Evaluatie VWS-beleid Bestrijding seksueel geweld (1991-1995)

Deelrapport II: Stand van zaken regulier hulpaanbod

Amsterdam, april 1996
Van Dijk, Van Soomeren en Partners
Pauline de Savornin Lohman
Myrte van Lonkhuijsen

Voorwoord

Voor u ligt het tweede deel van de rapportage over het onderzoek naar het door VWS gevoerde beleid inzake de bestrijding van seksueel geweld, in de periode 1991-1995. In dit tweede deelrapport wordt ingegaan op de stand van zaken wat betreft de reguliere hulp aan volwassen slachtoffers van seksueel geweld.
In dit deelrapport wordt regelmatig verwezen naar andere deelrapporten. De totale rapportage over de evaluatie van het gevoerde beleid bestaat namelijk uit vijf deelrapporten:

I Beschrijving evaluatie en samenvatting van de bevindingen
II Stand van zaken regulier hulpaanbod
III Deskundigheidsbevordering
IV Preventie
V Toekomstverkenning

Degenen die alleen globaal geïnteresseerd zijn in de evaluatie van het gevoerde beleid kunnen zich beperken tot het lezen van deelrapport I. Degenen die diepgaander geïnformeerd willen worden over de verschillende onderdelen van het gevoerde beleid kunnen terecht bij de betreffende aparte deelrapporten.

Hoewel elk deelrapport als zelfstandige eenheid gelezen kan worden, raden wij de lezers aan om in elk geval ook kennis te nemen van het *deelrapport I*, aangezien daarin het bredere kader van de evaluatie en de resultaten daarvan geschetst wordt. Dit maakt het makkelijker om de informatie in de verschillende deelrapporten in het juiste perspectief te zien.
In deelrapport I treft u tevens een overzicht van de geraadpleegde literatuur aan.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave (vervolg)

Inleiding

Eén van de twee hoofddoelstellingen van het VWS-beleid Bestrijding Seksueel Geweld 1991-1995[1] luidt:

> *'Het bevorderen van een adequaat (kwalitatief en kwantitatief goed) hulpaanbod* ***door de reguliere zorg*** *aan slachtoffers van seksueel geweld'.*

Om vast te kunnen stellen of op dit moment inderdaad sprake is van een adequaat hulpaanbod, is een onderzoek uitgevoerd naar de mate waarin reguliere hulpaanbieders een hulpaanbod voor slachtoffers van seksueel geweld gerealiseerd hebben. Het onderzoek had tot doel om een aantal *kwantitatieve basisgegevens* over de stand van zaken in het veld boven tafel te krijgen. Deze kwantitatieve gegevens zijn vervolgens beoordeeld en van kanttekeningen voorzien door velddeskundigen. Bij dit onderdeel van het evaluatie-onderzoek dient nadrukkelijk de kanttekening te worden geplaatst dat ***de stand van zaken in het veld niet gezien kan en mag worden als een direct resultaat van het gevoerde VWS-beleid.***
De mate waarin de reguliere zorg er al dan niet in geslaagd is een adequaat hulpaanbod voor slachtoffers van seksueel geweld te realiseren is de uitkomst van een veel breder maatschappelijk ontwikkelingsproces, waarbinnen het gevoerde VWS-beleid één van de vele invloeden is.

Ondanks deze voorbehouden werd een onderzoek naar de stand van zaken in het veld van belang geacht omdat de beschikbare informatie hierover fragmentarisch is. Er zijn wel deelstudies gepubliceerd over dit onderwerp, maar een landelijk beeld van de hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld ontbreekt. Hierdoor is evenmin duidelijk waar zich in de reguliere hulpverlening nog witte of zwakke plekken bevinden, die in de komende jaren extra beleidsmatige aandacht verdienen. Daarbij dient niet alleen gedacht te worden aan het te voeren rijksbeleid, maar zeker ook aan het beleid van de provinciale en lokale overheden, de zorgaanbieders en hun koepelorganisaties, de zorgverzekeraars en de cliënten- en patiëntenorganisaties. Want dit zijn de partijen die gezamenlijk bepalen hoe invulling wordt gegeven aan de zorg voor de mensen die het slachtoffer zijn geworden van seksueel geweld en aan de preventie van seksueel geweld.

Het onderzoek heeft zich beperkt tot de hulp aan (jong-)volwassen slachtoffers van seksueel geweld. Dit omdat hulpverlening bij actuele (seksuele) kindermishandeling binnen VWS een apart beleidsterrein vormt, dat onlangs reeds geëvalueerd is[2].

---

1 De tweede hoofddoelstelling is "het ontwikkelen van middelen ter preventie van seksueel geweld, gericht op de oorzaken die daaraan ten grondslag liggen". Aan het onderwerp 'preventie' is een apart deel van dit rapport gewijd (zie deelrapport IV).

2 Zie het rapport 'Evaluatie Beleidsbrief Kindermishandeling'. Van Burik e.a., 1994.

Leeswijzer
In *hoofdstuk 4* wordt de opzet van het onderzoek naar het reguliere hulpaanbod geschetst, en wordt een verantwoording gegeven van de uitvoering van het onderzoek.
In *hoofdstuk 5* worden de uitkomsten van het inventariserende deel van het onderzoek gepresenteerd.
In *hoofdstuk 6* worden de inventarisatie-uitkomsten gewaardeerd, waarbij gebruik wordt gemaakt van de commentaren van velddeskundigen en van de door de onderzoekers in overleg met de begeleidingscommissie opgestelde beoordelingscriteria.
In *hoofdstuk 7* komen de in het VWS-beleid onderscheiden specifieke problematieken en specifieke groepen aan de orde.
In *hoofdstuk 8* wordt het geheel samengevat en worden conclusies getrokken over de stand van zaken in het veld wat betreft het reguliere hulpaanbod aan slachtoffers van seksueel geweld.

4 Het onderzoek naar het reguliere hulpaanbod: opzet en uitvoering

4.1 Inleiding

De vraag of anno 1995 in Nederland sprake is van een 'kwantitatief en kwalitatief goed' hulpaanbod in de reguliere zorg aan slachtoffers van seksueel geweld, is niet eenvoudig te beantwoorden. Enkele dilemma's bij de beantwoording van deze vraag worden hieronder kort aan de orde gesteld.

Adequaat hulpaanbod: kwantiteit èn kwaliteit
Het begrip 'adequaat hulpaanbod' kent kwantitatieve en kwalitatieve aspecten. Er is pas sprake van een adequaat aanbod als er *voldoende* hulp aanwezig is, die ook nog *goed* is. Op pragmatische gronden is ervoor gekozen om het onderzoek naar het hulpaanbod aan slachtoffers van seksueel geweld in eerste instantie te richten op het achterhalen van een aantal kwantitatieve basisgegevens over de hulp aan slachtoffers van seksueel geweld.
De *kwaliteit* van de geboden hulp is niet op landelijk niveau onderzocht. Dit zou een zeer omvangrijk onderzoek vereisen, waarbij op zijn minst ook het oordeel van cliënten onderzocht zou moeten worden. Wel is aan een aantal velddeskundigen gevraagd om, mede op grond van de verzamelde kwantitatieve gegevens, uitspraken te doen over de kwaliteit van de hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld door reguliere instellingen.

Wat is 'een hulpaanbod aan slachtoffers van seksueel geweld'?
Seksueel geweld is een zeer breed begrip en kan tal van vormen aannemen. Een belangrijk *algemeen* kenmerk van veel vormen van seksueel geweld is dat het slachtofferschap ervan omgeven is door een sfeer van schuld, schaamte en angst, hetgeen ertoe leidt dat veel slachtoffers hun ervaringen op dit gebied verzwijgen en (ook voor zichzelf) toedekken of zelfs ontkennen. Seksueel geweld problematiek moet dan ook vaak door derden aan het licht worden gebracht. Dit veronderstelt dat mensen die beroepshalve vaak in aanraking komen met (potentiële) seksueel geweld slachtoffers in staat zijn om *signalen* van een mogelijke seksueel geweld problematiek te herkennen en naar aanleiding daarvan adequaat te reageren. Dit wordt vaak aangeduid met de trits: signaleren - bespreekbaar maken - doorverwijzen. Het aantal mogelijke professionele signaleerders is schier eindeloos: het betreft alle hulp- en dienstverleners in de eerste lijn, maar daarnaast ook onderwijsgevenden, politiemensen, etc. Gezien de enorme bandbreedte van deze vorm van 'eerste hulp' aan slachtoffers van seksueel geweld is afgezien van een landelijke inventarisatie op het gebied van signalering van seksueel geweld. Signalering is wel aan de orde geweest in de gevoerde gesprekken met velddeskundigen. Maar ook in het *vervolgtraject* dat volgt op de signalering (dan wel op het op andere wijze manifest worden van een hulpvraag) kan het verschaffen van hulp tal van vormen aannemen: van het voeren van een goed gesprek tot het in werking zetten van complexe multi-agent interventies in gezinssituaties, van het doen van medisch onderzoek of het verschaffen van juridische informatie tot het opnemen van slachtoffers voor intensieve psychiatrische behandeling en van telefonische opvang tot dag-en-nacht opvang.
Het is ondoenlijk alle mogelijke vormen van hulp aan slachtoffers van seksueel geweld landelijk in kaart te brengen.

Het onderzoek heeft zich dan ook beperkt tot *drie hoofdtypen van hulp*.
1 *Opvang* (onderdak) van slachtoffers van seksueel geweld.
2 *Therapeutische behandeling* van slachtoffers.
3 *Praktische ondersteuning en begeleiding* van slachtoffers.

Wie zijn de potentiële hulpaanbieders?
Het type te onderzoeken aanbieders van hulp aan slachtoffers van seksueel geweld wordt ten dele al ingeperkt door de gehanteerde afbakening van het hulpaanbod. Een verdere inperking is dat de inventarisatie zich richt op *reguliere* hulpaanbieders. Onder het begrip 'regulier' is in de inventarisatie verstaan:
- professionele hulp voor het 'algemene publiek' (dat wil zeggen: niet categoriaal);
- hulp die via de AWBZ vergoed wordt;
- hulp vanuit het algemeen maatschappelijk werk (AMW).

