie, vergelijking andere interventie	PTSS-symptomen, depressiesymptomen, angst en dissociatie	Meta-analyse	Traumagerichte behandelingen werken significant beter dan niet-traumagerichte behandelingen.
Hameed et al. (2020)	Vrouwelijke slachtoffers huiselijk geweld	Gedragstherapieën, CBT, overige therapieën	Normale zorg, wachtlijst, geen behandeling	PTSS-symptomen, depressiesymptomen, angst, zelfredzaamheid	Literatuurreview	De verschillende psychologische therapieën verminderen depressiesymptomen en angst, maar onzeker of ze PTSS-symptomen verminderen en zelfredzaamheid vergroten.

Macdonald et al. (2012)	Slachtoffers CSA <18	CBT in groepen of individueel	Wachtlijst	PTSS-symptomen, depressiesymptomen, symptomen van een angststoornis, externaliserend gedrag	Literatuurreview	CBT kan volgens de studies een positieve invloed hebben op de gevolgen van seksueel misbruik, maar meeste resultaten waren niet significant.
Parker & Turner (2013)	Slachtoffers CSA <18	Psychoanalytische en psychodynamische therapie	Normale zorg, wachtlijst	PTSS-symptomen, depressiesymptomen, seksualiserend gedrag, agressieproblemen	Literatuurreview	Geen conclusies kunnen worden getrokken over de effectiviteit van psychoanalytische en psychodynamische therapie. Hier moet dus verder onderzoek naar worden gedaan.
Regehr et al. (2013)	Slachtoffers seksueel geweld	CPT, PET, EMDR	Wachtlijst	PTSS-symptomen, depressiesymptomen, angst, schuld, dissociatie	Meta-analyse	Slachtoffers waarbij de interventies CPT, PET of EMDR werden toegepast, hadden minder PTSS-

						symptomen en depressiesymptomen dan slachtoffers die op de wachtlijst stonden.
Roberts et al. (2010)	Slachtoffers doodsbedreigingen en geweld met acute traumatische stress >18	TF-CBT (groep en individueel), non-TF-CBT, EMDR, educatie	Normale zorg, wachtlijst	PTSS-symptomen	Literatuurreview	TF-CBT was effectiever dan een wachtlijstinterventie en ondersteunende counseling.
Sánchez de Ribera et al. (2020)	Slachtoffers CSA <18	TF-CBT, psychodrama, speltherapie, eclectische interventies, exposure therapie, EMDR, medicijnen	Placebo, wachtlijst, geen behandeling	PTSS-symptomen, externaliserend gedrag (seksueel gedrag, agressie, ADHD) en internaliserend gedrag (angst, depressie)	Literatuurreview	Geen conclusie, maar de studie suggereert dat CBT een veelbelovende behandeling is voor PTSS-symptomen.
Sánchez-Meca et al. (2011)	Slachtoffers CSA	CBT, speltherapie, "supportive therapy", psychodynamische	Geen behandeling	Seksualiserend gedrag, angst, depressiesymptomen,	Meta-analyse	CBT gecombineerd met "supportive therapy", speltherapie

		therapie, humanistische therapie		zelfredzaamheid, gedragsproblemen		of een psychodynamische behandeling laat betere effect sizes zien dan geen behandeling.
Taylor & Harvey (2009)	Vrouwelijke slachtoffers seksueel geweld met PTSS	CPT, CR, EMDR, IRT, PET	Wachtlijst	PTSS-symptomen	Meta-analyse	De meeste behandelingen zijn effectief in het verminderen van PTSS-symptomen. Individueel gebaseerde therapie hing samen met hogere gemiddelde effectgroottes dan groepstherapie.

CSA = Child Sexual Abuse; IPV = Intimate Partner Violence; IPV bevat fysieke, emotionele of seksuele agressie, stalking en economische agressie gericht tegen de partner. CBT = Cognitive Behavioral Therapy; RPRS = Relapse Prevention and Relationship Safety; CTT = Cognitive Trauma Therapy; STAIR = Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation; TF-CBT = Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy; EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing; CPT = Cognitive Processing Therapy; CR = cognitive restructuring; IRT = imagery rehearsal therapy; PET = prolonged exposure therapy

Evidence-based interventies

De overkoepelende benadering en de basis voor meerdere behandelingen, die overigens ook het meest is onderzocht, is de cognitieve gedragstherapie (CGT). Uit de 'familie' van de cognitieve gedragstherapieën is de meeste evidentie gevonden voor behandeling middels Imaginaire en Prolonged Exposure. Dat wil zeggen dat blootstelling nodig is, en wordt opgeroepen aan de meest gevreesde elementen van de herinnering. Doel is dat iemand ervaart dat hij/zij het aankan om terug te denken aan de situatie en dat angst voelen niet hetzelfde is als opnieuw in gevaar zijn. Het resultaat is vaak dat de spanning zakt bij het terugdenken aan de situatie en dat herbelevingen afnemen. Bij exposure wordt in het dagelijkse leven geoefend met de confrontatie met een situatie die veel angst/stress oproept. Een persoon krijgt de opdracht al dan niet onder begeleiding (kan ook op afstand) terug te gaan naar een bepaalde plek, zoals een bushalte bijvoorbeeld. De centrale gedachte is dat opnieuw geleerd moet worden dat het nu veilig is; dat de angst/stress voortkomt uit de herinnering aan toen, in tegenstelling tot nu.

Een variant, behorende tot dezelfde categorie van behandelingen is de Cognitieve Therapie (CT). In die vorm van therapie worden de cognities uitgedaagd. Assumpties kunnen het dagelijks leven in de weg staan; zij komen voort uit geweldservaringen maar dienen de alledaagse aanpassing niet (Macdonald et al., 2012). In Nederland heel populair, en toenemend bewezen effectief is Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Bij EMDR wordt het slachtoffer taken aangeboden die het werkgeheugen belasten en als afleidend worden ervaren terwijl hij/zij zich concentreert op de herinnering (representatie) van de traumatische ervaring. Die afleiding door bijvoorbeeld handbewegingen en/of geluiden, zorgt er volgens de theorie voordat herinnering met minder emotionele lading weer wordt opgeslagen in het autobiografische geheugen (Regehr et al., 2013).

Er zijn nog meer varianten op deze behandelmethoden, zoals Narratieve Exposure Therapie (NET), Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS (BEPP) (ook ontwikkeld voor problematiek na traumatische rouw), Imaginary Rescripting (ImRS). Terwijl in het verleden nog wel psychoanalytische therapieën werden geboden, is de huidige tendens vooral CGT-gebaseerde methoden voor te schrijven. Voor de effectiviteit van deze vormen van behandeling bestaat ook de meeste evidentie.

Controlegroepen

We hebben reviews geselecteerd waarbij tenminste 80 procent van de studies in de literatuur review of meta-analyse een vorm van controle hadden gehanteerd (zie inclusiecriteria Tabel 1).

Zes studies hadden een controlegroep die geen interventie onderging (Arroyo et al., 2017; Corcoran en Pillai, 2008; Ehring et al., 2014; Hameed et al., 2020; Sánchez de Ribera et al., 2020; Sánchez-Meca et al., 2011). Zeven studies hadden een wachtlijstgroep (Hameed et al., 2020; Macdonald et al., 2012; Parker en Turner, 2013; Regehr et al., 2013; Roberts et al., 2010; Sánchez de Ribera et al., 2020; Taylor en Harvey, 2009). Drie studies hadden de slachtoffers die normale zorg ontvingen als controle (Hameed et al., 2020; Parker en Turner, 2013; Roberts et al., 2010). Normale zorg (*care as usual*) werd in de studies niet gedefinieerd, maar genoemde voorbeelden zijn het verschaffen van informatie of ondersteuning in opvanghuizen (Hameed et al., 2020). Corcoran en Pillai (2008), en Ehring et al. (2014) vergeleken verschillende interventies met elkaar, zoals TF-CGT en non-TF-CGT.

Uitkomstmaten

Het belangrijkste beoogde effect van de interventies is het verminderen van PTSS-symptomen. PTSS-symptomen worden in alle studies, behalve in de studie van Sánchez-Meca et al. (2011), gemeten. Ook depressie-symptomen en angstsymptomen werden in veel studies als maatstaf voor het effect van een interventie gebruikt. Andere uitkomstmaten, die minder vaak werden gebruikt, waren zelfvertrouwen, seksualiserend gedrag, dissociatie en zelfredzaamheid. In veel studies werd onderscheid gemaakt tussen internaliserend en externaliserend gedrag. Voorbeelden van internaliserende symptomen depressie, angst of gebrek aan zelfvertrouwen. Bij externaliserend gedrag gaat het om expressieve reacties, zoals bijvoorbeeld agressief of seksualiserend gedrag (Corcoran & Pillai, 2008).

Effectiviteit van de evidence-based interventies

Acht studies onderzochten CGT (Arroyo et al., 2017; Corcoran & Pillai, 2008; Ehring et al., 2014; Hameed et al., 2020; Macdonald et al., 2012; Roberts et al., 2010; Sánchez de Ribera et al., 2020; Sánchez-Meca et al., 2011). Drie studies vonden een groot effect van cognitieve gedragstherapie op de vermindering van verschillende symptomen, zoals symptomen van PTSS, angst of depressie (Arroyo et al., 2017; Hameed et al., 2020; Sánchez-Meca et al., 2011). Macdonald et al. (2012) vonden wel een positief effect, maar dit was niet significant en Sánchez de Ribera et al. (2020) concludeerden dat CGT een veelbelovende behandeling is. Corcoran en Pillai (2008) onderzochten cognitieve gedragstherapie waarbij ouders betrokken waren en cognitieve gedragstherapie waarbij ouders niet betrokken waren. Tussen deze twee soorten behandeling bleek geen significant verschil. Zowel Ehring et al. (2014) als Roberts et al. (2010)

concluderen dat TF-CGT effectiever is dan non-TF-CGT. *Cognitive processing* therapie, tot slot, bleek in deze twee studies effectief in het verminderen van verschillende symptomen (Taylor & Harvey, 2009; Regehr et al., 2013). Over het algemeen gaven de interventies de beste resultaten voor internaliserend gedrag zoals somberheid of negatieve gedachten (Corcoran & Pillai, 2008; Sánchez de Ribera et al., 2020). Voor de overige symptomen als zelfvertrouwen, seksualiserend gedrag, dissociatie en zelfredzaamheid werden nauwelijks effecten gevonden.

Uit de literatuur reviews en meta-analyses met meerdere studies over EMDR, bleek EMDR eveneens een effectieve behandeling voor PTSS (Regehr et al., 2013; Roberts et al., 2010). Verder leidde exposure therapie tot goede resultaten (Ehring et al., 2014) en met name prolonged exposure therapie werd effectief bevonden (Regehr et al., 2013; Taylor & Harvey, 2009).

Psychoanalytische en psychodynamische therapieën werden in twee studies onderzocht en bleken matige uitkomsten te hebben (Parker & Turner, 2013), hoewel Sánchez-Meca et al. (2011) wel laten zien dat een psychodynamische behandeling in combinatie met CGT goede *effect sizes* oplevert.

Meerdere studies richtten zich tenslotte op het verschil tussen individuele behandeling en behandeling in groepsverband. Hoewel ook positieve resultaten werden gevonden voor behandelingen in groepsverband, waren de effecten het grootst voor individuele behandelingen (Arroyo et al., 2017; Roberts et al., 2010; Taylor & Harvey, 2009).

Werkzame mechanismen van de psychologische interventies

De basis voor de meeste behandelingen is de cognitieve gedragsbenadering. De CGT-benadering is gestoeld op diverse methoden van leren (Macdonald et al., 2012), die zich vooral richten op PTSS-symptomen. Behalve de exposure en cognitieve herstructurering processen, zijn nog meer strategieën onderscheiden die inzichtelijk maken waarom behandelingen werken, voor PTSS en comorbide klachten. Zo zijn er technieken die het gevoel van controle vergroten, de regie ‘teruggeven’ opdat het dagelijks leven weer beheersbaar en voorspelbaar wordt. Het voert te ver om in het kader van dit overzicht – in vogelvlucht – meer uitputtend te zijn.

Conclusie

Met de literatuurstudie is beoogd om een overzicht te bieden van de bestaande interventies voor psychische problematiek van EGZ-slachtoffers, door middel van een overzicht van systematische literatuur reviews en meta-analyses. Deze gingen met name over seksueel

geweld; systematische studies van interventies die mogelijk meest geschikt zijn voor andere typen slachtoffers zijn niet gevonden.

De belangrijkste behandeling (en/of meest onderzocht) blijkt cognitieve gedragstherapie (CGT), die de basis heeft gevormd voor ook andere behandelmethoden. CGT bleek in drie studies een significant en sterk effect te hebben op het verminderen van symptomen, hoofdzakelijk gerelateerd aan PTSS (Arroyo et al., 2017; Hameed et al., 2020; Sánchez-Meca et al., 2011; Taylor & Harvey, 2009; Regehr et al., 2013).

Ook voor EMDR en exposure therapie waren de resultaten positief. Ehring et al. (2014) concluderen dat traumagerichte behandelingen sowieso effectiever zijn dan niet-traumagerichte behandelingen. Van psychoanalytische en psychodynamische behandelingen zijn niet zulke duidelijke positieve effecten aangetoond (Parker & Turner, 2013); deze benaderingen worden ook steeds minder ingezet voor behandeling van psychotrauma.

De verschillende studies beoogden veelal de effectiviteit van behandelingen voor het verminderen van PTSS-symptomen, depressie symptomen en angstsymptomen (tweede onderzoeksvraag) te bepalen. Ook externaliserend gedrag zoals seksualiserend of agressief gedrag werd met de interventies getracht te verminderen.