Hulp die wordt verleend vanuit zelfhulporganisaties en door andere organisaties die (grotendeels) op vrijwilligers draaien is *niet* in het onderzoek meegenomen. Overigens is hierop een uitzondering gemaakt bij de functie 'opvang': hierbij zijn wel alle vrouwenopvangvoorzieningen meegeteld die als zodanig zijn opgenomen in het door de NIZW uitgegeven 'Vademecum Opvang'. Hieronder bevinden zich ook organisaties die waarschijnlijk vrijwilligersorganisaties zijn[3].
In concreto heeft het onderzoek zich gericht op de volgende instellingen:
- *ambulante eerste en tweede lijn*: AMW, ambulante FIOM en RIAGG's;
- *(semi-)residentiële GGZ*: algemeen psychiatrische ziekenhuizen, klinieken voor dag- en deeltijdbehandeling;
- *maatschappelijke opvang*: Blijf-van-mijn-Lijf-huizen, FIOM-huizen en overige opvangvoorzieningen specifiek voor vrouwen.

Beschikbaarheid en validiteit van gegevens
In het inventarisatie-onderzoek is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande literatuur.
Deze aanpak betekent dat de validiteit (het 'werkelijkheidsgehalte') van de beschikbare gegevens over de hulp aan slachtoffers van seksueel geweld niet nader getoetst kan worden. Met andere woorden: datgene dat hulpaanbieders *beweren* over de hulp die zij bieden aan slachtoffers van seksueel geweld wordt in het onderzoek '*voor waar*' aangenomen. Daarbij dient rekening gehouden te worden met de mogelijkheid dat er sociale wenselijkheidseffecten optreden: seksueel geweld staat politiek en maatschappelijk nogal in de belangstelling en hulpaanbieders zijn dus mogelijk geneigd om hun eigen activiteiten op dit terrein wat mooier voor te stellen dan de praktijk rechtvaardigt.
Overigens is in het onderzoek wel enige controle hierop aangebracht door aan velddeskundigen te vragen of de onderzoeksgegevens aansluiten bij hun waarneming van de stand van zaken in het veld.

Waardering van de uitkomsten: wanneer is het hulpaanbod 'goed genoeg'?
Een laatste probleem bij het beantwoorden van de vraag naar de adequaatheid van het hulpaanbod, is hoe het begrip 'adequaat' geoperationaliseerd moet worden. Aan de door VWS geformuleerde doelstelling omtrent het bevorderen van adequate hulp zijn geen toetsbare criteria verbonden. Er is, met andere woorden, niet expliciet aangegeven wanneer het gerealiseerde hulpaanbod in de ogen van VWS 'goed

3 De Stichting Vrouwenopvang Nederland waarbij de meeste professionele vrouwenopvangvoorzieningen zijn aangesloten telde in 1994 circa 40 leden. Op basis van het NIZW-Vademecum komen wij tot een totaal van 56 vrouwenopvangvoorzieningen in Nederland.

genoeg' is[4].
Het probleem van de ontbrekende criteria is in dit onderzoek als volgt benaderd.
- Aan de hand van een door de onderzoekers opgestelde discussienotitie is in de begeleidingscommissie een discussie gevoerd over te hanteren beoordelingscriteria. De aldus geformuleerde criteria worden gepresenteerd in hoofdstuk 6.
- In interviews met velddeskundigen is een reactie op de onderzoeksuitkomsten gevraagd. Deze commentaren zijn verwerkt in de hoofdstukken 6 en 7.

4.2 De onderzoeksopzet

Het onderzoek naar het reguliere hulpaanbod aan slachtoffers van seksueel geweld heeft bestaan uit twee hoofdonderdelen:
a) Een kwantitatief georiënteerde *inventarisatie* van het gerealiseerde aanbod aan *volwassen slachtoffers* van seksueel geweld binnen de *reguliere zorg*.
b) Een serie *interviews* met sleutelpersonen die deskundig zijn op het gebied van hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld dan wel deskundig zijn op het gebied van één van de in het VWS-beleid onderscheiden specifieke problematieken en specifieke groepen (deze sleutelpersonen worden verder aangeduid als 'velddeskundigen').

Het inventarisatie-onderzoek
Het inventarisatie-onderzoek naar het gerealiseerde hulpaanbod aan slachtoffers van seksueel geweld in Nederland bestond in eerste instantie uit een *literatuur-onderzoek*, aangezien de indruk bestond dat op basis van bestaand materiaal een redelijk goed overzicht te construeren zou zijn van het reguliere hulpaanbod aan slachtoffers van seksueel geweld in geheel Nederland. Gaandeweg bleek echter dat het beschikbare schriftelijke materiaal onvoldoende actuele en betrouwbare informatie opleverde om dit landelijke beeld samen te kunnen stellen.
Daarom is in overleg met de begeleidingscommissie besloten het literatuur-onderzoek aan te vullen met een *enquête-onderzoek* onder een drietal belangrijke ambulante aanbieders van hulp aan slachtoffers van seksueel geweld. In hoofdstuk 5 worden beide bronnen (literatuur en enquêtes) in combinatie gebruikt om een landelijk beeld te schetsen van de stand van zaken in het hulpverleningsveld.

De interviews
De uitkomsten van het inventarisatie-onderzoek zijn voorgelegd aan een aantal velddeskundigen. In overleg met de begeleidingscommissie is een lijst opgesteld van organisaties en personen die gezien kunnen worden als deskundig op het gebied van hulp aan slachtoffers van seksueel geweld dan wel deskundig zijn op het gebied van één van de in het VWS-beleid onderscheiden specifieke problematieken en specifieke groepen. Daarbij is ernaar gestreefd mensen te vinden die overzicht hebben over de landelijke situatie, bijvoorbeeld omdat zij werkzaam zijn bij landelijke koepel- of steunorganisaties. Er zijn 22 interviews gehouden met in het totaal 35 velddeskundigen. In bijlage II.1 is een overzicht opgenomen van de geïnterviewde personen.

---

4 Dit is overigens geen uitzonderlijke situatie. Het ontbreken van toetsbare criteria bij beleidsdoelen is eerder regel dan uitzondering.

4.3 Uitvoering van de landelijke inventarisatie

4.3.1 Afgrenzing van de inventarisatie

Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk al werd aangestipt is het inventarisatie-onderzoek beperkt tot een aantal typen hulp en een aantal typen hulpaanbieders. De belangrijkste inperkingen zijn:

1 Alleen de volgende typen van hulp zijn onderzocht:
   - opvang/onderdak voor slachtoffers van seksueel geweld;
   - behandeling ambulante en (semi-)residentiële psychosociale of psychiatrische hulp van slachtoffers;
   - praktische ondersteuning/begeleiding van slachtoffers.

   Het 'toeleidingstraject' naar deze vormen van hulp (signalering en verwijzing) is niet landelijk in kaart gebracht. Hieraan is wel aandacht besteed in de interviews met de velddeskundigen.
2 Alleen het hulpaanbod aan *slachtoffers* van seksueel geweld en eventuele andere betrokkenen in de directe omgeving van het slachtoffer (partner, gezin, moeder) is in kaart gebracht. Het aanbod aan *plegers* van seksueel geweld is niet geïnventariseerd.
3 De inventarisatie beperkt zich tevens tot hulpverlening aan (jong-)*volwassen* slachtoffers. Het hulpverleningsaanbod bij actuele seksuele kindermishandeling is niet geïnventariseerd. Het hulpaanbod aan jong-volwassenen (vanaf 16 jaar) is alleen meegenomen voor zover dit afkomstig was van FIOM, RIAGG of AMW. Het aanbod vanuit de jeugdhulpverlening is niet apart in kaart gebracht.
4 De inventarisatie van het hulpaanbod aan slachtoffers van seksueel geweld beperkt zich tot de *reguliere professionele hulpverlening*, met als belangrijkste categorieën: ambulante en (semi-)residentiële geestelijke gezondheidszorg en algemeen maatschappelijk werk. Uit praktische overwegingen is afgezien van inventarisatie van het hulpaanbod door vrijgevestigde hulpverleners.

Bij de inventarisatie is apart aandacht besteed aan het hulpaanbod voor de specifieke groepen die in het VWS-beleid genoemd worden: migranten, vluchtelingen/-asielzoekers, lichamelijk en verstandelijk gehandicapten en jongens/mannen als slachtoffer van seksueel geweld.

4.3.2 Uitvoering van het literatuuronderzoek

Materiaalverzameling
Bij het verzamelen van bruikbaar materiaal is in eerste instantie een beroep gedaan op bestaande bibliografieën en bibliotheken (onder andere VWS, TransAct, SWIDOC en IIAV). Van gedateerd materiaal (1993 en eerder) is nagegaan of er een meer recente versie beschikbaar was. Verder is voor gebieden waarover geen materiaal gevonden werd in bibliotheken en bibliografieën, contact gezocht met sleutelpersonen ter plekke. Het overgrote deel van het aldus verzamelde materiaal bestaat uit provinciale, regionale en lokale verwijsgidsen voor hulpverleners. Daarnaast zijn enkele bronnen gevonden met bruikbare gegevens op landelijk niveau.

Inventarisatie en beoordeling van het aanbod
Bij de inventarisatie van de schriftelijke informatie is een indeling naar provincies gehanteerd. Getracht is om per provincie een zo volledig en betrouwbaar mogelijk overzicht te krijgen van het beschikbare hulpaanbod op grond van beschikbare verwijsgidsen. Alle in de gids genoemde activiteiten en instellingen zijn aangemerkt als 'een aanbod (hebbend)' als in de omschrijving van de activiteiten

en/of doelgroepen expliciet werd verwezen naar (een vorm van) seksueel geweld[5]. Als het aanbod tevens voldeed aan de eerder beschreven criteria (regulier en voor volwassen slachtoffers), werd het vervolgens gescoord als 'aanbod', waarna de overige relevante gegevens werden genoteerd[6].
Wat betreft de *opvang* is geïnventariseerd welke voorzieningen aanwezig zijn die zich specifiek richten op de opvang van *vrouwen* en hun kinderen. Dit omdat uit de literatuur bekend is dat bij een zeer groot deel van de cliënten van deze vrouwenopvangvoorzieningen slachtofferschap van seksueel geweld (in brede zin, dus inclusief mishandeling door partners) een rol van betekenis speelt[7].

4.3.3 Uitvoering van het enquête-onderzoek

Keuze van de onderzoekspopulatie
Het aanvullend enquête-onderzoek richtte zich op de volgende ambulante instellingen: RIAGG's, algemeen maatschappelijk werk (AMW) en ambulante FIOM. Voor deze drie is gekozen omdat uit het literatuuronderzoek bleek dat deze instellingen belangrijke aanbieders zijn van ambulante hulp op het gebied van seksueel geweld. Van een onderzoek onder de instellingen voor (semi-)residentiële GGZ is afgezien, aangezien op hetzelfde moment een ander onderzoek gaande was dat naar verwachting informatie op zou leveren over het door deze instellingen gerealiseerde aanbod[8]. Van een enquête-onderzoek naar het aanbod vanuit instellingen voor verslavingszorg is afgezien na mondeling overleg met de koepelorganisatie NEVIV[9].

De vragenlijsten
Voor elk van de drie typen instellingen is een aparte schriftelijke vragenlijst ontwikkeld, waarin vragen zijn opgenomen over het hulpaanbod, deskundigheid, samenwerking, aandacht voor specifieke groepen en preventie. In de enquête is gevraagd of de instelling een *specifiek hulpaanbod* had voor volwassen slachtoffers van seksueel geweld. Het begrip 'specifiek hulpaanbod' is daarbij als volgt (vrij breed) gedefinieerd:

a) De toepassing van specifieke methoden of werkwijzen in de hulpverlening, die zijn toegesneden op hulp aan slachtoffers van seksueel geweld. Te denken valt

---

5 In de gidsen is via de index gezocht op de volgende onderwerpen: crisisopvang en vrouwenopvang; geweld; incest; mishandeling; seksueel geweld; seksueel misbruik. Daarnaast is alle informatie over specifieke groepen (migranten, gehandicapten, homoseksuele mannen en vrouwen) doorgenomen op een mogelijk aanbod op het gebied van seksueel geweld. Gidsen zonder index zijn integraal doorgenomen, waarbij gekeken werd of een van de genoemde onderwerpen in de tekst voorkwam.

6 Het betreft: type aanbod, type problematiek, doelgroep, type organisatie, capaciteit/frequentie van het aanbod.

7 Uit recente registratiegegevens van de vrouwenopvang blijkt dat bij ruim 60% van de aanmeldingen sprake is van seksueel geweld. Van de *opgenomen* vrouwen heeft 67% (FIOM) tot 94% (Blijf) (seksueel) geweld als hoofdproblematiek (Federatie Opvang, 1995).

8 Het betreft een door het Verwey-Jonker Instituut uitgevoerd onderzoek onder Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ-en) en regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW's) naar de mate van integratie van de vrouwenhulpverlening in de instellingen. In dit onderzoek werd ook gevraagd naar het specifieke aanbod van de instellingen in het kader van de vrouwenhulpverlening. De door het Verwey-Jonker Instituut aangeleverde onderzoeksgegevens bleken achteraf niet bruikbaar voor het inventarisatie-onderzoek omdat de informatie erg summier was en men bovendien niet bereid bleek aan te geven welke instellingen de betreffende informatie hadden verschaft.

9 Uit informatie van het NEVIV (Nederlandse Vereniging van Instellingen in de Verslavingszorg) blijkt dat deze werksoort wel bezig is met het ontwikkelen van specifieke werkwijzen voor cliënten met een seksueel geweld-problematiek, maar dat op dit moment bij de meerderheid van de instellingen nog geen sprake is van een 'gerealiseerd aanbod'.

aan: hypnotherapie, lichaamswerk, spel- en ontspanningsoefeningen.

b) Het inzetten van hulpverleners met specifieke deskundigheid op het gebied van hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld, als bij de intake of gedurende de behandeling blijkt dat er bij een cliënt sprake is van een (achterliggende) seksueel geweld problematiek.

c) Het organiseren van groepen rond seksueel geweld thema's, zoals een incestverwerkingsgroep.

Als één of meer van deze criteria van toepassing waren 'mocht' de betreffende instelling zichzelf aanmerken als 'een specifiek aanbod hebbend'.
Daarnaast is aan *alle* instellingen (dus ook degenen die géén specifiek aanbod zeiden te hebben) gevraagd aan te geven bij welk *aantal* cliënten (in 1994) in hun ogen sprake was van een (achterliggende) problematiek op het gebied van seksueel geweld.

Verspreiding van de enquêtes

De drie typen instellingen zijn integraal benaderd: er is geen steekproef getrokken. De vragenlijsten zijn verstuurd met een begeleidende aanbevelingsbrief van de betreffende koepelorganisatie (respectievelijk NVAGG, VOG en landelijk Bureau FIOM). Van de ambulante FIOM en het AMW zijn alle instellingen apart aangeschreven (het betreft respectievelijk 18 en 156 instellingen). Van de RIAGG's zijn de directies van de 57 *(hoofd-)vestigingen* aangeschreven, met het verzoek de enquête te verspreiden onder alle relevant geachte hulpverleningslokaties en afdelingen[10].

De respons

Uit de kwaliteit van de respons kan worden afgeleid dat het invullen van de lijst door de betreffende instellingen zeer serieus is genomen. Rekening houdend met de minder gunstige (vakantie-)periode kan gesproken worden van een bevredigende respons. Dit geldt zeker voor de ambulante FIOM-bureaus (respons: 95%) en het AMW (respons: 55%). De respons vanuit de RIAGG's valt wat tegen als we deze afmeten aan het totaal aantal *lokaties* dat onder de 57 aangeschreven (hoofd-) vestigingen valt. Op basis van de RIAGG-adressenlijst kunnen 114 relevante lokaties[11] onderscheiden worden. We hebben één of meer reacties ontvangen van in het totaal 48 verschillende RIAGG-lokaties (waarbij soms lijsten werden ingestuurd door verschillende afdelingen binnen één lokatie). Op het niveau van de RIAGG-*lokaties* kan men dus spreken van een respons van 42%.

Tabel 4.1: Respons op de enquête

	Populatie abs.	Respons abs.	%
Ambulante FIOM	18	17	95
AMW	156	85	55
RIAGG-lokaties	114	48	42
Totaal	**288**	**150**	**52**

10 De RIAGG's zijn per regio verschillend georganiseerd. Enkele regio's (de provincies Friesland, Groningen, Drenthe en Flevoland) hebben één hoofdvestiging met daaronder een aantal 'hulpverleningsadressen' (lokale RIAGG-vestigingen). Wij duiden deze verder aan met 'RIAGG-lokaties'. In de overige regio's zijn de RIAGG's op subregionaal niveau georganiseerd, waarbij overigens ook weer sprake kan zijn van verschillende lokale hulpverleningsadressen.

11 Dat zijn alle lokaties waar minimaal een afdeling volwassenenzorg of psychotherapie of sociaal psychiatrische zorg aanwezig is.

Kanttekeningen bij de respons
Uit de vergelijking tussen de gegevens uit het literatuur-onderzoek en de respondenten op de enquête blijkt dat er een aanzienlijke overlap bestaat tussen de instellingen die op de enquête gereageerd hebben en de instellingen die in de literatuur (verwijsgidsen) vermeld staan als aanbieders van hulp aan slachtoffers van seksueel geweld.
De respons op de enquête is, met andere woorden, *selectief*: met name instellingen die actief zijn op dit gebied hebben gereageerd.
Aangezien de enquête-gegevens primair tot doel hebben het landelijk beeld van de geboden hulp te completeren (aanvullend op de literatuur) is deze selectieve respons niet echt bezwaarlijk. De niet-responderende groep instellingen is door ons behandeld als 'geen specifiek aanbod hebbend', en dit zal - gezien de eerder genoemde overlap - over het algemeen terecht zijn.
Daar waar *alleen* de enquête als informatiebron dient, moet het voorbehoud gemaakt worden dat de enquête-uitkomsten *wel* representatief zijn voor de instellingen die *actief* zijn op het gebied van seksueel geweld, maar *niet* representatief zijn voor de *totale* populatie van de onderzochte instellingen[12].

4.4 De rapportage over de inventarisatie

Op basis van de gegevens uit het literatuur-onderzoek en de aanvullende gegevens uit het enquête-onderzoek is *per provincie* een beeld samengesteld van het reguliere hulpaanbod van slachtoffers van seksueel geweld. Daartoe is voor elke provincie een zogenaamd 'provincieplaatje' opgesteld waarin volgens een standaard stramien steeds de volgende gegevens in tabelvorm worden gepresenteerd.

1 Het *aantal instellingen* dat een specifiek hulpaanbod voor slachtoffers van seksueel geweld zegt te hebben. Daarbij worden drie hoofdtypen onderscheiden: ambulante hulpverlening, (semi-)residentiële GGZ en maatschappelijke opvang. Deze zijn afgezet tegen het totale aantal instellingen van dat type in de provincie. Op basis daarvan kan bepaald worden welk deel van de *potentiële* hulpaanbieders ook daadwerkelijk een aanbod heeft *gerealiseerd* (of althans zegt dat aanbod gerealiseerd te hebben).
2 Het *type hulp* dat geboden wordt. Daarbij is onderscheid gemaakt naar: eerste (crisis-)opvang, ambulante behandeling, dag/deeltijd behandeling, klinische behandeling, ambulante praktische begeleiding, opvang (onderdak) met praktische begeleiding en opvang met behandeling.
3 Het geschatte *aantal cliënten* dat in 1994 gebruik heeft gemaakt van bepaalde vormen van hulp (ambulante hulp en opvang), (mede) in verband met een seksueel geweld problematiek.

Afsluitend wordt in elk provincieplaatje kort stilgestaan bij de samenwerking tussen hulpaanbieders in samenwerkingsverbanden seksueel geweld en/of Zorgvernieuwingsprogramma's op het gebied van seksueel geweld.

De 12 provincieplaatjes zijn opgenomen in een apart bijlagenboek, behorend bij dit deelrapport II.

In het volgende hoofdstuk wordt het *landelijke beeld* gepresenteerd, dat op basis van de provincieplaatjes is opgebouwd.

---

12 Dit laatste geldt overigens niet voor het ambulante FIOM aangezien deze instellingen vrijwel allemaal gereageerd hebben op de enquête (95% respons).

5 Uitkomsten van het inventarisatie-onderzoek: het landelijke beeld

5.1 Inleiding

Op basis van de beschikbare literatuur en de enquête-gegevens is voor de twaalf provincies in Nederland een provincieplaatje samengesteld (zie ook paragraaf 4.3). In dit hoofdstuk worden de gegevens uit de provincieplaatjes samengevat om tot een landelijk beeld te komen.
Voor alle duidelijkheid zij nogmaals vermeld dat het inventarisatie-onderzoek geen volledig beeld geeft van de hulp aan slachtoffers van seksueel geweld. Het gaat om een aantal *kwantitatieve basisgegevens*, die op zich nog niets zeggen over de kwaliteit van de geboden hulp. Bovendien is bij de gegevensverzameling afgegaan op wat instellingen *zelf* zeggen over hun hulpaanbod aan slachtoffers van seksueel geweld. Het gaat dus om instellingen die zich *profileren* als deskundige hulpaanbieders. Of en hoe zij dit in praktijk brengen is niet onderzocht.
Andersom kan evenmin gesteld worden dat de instellingen die zich *niet* profileren op het gebied van hulp bij seksueel geweld, géén goede hulp zouden verlenen aan hulpvragers op dit gebied.