Hoewel wij voor onze review hebben geselecteerd op EGZ-getroffenen, richtten de meeste studies zich op de behandeling van de gevolgen van seksueel misbruik. Daarom kan de vraag of ook slachtoffers van andere incidenten vergelijkbaar positieve effecten zouden ondervinden van behandelingen, niet worden beantwoord, althans niet op basis van dit literatuuroverzicht. Tegelijkertijd is er weinig reden om aan te nemen dat dit niet zo is; over het algemeen worden goede resultaten voor traumagerichte behandeling bij verschillende doelgroepen, en na diverse ingrijpende ervaringen gevonden.

Hoofdstuk 8. Conclusies en aanbevelingen

Eerst zullen we alle onderzoeksvragen onder elkaar beantwoorden aan de hand van de deelstudies. Tot slot doen we een aantal aanbevelingen.

Beleidstheorie

1a) Welke beleidstheorie ligt ten grondslag aan het huidige slachtofferbeleid (en dan met name beleidsdoel 4 zoals geformuleerd in de beleidsvisie 'Recht doen aan slachtoffers')?

Een belangrijke juridische grondslag voor het beleid is de EU Slachtofferrichtlijn 2012. Volgens deze richtlijn moeten slachtofferhulporganisaties slachtoffers en hun familieleden bijstaan wanneer zij dit wensen. De beleidstheorie van het slachtofferbeleid van het ministerie van Justitie en Veiligheid laat zien dat de overheid een zorgtaak heeft voor slachtoffers, gezien deze een steeds prominentere rol hebben gekregen, en dat SHN wordt gezien als een belangrijke ketenpartner in de psychosociale dienstverlening. Door het ministerie zijn vijf beleidsdoelen geformuleerd naar aanleiding van de behoeften van slachtoffers. In het voor dit onderzoek centraal staande beleidsdoel 4 staat dat alle slachtoffers die daar behoefte aan hebben ondersteuning krijgen bij het te boven komen van gevolgen van een delict. De meest recente beleidsdoorlichting expliciteerde de beleidstheorie dat de dienstverlening voor slachtoffers door SHN wordt onderverdeeld in drie categorieën: veelvoorkomende delicten, impactvolle delicten en EGZ-zaken, waarbij EGZ-zaken worden ondersteund door casemanagers en specialisten. Europese richtlijnen, gericht op de zorg waar SHN mee te maken heeft, zijn de TENTS-richtlijnen (2008), die voorschrijven dat slachtofferhulporganisaties psychosociale voorzieningen in kaart moeten brengen en educatie moeten bieden. Uit de Nederlandse Multidisciplinaire Richtlijn Psychosociale hulp bij Rampen en Crises (2014), de richtlijn Psychosociale Ondersteuning na Ingrijpende Gebeurtenissen (NtVP, 2018) en Akwa GGZ Zorgstandaard (2020) volgt dat nuldelijnsondersteuners informatie moeten verschaffen, psychosociale ondersteuning moeten bieden en moeten ondersteunen bij praktische problemen. Psychosociale ondersteuning is psycho-educatie en *stepped care* met *watchful waiting*, met aandacht voor zelfredzaamheid en veerkracht, normaliseren, doseren.

1b) Welke bijdrage zouden SHN en zorgverleners naar wie SHN doorverwijst volgens deze theorie moeten leveren aan de realisatie van beleidsdoel 4 zoals geformuleerd in de beleidsvisie 'Recht doen aan slachtoffers'?

In theorie, op basis van de richtlijnen, moet SHN psycho-educatie leveren en *stepped care* met *watchful waiting*, met aandacht voor zelfredzaamheid en veerkracht. De psychosociale werkdocumenten waarmee casemanagers en onbetaalde medewerkers worden opgeleid die we hebben ingezien bevatten deze vormen van psychosociale ondersteuning. Bij complexe gevolgen kan aan een EGZ-slachtoffer of nabestaande een casemanager worden toegewezen, die naast het bieden van psychosociale ondersteuning ook veel praktische zaken uit handen van het slachtoffer kan nemen en juridische ondersteuning kan bieden. SHN biedt ondersteuning die aansluit bij de richtlijnen en waarbij ervan uitgegaan mag worden dat deze bijdragen aan het verwerken van de traumatische gebeurtenis. SHN biedt namelijk eerdergenoemde psycho-educatie, helpt de stressreacties normaliseren en reduceren, en besteedt aandacht aan de zelfredzaamheid en de veerkracht van het slachtoffer. Ook gebruikt SHN *watchful waiting,* waarbij zij bij onvoldoende verbetering van klachten doorverwijzen naar de huisarts of een andere hulpverlener. Daarnaast geeft de informerende rol van SHN invulling aan de informatievoorziening die verwacht wordt van slachtofferorganisaties.

Inventarisatie psychosociaal hulpaanbod SHN

2a) Welke psychosociale hulp is er binnen SHN beschikbaar voor EGZ- slachtoffers?

Uit de deskresearch en de interviews met beleidsmedewerkers, casemanagers en onbetaalde medewerkers kan worden geconcludeerd dat SHN ondersteunt bij praktische, juridische en psychosociale hulpvragen. De psychosociale ondersteuning van EGZ-slachtoffers wordt grotendeels (90%) geboden door onbetaalde medewerkers en in complexe EGZ-zaken door een casemanager. Casemanagers zijn in principe 24/7 bereikbaar voor complexe EGZ-zaken en zijn ook een schakelpartner tussen verschillende ketenpartners in de strafrechtsketen. Het grootste deel van de EGZ-zaken wordt echter dus bijgestaan door onbetaalde medewerkers. (On)betaalde medewerkers werken met principes zoals *watchful waiting* en focussen op het normaliseren, monitoren en reduceren van stressreacties. Als klachten niet afnemen of verergeren, is het staand beleid dat medewerkers doorverwijzen naar de huisarts.

2b) Welke voorwaarden zijn aan deze hulp verbonden?

Uit de interviews met professionals is gebleken dat, om ondersteuning te ontvangen van SHN, het een voorwaarde is dat de cliënt slachtoffer, naaste of nabestaande is. Verdachten of daders worden niet geholpen. Om in aanmerking te komen voor een casemanager, moet er sprake zijn van een zaak met complexe gevolgen voor het slachtoffer. De complexiteit kan blijken uit bijvoorbeeld multi-problematiek, veel media-aandacht voor een zaak, langdurig fysiek letsel of een groot aantal slachtoffers. De beoordeling van de complexiteit wordt gedaan door het casemanagement aanmeldpunt, waarbij per zaak een inschatting wordt gemaakt. Zij hanteren daarbij een score-indicator, waarbij op verschillende leefgebieden (psychosociaal, juridisch, medisch en sociaal/maatschappelijk) de ernst van de zaak wordt ingeschat. Ook wordt er gekeken naar beschermende factoren, zoals het al aanwezig zijn van veel steun, en verzwarende factoren, zoals verstandelijke beperkingen. Het inschatten of een zaak 'casemanagementwaardig' is, blijft maatwerk.

2c) Wat is het beoogde effect van deze hulp?

Uit de deskresearch blijkt dat de beoogde effecten van beleidsdoel 4 zijn om slachtoffers - naast juridische en praktische ondersteuning - psychosociaal te ondersteunen en daardoor de schade te herstellen en de aangiftebereidheid te doen toenemen. Psychosociale ondersteuning bestaat onder andere uit het luisteren naar het verhaal van het slachtoffer en het informeren over de verschillende mogelijkheden die bij kunnen dragen aan herstel. Uit de deskresearch blijkt verder dat het normaliseren en het reduceren van stressreacties een belangrijk doel is van de ondersteuning, evenals het informeren van slachtoffers over verschillende onderwerpen, zoals het strafproces of beschikbare verdere hulp. Uit de interviews met professionals blijkt het algemeen beoogd effect te zijn om cliënten weer zo snel mogelijk de regie over hun eigen leven terug te laten nemen, te zorgen dat mensen er sterker uitkomen dan dat ze binnenkomen, en dat mensen weer alleen verder kunnen, zonder dat daadwerkelijk de pijn kan worden weggenomen. Daarnaast wordt het vroegtijdig signaleren van psychische klachten genoemd als doel, wat overeenkomt met *watchful waiting*, dat in het beleid wordt genoemd.

2d) Verschilt het aanbod per type slachtoffer?

Uit de interviews met professionals bleek dat het aanbod van ondersteuning in principe voor zowel ernstig geweld- als zedenslachtoffers gelijk is. Ook de dienstverlening voor naasten en

nabestaanden is in principe gelijk, al zal bij nabestaanden in eerste instantie worden gefocust op de begrafenis en het regelen van de nalatenschap (notaris). Door professionals wordt wel steeds benadrukt dat dienstverlening altijd maatwerk is, waarbij per cliënt wordt gekeken welke vorm van ondersteuning uit het standaardaanbod gewenst is en er vervolgens een passende selectie wordt gemaakt uit het beschikbare aanbod. De dienstverlening van casemanagers is intensiever dan die van onbetaalde medewerkers. Uit de dossieranalyse blijkt dat de dienstverlening van casemanagers ook langer (gemiddeld 463 dagen; mediaan 441 dagen) is dan die van onbetaalde medewerkers (gemiddeld 206 dagen; mediaan 121 dagen) en bestaat uit meer contactmomenten.

2e) Hoe vaak wordt welk type hulp op jaarbasis aangeboden en wordt hiervan gebruik gemaakt?

De top drie meest genoemde diensten (van de 27 diensten) is: Informeren schadeverhalen (60%), informeren algemeen (58%) en psychosociale ondersteuning (42%). Volgens het registratiesysteem zou 24% van de cliënten worden doorverwezen. Vervolgonderzoek naar 60 dossiers liet zien dat de data die gecategoriseerd wordt door medewerkers van SHN waarschijnlijk onvolledig was. Op basis daarvan moeten we helaas concluderen dat we deze onderzoeksvraag niet betrouwbaar kunnen beantwoorden.

Inventarisatie hulpaanbod bij doorverwijzing

3a) Wanneer worden slachtoffers doorverwezen?

Deze vraag is gesteld in de interviews met professionals en is onderzocht in het dossieronderzoek, maar er is geen eenduidig antwoord gevonden. Volgens de open tekst in het dossieronderzoek werd in de helft van het aantal onderzochte cases (n=23 van de 42 zaken) stond minstens een doorverwijzing genoemd, en die doorverwijzing vond dan meestal plaats binnen 10 dagen na het eerste klantcontact. Het aantal in diepte onderzocht zaken (n=42 en n=23) is echter dermate klein, dat een conclusie niet mogelijk is. Doorverwijzen is maatwerk: doorverwijzen naar een slachtofferadvocaat kan zowel bij de start of na afronding van de ondersteuning door SHN.

3b) Waarnaartoe (welke specialist) worden slachtoffers doorverwezen?

Uit de deskresearch en de interviews met professionals komen een aantal tegenstrijdigheden met betrekking tot het doorverwijzen. In de interviews gaven de beleidsmedewerkers van SHN aan dat het beleid is om alleen door te verwijzen naar de huisarts. Uit het Handboek Casemanagement blijkt echter dat casemanagers cliënten direct mogen doorverwijzen richting bijvoorbeeld Veilig Thuis of een psychotraumacentrum. Ook gaven casemanagers in de interviews aan dat ze soms direct aanraden met een psycholoog te spreken, en een bepaalde therapie of het aanbod van de verschillende therapieën doorspreken met cliënten. Bovendien is dit terug te zien in de dossiers, de vragenlijsten en de interviews met slachtoffers waarin wordt gezegd dat ze wel eens verwijzen naar een psycholoog (waarbij 'verwijzen naar' en 'wijzen op' psychologische hulpverlening wellicht een nuanceverschil is dat zich niet goed laat vertalen in het registratiesysteem). De tussenstap naar de huisarts is nodig voor het schrijven van de benodigde doorverwijsbrief voor een tweedelijnspsycholoog (die tussenstap is in principe niet nodig voor een eerstelijnspsycholoog). Voor onbetaalde medewerkers blijkt dat er (voor doorverwijzing voor psychologische ondersteuning) alleen doorverwezen mag worden naar de huisarts en dat zij niet direct een psychologische behandeling mogen adviseren. Wat verder opvalt is dat casemanagers - vaker dan onbetaalde medewerkers - lijken door te verwijzen naar de slachtofferadvocatuur.

3c) Welke hulp (bijv. psychosociale behandeling, medicatie) ontvangen slachtoffers?

Uit de vragenlijst blijkt dat meer dan een derde van de respondenten formele hulp ontvangt van de huisarts en/of een psycholoog. De meeste steun die de respondenten zeggen te ontvangen is informele hulp uit het eigen sociale netwerk (57%). De vragenlijststudie heeft echter een dermate lage respons (4%), en de respondent karakteristieken blijken ook geen representatieve afspiegeling te zijn van de EGZ-clientèle van SHN, waardoor de resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden.

3d) Wat is het percentage EGZ-slachtoffers dat jaarlijks wordt doorverwezen?