5.2 Het percentage reguliere aanbieders van hulp

Om het aangetroffen aantal aanbieders van hulp aan slachtoffers van seksueel geweld te kunnen beoordelen is per provincie geïnventariseerd hoeveel *mogelijke hulpaanbieders* (= instellingen) er in de betreffende provincie zijn. Daarbij is gebruik gemaakt van gegevens van de landelijke FIOM, de NVAGG, de VOG, de NVGGZ, de Federatie Opvang en het NIZW. De aantallen in het inventarisatie-onderzoek aangetroffen hulpaanbieders zijn vervolgens gepercenteerd op het aantal mogelijke aanbieders. Tabel 5.1 geeft een landelijk overzicht van het *percentage instellingen in de betreffende provincie met een specifiek hulpaanbod voor volwassen slachtoffers van seksueel geweld*. Voor wat betreft de maatschappelijke opvang gaat het om het percentage maatschappelijke opvangvoorzieningen dat zich specifiek richt op de opvang van *vrouwen*.

Tabel 5.1: Percentage aanbieders van specifieke hulp seksueel geweld naar provincie

	Ambulant, 1e en 2e lijn %	(Semi-)residentiële geestelijke gezondheidszorg %	Maatschappelijke opvang %	Totaal (de 3 sectoren samen) %
Groningen	42	0	43	38
Friesland	62	25	14	42
Drenthe	58	40	40	50
Overijssel	47	0	57	45
Gelderland	32	33	18	28
Flevoland	60	n.v.t	0	43
Utrecht	42	33	56	42
N-Holland	52	25	63	51
Z-Holland	52	33	74	53
Zeeland	50	0	25	38
N-Brabant	61	18	39	48
Limburg	42	20	50	44
Totaal Nederland	**49**	**28**	**47**	**45**

Uit de tabel blijkt dat gemiddeld 45% van de instellingen een specifieke hulpaanbod voor slachtoffers van seksueel geweld heeft gerealiseerd c.q. zich specifiek richt op vrouwen(opvang).

Ambulante hulp, eerste en tweede lijn

Van de onderzochte instellingen die ambulante hulp bieden aan slachtoffers van seksueel geweld zegt bijna de helft (49%) een specifiek hulpaanbod voor slachtoffers van seksueel geweld te hebben.

Kijkend naar de geografische spreiding over provincies blijkt dat de ambulante sector relatief actief is in Friesland (62% heeft een aanbod), Noord-Brabant (61%) en Flevoland (60%)[13].

Provincies waar de ambulante sector relatief weinig actief is op het gebied van seksueel geweld zijn Gelderland (32% van de instellingen heeft een specifiek aanbod) en - in mindere mate - de provincies Groningen[14], Utrecht en Limburg (allen 42%).

(Semi-)residentiële GGZ

Van de instellingen voor de (semi-)residentiële GGZ heeft ongeveer een kwart een specifiek aanbod voor slachtoffers van seksueel geweld ontwikkeld. De variaties per provincie zijn groot, maar moeten met enige voorzichtigheid bekeken worden aangezien de absolute aantallen instellingen in de betreffende provincies soms gering zijn. Provincies waar *geen enkele* (semi-)residentiële GGZ-instelling met een

13 Het betreft in Flevoland overigens slechts drie van de vijf ambulante instellingen.

14 De gegevens voor Groningen worden vertekend door het feit dat de 4 RIAGG lokaties in deze provincie niet (c.q. te laat) hebben gereageerd op de enquête. Het beeld voor Groningen is hierdoor onvolledig.

specifiek aanbod voor slachtoffers van seksueel geweld werd aangetroffen, zijn Groningen, Overijssel en Zeeland.

Maatschappelijke opvang
Uit de derde kolom van tabel 5.1 blijkt dat bijna de helft van de maatschappelijke opvangvoorzieningen zich specifiek richt op vrouwen (en hun kinderen). Provincies met opvallend veel vrouwenopvangvoorzieningen zijn Zuid-Holland en Noord-Holland. De provincies Friesland, Gelderland en Zeeland hebben weinig voorzieningen op dit gebied, terwijl in Flevoland een vrouwenopvangvoorziening geheel ontbreekt.

5.3 Het hulpaanbod naar functie

In het VWS-Werkprogramma Vrouwenhulpverlening (1993, speerpunt 'Zorgprogramma voor slachtoffers van seksueel geweld en vrouwenmishandeling) wordt een onderscheid gemaakt tussen 5 functionele componenten van de zorg voor slachtoffers van seksueel geweld, te weten[15]:
- eerste (crisis)opvang;
- behandeling;
- praktische begeleiding;
- ondersteunende begeleiding;
- behandeling of begeleiding bij verblijf.

Omdat bleek dat deze functionele indeling niet geheel aansloot bij het type beschikbare gegevens[16], is in het onderzoek de volgende aangepaste onderverdeling gehanteerd (cursief gedrukt staat de in het onderzoek gehanteerde definitie).

Eerste (crisis)opvang
De eerste telefonische en/of persoonlijke opvang van slachtoffers. De opvang is kortdurend van aard, voor langduriger hulp wordt meestal verwezen naar andere vormen van hulp (al of niet binnen dezelfde instelling).
In het literatuuronderzoek is nagegaan in hoeverre er een professionele voorziening (meestal telefonische hulpdienst) voor crisisopvang van slachtoffers van seksueel geweld is gerealiseerd. Voorzieningen die geheel of grotendeels op vrijwilligers draaien zijn dus *niet* meegeteld. Soms is niet duidelijk of een in de literatuur genoemde voorziening al dan niet op vrijwilligers draait; in de tabel staat dan een (?). Het resulterende beeld is incompleet omdat niet alle verwijsgidsen apart aandacht besteden aan de functie 'eerste opvang'. In de aanvullende enquête is niet apart gevraagd naar deze functie.

Ambulante behandeling
Ambulante individuele of groepsgerichte hulp aan slachtoffers zelf, aan slachtoffers en mensen in hun directe omgeving (relatietherapie, gezinstherapie) en aparte vormen van hulp aan mensen in de directe omgeving van het slachtoffer (partners, moeders).
In tabel 5.2 staat alleen weergegeven of er op dit gebied een specifiek aanbod is in de provincies. In de provincieplaatjes in het bijlagenboek is het aanbod aan

15 De in dit Werkprogramma gehanteerde indeling is op haar beurt ontleend aan de indeling die in het wetsvoorstel Modernisering Zorgaanspraken (Kamerstukken II, 1991-1992, 22-904) wordt gebruikt.
16 Zo bleek het in het Zorgprogramma gemaakte onderscheid tussen praktische begeleiding en ondersteunende begeleiding niet werkbaar bij de analyse van het beschikbare materiaal.

ambulante behandeling verder uitgesplitst naar typen aanbieders en typen aanbod. Het beeld is (voor wat betreft de onderzochte typen aanbieders) redelijk compleet.

Dag- en deeltijdbehandeling
Specifiek op het thema seksueel geweld gericht aanbod in het kader van dag- of deeltijdbehandeling (als onderdeel van een breder behandelingsaanbod) en dag-/deeltijdbehandeling specifiek voor slachtoffers van seksueel geweld.
Het aanbod voor dag- en deeltijdbehandeling is niet zo groot en is in het beschikbare schriftelijk materiaal redelijk goed beschreven. Het betreft in een aantal gevallen overigens wel een aanbod voor een iets breder omschreven doelgroep, zoals 'mensen met trauma's (of neurosen) als gevolg van traumatische ervaringen in de jeugd'. Daarbij wordt meestal wel expliciet gerefereerd aan incest, seksueel misbruik, mishandeling of andere geweldservaringen in de jeugd.
Het aanbod staat meestal ook open voor cliënten van buiten de regio.

Klinische behandeling
Specifiek op het thema seksueel geweld gericht hulpaanbod aan mensen die opgenomen zijn in de geestelijke gezondheidszorg (als onderdeel van een breder behandelingsaanbod) en klinisch behandelaanbod specifiek voor slachtoffers van seksueel geweld.
Het aangetroffen aanbod van klinische behandeling (met opname) is eveneens beperkt. In sommige gevallen betreft het een behandelaanbod dat zich specifiek richt op slachtoffers van seksueel geweld, soms is de omschreven doelgroep wat breder (trauma, MPS). Daarnaast is in deze categorie ook hulpaanbod meegeteld dat zich richt op (om andere redenen) opgenomen personen. Het gaat daarbij soms om een vrouwenhulpverleningsaanbod aan in de psychiatrie of verslavingszorg opgenomen vrouwen, waarbij seksueel geweld ervaringen een mogelijk thema is. Soms gaat het specifiek om verwerking van seksueel geweld ervaringen.

Praktische begeleiding
Ondersteuning en begeleiding van slachtoffers bij het regelen van praktische zaken samenhangende met het slachtofferschap van seksueel geweld (aangifte, huisvesting, inkomen, etc.).
Daarbij is een onderscheid gemaakt naar ambulante begeleiding en begeleiding in combinatie met verblijf in de maatschappelijke opvang.
Het aanbod aan praktische begeleiding en ondersteuning is op indirecte wijze achterhaald. Uit het NIZW-vademecum 'Maatschappelijke opvang' blijkt dat alle vrouwenopvangvoorzieningen vormen van praktische begeleiding en ondersteuning bieden aan de opgevangen vrouwen (hoewel wisselend in intensiteit). Bovendien bleek uit het enquête-onderzoek dat vrijwel alle AMW-instellingen te kennen gaven dat zij naast psychosociale hulp ook praktische begeleiding en ondersteuning bieden. In de provincieplaatjes zijn vervolgens alle vrouwenopvangvoorzieningen en alle AMW's die zeiden een individueel hulpaanbod te hebben voor slachtoffers van seksueel geweld, gescoord als instellingen die praktische begeleiding bieden aan slachtoffers. Overigens bleek bij de literatuurstudie dat in verschillende provincies de *Bureaus Slachtofferhulp* een belangrijke rol spelen als opvangers en begeleiders van slachtoffers van actueel seksueel geweld. Deze bureaus zijn niet meegeteld in de inventarisatie omdat zij niet gerekend kunnen worden tot de reguliere professionele hulpverlening.

Behandeling met verblijf
Psychosociale hulp in combinatie met verblijf in de maatschappelijke opvang.
Het betreft een gering aantal vrouwenopvangvoorzieningen die naast praktische ondersteuning ook therapeutische hulp bieden (voornamelijk FIOM-huizen).

In tabel 5.2 wordt per provincie weergegeven of een aanbod van de betreffende hoofdtypen aangetroffen werd (het *aantal* aanbiedende instellingen is terug te vinden in de provincieplaatjes in het aparte bijlagenboek bij deel II). Onderin de tabel staat vermeld in hoeveel van de 12 provincies het betreffende aanbod gerealiseerd is.

Tabel 5.2: Hulpaanbod naar functie en provincie

FUNCTIE	Eerste crisis-opvang	Ambu-lante behan-deling	Dag/ deeltijd behan-deling	Klini-sche behan-deling	Begelei-ding ambu-lant	Bege-leiding met verblijf	Behande-ling met verblijf
Groningen	x	x	-	-	x	x	x
Friesland	x	x	x	-	x	x	-
Drenthe	■	x	x	x	x	x	-
Overijssel	x	x	-	-	x	x	-
Gelderland	x	x	x	x	x	x	x
Flevoland	(?)	x	-	-	x	-	-
Utrecht		x	x	x	x	x	x
N-Holland	x	x	x	-	x	x	x
Z-Holland	x	x	x	x	x	x	x
Zeeland		x	-	-	x	x	-
N-Brabant	x	x	x	x	x	x	x
Limburg		x	-	x	x	x	-
Provincies met aanbod	**7**	**12**	**7**	**6**	**12**	**11**	**6**

x = aanbod aanwezig
■ = geen aanbod aangetroffen
(?) = onduidelijk of het regulier aanbod betreft

Uit de gegevens in tabel 5.2 kunnen de volgende conclusies getrokken worden.
- Niet in alle provincies is een reguliere (7 x 24 uurs) voorziening aangetroffen voor de *eerste opvang* van slachtoffers van seksueel geweld. Zoals gezegd is het beeld mogelijk incompleet. In een aantal provincies hebben vrijwilligers-organisaties een belangrijke functie als eerste opvang voor slachtoffers van seksueel geweld.
- In alle provincies is een specifiek aanbod van *ambulante behandeling* van slachtoffers van seksueel geweld gerealiseerd.
- Een specifiek aanbod aan slachtoffers van seksueel geweld in het kader van *dag- of deeltijdbehandeling* is in 7 van de 12 provincies aangetroffen.

- Een specifiek aanbod voor slachtoffers van seksueel geweld in het kader van *klinische behandeling* (opname) is in 6 provincies aangetroffen.
- *Ambulante praktische begeleiding en ondersteuning* voor slachtoffers van seksueel geweld wordt in alle provincies aangeboden (AMW, vaak ambulante FIOM). Daarnaast spelen in een aantal provincies de Bureaus Slachtofferhulp hierbij een rol.
- In bijna alle provincies is minstens één opvangvoorziening specifiek voor vrouwen aanwezig, die naast onderdak ook praktische begeleiding aanbiedt. Flevoland is de enige provincie die op dit gebied *geen* eigen voorziening heeft.
- In 6 provincies zijn mogelijkheden om in een opvangsituatie gebruik te maken van psychosociale of psychiatrische hulp (behandeling met verblijf).

In slechts een beperkt aantal provincies is voorzien in alle hoofdtypen van hulp, die in het Zorgprogramma Vrouwenhulpverlening worden onderscheiden. Alleen in de volgende provincies zijn *alle functies* voorhanden: Gelderland, Zuid-Holland en Noord-Brabant.

5.4 De omvang van de geboden hulp

In het onderzoek is gepoogd in kaart te brengen *hoeveel mensen* in 1994 een vorm van hulp hebben ontvangen, (mede) in verband met een seksueel geweld problematiek. Het betreft het aantal door de instellingen geholpen cliënten. Dit is iets anders dan het aantal hulpvragers in de populatie: het is niet ondenkbaar dat één en dezelfde hulpvrager als cliënt bij verschillende instellingen terecht komt (bijvoorbeeld opvang + ambulante hulp). Hoe groot deze mogelijke overlap tussen de instellingen is, is op basis van de beschikbare gegevens niet vast te stellen.

5.4.1 Omvang van het ambulante hulpaanbod vanuit de ambulante eerste- en tweedelijnsvoorzieningen (FIOM, AMW, RIAGG) in 1994

In de enquête zijn de ambulante instellingen bevraagd over het aantal cliënten dat in 1994:
- gebruik heeft gemaakt van het *specifieke* aanbod voor slachtoffers van seksueel geweld;

en/of:
- gebruik maakte van het *reguliere* aanbod, maar waarbij seksueel geweld problematiek (vermoedelijk) een rol speelde.

Een redelijke proportie van de instellingen heeft een opgave gedaan van het aantal cliënten waarop het bovenstaande van toepassing was. Opvallend is daarbij dat met name de FIOM en de AMW-instellingen in staat waren om aantallen aan te geven. Verhoudingsgewijs veel RIAGG's gaven aan dat zij geen cijfers konden produceren, dan wel dat de opgegeven aantallen een 'ruwe schatting' betroffen[17]. Op basis van de aantallen cliënten die door een deel van de geënquêteerde instellingen werden genoemd is een *extrapolatie* gemaakt naar het totaal aantal cliënten dat in 1994 gebruik heeft gemaakt van ambulante hulp, (mede) in verband met een seksueel geweld problematiek[18].

---

17 Volgens informatie van het NVAGG is 'seksueel geweld' sinds kort wel opgenomen in de RIAGG-registratie van aanmeldingsklachten.

18 Deze extrapolatie hield in dat het gemiddeld aantal seksueel geweld-cliënten per instelling dat hierover informatie gaf, is vermenigvuldigd met het aantal instellingen waarvan bekend is dat zij een hulpaanbod hebben.

In tabel 5.3 treft u de volgende gegevens aan.
- In de meest linkse kolom wordt het *geëxtrapoleerde aantal cliënten* vermeld dat in 1994 een vorm van ambulante hulp heeft ontvangen (mede) in verband met seksueel geweld problematiek.
- In de twee daarop volgende kolommen wordt dit aantal gerelateerd aan de bevolking in de provincie van 18 jaar en ouder (cliënten per 10.000 inwoners). Allereerst aan de totale bevolking en vervolgens alleen aan het aantal vrouwen.

Tabel 5.3: Schatting van het aantal cliënten dat in 1994 ambulante hulp ontving (mede) wegens seksueel geweld, naar provincie

	Cliënten seksueel geweld		
	Abs.	Per 10.000 inwoners 18+	Per 10.000 vrouwen 18+
Groningen	490	11,0	21,6
Friesland	500	10,8	21,2
Drenthe	1.030	29,4	57,9
Overijssel	1.870	23,3	46,2
Gelderland	820	5,7	11,2
Flevoland	210	11,7	23,1
Utrecht	800	9,8	18,7
N-Holland	1.690	12,5	24,2
Z-Holland	2.150	12,2	24,0
Zeeland	400	14,1	27,8
N-Brabant	1.080	6,1	12,2
Limburg	730	8,1	16,2
Totaal	**11.770**	**9,8**	**19,2**

Uit de tabel blijkt dat er aanzienlijke verschillen zijn tussen de provincies, als men het aantal geholpen 'seksueel geweld cliënten' afzet tegen bewonersaantallen. Provincies waar relatief gezien een *groot aantal* volwassen inwoners in 1994 door de ambulante sector zijn geholpen (mede) in verband met seksueel geweld problematiek zijn met name Drenthe en Overijssel. Provincies waar relatief *weinig* volwassen inwoners in 1994 gebruik hebben gemaakt van ambulante hulp, (mede) in verband met seksueel geweld problematiek zijn Gelderland, Noord-Brabant en Limburg. Twee van deze provincies (Gelderland en Limburg) kwamen eerder al naar voren als provincies waar relatief weinig ambulante hulpaanbieders actief zijn op het gebied van seksueel geweld (zie tabel 5.1).
Dit wijst erop dat de in tabel 5.3 aangetroffen verschillen tussen de provincies eerder opgevat dienen te worden als indicatief voor de verschillende mate waarin hulpverleners zich *bewust zijn* van eventuele achterliggende seksueel geweld problemen bij de hulpvragers en daar actief op inspelen, dan als geografische verschillen in de *prevalentie* van seksueel geweld problematiek.

5.4.2 Het aantal cliënten in de vrouwenopvang in 1994

Gegevens van het NIZW (Vademecum Maatschappelijke Opvang, 1994/1995) en van de Federatie Opvang (1995) kunnen gecombineerd worden tot een totaalschatting van het aantal vrouwen dat in 1994 gebruik heeft gemaakt van een vrouwenopvangvoorziening. Daarbij is als volgt te werk gegaan:

- de totale provinciale beddencapaciteit van de vrouwenopvang (zoals vermeld in het NIZW-Vademecum) is vermenigvuldigd met de factor 2,1 (bezettingsgraad), zoals die ontleend kan worden aan de registratie van de Federatie Opvang[19].

Aan deze berekening liggen de volgende aannames ten grondslag:

- de betreffende opvangvoorzieningen zijn meestal volledig bezet;
- de cliënten die in de vrouwenopvangvoorzieningen zitten zijn voor het overgrote deel (ook) slachtoffers van seksueel geweld.

In de berekening is *geen* rekening gehouden met het aantal slachtoffers van seksueel geweld dat in de overige opvangvoorzieningen terecht komt[20].
Ook hier geldt weer dat de gepresenteerde aantallen gezien moeten worden als grove schattingen.

Tabel 5.4: Geschat aantal gebruikers van vrouwenopvang in 1994, naar provincie

	Totaal bedden	Totaal cliënten
Groningen	78	165
Friesland	21	45
Drenthe	40	85
Overijssel	57	120
Gelderland	156	330
Flevoland	-	-
Utrecht	146	310
N-Holland	440	925
Z-Holland	450	945
Zeeland	26	55
N-Brabant	276	580
Limburg	273	575
Totaal Nederland	**2.028**	**4.135**

Uit de tabel blijkt dat in Nederland in 1994 circa *4.100 volwassen vrouwen* gebruik hebben kunnen maken van een vorm van vrouwenopvang. De aantallen zijn dit keer niet gerelateerd aan bevolkingsgegevens, aangezien de vrouwenopvangvoorzieningen meestal een bovenregionale functie hebben.

---

19 Uit de gegevens blijkt dat in 1994 circa 3.550 volwassen vrouwen gebruik hebben gemaakt van de aangesloten vrouwenopvangvoorzieningen, die tezamen over 1.712 bedden beschikken. Dit geeft een bezettingsgraad van 3.550/1.712 = 2,1.
NB Circa 50% van de beschikbare bedden is bestemd voor kinderen.