Uit de dossierstudie - dat wil zeggen, uit het registratiesysteem van SHN waarbij we beperkingen hebben geconstateerd - lijkt dat 24% van de cliënten wordt doorverwezen. Dit komt overeen met de jaarverslagen van SHN van 2015, 2016 en 2017 waarin respectievelijk 22,1%, 19,4% en 20,6% van de algehele clientèle (niet alleen EGZ) wordt doorverwezen. Dit betreft zowel doorverwijzing in de zin van algemene informatie over het bestaan en de

dienstverlening van externe hulpverlening (zoals jeugdzorg, maatschappelijk werk, veilig thuis, centrum voor seksueel geweld), en informeren over de mogelijkheid voor het verhalen van bij externe partijen schade (zoals Schadefonds Geweldsmisdrijven) als expliciete, toegespitste doorverwijzing naar externe partijen. Daarnaast lijken de resultaten te laten zien dat casemanagers vaker doorverwijzen dan onbetaalde medewerkers. Dit verschil in doorverwijzing werd ook gevonden in Van Wijk et al. (2013). Dit zou ook verklaard worden door het feit dat casemanagers complexere zaken behandelen dan onbetaalde medewerkers, waar een doorverwijzing wellicht vaker passend is. In de vragenlijst gaf bijna 60% van de 102 respondenten aan dat zij zijn doorverwezen. Beide deelstudies (dossierstudie en vragenlijstonderzoek) hadden echter te lijden onder methodologische problemen. Dat maakt het lastig om deze vraag goed te beantwoorden.

3e) Wordt het hulpaanbod geëvalueerd? Zo ja - Wat blijkt uit deze evaluaties? Zo nee, waarom niet?

Uit de deskresearch en de interviews met professionals kan worden geconcludeerd dat het hulpaanbod van SHN op twee manieren wordt geëvalueerd: 1) Intern door middel van intervisie tussen medewerkers onderling, waarbij casuïstiek wordt besproken, en - specifiek voor casemanagement - een afrondend evaluatiegesprek tussen casemanager en cliënt. Het afrondende gesprek is niet gestandaardiseerd en wordt niet geregistreerd. Onbetaalde medewerkers houden geen afrondend evaluatiegesprek, terwijl zij het overgrote deel van de EGZ-zaken behandelen. Desgevraagd geven meerdere (on)betaalde medewerkers aan na doorverwijzing actief bij de cliënten na te vragen wat de cliënten van die externe hulpverlening vinden. 2) Extern in opdracht van het WODC, zoals de slachtoffermonitor (2013; 2017), het onderzoek naar casemanagement (2013; 2016) en doorverwijzing (2008). Uit de evaluaties blijkt dat cliënten over het algemeen tevreden zijn over de dienstverlening, al zijn er ook zeer ontevreden slachtoffers. In de meest recente evaluatie uit 2017, werd geconcludeerd dat bijna driekwart van de slachtoffers positief was over de ervaringen met SHN. Respondenten waren het meest positief (een score van 4,6 op een schaal van 5) over hun ervaringen in bejegening door de medewerker van SHN. Een deel van de slachtoffers was negatief over de emotionele steun die zij ontvingen van de medewerker van SHN met betrekking tot het verminderen van angstgevoelens en adviseren over het voorkomen van herhaling van het slachtofferschap.

Hierover schreef de beleidsdoorlichting van 2021 dat het geven preventietips met betrekking tot herhaald slachtofferschap niet tot de dienstverlening van SHN valt.

Inventarisatie wensen slachtoffers

4a) In welke mate voldoet SHN met het eigen hulpaanbod en het hulpaanbod door doorverwijzing aan de wensen van slachtoffers? + 4b) Vragen slachtoffers om hulp die niet geleverd kan worden door SHN of waarvoor niet doorverwezen kan worden?

Uit het vragenlijstonderzoek en de interviews met cliënten, blijkt dat veel respondenten erg positief zijn over de ondersteuning, maar er is ook een aantal ontevreden respondenten. Zowel de tevreden als de ontevreden slachtoffers en nabestaanden zagen een aantal verbeterpunten. Er zijn slachtoffers die graag meer ondersteuning vanuit SHN zouden willen, zoals een langer nazorgtraject, waarbij SHN actief de cliënt benadert na een langere periode van tijd. Daarbij werd ook met name na een rechtszaak ondersteuning gemist, aangezien andere vormen van ondersteuning (zoals een slachtofferadvocaat) dan ook aflopen. Sommige slachtoffers/nabestaanden vroegen om gerichtere doorverwijzing naar specifieke advocaten, hulpverleners of -instanties in plaats van een algemene lijst, aangezien die keuze voor slachtoffers en nabestaanden moeilijk is. Ook vragen sommige slachtoffers om snellere en gespecialiseerde psychologische ondersteuning, al kan SHN dat zelf niet doen. Gezien de lage respons bij het vragenlijstonderzoek (zie kopje ‘beperkingen’ hieronder voor nadere toelichting) en de kleine groep geïnterviewde cliënten, moeten ook deze bevindingen met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Wetenschappelijke onderbouwing

Voor het beantwoorden van de vragen over de wetenschappelijke onderbouwing (vraag 5a-d) maken we een sprong. Het rapport is veelal gericht op de dienstverlening van SHN en wat zij kan betekenen voor slachtoffers die in de meeste gevallen herstellen door middel van luisteren, monitoring en watchful waiting. De dienstverlening van SHN bestaat daarnaast uit het tijdig herkennen dat sommige slachtoffers chronische klachten dreigen te ontwikkelen, deze doorverwijzen naar specifieke hulpverlening. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen naar de wetenschappelijke onderbouwing hebben we in de wetenschappelijke internationale literatuur gezocht naar interventies voor EGZ-slachtoffers, en daar uitsluitend literatuur

gevonden over evidence based psychologische hulpverlening. Dit gaat dus verder dan de dienstverlening van SHN. Ook al heeft dit onderdeel dus niet specifiek betrekking op de dienstverlening van SHN, het gaat wel over de behandeling van EGZ-zaken. Gezien de doorverwijsfunctie van SHN is het relevant en belangrijk dat medewerkers van SHN weten van de evidence-based hulpverleningsmogelijkheden die er zijn. Het vak is groeiende, dus een actueel overzicht van evidence-based behandeling is nuttig.

5a) Welke evidence-based interventies (gericht op psychisch herstel) zijn er voor EGZ-slachtoffers?

Uit het literatuuronderzoek naar alle wereldwijd gepubliceerde (Engelstalige) meta-analyses op het gebied van interventies van ernstig geweld- en zedenslachtoffers blijkt dat cognitieve gedragstherapie de meest onderzochte effectieve behandeling is. Deze behandeling bleek in drie van de acht studies een significant en sterk effect te hebben op het verminderen van psychische klachten, met name internaliserende klachten als somberheid en angst. Ook verwante vormen als EMDR en exposure therapie waren effectief. We concluderen dat traumagerichte behandelingen effectiever zijn dan niet-traumagerichte behandelingen. Van psychoanalytische en psychodynamische behandelingen zijn geen duidelijke positieve effecten aangetoond; deze benaderingen worden ook steeds minder ingezet voor behandeling van psychotrauma (en ook niet voorgeschreven in richtlijnen).

5b) Welke effecten worden met de interventies beoogd en voor welk type slachtoffer?

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat de verschillende interventies veelal beogen PTSS-symptomen, depressie symptomen en angstsymptomen te verminderen. Ook externaliserend gedrag zoals seksualiserend of agressief gedrag wordt met de interventies getracht te verminderen. De meeste studies uit het literatuuronderzoek richtten zich op behandeling van de gevolgen van seksueel misbruik. De vraag of ook slachtoffers van andere misdrijven vergelijkbaar positieve effecten zouden ondervinden van de interventies, kan daarom niet worden beantwoord. Er lijkt vooralsnog weinig reden om aan te nemen dat dit volstrekt anders zou liggen.

5c) Welke werkzame mechanismen worden in verband gebracht met effectieve interventies voor EGZ-slachtoffers?

Werkzame mechanismen bij de behandeling van gevolgen van psychotrauma zijn: blootstelling aan de herinneringen (exposure), cognitieve herstructurering (anders over denken), en relaxatie (afname van stress, en verhoogde spanning of prikkelbaarheid). Verschillende interventies die binnen de psychologische hulpverlening voorhanden zijn, maken van combinaties van deze elementen gebruik. Er stond niet meer/veel informatie over de werkzame mechanismen in de geïncludeerde studies.

5d) Op welk moment zijn dergelijke interventies het meest effectief? (Moment in tijd en/of moment in het strafproces en/of verwerkingsproces; slachtoffers geven aan dat het verwerkingsproces vaak pas later aanvang neemt en niet voor alle gevallen volgt een strafzaak)

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat de meeste mensen uit zichzelf herstellen na een ingrijpende gebeurtenis en dus geen aanvullende psychologische ondersteuning nodig hebben. De vraag voor SHN is daarom is vooral voor wie wanneer verwijzing nodig is. Tot die tijd volstaat '*watchful waiting*', in de eerste vier tot zes weken na het delict, en is het van belang de alledaagse omstandigheden die herstel bevorderen, sociale steun bijvoorbeeld, (en begeleiding van SHN) ruim baan te geven. Van een posttraumatische stressstoornis kan bijvoorbeeld niet eerder dan een maand na de traumatische gebeurtenis(sen) sprake zijn. In het algemeen varieert de tijd tussen het ontstaan van psychische problemen en het getroffen worden door geweld nogal. Ook andere factoren spelen een rol. Slachtoffers en nabestaanden geven in de interviews zelf aan dat het prettig is als de ondersteuning door SHN zo snel mogelijk na het delict wordt opgestart, en een aantal noemt dat het ook goed zou zijn als ondersteuning ook nog beschikbaar blijft na de afronding van de strafzaak.

6) Hoe verhouden zich de bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur tot de voorzieningen aangeboden door SHN? + 7a) In hoeverre sluit het aanbod van SHN aan bij de wetenschappelijke kennis over evidence-based interventies (gericht op psychisch herstel) voor slachtoffers van geweldsmisdrijven? (Vragen samengevoegd vanwege de overlap)

Zoals ook bij onderzoeksvraag 1b is geschreven, sluit SHN met het aanbod van informeren, normaliseren en *watchful waiting* aan bij de Nederlandse en Europese richtlijnen. Daarnaast wordt in de ondersteuning ook aandacht besteed aan de zelfredzaamheid en de veerkracht van

de cliënt. Voor verdere behandeling van psychische klachten, moet SHN doorverwijzen. Het monitoren van en doorverwijzen bij aanhoudende psychische klachten sluit ook aan bij het *stepped care* principe.

7b) Welke conclusies, de bevindingen overziend, kunnen getrokken worden over de bijdrage die SHN biedt aan het behalen van beleidsdoel 4?

Alle bevindingen overziend, met inachtneming van de beperkingen van de verschillende deelstudies, concluderen we, voor zover de verzamelde gegevens dat toelaten, dat de dienstverlening van SHN bijdraagt aan beleidsdoel 4, namelijk dat slachtoffers die dat nodig hebben, ondersteuning krijgen bij 'het beperken van de schade' als gevolg van een delict. De dienstverlening van SHN komt overeen met de richtlijnen en is *evidence-based*, dat wil zeggen, gebaseerd op de richtlijnen, al kunnen we dus niet zeggen op basis van de data dat de interventie 'effectief bewezen is'. In welke mate cliënten worden doorverwezen hebben wij, door het ontbreken van registratie, niet goed kunnen vaststellen. Er lijkt wel dat casemanagers meer doorverwijzen dan vrijwilligers, (ook uit eerder onderzoek van Van Wijk, 2013) maar casemanagers zien ook ernstigere zaken. Redelijk consistent is de bevinding dat doorverwijzing alleen mag naar de huisarts, of algemene lijstjes van psychologen of advocaten, en dus niet specifieke namen mogen worden genoemd, al gebeurt dat in de praktijk toch wel eens. Mensen die worden doorverwezen krijgen te maken met lange wachtlijsten in de zorg. Lange wachtlijsten in de zorg ligt buiten de invloedsfeer van SHN. Zowel uit interviews met slachtoffers/nabestaanden als met beleidsmedewerkers van SHN blijkt dat er behoefte is aan een overbruggingstraject. Dit duidt op een spanningsveld tussen de dienstverlening en hulpverlening, waarbij SHN eigenlijk niks kan doen, maar wel zou willen doen.

Cliënten zijn grotendeels tevreden, zij waarderen met name het luisterend oor en de informatie die ze hebben ontvangen. (Zeer) ontevreden cliënten zijn er ook, zij hadden behoefte aan een snellere start van de ondersteuning en een langer nazorgtraject daarna. Ook gaven zij aan meer emotionele ondersteuning te willen vanuit SHN. Tot slot is duidelijk geworden dat de dienstverlening intern wordt geëvalueerd, maar dat gebeurt niet gestandaardiseerd noch geregistreerd. In de afgelopen 15 jaar is (een onderdeel van) de dienstverlening meermaals extern geëvalueerd, in opdracht van het WODC.

Beperkingen

Zoals aangekondigd in de introductie en aangestipt in sommige hoofdstukken (bijvoorbeeld specifiek hoofdstuk 6 vragenlijstonderzoek), moeten de resultaten van dit onderzoek in het licht worden gezien van een aantal beperkingen. Allereerst hebben we niet goed zicht kunnen krijgen op de geleverde diensten: de registratie daarvan bleek te summier en ook uit de dossieranalyse kwam hier geen verheldering over. De bevraging van slachtoffers via de vragenlijst is gerealiseerd met een zeer lage respons-rate, wat ernstige vraagtekens zet bij de representativiteit van de bevraagde groep. Hoewel denkbaar is dat die vertekening zowel naar boven (zeer tevreden) als naar beneden (zeer ontevreden) uitwerkt, moeten we bij afwezigheid van kennis over de verhouding daarvan voorzichtig zijn met generalisaties. Zo is 72% van de respondenten van de vragenlijst vrouw, en is 54% slachtoffer/naaste/nabestaande van poging tot moord/doodslag. Deze sample is daarmee niet representatief voor de gemiddelde EGZ-zaak, die zoals uit het dossieronderzoek blijkt bestaat uit 46% vrouw, en 21% moord/doodslag delicten. Zoals ook bleek het slachtoffermonitor onderzoek (Andringa et al, 2017; 316 deelnemers, niet specifiek EGZ), was ook daar de deelnamebereidheid hoger onder vrouwen, ouderen en zij rapporteerden dat mensen die deelnemen aan het onderzoek positiever zijn dan mensen die niet deelnemen. Interviews hebben we met slechts een kleine groep kunnen houden (en die dienden ook een ander doel) dus die bieden in dat opzicht weinig soelaas.

Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen en conclusies, doen we de volgende bescheiden aanbevelingen: De eerste is dat het op basis van de input van slachtoffers/nabestaanden en beleidsmedewerkers wenselijk is om aan nazorg te doen. Twee derde van de geïnterviewde respondenten gaf aan dat de dienstverlening erg abrupt was geëindigd. Sommige respondenten hadden behoefte aan nazorg voor een langere periode. Nazorg kan ook een moment zijn van monitoren, normeren, doorverwijzen of een moment van evaluatie van de dienstverlening van SHN, evaluatie van een doorverwijzing, of bij mensen barrières wegnemen om nog eens contact op te nemen. SHN biedt nu ook al dat cliënten opnieuw contact op mogen nemen, als er nog behoefte is aan contact na een bepaalde periode, maar sommige respondenten vinden die drempel te hoog en sommige cliënten zullen ook niet weten wat SHN nog te bieden heeft. SHN zou de dienstverlening kunnen uitbreiden door cliënten standaard na bijvoorbeeld een aantal maanden nog eens na te bellen.

De tweede aanbeveling heeft betrekking op het gebruik van de registratiesystemen ten behoeve van een eventuele volgende evaluatie. Voor evaluatiedoeleinden bleek in ons onderzoek het interne registratiesysteem CRIS te beperkte informatie te bieden. SHN heeft zelf ook geen objectieve evaluatie gestandaardiseerd. Dat betekent niet dat we aanbevelen dat er een compleet of anders ingericht registratiesysteem zou moeten komen, want het registratiesysteem is er voor de dagelijkse operaties en het volgen van de werkprocessen. Als het doel echter is te evalueren, dan zou dat mogelijk aangevuld kunnen worden met of zelfs in grotere mate gebaseerd op een andere bron zoals een slachtofferpanel. Als de systemen beter gevuld worden, neemt hun bruikbaarheid voor ook evaluatiedoeleinden toe.

De derde aanbeveling heeft betrekking op doorverwijzing. Doorverwijzing valt of staat met samenwerking met andere samenwerkingspartners. Het lukte ons niet een goed beeld te krijgen van de ‘slachtofferreis’ die slachtoffers maken, bij welke organisaties ze na doorverwijzing terecht komen en waar eventuele ‘uitval’ optreedt. We weten dat er samenwerkingsrelaties zijn met Veilig Thuis en Comesha en een netwerk aanpak seksueel geweld in regio Rotterdam-Rijnmond. Een volgende evaluatie zou hier gerichter onderzoek naar kunnen doen om dit beter in beeld te kunnen brengen.

Bijlage A - Overzicht beleidsdocumenten SHN

Onderstaande documenten zijn onderdeel van een uitgebreider geheel aan documenten die ten grondslag liggen aan de dienstverlening van SHN. Vanuit SHN zijn voor de inzichtelijkheid de meest pragmatische documenten aangeleverd, die de meest concrete handvatten voor de dienstverlening beschrijven. De onderstaande documenten bestaan gemiddeld uit 2 à 4 pagina's uitleg over de verschillende vormen van psychosociale ondersteuning, praktische toepassingen, voorbeelden en (soms) wetenschappelijke onderbouwing en zijn een uitwerking van het Beleid Psychosociale Ondersteuning van SHN.

Document	**Jaar update**	**Beschrijving toepassing**
Basishouding medewerker	2016	De kenmerken die centraal staan zijn authentiek en betekenisvol aanwezig zijn, betrouwbaarheid, deskundigheid en daadkracht. Bij betrouwbaarheid komen bijvoorbeeld een open houding en empathie aan bod, bij deskundigheid draait het om de up-to-date kennis van de medewerker en daadkracht gaat over de regie houden en verwachtings- management. Vaardigheden en gedragsvoorbeelden die worden gegeven zijn luisteren, samenvatten, doorvragen, sensitiviteit, klantgerichtheid, integriteit, deskundig, doseren, plannen, organiseren, communicatie
Behoeften	2016	Dit hulpmiddel bespreekt universele en individuele behoeften van cliënten. Wanneer niet in de behoeften van cliënten wordt voorzien, sluit de dienstverlening niet bij hen aan (en is er dus geen sprake van maatwerk) maar kan er ook stress ontstaan. Doel van de dienstverlening is het reduceren van stress. Inzicht in de verschillende

		behoeften, ook van verschillende culturen, geeft de mogelijkheid te zorgen dat in de behoeften voorzien wordt, zodat stress vermindert. Theoretische achtergrond: Piramide van Maslow (westelijke cultuur) en van Pinto (niet-westelijke cultuur) worden besproken. Tot slot worden voorbeelden gegeven van stressoren die tot behoeften kunnen leiden
Checklist in gesprek met de huisarts	2018	Handreiking om de cliënt voor te bereiden op het gesprek met de huisarts. Wanneer een slachtoffer verdere emotionele hulp nodig heeft, ervaart een aantal slachtoffers een 'kale' verwijzing naar de huisarts als een 'van-kastje-naar- de-muur- ervaring'. Slachtofferhulp Nederland doet niet aan diagnostiek, maar kan wel ondersteuning bieden in de vorm van advies.
Doseren	2016	Het hulpmiddel 'doseren' wordt toegepast wanneer meerdere acties/ handelingen verricht moeten worden binnen 1 of meer domeinen (financieel/juridisch; psychisch; lichamelijk en sociaal/maatschappelijk). Samen met de cliënt wordt bepaald welke acties/ handelingen gedaan moeten worden en in welke volgorde. Beginfase: Probleemexploratie: wat speelt er en wat moet er geregeld worden? Prioritering aanbrengen: Wat

		brengt meeste stress? Wat wil de cliënt het eerst oppakken? Wat moet in tijd (juridisch/ praktische) het eerst afgehandeld worden? Verwachtingsmanagement: Waar help je mee (afhankelijk van zelfredzaamheid) Hoe lang blijft dit contact duren (afhankelijk van verloop en meerwaarde SHN) Middenfase: Uitvoering acties op basis van prioritering. Wat kan en wil de cliënt en/of netwerk zelf? Waar helpt de medewerker bij? Terugkoppeling en bespreken voortgang Registratie per actie. Eindfase: Evalueren en afronden. Alle acties afgerond, zo niet dan hoe verder? Met of zonder SHN?
Document	**Jaar update**	**Beschrijving toepassing**
Gedragingen, gedrags- Kenmerken en handvaten voor bejegening	2020	Dit overzicht geeft handvaten voor medewerkers die geconfronteerd worden met bepaalde gedragskenmerken en gedragsuitingen. Het doel van dit overzicht (als ook van de training Uitdagende communicatie) is om op het concreet waarneembare gedrag te reageren met constructieve communicatie. Het gaat pertinent niet over psychische ziektebeelden. Slachtofferhulp Nederland kan en mag géén diagnoses stellen. Wij richten ons uitsluitend op constructieve communicatie over de

		impact van een ingrijpende gebeurtenis, ongeacht vermoedens van verwardheid of psychi(atri)sche ziektebeelden bij het slachtoffer.
Herkennen stressreacties	2016	Dit hulpmiddel geeft de medewerker handvatten voor het herkennen van stress. Stress, of de mate hiervan, dient in elk contact tussen cliënt en medewerker ingeschat te worden. Afhankelijk van de hoeveelheid ervaren stress bij de cliënt wordt de dienstverlening aangepast en/of doorverwijzing aanbevolen. Theoretische achtergrond: Binnen de window of tolerance, is onze spanningsregulatie optimaal. We zijn in balans en zodoende in staat tot sociale, betrokken communicatie. Verwerking is mogelijk. We zijn in staat om oorzaak en gevolg te onderscheiden en in staat om planmatig te handelen en (naar persoonlijke inschatting) af te stemmen op de situatie. We kunnen gedoseerd 'gas geven of remmen'. We kunnen naar onze eigen ervaringen kijken en erop reflecteren. We ervaren de wereld als veilig. Zodra de stress te hoog wordt, komen we buiten ons raam van stresstolerantie terecht. Rationaliteit, vermogen tot waarnemen, ontvankelijkheid voor informatie en reflectie nemen af en we komen in de

		hyperarousal óf de hypoarousal.
Huisbezoeken	2019	Dit hulpmiddel geeft aandachtspunten om een weloverwogen keuze te maken over de effectiviteit en veiligheid van een huisbezoek, alsmede richtlijnen indien je op huisbezoek gaat. De keuze om op huisbezoek te gaan wordt gemaakt op de werkvloer. Hierbij gelden wel enkele aandachtspunten en het is van belang dat de professionele afweging om al dan niet op huisbezoek te gaan een onderwerp van gesprek blijft in de teams. Afhankelijk van de wens van cliënt, de inschatting én veiligheid van de medewerker, en het intercollegiale overleg over deze professionele afweging, wordt de vorm gekozen die het beste aansluit. Maatwerk gaat niet alleen om de plek waar de afspraak gemaakt wordt maar ook om het middel dat ingezet wordt voor communicatie en de

		frequentie van de contacten. Aandachtspunten zijn veiligheid, maatwerk, mogelijkheden cliënt, efficiëntie
Inschatting zelfredzaamheid	2016	Het hulpmiddel ‘inschatting zelfredzaamheid’ beschrijft diverse aspecten waar rekening mee gehouden moet worden als de medewerker samen met de cliënt inventariseert wat de cliënt zelf kan ondernemen om de draad van het leven weer op te pakken en waar ondersteuning bij nodig is. De draagkracht na een ingrijpende gebeurtenis wordt medebepaald door: 1) Eerdere ervaringen en coping en 2) Lichamelijke en psychische gesteldheid. De cliënt maakt deel uit van een sociaal systeem en er is altijd een wederzijdse invloed tussen het individu en de omgeving. Het sociale systeem kan bestaan uit zowel een informeel als een formeel netwerk. Om de zelfredzaamheid en de benodigde hulp samen met de cliënt in kaart te brengen, kan gebruik gemaakt worden van zelfredzaamheid matrix. In deze matrix staan per domein (financieel/juridisch, psychisch, lichamelijk,

		sociaal) 2 a 3 vragen die iets zeggen over de zelfredzaamheid bij te verrichten handelingen binnen de domeinen. Per onderdeel worden een aantal vragen gesteld:
Monitoren	2016	‘Monitoren’ is het waarnemen en verzamelen van informatie over de stand van zaken binnen de 4 domeinen: financieel/ juridisch; psychisch/ emotioneel; fysiek/ lichamelijk en sociaal/ maatschappelijk. Monitoren wordt in elk contact met de cliënt toegepast. Door te monitoren wordt een verandering (of stagnatie) in een situatie duidelijk. Hierop wordt de dienstverlening aangepast. Theoretische achtergrond: *Stepped care*. De *stepped care* interventie is een methodiek die wordt toegepast in de gezondheidszorg en in de psychiatrie. Het heeft als fundamenteel kenmerk dat alle patiënten beginnen met een behandeling van lage intensiteit. Pas als blijkt dat de behandeling niet voldoende is omdat de patiënt niet herstelt, krijgt de patiënt een meer intensieve behandeling aangeboden. Essentieel in dit model is dat de klachten van de patiënten systematisch worden gemonitord zodat tijdig

		bepaald kan worden of een volgende stap nodig is. De eerste stap van het *stepped care* model is *watchful waiting*. Bij *watchful waiting* wordt er met de patiënt afgesproken om nog geen behandeling te starten, maar om eerst af te wachten hoe de symptomen zich ontwikkelen. Een deel van de patiënten met psychische klachten herstelt namelijk spontaan. De duur van de *watchful waiting* periode wordt hier gesteld op 6 weken
Overlevings- reacties, stressreacties en stresshormonen	2020	Dit document beschrijft hoe de natuurlijke stressreacties werken. Bij een ingrijpende gebeurtenis, dan wel een stressvolle situatie, reageert het lichaam automatisch door productie van stresshormonen met bijbehorende stressreacties en -afhankelijk van de mate van ervaren dreiging- overlevingsreacties. Stressreacties zijn vechten, vluchten of verstijven. Wanneer een slachtoffer verstijft of verlamt in een bedreigende situatie kan ook dissociatie voorkomen: men treedt als het ware uit het lichaam, waardoor men er eigenlijk niet bij is.
Psycho- Educatie & normaliseren	2016	Dit hulpmiddel kan worden gebruikt om de cliënt uitleg te geven over welke reacties op kunnen treden na een ingrijpende gebeurtenis. Na een ingrijpende gebeurtenis krijgt het slachtoffer in meer