20 Cijfers uit de algemene crisisopvang wijzen erop dat het percentage seksueel geweld slachtoffers in de algemene crisisopvang gering is.

De cijfers in tabel 5.3 wijken af van de gegevens van de Federatie Opvang (1995), die aangeeft dat er in 1994 circa 3.550 volwassen vrouwen zijn opgenomen. Het gevonden verschil wordt verklaard door het feit dat niet alle vrouwenopvangvoorzieningen zijn aangesloten bij de Federatie Opvang. In 1994 waren er 39 vrouwenopvangvoorzieningen aangesloten met in het totaal 1.700 bedden. Uit de inventarisatie op basis van het NIZW-Vademecum komt een aantal van 56 vrouwenopvangvoorzieningen naar voren, met in het totaal ruim 2000 bedden. Hierin zijn ook enkele vrouwenafdelingen van algemene opvangvoorzieningen en een aantal kleine, niet of minder professionele vrouwenopvang organisaties meegeteld. Deze zijn niet aangesloten bij de Federatie Opvang/Stichting Vrouwenopvang Nederland[21].

5.5 Samenwerking

Aantal samenwerkingsverbanden

In het inventarisatie-onderzoek is gepoogd om in kaart te brengen hoeveel samenwerkingsverbanden er zijn, die zich (mede) richten op hulp aan slachtoffers van seksueel geweld. De combinatie van literatuur- en enquêtegegevens levert het volgende beeld op.

Tabel 5.5: Aantal samenwerkingsverbanden seksueel geweld, per provincie

	Werkgebied provinciaal abs.	Werkgebied regionaal abs.	Werkgebied lokaal abs.	Werkgebied totaal abs.
Groningen	3	1	-	4
Friesland	1	1	-	2
Drenthe	2	1	-	3
Overijssel	-	2	10	12
Gelderland	-	7	7	14
Flevoland	2	1	4	7
Utrecht	1	1	3	5
N-Holland	-	11	5	16
Z-Holland	-	10	21	31
Zeeland	3	5	-	8
N-Brabant	1	3	10	14
Limburg	-	11	-	11
Totaal Nederland	**13**	**54**	**60**	**127**

De cijfers in tabel 5.5 moeten met enige voorzichtigheid bekeken worden. De respondenten op de enquête gebruiken soms verschillende benamingen voor wat vermoedelijk één en hetzelfde samenwerkingsverband is. Het is dus mogelijk dat

21 De Stichting Vrouwenopvang Nederland, die de vrouwenopvang overkoepelt, hanteert bepaalde toelatingscriteria voor de opvangvoorzieningen, die vooral betrekking hebben op de mate van professionaliteit van de voorziening.

hier en daar dubbeltellingen hebben plaatsgevonden. Bovendien is niet altijd duidelijk wat men onder een 'samenwerkingsverband' verstaat[22].
Ondanks dit voorbehoud kan wel gesteld worden dat er een indrukwekkende hoeveelheid samenwerkingsverbanden bestaat op het gebied van bijvoorbeeld seksueel geweld. Opvallend is dat in de provincies Overijssel, Gelderland, Noord- en Zuid-Holland en Limburg de samenwerking zich beperkt tot verbanden op (sub-)lokaal en (sub-)regionaal niveau. Er wordt, met andere woorden, in deze gebieden niet op een hoger schaalniveau samengewerkt[23].

Mogelijk ligt hier een (coördinatie-)taak voor de provinciale overheid en/of voor ondersteunings- en ontwikkelingsinstellingen met een provinciaal werkgebied (zoals de provinciale emancipatiebureaus).

Inhoud van de samenwerking
In de enquête onder ambulante hulpaanbieders (FIOM, RIAGG, AMW) is gevraagd naar het type *activiteiten* dat in deze samenwerkingsverbanden ontplooid wordt. Uit de gegeven antwoorden blijkt dat activiteiten die direct te maken hebben met de *uitvoering van hulpverlening* een belangrijke plaats innemen:
- 63% van de respondenten noemt 'onderlinge afstemming en coördinatie van hulpverlening aan cliënten' als activiteit die in het samenwerkingsverband ontplooid wordt;
- en 54% geeft aan dat men casuïstiek bespreekt binnen het samenwerkingsverband.

Meer *beleids*gerichte activiteiten worden beduidend minder vaak genoemd:
- 34% zegt dat men gezamenlijk instellingsbeleid ontwikkelt/poogt te ontwikkelen;
- 31% zegt dat men het beleid van overheden beïnvloedt/poogt te beïnvloeden.

Ook relatief nieuwe vormen van gecoördineerd optreden van hulpaanbieders worden nog niet zo vaak genoemd door de respondenten als onderwerp van samenwerking:
- 26% zegt dat men zich bezighoudt met case-management;
- en eveneens 26% zegt dat men betrokken is bij de ontwikkeling van zorgprogramma's.

Hoewel de inhoud van de samenwerking tussen instellingen niet diepgravend onderzocht is, kan wel voorzichtig gesteld worden dat *de samenwerking tussen hulpaanbieders zich vooral richt op de directe uitvoering van hulpverlening en beduidend minder op het beleidsniveau.*

---

22 De indruk is dat soms ook bijvoorbeeld een tijdelijke samenwerking met een andere instelling (bijvoorbeeld in het kader van een project) is aangemerkt als een samenwerkingsverband seksueel geweld.

23 Dit gegeven correspondeert met onze bevinding in het literatuuronderzoek dat het voor deze gebieden moeilijk was om een provinciaal beeld te schetsen, aangezien de beschikbare informatie over hulp aan slachtoffers van seksueel geweld beperkt was tot lokale en regionale verwijsgidsen.

5.6 Aandacht voor specifieke groepen

In het VWS-beleid Bestrijding Seksueel Geweld wordt een aantal groepen onderscheiden die, binnen het beleid en in de hulpverlening, specifieke aandacht verdienen. Het betreft onder andere[24]:
- migranten;
- vluchtelingen en asielzoekers;
- lichamelijk gehandicapten;
- verstandelijk gehandicapten;
- jongens en mannen als slachtoffer van seksueel geweld.

Omdat in het beschikbare materiaal slechts mondjesmaat informatie te vinden was over de aandacht voor en de hulp aan deze groepen vanuit de reguliere instellingen, is in de enquête onder de ambulante instellingen gevraagd of men binnen de instelling aandacht besteedt aan de seksueel geweld problematiek van deze groepen en zo ja, of men dan ook een *specifiek hulpaanbod* heeft ontwikkeld voor deze groepen.
In tabel 5.6 worden de gegeven antwoorden samengevat. Daarbij dient te worden opgemerkt dat de instellingen die op de enquête gereageerd hebben meestal ook instellingen zijn die actief met seksueel geweld bezig zijn (selectieve respons). Voor de totale groep ambulante hulpaanbieders zullen de cijfers dus (nog) lager uitvallen.

Tabel 5.6: Aandacht en hulp voor specifieke groepen als slachtoffer van seksueel geweld bij ambulante hulpaanbieders

		FIOM (n=17) %	RIAGG (n=48) %	AMW (n=80) %	Totaal (n=145) %
Lichamelijk gehandicapten:	- aandacht	6	2	1	2
	- hulpaanbod	6	-	3	2
Verstandelijk gehandicapten:	- aandacht	6	6	-	3
	- hulpaanbod	6	2	-	1
Migranten:	- aandacht	41	31	16	24
	- hulpaanbod	47	19	20	17
Vluchtelingen/asielzoekers:	- aandacht	29	31	9	19
	- hulpaanbod	41	17	8	14
Jongens/mannen als slachtoffer:	- aandacht	56	38	29	34
	- hulpaanbod	53	25	11	21

Uit de tabel blijkt overduidelijk dat het overheidsstreven om de hulp aan deze groepen te laten integreren in het reguliere werk nog bij lange na niet gerealiseerd is. Dit geldt het sterkst voor de lichamelijk gehandicapten en de verstandelijk

24 Daarnaast worden verslaafde vrouwen en slachtoffers van vrouwenhandel als specifieke groepen genoemd. De aandacht voor deze twee specifieke groepen is niet landelijk geïnventariseerd. Wel is in de landelijke interviewronde aandacht besteed aan deze groepen (zie hoofdstuk 7).

gehandicapten[25]. Maar ook voor de overige specifieke groepen geldt dat de aandacht voor seksueel geweld problematiek bij deze groepen nog niet sterk ontwikkeld is. In hoofdstuk 7 wordt hierop teruggekomen.

5.7 Conclusies over het landelijke beeld

Het blijkt geen eenvoudige opgave een sluitend antwoord te vinden op de vraag welk hulpaanbod aan slachtoffers van seksueel geweld anno 1995 gerealiseerd is binnen de reguliere hulpverlening aan slachtoffers. Door een combinatie van methoden is gepoogd om in elk geval een aantal kwantitatieve basisgegevens boven water te krijgen. Daarmee is niet gezegd dat alles in kaart is gebracht. Het resulterende beeld is in een aantal opzichten incompleet:

- Niet alle mogelijke reguliere werksoorten zijn geïnventariseerd. Het aanbod aan jong-volwassenen vanuit de jeugdhulpverlening is buiten beschouwing gelaten. Ook is het aanbod van vrijgevestigde hulpverleners niet in kaart gebracht.
- De extrapolaties over de omvang van de hulp zijn gebouwd op een aantal (ongetoetste) veronderstellingen en - in het geval van de ambulante hulp - soms op een nogal smalle gegevensbasis.

Met deze voorbehouden in het achterhoofd kunnen de volgende conclusies getrokken worden uit het verzamelde materiaal.

1 Bijna de helft (49%) van de onderzochte *aanbieders van ambulante hulp* aan slachtoffers van seksueel geweld (RIAGG, ambulante FIOM, AMW) zegt een specifiek aanbod voor deze groep ontwikkeld te hebben.
2 Het aanbod vanuit de *(semi-)residentiële GGZ* is beperkter: uit het literatuuronderzoek blijkt dat circa een kwart (28%) van deze GGZ-voorzieningen een hulpaanbod seksueel geweld heeft of aan het ontwikkelen is.
3 Voor de *maatschappelijke opvang* geldt, dat een vrij aanzienlijk deel van de opvangvoorzieningen zich specifiek richt op vrouwen (47%). Nemen we alleen de professionele vrouwenopvang in beschouwing[26], dan bedraagt het aandeel van de vrouwenopvang in het totaal aan opvangvoorzieningen circa 30%.
4 Lang niet alle in het Zorgprogramma Vrouwenhulpverlening beschreven *functies* die aanwezig zouden moeten zijn voor slachtoffers van seksueel geweld zijn in de 12 provincies aanwezig. Alleen ambulante behandeling en ambulante praktische begeleiding is in alle provincies aanwezig. Praktische begeleiding met verblijf (in de vrouwenopvang) is in Flevoland afwezig.
   Functies die in slechts circa *de helft* van de 12 provincies zijn aangetroffen, zijn:
   - eerste crisisopvang: in veel provincies spelen niet-professionele organisaties hierin nog steeds een belangrijke rol;
   - dag/deeltijd behandeling: in 7 provincies werd een specifiek aanbod voor slachtoffers van seksueel geweld aangetroffen;
   - klinische behandeling: in 6 provincies werd een specifiek aanbod aan opgenomen slachtoffers van seksueel geweld aangetroffen[27];

---

25 Waarbij ten aanzien van deze laatste groep (verstandelijk gehandicapten) wel opgemerkt dient te worden dat deze ook niet tot de doelgroep van de algemene reguliere hulpverlening behoren. Verstandelijk gehandicapten hebben eigen voorzieningen (met name Sociaal Pedagogische Dienst - SPD).

26 Daarbij is als 'professioneel' aangemerkt: de voorzieningen die als vrouwenopvangvoorziening zijn aangesloten bij de Federatie Opvang.

27 In nog eens 2 provincies is een dergelijk aanbod (vermoedelijk) wel in ontwikkeling, in het kader van de Zorgprogramma-ontwikkeling op het gebied van seksueel geweld.

- behandeling met verblijf (in de vrouwenopvang): dit werd in 6 provincies aangetroffen.

Slechts 3 provincies beschikken over *alle* in dit onderzoek onderscheiden typen van hulp (Gelderland, Z-Holland en N-Brabant).

5 Het geschat aantal volwassenen dat in 1994 gebruik heeft gemaakt van ambulante hulp vanuit het AMW, de RIAGG's of het FIOM (mede) in verband met seksueel geweld problematiek, bedraagt circa *11.800 personen*.

6 Het geschat aantal volwassen vrouwen dat in 1994 gebruik heeft gemaakt van de *vrouwenopvang* bedraagt circa *4.100 vrouwen*. Neemt men alleen de professionele vrouwenopvang in beschouwing, dan zijn circa *3.500 vrouwen* opgevangen in 1994.

6 Evaluatie van het hulpaanbod: toetsing aan criteria en het oordeel van velddeskundigen

6.1 Inleiding

In hoofdstuk 4 is uiteengezet dat in het VWS-Werkprogramma Bestrijding seksueel geweld geen meetbare doelen zijn geformuleerd met betrekking tot het te realiseren 'adequate' hulpaanbod aan slachtoffers van seksueel geweld. Om toch tot een beoordeling te kunnen komen van het in het onderzoek aangetroffen reguliere hulpaanbod aan slachtoffers van seksueel geweld, zijn twee wegen bewandeld.

- Door de onderzoekers is een discussienotitie opgesteld waarin mogelijke beoordelingscriteria zijn geformuleerd. Deze notitie is besproken in de begeleidingscommissie, wat geleid heeft tot aanscherping van de criteria.
- In interviews met 'algemene' velddeskundigen[28] is nagegaan hoe de betreffende deskundigen het aangetroffen aanbod beoordelen. Daarbij is gevraagd naar het oordeel over zowel de kwantiteit (in termen van het aantal hulpaanbieders) als de kwaliteit van het gerealiseerde aanbod.

In dit hoofdstuk worden de resultaten van beide exercities in combinatie gebruikt om te komen tot een evaluatie van het in het inventarisatie-onderzoek aangetroffen hulpaanbod aan slachtoffers van seksueel geweld.

Het inventarisatie-onderzoek was erop gericht een aantal *kwantitatieve kerngegevens* over de hulp aan slachtoffers van seksueel geweld in kaart te brengen met als doel een antwoord te vinden op de vraag of er *voldoende hulp* beschikbaar is voor slachtoffers van seksueel geweld. Dit is gedaan door de hulp aan slachtoffers van seksueel geweld op drie dimensies te beschrijven en te beoordelen.

1 Het *percentage* van de reguliere hulpaanbieders dat een hulpaanbod voor slachtoffers van seksueel geweld heeft gerealiseerd.
2 De mate waarin (per provincie) alle voor deze problematiek relevante *functies* zijn gerealiseerd.
3 De verhouding tussen de omvang van de *potentiële hulpvraag* en het aantal mensen aan wie *feitelijk* hulp is verleend (mede) in verband met seksueel geweld problematiek.

Leeswijzer

Elk van deze beoordelingsdimensies wordt in de volgende paragrafen (6.2 tot en met 6.4) besproken. Daarbij wordt voor de ad 1 en ad 2 genoemde dimensies weergegeven welke beoordelingscriteria zijn geformuleerd in het overleg met de begeleidingscommissie[29]. Vervolgens wordt de visie van relevante velddeskundigen weergegeven. Vervolgens (paragraaf 6.5) wordt weergegeven hoe de velddeskundigen de *kwaliteit* van het gerealiseerde reguliere hulpaanbod beoordelen. Een en ander leidt tot een aantal conclusies, die in paragraaf 6.6 zijn opgenomen.

---

28 De interviews met velddeskundigen zijn te onderscheiden in twee hoofdtypen.
a 'Algemene' interviews waarin aan velddeskundigen een algemeen oordeel is gevraagd over het gerealiseerde reguliere hulpaanbod.
b 'Thematische interviews waarin een bepaald specifiek onderdeel van het hulpaanbod werd uitgediept: het betreft de door VWS onderscheiden specifieke groepen c.q. specifieke problematieken.

29 Aan de ad 3 genoemde dimensie zijn (nog) geen beoordelingscriteria verbonden.

6.2 Het percentage hulpaanbieders

In het inventarisatie-onderzoek onder reguliere aanbieders van hulp is een laagdrempelige definitie gehanteerd van het begrip 'specifiek hulpaanbod voor slachtoffers van seksueel geweld' (zie ook hoofdstuk 4). Uit de in hoofdstuk 5 gepresenteerde onderzoeksresultaten blijkt dat:
- 49% van de instellingen voor ambulante hulp,
- 28% van de instellingen voor (semi-)residentiële GGZ en
- 47% van de maatschappelijke opvangvoorzieningen

voldoen aan de gehanteerde definities en dus aangemerkt kunnen worden als hulpaanbieders die een specifiek hulpaanbod voor volwassen slachtoffers van seksueel geweld hebben gerealiseerd. ***Kernvraag is nu: is dit voldoende?***

6.2.1 Mogelijke beoordelingscriteria

Bij de beoordeling van de bevindingen kunnen twee scenario's gevolgd worden.
- ***Scenario 1*** is, *dat alle reguliere hulpaanbieders een specifiek aanbod dienen te hebben voor slachtoffers van seksueel geweld.*
  In dit geval is de achterliggende gedachte dat de problematiek dermate veel voorkomt dat aandacht hiervoor en deskundigheid hierover integraal onderdeel moeten uitmaken van het aanbod van elke professionele hulpverlenende instantie. Simpel gezegd: hulpverleningsinstellingen die op dit gebied 'niets in huis hebben' zijn niet goed bezig.
- ***Scenario 2*** is, dat het voldoende is *als bepaalde instellingen in een gebied een specifiek hulpaanbod* in huis hebben.
  In dit geval is de achterliggende redenering dat hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld specialistische kennis en vaardigheden vereist. Een apart hulpaanbod door alle (of veel) reguliere hulpaanbieders wordt ongewenst geacht. Wel dienen alle hulpverleners en andere beroepsgroepen met een signalerende functie (zoals huisartsen) te beschikken over *basiskennis en -vaardigheden* op het gebied van signaleren en bespreekbaar maken van vermoedens van seksueel geweld en het zonodig gericht doorverwijzen naar deskundige hulpverlening. Belangrijke voorwaarden daarbij zijn een goede onderlinge afstemming, informatie-voorziening en doorverwijzing van cliënten binnen de regio.

6.2.2 Het oordeel van de begeleidingscommissie

De discussie over deze scenario's met de leden van de begeleidingscommissie leidde tot een keuze voor *scenario 2*. Er wordt met andere woorden gekozen voor het realiseren van voldoende specialistische deskundigheid bij een beperkt aantal hulpaanbieders. Dit gecombineerd met voldoende basiskennis op het gebied van signalering, bespreekbaar maken en verwijzen bij *alle* reguliere hulpaanbieders.
Bij toepassing van scenario 2 op de onderzoeksuitkomsten is het gegeven dat 45% van de potentiële hulpaanbieders een specifiek aanbod voor slachtoffers van seksueel geweld gerealiseerd heeft op zich geen negatieve uitkomst. Niet elke instelling hoeft immers een hulpaanbod te hebben. Houdt men echter rekening met de in het onderzoek gehanteerde laagdrempelige definitie van het begrip 'specifiek aanbod', dan is de uitkomst dat 53% van de ambulante reguliere hulpaanbieders en 72% van de instellingen in de (semi-)residentiële GGZ *niet* aan deze definitie voldoet, toch onbevredigend te noemen.
De vraag of er sprake is van een *samenhangend aanbod* kan pas beantwoord

worden als de functionele verdeling van de typen hulp in de beschouwing wordt betrokken (zie paragraaf 6.4).

6.2.3 Het oordeel van velddeskundigen

De geraadpleegde velddeskundigen blijken ten dele scenario 1 te hanteren (dat wil zeggen *alle* reguliere hulpinstellingen dienen een hulpaanbod te hebben) en ten dele scenario 2. Bij doorvragen blijkt de kloof tussen de beide scenario's echter niet groot: ook de 'scenario-1-aanhangers' bedoelen daarmee aan te geven dat *alle* reguliere hulpverleners over basisdeskundigheid en -vaardigheid dienen te beschikken op het gebied van signaleren, bespreekbaar maken en doorverwijzen naar specialistische hulp.
Vrijwel alle geïnterviewden zetten vraagtekens bij de uitkomsten van het inventarisatie-onderzoek. Men vindt de gevonden percentages hulpaanbieders met een specifiek aanbod voor seksueel geweld slachtoffers (te) hoog en heeft de indruk dat de resultaten vertekend zijn door sociale wenselijkheidseffecten. In de praktijk zou het percentage reguliere hulpaanbieders met een hulpaanbod op dit gebied beduidend lager liggen. Als de percentages wèl zouden kloppen, dan betekent dit dat de *externe profilering* van het aanbod te wensen overlaat.