		of mindere mate te maken met allerlei emotionele en lichamelijke reacties. Deze reacties zijn voor de meeste slachtoffers onbekend en in sommige gevallen daardoor ook beangstigend. Het kan rust geven als je hoort dat de meeste mensen reageren zoals jijzelf reageert en dat de stress doorgaans de eerste dagen, en zeker binnen 6 weken afneemt. Om een slachtoffer inzicht te geven in de mogelijke reacties en in het verloop van het verwerkingsproces kan gebruik worden gemaakt van een schema/model.
Redders driehoek/ dramadriehoek	2020	De dramadriehoek is een methode om meningsverschillen te analyseren en is daarom geschikt voor metacommunicatie: bespreken hoe het contact verloopt; waar er werkelijk gebeurt en hoe het verbeterd kan worden. In de dramadriehoek wordt ervan uitgegaan dat een mens tijdens interacties, één (of meer) van drie posities kan innemen: de Aanklager, de Redder of het Slachtoffer. Op basis van eerlijke en respectvolle metacommunicatie is het mogelijk om de rollen naar constructief gedrag te vertalen. Dan ontstaat de Succesdriehoek
Rouw en verlies	2017	Dit hulpmiddel geeft inzicht in het proces van rouw en biedt handvatten voor de

		dienstverlening. Bij emotioneel herstel na een ingrijpende gebeurtenis kunnen rouw en verlies een belangrijke rol spelen. Als dienstverlener ondersteun je de cliënt bij het zo goed mogelijk verwerken van het verlies en signaleer je of er sprake is van gestagneerde rouw. Rouwtakenmodel van William Worden (2001): Rouwtaak 1: De realiteit (de onomkeerbaarheid van de situatie) onder ogen zien. Rouwtaak 2: Het doorleven, onderkennen en aanvaarden van de pijn en het verdriet. Rouwtaak 3: Aanpassen aan de veranderende realiteit. Rouwtaak 4: De overledene (of de ingrijpende gebeurtenis) emotioneel een plaats geven en het oppakken van de draad van het leven. Na een jaar kan de medewerker overwegen om het slachtoffer door te verwijzen.
Schuld en schaamte	2020	Dit document beschrijft de fenomenen schuld en schaamte en biedt handvatten hoe je als medewerker van Slachtofferhulp Nederland veiligheid kunt bieden om het gesprek hierover aan te gaan met slachtoffers. Schuld en schaamte kunnen het herstel belemmeren. Spreken over schuld en schaamte doet mogelijk ook iets met jou als medewerker
Online dienstverlening	2017	Deze principes komen voort uit het beleid Psychosociale

		ondersteuning (PSO). Het PSO uitgangspunt is: Beter aansluiten op de behoeften, situatie en mogelijkheden van het individuele slachtoffer door maatwerk. Iedere cliënt is immers anders; andere waarden en normen, andere idealen, andere eerdere ervaringen. Daarnaast is iedere situatie/ incident anders. Basishouding/kernwaarden: Betrouwbaar; Deskundig; Daadkracht. Focus op: stressreacties, uitgaan van behoeften, veerkracht en zelfredzaamheid, context en eerdere ervaringen, verwachtingenmanagement, normaliseren, doseren, monitoren
Psychosociale ondersteuning + korte explicitering	2018	Het model voor deze methodische dienstverlening is opgebouwd uit 4 kwarten: 1) Basishouding medewerker: betrouwbaar, deskundig, daadkrachtig; 2) Visie. 2a) Visie slachtofferschap: stressreacties, uitgaan van behoeften, veerkracht en zelfredzaamheid, context en eerdere ervaringen. 2b) Visie dienstverlening: stress reduceren, normaliseren, doseren, monitoren. 3) Vaardigheden: Manieren om contact te maken, gespreksvaardigheden, signalen herkennen, 4) Hulpmiddelen: Intercollegiale afstemming; Training en bijscholing; Naslagwerk;

		Gebruiksvriendelijke registratie; ICT-faciliteiten; Folders en schema's; Teamleider
Verslaglegging cliëntcontact	2018	Inzichtelijk; Actueel; Feitelijk; Volledig; Integraal; Relevant en bondig

Specifiek voor casemanagers:

Document	**Jaar update**	**Beschrijving toepassing**
Drie fasen model	2013	Dit document beoogt de verschillende onderdelen van het ondersteuningsproces door casemanagers inzichtelijk en eenduidig te beschrijven. Met deze indeling kan de voortgang van een dienstverleningsproces gemonitord en begeleid worden door zowel de casemanagers zelf als de teamleider/werkbegeleider. De 3 fasen die worden onderscheiden zijn: 1) verkennen, 2) monitoren, 3) borgen. De eerste fase die aan bod komt is verkennen, waarbij een plan van aanpak wordt gemaakt en de behoeften van de slachtoffers worden geïnventariseerd. De tweede fase is monitoren,

		waarbij in de gaten wordt gehouden hoe het eerder gemaakte plan van aanpak loopt. In deze fase heeft de casemanager een iets minder actieve rol en komen er ook andere interventies voor de slachtoffers aan bod. De derde en laatste fase in het model is de borgingsfase. Daarin is het van belang dat de slachtoffers weten hoe ze verder kunnen zonder ondersteuning van SHN. De duur van de verschillende fasen verschilt per zaak, maar voor de eerste fase geldt een richtlijn van ongeveer drie maanden, de tweede fase loopt tot na onherroepelijk vonnis en de laatste fase is gericht op afronding, daar wordt geen richtlijn voor gegeven. Binnen de fasen is er een duidelijk overzicht van welke concrete taken waar horen en hoe de invulling van de verschillende fasen eruitziet (‘Drie fasen model’).
Handboek casemanagement	2020	1. Inleiding 2. De casemanager 2.1 Doelstelling 2.2 Delictgroepen 2.3 Drie ringen 2.4 Methodiek 2.5 Voorbeelden 3. Overlegvormen 4. Interne en externe ketenpartners 4.1 Casemanagement

		Aanmeldpunt 4.2 Regiomanager 4.3 Aanmelding en Algemene Dienstverlening 4.3 Kennis, Onderzoek & Ontwikkeling: Juridisch 4.4 Familierechercheur (politie) 4.5 Slachtoffercoördinator (Openbaar Ministerie) 4.6 Anderen 5. Checklist per fase bij Levensdelict (LD)-zaken

Bijlage B - Overzicht delicten binnen doelgroep van casemanagers

Directe nabestaanden van één van de volgende delicten[38]:

Art. 141 lid 2 sub 3 openlijke geweldpleging, de dood tot gevolg

Art. 157 lid 3 brandstichting enz., de dood tot gevolg

Art. 181 lid 3 ambtsdwang en wederspannigheid, de dood tot gevolg

Art. 182 lid 2 sub 3 medeplegen ambtsdwang en wederspannigheid, de dood tot gevolg

Art. 252 lid 3 bedwelmende drank, de dood tot gevolg

Art. 255 jo. 257 lid 2 in hulpeloze toestand brengen of laten, de dood tot gevolg

Art. 287 doodslag

Art. 288 doodslag in combinatie met ander strafbaar feit

Art. 289 moord

Art. 290 kinderdoodslag

Art. 291 kindermoord

Art. 296 lid 4 abortus zonder toestemming vrouw, de dood tot gevolg

Art. 300 lid 3 eenvoudige mishandeling, de dood tot gevolg

Art. 301 lid 3 mishandeling met voorbedachten rade, de dood tot gevolg

Art. 302 lid 2 zware mishandeling, de dood tot gevolg

Art. 303 lid 2 zware mishandeling met voorbedachten rade, de dood tot gevolg

Art. 307 dood door schuld

Directe slachtoffers van één van de volgende delicten:

Art. 157 brandstichting met zwaar lichamelijk letsel

Art. 242 verkrachting

Art. 243 seksueel binnendringen van een bewusteloze, onmachtige of gestoorde

Art. 244 seksueel binnendringen van iemand beneden de twaalf jaar

Art. 245 seksueel binnendringen van iemand beneden de zestien jaar

Art. 282, lid 2 opzettelijke vrijheidsberoving met zwaar lichamelijk letsel

Art. 282a gijzeling

Art. 300, lid 2 mishandeling met zwaar lichamelijk letsel

Art. 301, lid 2 mishandeling met voorbedachten rade met zwaar lichamelijk letsel

Art. 302 zware mishandeling

Art. 303 zware mishandeling met voorbedachten rade

Art. 287 jo. 45 poging tot doodslag

Art. 289 jo. 45 poging tot moord

[38] Een zaak van vermissing wanneer er sprake is van een Amber Alert en/of een ernstige verdenking van een misdrijf door de politie behoort ook tot de doelgroep.

Bijlage C – Codeboek analyse interviews professionals

Dienstverlening
Aantal cliënten/zaken
Aanbod dienstverlening
Inhoud dienstverlening
Doel dienstverlening
Criteria dienstverlening
Verschil dienstverlening
EGZ-slachtoffers & nabestaanden
Casemanagement & onbetaalde medewerkers
Type zaken
Verschil regio's
Doorlooptijd
Verbeterpunten
Behoeften slachtoffers
Evaluatie
Evidence-based
Doorverwijzing
Doorverwijzing naar derden

Lijstjes voor doorverwijzen
Aantal doorverwijzingen
Manier van doorverwijzen
Verbeterpunten doorverwijzing
Moment van doorverwijzing
Terugkoppeling doorverwijzing
Overige hulp

Bijlage D – Beschikbare diensten in registratiesysteem SHN

A. Psychosociale ondersteuning
B. Informeren met betrekking tot externe partijen
C. Informeren met betrekking tot herstelbemiddeling
D. Informeren met betrekking tot schadeverhalen met betrekking tot externe partijen
E. Informeren met betrekking tot schadeverhalen met betrekking tot herstelbemiddeling
F. Informeren met betrekking tot schadeverhalen met betrekking tot herstelbemiddeling door Perspectief Herstelbemiddeling
G. Informeren met betrekking tot schadeverhalen met betrekking tot lotgenotencontact binnen SHN
H. Informeren met betrekking tot schadeverhalen via civiele proces
I. Informeren met betrekking tot schadeverhalen via fondsen en regelingen
J. Informeren met betrekking tot schadeverhalen via Schadefonds Geweldsmisdrijven
K. Informeren met betrekking tot schadeverhalen via strafproces
L. Informeren met betrekking tot schadeverhalen via verzekering
M. Informeren met betrekking tot praktische zaken
N. Informeren met betrekking tot verwerkingsproces
O. Informeren met betrekking tot slachtofferrechten
P. Informeren met betrekking tot strafproces
Q. Doorverwijzen gesprekken derden
R. Emotionele ondersteuning tijdens zitting
S. Juridische bijstand tijdens zitting
T. Ondersteuning bij Spreekrecht/Schriftelijke Slachtofferverklaring
U. Schadeverhalen via Schadefonds Geweldsmisdrijven
V. Ondersteuning inzetten beschermingsmaatregelen
W. Ondersteuning klachtenprocedure
X. Advies OM
Y. Schadeverhalen via verzekeringen en fondsen
Z. Lotgenotencontact
AA. Schadeverhalen via strafproces

Bijlage E - Complete hoofdstuk vragenlijstonderzoek

Inleiding

Het doel van het vragenlijstonderzoek is slachtoffers en nabestaanden te bevragen over de dienstverlening die ze van SHN hebben ontvangen. Daarbij staat de dienstverlening van SHN, de doorverwijzing door SHN en de ontvangen hulp buiten SHN centraal.

Methode

Respondenten

De beoogde respondenten waren mensen die tussen 2017 en 2020 in contact zijn geweest met SHN omdat zij ofwel slachtoffer waren van een verkrachting, zware mishandeling of poging tot moord of doodslag, ofwel omdat zij een nabestaande waren van een dodelijk slachtoffer van een moord of doodslag, ofwel omdat zij een naaste waren van een (dodelijk) slachtoffer van eerdergenoemde delicten. De ondersteuning door SHN moest zijn afgerond. De respondenten zijn middels brieven benaderd. SHN heeft een adressenlijst opgesteld, de brieven geprint en verzonden.

Vragenlijst

Er is gebruik gemaakt van een korte vragenlijst van 12 vragen (zie Bijlage I). De vragenlijst is bij acht personen gepilottest, waaronder twee mensen die gebruik hebben gemaakt van de dienstverlening van SHN. Er werd gevraagd naar enkele demografische gegevens en de mening over de dienstverlening en doorverwijzing door Slachtofferhulp Nederland. De mening werd bevraagd door middel van rapportcijfers en een open vraag. Ook werd gevraagd of en zo ja naar wie de respondenten zijn doorverwezen door SHN. Daarnaast werd er een uitnodiging voor deelname aan de focusgroepen of interviews bijgevoegd in de vragenlijst.

Procedure

In juni 2021 zijn 1000 respondenten benaderd met de vraag tot deelname aan het onderzoek. In de uitnodigingsbrief ontvingen zij de link en QR-code naar de online vragenlijst. De helft van de brieven was verstuurd naar cliënten die ondersteuning hebben gehad van een casemanager vanaf 2018 of 2019, de andere helft naar cliënten die ondersteuning hebben gehad van een vrijwillige medewerker van SHN vanaf 2018 of 2019. Dit leidde tot n=39 ingevulde

vragenlijsten. Deze dermate lage respons (het oorspronkelijk doel was 250 respondenten te bevragen) was niet genoeg om generaliseerbare uitspraken over te doen.

In juli 2021 zijn daarom nogmaals 1039 respondenten benaderd, waarvan alle overgebleven casemanagementzaken uit 2017, 2018 of 2019 (n= 322 cliënten) en 717 cliënten van vrijwillige medewerkers uit 2018, 2019 of 2020. Aanvullend aan de uitnodigingsbrief met link en QR-code naar de online vragenlijst, kregen zij ook een papieren vragenlijst met retourenvelop opgestuurd. De papieren vragenlijst werd toegevoegd in de hoop dat meer mensen zouden reageren omdat het laagdrempeliger zou zijn om de vragenlijst in te vullen. Ook is er een non-respons formulier in de envelop bijgevoegd. Op dit formulier konden respondenten aangeven wat de reden van het niet deelnemen aan de vragenlijst was (zie bijlage J). Op deze manier kon bijgehouden worden wat voor mensen de overweging was om niet deel te nemen aan het onderzoek. Deze tweede wervingsronde leverde n=50 vragenlijsten op. Het totaal aantal respondenten kwam hiermee op n=89 te liggen.

Om in ieder geval een minimale respons van n=100 te verzamelen, is in september 2021 een derde zending van 1000 brieven verstuurd. Aangezien de volledige pool met meest recente (2017, 2018, 2019) afgesloten casemanagementzaken al was benaderd, hebben we in de derde ronde alleen de meest recente cliënten die zijn bijgestaan door vrijwillige medewerkers uit 2020. Omdat de papieren vragenlijst niet veel meer extra respons had opgeleverd, is in de derde ronde volstaan met alleen een digitale versie. Ook bij deze ronde hadden cliënten de optie om een non-respons formulier in te vullen. Tenslotte is in september 2021 ook een post geplaatst op de *social media* (LinkedIn, Facebook en Twitter) van SHN met de oproep om de vragenlijst in te vullen, met een link naar de vragenlijst. Naar aanleiding van deze oproep hebben 19 respondenten de vragenlijst ingevuld.

Data-analyse

Er zijn descriptieve analyses uitgevoerd over de demografische gegevens van de respondenten, de duur van de ondersteuning, welk type dienstverlener, doorverwijzingen en de ontvangen hulp en de tevredenheid over de dienstverlening van SHN. Ook is de samenhang tussen een aantal variabelen (geslacht, leeftijd, delict, type cliënt, type dienstverlener) en doorverwijzing onderzocht, de samenhang tussen de verschillende rapportcijfers over de tevredenheid, en de verschillen tussen de tevredenheid over dienstverlening van een casemanager of van een

vrijwillige medewerker te onderzoeken. De reacties op de open vragen zijn gecategoriseerd en geanalyseerd. Alleen de significante resultaten worden besproken.

Resultaten

Respondenten

Van de eerste batch van 1000 brieven aan cliënten, zijn er 58 brieven onbezorgd retour gekomen, met redenen zoals: woont niet meer op dit adres of geen brievenbus. In totaal vulden 39 respondenten de vragenlijst volledig in (34 casemanagementzaken; vijf cliënten van vrijwillige medewerkers). Dat geeft een respons-rate van 4%.

Bij de tweede batch van de 1039 benaderde cliënten zijn er 37 brieven onbezorgd retour teruggekomen. De online vragenlijst is ingevuld door 15 respondenten (acht cliënten van casemanagers; zeven cliënten van vrijwillige medewerkers). 38 respondenten hebben de papieren vragenlijsten ingevuld, waarvan drie zijn geëxcludeerd omdat ze minder dan de helft hadden ingevuld.[39] De respons-rate van de tweede zending brieven was 4,8%.

Bij de derde zending van nogmaals 1000 brieven, zijn er 18 onbezorgd retour gekomen. Zeven respondenten hebben de vragenlijst ingevuld, dat geeft een respons-rate van 0,7%. De vragenlijst die via *social media* is verspreid, is door 19 respondenten ingevuld. In totaal zijn er ruim 3000 brieven verstuurd en 115 vragenlijsten ingevuld (Tabel 6). De totale respons rate op de huidige vragenlijst is slechts 4%. In eerder vragenlijstonderzoek, uitgezet door SHN, werd een respons rate van 25% behaald. Het is gezien onze lage respons rate zeer waarschijnlijk dat onze steekproef te leiden heeft onder selectiebias heeft, waardoor geen generaliseerbare uitspraken gedaan kunnen worden. Er zijn 58 non-respons formulieren teruggezonden (46 papieren; 12 online).

Tijdens de analyse, zijn in totaal 13 vragenlijsten verwijderd (drie respondenten zonder persoonlijke relatie met het slachtoffer (getuige, voorbijganger die BHV verleende, hulpverlener); twee respondenten waarbij het delict geen/niet duidelijk EGZ is (aanvraag Schadefonds Geweldsmisdrijven (SGM), mishandeling en vernieling fiets); zeven respondenten waarbij niet duidelijk is of het een misdrijf betreft (overlijden in buitenland, dodelijk verkeersongeval, bedrijfsongeval); één respondent waarbij delict niet aangegeven wordt (geeft ‘niet’ aan bij anders)).

[39] Bij de papieren vragenlijst, bijgevoegd bij de tweede zending brieven, was het niet mogelijk om te achterhalen of cliënten ondersteuning hadden gehad van een casemanager of vrijwillige medewerker.

Tabel 6. Respondenten

Vragenlijst	**Modus**	**Dienstverlener**	**N ingevuld**	**N geïncludeerd**
Batch 1	online	casemanagers	34	29
		onbetaalde medewerkers	5	5
Batch 2	online	casemanagers	8	8
		onbetaalde medewerkers	7	6
	papier	combinatie	35	30
Batch 3	online	onbetaalde medewerkers	7	7
	social media	combinatie	19	17
Totaal			**115**	**102**

Van de respondenten was 71,6% vrouw en 28,4% man. Bijna de helft van de respondenten was slachtoffer van een delict (49,5%), ook gaf een groot deel aan directe familie of de partner van het slachtoffer te zijn (44,6%). 6 respondenten (5,9%) gaven aan niet in een van die categorieën te passen, zij gaven aan dat ze een verder familielid (n=2), mantelzorger (n=1), ex-partner (n=2) of vriendin (n=1) van het slachtoffer waren. De grootste groep respondenten was slachtoffer, nabestaande of naaste van een slachtoffer van een (poging tot) moord/doodslag (53,9%), gevolgd door seksueel geweld (25,5%) en zware mishandeling (12,7%). Ook geeft 1 respondent aan slachtoffer te zijn geworden van vrijheidsberoving (1,0%). Bij ‘ander delict’ (6,9%) werd

aangegeven dat mensen slachtoffer waren geworden van een aanslag of meerdere delicten.

Dienstverlening

De meeste respondenten zijn destijds door SHN benaderd (46,0%), ook hebben anderen hen op SHN gewezen (16,0%), was SHN aanwezig na het delict (14,0%) of hebben zij zelf contact opgenomen met SHN (9,0%). Een klein deel van de respondenten (4,0%) weet niet meer hoe de aanmelding is gegaan en 11 respondenten geven aan dat het anders is gelopen, zij gaven allen aan dat de politie hen heeft aangemeld bij SHN. Het grootste deel gaf vervolgens aan maar éénmalig contact te hebben gehad met SHN (27,7%) of tot drie maanden contact (18,8%). De grootste groepen daarna zijn 1-2 jaar contact (16,8%) en 6-12 maanden contact (12,9%). Kleinere groepen hadden 3-6 maanden (9,9%) of langer dan 2 jaar contact (7,9%). Ook weet een klein deel (5,9%) niet meer hoe lang de ondersteuning bij SHN duurde.

Van 47 respondenten (46,1%) is het niet bekend of zij ondersteuning ontvingen van een casemanager of een onbetaalde medewerker. Van de overige respondenten ontvingen 37 ondersteuning van een casemanager (36,3%) en 18 van een onbetaalde medewerker (17,6%).

Tabel 7. Demografische variabelen respondenten (n=102)

Categorie	**Subcategorie**	**N**	**%**
Geslacht	Vrouw	73	71,6
	Man	29	28,4
Leeftijd	Jonger dan 20 jaar	5	4,9
	21-30 jaar	16	15,7
	31-40 jaar	13	12,7
	41-50 jaar	14	13,7
	51-60 jaar	27	26,5
	61-70 jaar	19	18,6

	Ouder dan 70 jaar	8	7,8
Slachtoffertype	Slachtoffer	50	49,5
	Directe familie of partner[40]	45	44,6
	Anders	6	5,9
Delict	Seksueel geweld	26	25,5
	Zware mishandeling	13	12,7
	(Poging tot) moord/doodslag	55	53,9
	Vrijheidsberoving	1	1,0
	Ander delict (aanslag of meerdere delicten)	7	6,9
Aanmelding	SHN heeft mij benaderd	46	46,0
	Iemand anders heeft mij gewezen op SHN	16	16,0
	SHN was aanwezig na het delict	14	14,0
	Ik heb zelf contact opgenomen met SHN	9	9,0
	Weet ik niet	4	4,0
	Anders	11	11,0
Duur ondersteuning	Eenmalig	28	27,7

[40] 39 van deze respondenten waren bij SHN geweest na een (poging tot) moord/doodslag. Twee van hen kwamen in verband met een zedenmisdrijf, twee in verband met een zware mishandeling en twee voor een ander delict.

	Tot 3 maanden	19	18,8
	3-6 maanden	10	9,9
	6-12 maanden	13	12,9
	1-2 jaar	17	16,8
	Langer dan 2 jaar	8	7,9
	Weet ik niet	6	5,9
Dienstverlener	Casemanager	37	36,3
	Onbetaalde medewerker	18	17,6
	Onbekend	47	46,1

Tevredenheid

Respondenten gaven hun tevredenheid aan door rapportcijfers te geven op een schaal van 1-10 over de houding van de medewerker, de emotionele ondersteuning, de praktische ondersteuning en de juridische ondersteuning. Tevredenheid is rechtsscheef verdeeld. Het gemiddelde cijfer voor de *houding van de medewerker* was een 7,8 (SD=2,60); 34,7% van de respondenten waardeert de houding met een 10; 17,3% geeft een 5 of lager. Voor de *emotionele* ondersteuning gaven de respondenten gemiddeld een 7,6 (SD=2,72), 31,9% gaf de emotionele ondersteuning een 10; 21,3% geeft een 5 of lager. De *praktische* ondersteuning scoorde gemiddeld een 7,5 (SD=3,01) en werd door 38% met een 10 en door 22,8% met een 5 of lager gewaardeerd. De *juridische* ondersteuning scoorde een 7,1 (SD=3,18); 32,9% van de respondenten gaf de juridische ondersteuning een 10 en 27,6% gaf een 5 of lager. De onderlinge samenhang tussen de verschillende rapportcijfers is erg hoog en de correlaties liggen tussen de r=0,876 en de r=0,941.

Doorverwijzing en ontvangen hulp

In totaal gaven 60 respondenten (58,8%) aan doorverwezen te zijn naar één of meerdere

hulpverleners of –instanties, 40 respondenten (39,2%) gaven aan dat zij niet zijn doorverwezen en twee respondenten (2,0%) wisten het niet meer zeker (Tabel 8). Ongeveer een derde van de respondenten (31,3%) geeft aan te zijn doorverwezen naar een psycholoog, een slachtofferadvocaat (31,6%) en/of de huisarts (28,7%).

17 respondenten (16,7%) gaven aan dat ze geen hulp hebben ontvangen. Meer dan de helft van de respondenten ontvangt hulp van hun eigen netwerk (56,9%), ook wordt er vaak hulp geboden door een psycholoog (38,2%) en de huisarts (32,4%). Respondenten ontvangen minder vaak hulp van Veilig Thuis (19,6%), een slachtofferadvocaat (11,8%) en Centrum Seksueel Geweld (3,9%). Respondenten hadden geen hulp ontvangen van een seksuoloog (Tabel 8).

Tabel 8. Doorverwijzing en ontvangen hulp (n=102)

Hulpverlener/-instantie	**Doorverwijzing; n (%)**	**Ontvangen hulp; n (%)**
Huisarts	32 (31,4)	33 (32,4)
Psycholoog	34 (33,3)	39 (38,2)
Slachtofferadvocaat	36 (35,3)	12 (11,8)
Seksuoloog	1 (1,0)	-
Veilig Thuis	5 (4,9)	20 (19,6)
Centrum Seksueel Geweld	3 (2,9)	4 (3,9)
Eigen netwerk	-	58 (56,9)
Anders	12 (11,8)	21 (20,6)

Totaal (tenminste één doorverwijzing/hulp ontvangen)	60 (58,8)	85 (83,3)

12 respondenten gaven aan dat zij naar andere instanties/hulpverleners zijn doorverwezen dan die op de lijst stonden, zoals het Schadefonds Geweldsmisdrijven, de politie, de GGZ, GGD, letselschadeadvocaat, lotgenotencontact, en de begrafenisondernemer.

21 personen gaven nog aan hulp te hebben gehad van één of meer anderen: de politie (n=4), bedrijfsarts (n=3), GGZ (n=2), Geestelijke Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening voor doven en slechthorenden (n=1), Fier (n=1), de kerk (n=1), wijkteam (n=2), specifieke therapeuten (psychosociaal, EMDR, haptonoom) (n=3), Duits Openbaar Ministerie (n=1), Duitse Slachtofferhulp (n=1), ARQ Centrum '45 (n=1), daklozenopvang (n=1), Blauwe Maan (n=1) en 'zelf aangezochte personen' (zonder specificatie) (n=1).

Goede praktijken

In open vragen werden respondenten gevraagd aan te geven wat er goed was aan de ondersteuning door SHN en waar nog verbeterpunten zaten. Als goede punten wordt voornamelijk de dienstverlening van SHN in het algemeen genoemd (n=72), het advies dat ze krijgen, de bereikbaarheid, de actieve benadering, laagdrempeligheid, vrijblijvendheid en dat het gratis is. Ook worden veel complimenten gegeven over de medewerkers (n=38), hun professionaliteit en empathie, betrokkenheid en begrip. Daarnaast wordt de psychosociale ondersteuning vaak genoemd (n=26), het luisterend oor (n=21), de uitleg over het verwerkingsproces en het doorvragen. Verder wordt de praktische ondersteuning die SHN kan bieden 11 keer genoemd, hulp bij contact met derden (bijv. politie), hulp met verschillende papieren (bijv. van het OM) en hulp bij het aanvragen van een schadevergoeding. De juridische ondersteuning wordt zes keer genoemd, vooral de uitleg over het juridische proces en de ondersteuning bij rechtszaken. Tenslotte wordt de doorverwijzing als een goed punt ervaren (n=5), waarbij de goede kennis van de sociale kaart en het wijzen op het belang van een slachtofferadvocaat wordt genoemd. Negen respondenten gaven aan geen enkel goed punt over SHN te kunnen noemen.

Verbeterpunten

41 respondenten noemen verbeterpunten voor de ondersteuning door SHN in het algemeen, voornamelijk dat ze het fijn zouden vinden als SHN voor een langere tijd eens in de zoveel tijd contact op zou nemen met de cliënt om het nazorg traject te verlengen. Ook wordt het nakomen van afspraken genoemd, het complete aanbod dat SHN kan bieden duidelijk maken en een samenwerking met Centrum Seksueel Geweld wordt voorgesteld.

Ook worden een aantal verbeterpunten genoemd specifiek voor de medewerkers (n=10), zoals een meer betrokken en inlevende houding en betere afstemming op cliënt (bijv. geen mannelijke medewerker bij een zedenzaak). Vier personen geven aan dat er veel verschil tussen de medewerkers zit, waardoor het contact met de een heel goed loopt en met de andere niet. Ook werd door vier respondenten aangegeven dat SHN gemaakte afspraken niet nakwam, bijvoorbeeld door niet terug te bellen. Daarnaast gaf een respondent aan zich niet serieus genomen te voelen.

Verbeterpunten met betrekking tot de doorverwijzing waren dat er meer doorverwezen zou moeten worden en dat er gerichter hulp moet worden geboden bij het kiezen van een geschikte slachtofferadvocaat. Verbeterpunt voor de psychosociale ondersteuning was dat medewerkers meer zouden moeten doorvragen (n=2). Zes respondenten geven aan dat alles verbeterd zou moeten worden. Door 46 respondenten wordt aangegeven dat ze geen verbeterpunten kunnen bedenken.

Non-respons

Het non-respons formulier is door 58 respondenten ingevuld, negen van hen vulden meerdere redenen voor niet deelnemen in (Tabel 9).

Tabel 9. Non-respons (n=58)

Reden	**n**
Ondersteuning is te lang geleden	13
Geen mening over SHN	7

Vragenlijst brengt pijnlijke herinneringen naar boven	14
Niet voor mij bedoeld	7
Geen interesse in deelname wetenschappelijk onderzoek	11
Anders	16

Bij de optie ‘anders’ werd 11 keer aangegeven dat de respondenten geen gebruik hebben gemaakt van het hulpaanbod van SHN. Er werd vier keer aangegeven dat ze ontevreden waren over SHN en om die reden de vragenlijst niet in wilden vullen. Eén respondent gaf aan te twijfelen aan de vertrouwelijkheid en anonimiteit van het invullen van de vragenlijst en daarom de vragenlijst niet in te willen vullen.

Conclusie

Het doel van dit vragenlijstonderzoek was inzicht te krijgen in wanneer en waarnaartoe slachtoffers worden doorverwezen. Wanneer weten we niet op basis van de vragenlijst. De resultaten laten zien dat de slachtoffers het meest door worden verwezen naar de slachtofferadvocaat, de psycholoog en de huisarts. Ook is onderzocht welke hulp slachtoffers ontvangen, daarbij geeft meer dan de helft van de respondenten aan steun te hebben ontvangen van hun eigen netwerk, ruim een derde noemt de psycholoog en een derde noemt de huisarts. Een klein deel van de respondenten geeft aan geen enkele vorm van hulp te hebben ontvangen.

Op de vragen in welke mate SHN met het eigen hulpaanbod en doorverwijzing voldoet aan de wensen van slachtoffers (en of slachtoffers om hulp vragen die niet geleverd kan worden) komt een minder eenduidig antwoord naar voren. Respondenten waren zowel zeer tevreden (en geen verbeterpunten) als zeer ontevreden (geen goede punten). De rapportcijfers laten zien dat er een ruim voldoende positief gemiddelde op de ondersteuning wordt gegeven en dat de respondenten de verschillende gebieden van ondersteuning (houding medewerker, psychosociale, juridische en praktische ondersteuning) vaak op dezelfde manier waarderen. Ook laat de verdeling van de cijfers zien dat een grote groep respondenten zeer tevreden is over

de ondersteuning. Vooral het luisterend oor en de professionele houding van de medewerkers wordt gewaardeerd. Een verbeterpunt dat meermaals wordt genoemd is een (pro)actievere houding van SHN, waarbij voor een langere tijd in de gaten wordt gehouden hoe het met een cliënt gaat, en dat SHN eerder zou moeten doorverwijzen.

Wat verder opvalt is dat er vaak wordt doorverwezen naar een psycholoog, terwijl uit het beleid van SHN en de interviews met beleidsmedewerkers blijkt dat SHN enkel doorverwijst naar de huisarts (casemanagers kunnen na doorverwijzing door huisarts wel ondersteunen bij het zoeken van een geschikte therapeut). Daarnaast blijkt dat de slachtofferadvocaat weinig wordt genoemd in de ontvangen hulp, terwijl daar wel vaak naar wordt doorverwezen. Dat geldt andersom voor Veilig Thuis, daar wordt maar heel weinig naar doorverwezen door SHN, maar relatief veel respondenten ontvangt hulp van Veilig Thuis. Ook is het percentage dat wordt doorverwezen naar Centrum Seksueel Geweld en daar hulp ontvangt erg laag, terwijl er wel een groot deel zedenslachtoffers onder de respondenten was.

Opvallend is ook dat sommige thema's zowel als goede praktijk als ook verbeterpunt werd genoemd, bijv. de bereikbaarheid van SHN en de betrokkenheid van de medewerker.

Beperking

De serieuze beperking van deze deelstudie is de lage respons-rate (4%), en daarmee waarschijnlijke selectiebias. Selectiebias ondermijnt de representativiteit van de steekproef. Het lijkt erop dat er veel heel positieve en een aantal heel negatieve cliënten hebben deelgenomen aan het onderzoek. Ook suggereert het non-respons onderzoek dat de ondersteuning te lang geleden is, of dat mensen geen ondersteuning hebben ontvangen, maar ook dat de vragenlijst pijnlijke herinneringen opriep, of dat men geen interesse had in deelname aan wetenschappelijk onderzoek. Gezien de lage respons, moeten de resultaten voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Bijlage F – *Topic list* interviews slachtoffers/nabestaanden

Ondersteuning door SHN (algemeen)

- Hoe is de ondersteuning door SHN ervaren
- Hoe terechtgekomen bij SHN?
- Hoe lang bij SHN
- Informatie helder?
- Tevreden?
- Tips m.b.t. ondersteuning door SHN?

Psychosociale ondersteuning

- Past het aanbod bij de behoeften van slachtoffers?
- *Watchful waiting*
- Normaliseren/uitleg over stressreacties
- Verminderen van angstgevoelens
- Sluit dit aan bij de ervaring van slachtoffers?
- Tevreden?
- Mist er iets?
- Tips m.b.t. psychosociale ondersteuning?

Doorverwijzen

- Hoe is de eventuele doorverwijzing gelopen?
- Na hoeveel gesprekken/weken doorverwezen?
- Naar wie doorverwezen
- Op tijd, te snel, te laat?
- Hoe werd doorverwezen? (korte informatie over instantie, hulp met contact leggen, etc.)
- Reden van doorverwijzing helder?
- Tevreden?
- Tips m.b.t. doorverwijzen?

Bijlage G – Codeboek analyse interviews slachtoffers/nabestaanden

Algemeen	**Psychosociale ondersteuning**	**Doorverwijzing**
Aanmelding	Inhoud	Doorverwijzing
Duur ondersteuning	Verbeterpunten	Moment doorverwijzing
Communicatie	Tevredenheid	Manier van doorverwijzen
Tevredenheid		Communicatie rondom doorverwijzing
Verbeterpunten		Tevredenheid
Evaluatie		Verbeterpunten

Bijlage H - Zoekstrategie literatuuronderzoek

Victim AND (violent OR sexual OR murder OR rape OR crime)

AND treatment OR clinical OR psychotherapy OR therapy OR intervention OR counseling OR effect OR guideline OR CBT OR EMDR OR watchful waiting OR support groups

AND PTSD OR anxiety OR depression OR mental health

AND systematic review OR meta-analysis

Bijlage I – Vragenlijst slachtoffers/nabestaanden

Toestemmingsformulier voor deelname aan onderzoek

We vragen hierbij of u mee wilt doen aan dit onderzoek, lees onderstaande informatie daarom goed:

- Ik ben 18 jaar of ouder.
- Ik begrijp het doel van het onderzoek, zoals dat in de informatiebrief is uitgelegd.
- Ik wil meewerken aan het onderzoek, dit doe ik door het invullen van de vragenlijst.
- Ik snap dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen of te stoppen met het onderzoek. Dit kan ik doen door de internetbrowser (het scherm) te sluiten. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
- De antwoorden zullen via beveiligde software worden verzameld en opgeslagen. Dit betekent dat niemand anders dan de onderzoekers de gegevens kunnen inzien. Mijn antwoorden zullen ook onherkenbaar zijn. Niemand, ook de onderzoeker niet, weet dat de antwoorden van mij zijn.
- De onderzoekers houden zich aan regels over data- en privacybescherming en de Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit (VSNU). Mijn toestemming en verzamelde gegevens worden bewaard volgens de ‘bewaartermijn persoonsgegevens wetenschappelijk onderzoek’ voor een periode van 10 jaar na afloop van het onderzoek. Tot september 2021 mag u altijd uw toestemming bekijken, aanpassen of intrekken. Als u toch niet meer mee wilt doen, of u wilt niet dat wij uw gegevens gebruiken, dan kunt u dat altijd laten weten aan de onderzoekers. Daarvoor kunt u contact opnemen met onderzoeker Marleen Kragting.
- Ik begrijp dat voor dit onderzoek ethisch advies is gekregen van het CERCO (commissie Ethiek Rechtswetenschappelijk & Criminologisch Onderzoek) en de functionaris gegevensbescherming van het NSCR. Deze commissie gaat na of het onderzoek goed zal worden uitgevoerd, en alle regels goed naleeft.

Geef hieronder aan dat u mee wil werken aan het onderzoek

- Ja, ik wil meedoen aan het onderzoek. Ik heb het toestemmingsformulier gelezen en stem met de inhoud in.

Mocht u niet mee willen werken aan het onderzoek, verzoeken wij u het non-respons formulier in te vullen en naar ons te retourneren middels de retourenvelop.

Bent u slachtoffer of een bekende van het slachtoffer?

- Slachtoffer
- Directe familie of partner
- Anders namelijk _____

Wat is uw leeftijd?

- Jonger dan 20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- 61-70
- Ouder dan 70

Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw
- Anders

Hoe bent u bij Slachtofferhulp Nederland terecht gekomen?

- Slachtofferhulp Nederland heeft mij benaderd
- Iemand anders heeft mij gewezen op Slachtofferhulp Nederland
- Slachtofferhulp Nederland was aanwezig na het delict
- Ik heb zelf contact opgenomen met Slachtofferhulp Nederland
- Weet ik niet
- Anders namelijk _____

Voor welk delict bent u in contact geweest met Slachtofferhulp Nederland?

- Seksueel geweld
- Zware mishandeling
- (Poging tot) doodslag of moord
- Anders namelijk _____

Hoe lang heeft u ondersteuning gehad van Slachtofferhulp Nederland?

- Eenmalig
- Tot 3 maanden
- 3-6 maanden
- 6-12 maanden
- 1-2 jaar
- Langer dan 2 jaar
- Weet ik niet

Welk rapportcijfer (op een schaal van 1 tot en met 10) zou u geven aan de verschillende onderdelen van de ondersteuning van Slachtofferhulp Nederland? (1 zeer slecht, 10, uitmuntend)

Mocht u de ondersteuning niet ontvangen hebben, vul dan 'niet van toepassing' in

	Cijfer
Houding van de medewerker. Daaronder verstaan wij bijvoorbeeld: - Nakomen van afspraken - Beantwoorden van vragen - Communicatie met de medewerker - Behulpzaamheid van de medewerker	
Emotionele ondersteuning. Daaronder verstaan wij bijvoorbeeld: - Informatie over verwerking van het misdrijf en emotionele nasleep - Luisterend oor - Aandacht voor eventuele fysieke en mentale klachten - Doorverwijzen naar andere hulp(instanties) of lotgenotencontact	
Praktische ondersteuning. Daaronder verstaan wij bijvoorbeeld: - Het invullen van formulieren - Hulp bij een aanvraag bij het Schadefonds Geweldsmisdrijven - Contact opnemen met derden - Informeren over omgaan met de media	

Juridische ondersteuning. Daaronder verstaan wij bijvoorbeeld: - Informeren over het politieonderzoek - Informeren over het strafproces - Bijstaan tijdens het strafproces - Hulp bij het schrijven van de schriftelijke slachtofferverklaring of het spreekrecht	

Bent u door Slachtofferhulp Nederland doorverwezen naar *onderstaande* specialist/ instantie?

Onder doorverwijzen verstaan wij ook het adviseren vanuit de medewerker om contact op te nemen met een specialist/instantie.

	Ja	**Nee**	**Weet ik niet**
Huisarts			
Psycholoog			
Seksuoloog			
Centrum Seksueel Geweld			
Veilig Thuis			
Slachtofferadvocaat			

Heeft Slachtofferhulp Nederland u nog naar een *andere* specialist/instantie doorverwezen dan hierboven genoemd? Zo ja, naar wie/welke instantie?

_____

Ontving u naast de begeleiding van Slachtofferhulp Nederland nog andere hulp? Kies alle voor u geldende mogelijkheden

- o Huisarts
- o Psycholoog
- o Seksuoloog
- o Veilig Thuis
- o Centrum Seksueel Geweld
- o Slachtofferadvocaat
- o Uw eigen sociale netwerk (familie, vrienden)
- o Nee
- o Anders, namelijk

_____

Wat vond u goed aan de dienstverlening en/of het doorverwijzen door Slachtofferhulp Nederland?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Wat zou Slachtofferhulp Nederland beter kunnen doen? Denk dan vooral aan de dienstverlening en/of doorverwijzen.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Bijlage J – Non-respons formulier

Wij zijn benieuwd naar de reden voor uw besluit om niet deel te nemen aan het onderzoek. Met behulp van uw antwoord kunnen we in vervolgonderzoek beter inschatten wie we kunnen benaderen voor deelname.

Zou u hieronder de reden willen aankruisen, die het dichtst bij uw reden om niet deel te nemen ligt? U kunt ook zelf uw reden toelichten, bij ‘anders, namelijk’.

o Ondersteuning van Slachtofferhulp Nederland is te lang geleden
o Geen mening over de ondersteuning van Slachtofferhulp Nederland
o De vragenlijst brengt pijnlijke herinneringen naar boven
o De vragenlijst is niet voor mij bedoeld
o Geen interesse in deelname aan wetenschappelijk onderzoek
o Anders, namelijk _____

Hartelijk dank voor uw reactie!

Bijlage K - Referenties

Andringa, W., Klein Kranenburg, L. Bouwmeester, J. Ten Doeschot, F. (2017). Slachtoffermonitor – tweede meting. Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum, Ministerie van Veiligheid en Justitie.

American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5th ed) (DSM-5). Washington DC: Author

Arroyo, K., et al. (2017). "Short-Term Interventions for Survivors of Intimate Partner Violence: A Systematic Review and Meta-Analysis." Trauma Violence Abuse 18(2): 155-171.

Bisson, J. & Tavakoly, B. (2008). The TENTS Guidelines. For Psychosocial Care Following Disasters and Major Incidents. The European Network for Traumatic Stress. Geraadpleegd van: https://www.estss.org/uploads/2011/04/TENTS-Full-guidelines.pdf

Bisson, J. I., Tavakoly, B., Witteveen, A. B., Ajdukovic, D., Jehel, L., Johansen, V. J., et al. (2010). TENTS guidelines: Development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi Process. British Journal of Psychiatry, 196, 6974.Corcoran, J. and V. Pillai (2008). "A meta-analysis of parent-involved treatment for child sexual abuse." Research on Social Work Practice 18(5): 453-464.

Dekker, S. (2021, 9 november). Zorg aan slachtoffers seksueel geweld. [Kamerbrief]. Geraadpleegd van: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/11/09/tk-zorg-aan-slachtoffers-seksueel-geweld

Dekkers, S., Jansen, M. & Homburg, G. (2006). Procesanalyse doorverwijzing van politie naar slachtofferhulp. Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum, Ministerie van Veiligheid en Justitie.

Ehring, T., et al. (2014). "Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse." Clin Psychol Rev 34(8): 645-657.

Fundamental Rights Agency (2019). Proceedings that do justice. Justice for victims of violent crime. Part II.

Impact. (2014). Multidisciplinaire Richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises. Geraadpleegd van : https://www.impact-kenniscentrum.nl/sites/default/files/domain-26/documents/richtlijn-psh-26-1433751010381977863.pdf

Jansen, M., Koffijberg, J. & Homburg, G. (2008). Doorverwijzing door Slachtofferhulp. https://www.wodc.nl/binaries/volledige-tekst_tcm28-69700.pdf

Hameed, M., et al. (2020). "Psychological therapies for women who experience intimate partner violence." Cochrane Database of Systematic Reviews.

Leferink, S. (in press) Slachtofferhulp in Nederland. De uitgestoken hand van de samenleving In: Handboek Slachtoffers Eds, Brands, Kunst, Muller, Pemberton, Van Doorn en Van Reemst

Maas-de Waal, C.J. (2006). *Voorzieningen voor slachtoffers van misdrijven. Gebruik, bereik en draagvlak.* Den Haag: Sociaal en Cultureel planbureau

Macdonald, G., et al. (2012). "Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused." Cochrane Database of Systematic Reviews.

Ministerie van Justitie en Veiligheid (2013). Visiedocument "Recht doen aan slachtoffers". https://www.eerstekamer.nl/overig/20130222/visiedocument_recht_doen_aan/meta

Ministerie van Justitie en Veiligheid (2014). Beleidsdoorlichting Slachtofferbeleid Artikel 34.4. Slachtofferzorg. Den Haag: Ministerie van Justitie en Veiligheid.

Parker, B. and W. Turner (2013). "Psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for children and adolescents who have been sexually abused." Cochrane Database of Systematic Reviews.

Regehr, C., et al. (2013). "Interventions to reduce distress in adult victims of rape and sexual violence: A systematic review." Research on Social Work Practice 23(3): 257-265.

Richtlijn 2012/29/EU van het Europees Parlement en de Raad van 25 oktober 2012 tot vaststelling van minimumnormen voor de rechten, de ondersteuning en de bescherming van slachtoffers van strafbare feiten. European Commission (2012).

Roberts, N. P., et al. (2010). "Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms." Cochrane Database of Systematic Reviews.

Sánchez de Ribera, O., et al. (2020). "Evaluating the quality of meta-analytical reviews using the AMSTAR-2: A systematic review of meta-analytical reviews regarding child sexual abuse interventions." Child Abuse Neglect 104: 104463.

Sánchez-Meca, J., et al. (2011). '"The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis': Erratum." International Journal of Clinical and Health Psychology 11(2).

Sijbrandij, M. & Stam, K. (2018). Accreditatie- en Certificeringnota Nuldelijns Psychosociale

Ondersteuning na Ingrijpende Gebeurtenissen. Nederlandse Vereniging voor Psychotrauma.

Slachtofferhulp Nederland (2018). *Wij helpen slachtoffers vandaag verder (folder voor netwerkpartners).* Geraadpleegd op 9 november 2021, van https://www.slachtofferhulp.nl/globalassets/media/corporate-downloads/over-ons/folder_netwerkpartners_def-juli-2018.pdf

Slachtofferhulp Nederland. (2021). *Jaarverslag 2020*. Geraadpleegd van: https://www.slachtofferhulp.nl/globalassets/media/jaarverslag-2020_def_spreads.pdf

Slachtofferhulp Nederland. (?). Slachtofferhulp Nederland. Geraadpleegd op 25 januari 2021, van https://www.slachtofferhulp.nl/

Slachtofferhulp Nederland Meerjarenplan 2018-2021, *Vandaag Verder met Slachtofferhulp Nederland.* Geraadpleegd op 9 november 2021, van https://www.slachtofferhulp.nl/globalassets/media/meerjarenplan20182021.pdf

Slachtofferhulp Nederland. (z.d.(d)). *Vrijwilligerswerk Actieve Benadering.* Geraadpleegd op 3 oktober 2021, van https://werkenbij.slachtofferhulp.nl/actieve-benadering

Taylor, J. E. and S. T. Harvey (2009). "Effects of psychotherapy with people who have been sexually assaulted: A meta-analysis." Aggression and Violent Behavior 14(5): 273-285.

Ten Boom, A., Kuijpers, K. F., & Moene, M. (2008). Behoeften van slachtoffers van delicten: Een systematische literatuurstudie naar behoeften zoals door slachtoffers zelf geuit. Onderzoek en beleid.

Timmermans, M., Van den Tillaart, J. & Homburg, G. (2013). Eerste meting slachtoffermonitor: Ervaringen van slachtoffers met justitiële slachtofferondersteuning. Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum, Ministerie van Veiligheid en Justitie

Van den Handel, C. & Roorda, W. (2016). *Twee jaar casemanagement verkeer. Evaluatie van de pilot.* Amsterdam: DSP groep

Van Duivenboden, D., Groothuis, S., Laros, O. & Wensink, W. (2021). Beleidsdoorlichting Artikel 34.4 Slachtofferzorg. https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2021/09/24/tk-bijlage-eindrapport-beleidsdoorlichting-slachtofferzorg/tk-bijlage-eindrapport-beleidsdoorlichting-slachtofferzorg.pdf

Van Herpen, M.M., Boeschoten, M.A., te Brake, H, van der Aa, N., Olff, M. (2020). Mobile insight in risk, resilience, and online referral (MIRROR): Psychometric evaluation of an online self-help test. *Journal of Medical Internet Research, 22*(9). http://dx.doi.org/10.2196/19716

Van Wijk, A., Van Leiden, I. & Ferwerda, H. (2012). *Casemanagement levensdelicten. Een evaluatie van het project 'Voorziening voor nabestaanden van slachtoffers van levensdelicten' van Slachtofferhulp Nederland over de periode 2008 tot 2010.* Bureau Beke. Geraadpleegd van: https://bureaubeke.nl/doc/2012/Rapport_Casemanagement_Levensdelicten.pdf

Van Wijk, A., Van Leiden, I. & Hardeman, M. (2013). *Slachtofferhulp op maat. Een Onderzoek naar casemanagement voor Ernstige Gewelds- en Zedendelicten.* Bureau Beke. Geraadpleegd van: https://bureaubeke.nl/doc/2013/Slachtofferhulp_op_maat_eindrapport.pdf

Van Wijk, A., Van Leiden, I. & Ferwerda, H. (2016). *De draad weer oppakken. Een follow-up onderzoek onder nabestaanden van slachtoffers van levensdelicten.* Bureau Beke. Geraadpleegd van: https://www.bureaubeke.nl/doc/2016/De_draad_weer_oppakken_ Bekereeks_download.pdf

Zorginstituut Nederland (2020). Akwa Zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen. Geraadpleegd van: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_274489c1-0569-44db-bbb9-3942e2af75a4_psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen__authorized-at_01-12-2020.pdf

Bijlage L - Onderzoeksteam

M. Kragting MSc.
Marleen Kragting is junior onderzoeker bij het NSCR. Ze behaalde haar masteropleiding Victimology and Criminal Justice aan Tilburg University. Voor haar afstudeeronderzoek interviewde ze ouders van kinderen die slachtoffer zijn geworden van seksueel misbruik. Daarna heeft ze bij het NSCR gewerkt aan een onderzoek naar het gebruik van empirische literatuur bij de wetgeving voor het spreekrecht voor slachtoffers. Marleen was vanaf januari 2021 t/m december 2021 betrokken bij het huidige onderzoek en heeft de interviews afgenomen, de vragenlijst uitgezet en het dossieronderzoek uitgevoerd, alle data geanalyseerd en het rapport geschreven.

Dr. N.A. Elbers
Nieke Elbers is onderzoeker bij het NSCR en de Vrije Universiteit. Nieke was de projectleider in het huidige onderzoek. Nieke heeft de afgelopen 14 jaar onderzoek gedaan naar behoeften, verwachtingen en ervaringen van slachtoffers in verschillende rechtsgebieden. Haar expertise ligt op het gebied van slachtofferbeleid, schadevergoeding, slachtofferrechten, slachtofferadvocatuur en herstelrecht.

Prof. T. Mooren
Trudy Mooren werkt als klinisch psycholoog bij ARQ Centrum ’45, landelijk expertisecentrum voor psychotrauma. Ze is tevens bijzonder hoogleraar bij de afdeling Klinische Psychologie van de Faculteit Sociale Wetenschappen van de Universiteit Utrecht, hoofdopleider van de postdoctorale specialistische opleiding tot klinisch psycholoog (volwassenen en ouderen). Ze maakt deel uit van het bestuur van de Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma (NtVP, voorzitter). Zij was lid van de commissie de Winter en publiceert over de gevolgen, diagnostiek en behandeling van psychotrauma.

M. Spoelstra MSc
Marijke Spoelstra deed de Master Opsporingscriminologie aan de Vrije Universiteit van

Amsterdam en de Bachelor Criminologie aan de Universiteit Leiden. Ze was tijdens haar studie werkzaam als onbetaalde medewerker bij Slachtofferhulp Nederland, Actieve Benadering. Marijke was van september 2020 t/m januari 2021 betrokken bij het onderzoek en heeft de deskresearch en literatuuronderzoek uitgevoerd.

Prof. C. Bijleveld

Catrien Bijleveld is werkzaam als senior onderzoeker bij het NSCR, en hoogleraar methoden en technieken van empirisch-juridisch en criminologisch onderzoek aan de VU. Zij was lid van de commissies Samson (Seksueel geweld bij uit huis geplaatste kinderen) en de Winter (Geweld bij uit huis geplaatste kinderen), en is trekker van het cluster Slachtoffer en Samenleving op het NSCR. Catrien Bijleveld publiceerde naast haar bijdragen aan de rapporten van de Winter en Samson over lange termijn gevolgen van slachtofferschap van seksueel misbruik en internationale misdrijven.