- Volgens een vertegenwoordiger van het landelijk bureau van de FIOM is het in het rapport geschetste beeld van het aanbod van de ambulante FIOM wel conform de werkelijkheid.
- De vertegenwoordigster van het VOG is van mening dat het van het AMW geschetste beeld positiever is dan zij zelf verwachtte.
- Bij de NVAGG zijn geen recente gegevens beschikbaar over het aantal RIAGG's dat zich actief bezighoudt met/profileert op hulpverlening aan seksueel geweld slachtoffers. Wel is bekend dat ongeveer de helft van de 57 hoofdvestigingen zich actief bezighoudt met vrouwenhulpverlening.

Over de stand van zaken op dit gebied worden door de velddeskundigen verder de volgende opmerkingen geplaatst.

1 De meeste reguliere instellingen zijn ***niet intrinsiek gemotiveerd*** voor hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld. Door de toegenomen politieke en maatschappelijke aandacht voor seksueel geweld is de externe druk op de instellingen wel toegenomen om beleid op dit terrein te ontwikkelen. Ook de hulpvraag neemt toe, met als gevolg meer werkdruk en langere wachtlijsten. Factoren die hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld weinig aantrekkelijk maken, zijn:
   - De hulpverlening is vaak ingewikkeld en vereist lange trajecten. Dit is soms strijdig met het instellingsbeleid waarin uit efficiëntie-overwegingen de voorkeur wordt gegeven aan kortdurende hulpverlening.
     Door de VOG wordt bevestigd dat het beleid binnen AMW's in toenemende mate gericht is op vraaggericht werken en materiële hulpverlening (armoedebestrijding). Door de NVAGG/RIAGG wordt gesteld dat langlopende therapieën op zich *niet* ontmoedigd worden in het beleid. Wel is er interne discussie over de behandeling van DIS-problematiek: omdat er te weinig behandelcapaciteit is, wordt deze problematiek vaak toegedekt gehouden[30].
   - Hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld is emotioneel belastend

30 Het gaat dan men name om een tekort aan op dit gebied deskundige therapeuten. Specialisten die dit soort behandelingen te veel doen, lopen het risico opgebrand te raken (DIS-problematiek = dissociatieve stoornissen bij ernstig getraumatiseerde cliënten).

voor hulpverleners, met name als het om actueel seksueel geweld gaat. Vooral uit de ambulante FIOM komen, komen volgens één geïnterviewde, op dit moment burn-out signalen[31]. Ook vanuit de RIAGG wordt het risico van burnout genoemd.

2 Vrijwel alle geïnterviewden signaleren problemen met de *doorverwijzing* van cliënten naar specialistische hulp. De belangrijkste knelpunten zijn de volgende.

a *Wachtlijsten.*

De belangrijkste specialistische reguliere hulpverleners waarnaar verwezen wordt zijn RIAGG en FIOM. Voor beide instellingen geldt dat zij met wachtlijsten werken. Hierdoor blijven verwijzers vaak gedurende langere tijd zitten met cliënten die zij uit nood dan maar zelf blijven begeleiden.

- Het landelijke FIOM bevestigt de gesignaleerde wachtlijst-problematiek. Knelpunt voor de FIOM's is daarbij - naast werkdruk - dat de ontwikkeltaken hierdoor in het gedrang komen. De overdracht van door de FIOM's ontwikkelde nieuwe werkwijzen naar andere reguliere hulpverleningsinstellingen (AMW, RIAGG) verloopt nog niet goed.
- Ook RIAGG's kampen met wachtlijstproblemen. Jaarlijks neemt het aantal hulpvragers nog steeds met 4-5% toe. Deze toegenomen hulpvraag kan niet meer opgevangen worden door (nog) efficiënter te werken en er ontstaat nu een ophopingseffect.

b *Despecialisatie.*

Er is te weinig keuzevrijheid voor cliënten/er kan niet gericht verwezen worden. Medewerkers van AMW en RIAGG mogen zich niet meer specialiseren waardoor het onduidelijk is of de cliënt uiteindelijk bij een 'goede' hulpverlener terecht komt. Zowel de cliënt zelf als de verwijzer hebben hier geen invloed op.

- Door NVAGG/RIAGG wordt deze beeldvorming over de RIAGG's niet herkend: men heeft wel degelijk specialisten binnen de behandel teams. Een nadeel van specialisatie is het gevaar van burnout.

c *Gebrekkige profilering van het aanbod.*

Met name door de vrouwen zelfhulporganisaties wordt opgemerkt dat men vaak onvoldoende op de hoogte is van het aanbod voor seksueel geweld slachtoffers vanuit de professionele hulpverlening. De instellingen zouden hierover meer informatie moeten verspreiden die *direct op de doelgroep* gericht is. Een goede ingang hiervoor zijn bijvoorbeeld lokale (buurt)netwerken.

- Vanuit het AMW (VOG) wordt opgemerkt dat AMW-instellingen zich inderdaad meer zouden moeten profileren op de aanwezige expertise op het gebied van seksueel geweld. Het AMW maakt onvoldoende duidelijk dat zij een aanbod hebben voor specifieke groepen (waaronder slachtoffers van seksueel geweld).

Als 'oplossing' voor het verwijsprobleem wordt door enkele geïnterviewden verwezen naar het ontstaan van *informele verwijzingsnetwerken*. Deze maken het soms ook mogelijk om institutionele barrières als wachtlijsten te omzeilen. Een nadeel is dat dergelijke netwerken erg persoonsafhankelijk zijn.

3 Door de geïnterviewden wordt de onderzoeksbevinding onderschreven dat de ontwikkeling van een toegesneden hulpaanbod voor *specifieke groepen* nog in de kinderschoenen staat. Met name het gebrek aan methodieken voor het werken met *migranten- of allochtone vrouwen* wordt als een groot gemis ervaren.
Ook het ontbreken van een toegesneden aanbod voor *lichamelijk gehandicapten* wordt (door 1 geïnterviewde) als een knelpunt genoemd.

---

31 Door een vertegenwoordiger van de FIOM wordt dit niet bevestigd. Wel wordt gesignaleerd dat de ambulante FIOM in toenemende mate kampt met wachtlijstproblemen.

4 Door enkele geïnterviewden wordt opgemerkt dat de (regionale) ***samenhang*** in het gerealiseerde aanbod vaak nog ver te zoeken is. Instellingen zijn geneigd om ieder voor zich een hulpaanbod te ontwikkelen, waarbij onvoldoende wordt afgestemd met andere relevante instellingen en organisaties in het werkgebied. Het bestaan van samenwerkingsverbanden seksueel geweld biedt hier niet voldoende soelaas, aangezien deze zich meestal richten op het uitvoerende niveau. Afstemming tussen instellingen dient zich echter af te spelen op het niveau van het beleid/management, en deze zijn over het algemeen niet betrokken bij de samenwerkingsverbanden.

5 Door de velddeskundigen uit de ***(semi-)residentiële GGZ*** worden de volgende opmerkingen gemaakt over de stand van zaken wat betreft hulp aan slachtoffers van seksueel geweld:
- De onderzoeksbevinding dat circa 28% van de instellingen in deze werksoort 'iets' doet op het gebied van seksueel geweld zal wel ongeveer correct zijn.
- Binnen de *residentiële psychiatrie* is de aandacht voor seksueel geweld nog niet of nauwelijks verankerd in het instellingsbeleid. Binnen deze werksoort is de dominante cultuur sterk hiërarchisch, masculien en medisch georiënteerd. Dit betekent dat bottom-up ontwikkelingen als aandacht voor vrouwenhulpverlening en seksueel geweld zeer traag verlopen.
  Het tot stand komen van een specifiek aanbod is nog sterk afhankelijk van de inzet van individuen, met als gevolg dat er weinig continuïteit is in de ontwikkeling van het aanbod (de zaak zakt in bij het vertrek van de aanjager). Bovendien wordt het instellings- en afdelingsbeleid gemaakt door medici (psychiaters respectievelijk arts-assistenten), die minder oog hebben voor zaken als seksueel geweld dan bijvoorbeeld psychologen en B-verpleegkundigen.
- Binnen de *beschermende woonvormen* begint de aandacht voor seksueel geweld langzaam toe te nemen. De aanzetten hiertoe komen vanuit de bewonersraden en de Stichting Landelijke Patiënten- en Bewonersraden. De discussie over seksueel geweld is daarbij ingebed in de discussie over het omgaan met seksualiteit (tussen bewoners) in bredere zin. De toegenomen aandacht voor seksueel geweld hangt samen met veranderingen in de werksoort: bij de overgang naar kleinere units buiten de inrichting, waarbij geen 24-uurs begeleiding meer aanwezig is, traden problemen rond seksueel geweld tussen bewoners aan het daglicht. Er is binnen de werksoort behoefte aan seksehomogene woonvormen, maar deze zijn nog nauwelijks gerealiseerd. Er wordt nu wel een begin mee gemaakt.

6.3 De realisering van verschillende functies

Aan de hand van de functionele indeling van typen hulp die nodig zijn voor slachtoffers van seksueel geweld is in hoofdstuk 5 een overzicht gemaakt van de realisering van de verschillende functies per provincie. In tabel 5.2 is de stand van zaken is op dit gebied weergegeven.

6.3.1 Beoordeling van de bevindingen door de begeleidingscommissie

Volgende de begeleidingscommissie is een minimum-eis dat in elke provincie alle functies aanwezig dienen te zijn. Binnen de verschillende functies kan een hoofdonderscheid gemaakt worden naar:
- *Eerstelijns en tweedelijns ambulante opvang en hulp*
  Goede eerste opvang en hulp door huisartsen en AMW en ambulante

behandeling van RIAGG's dienen minimaal in alle centrumgemeenten aanwezig te zijn.

- *Derdelijns hulp* (dag/deeltijd en klinische behandeling)
  Deze dient minstens in elke provincie aanwezig te zijn. Voor dag-/deeltijd-behandeling is dit zelfs weinig, aangezien de hulp op een redelijke reisafstand van de woning geboden moet worden.
- *Verblijf (vrouwenopvang)*
  Wat betreft deze functie kan aangesloten worden bij de structuurnota van de Federatie Opvang (katern 2, mei 1994) waarin de witte vlekken in de maatschappelijke opvang in kaart worden gebracht.

Een en ander leidt tot de volgende conclusies.

1 Eerste (crisis)opvang
Hoe de eerste crisisopvang van slachtoffers van seksueel geweld geregeld is, is niet uitputtend onderzocht in het inventarisatie-onderzoek[32]. Uit het literatuur-onderzoek werd wel duidelijk dat deze eerste opvang in een aantal provincies vooral in handen ligt van vrijwilligersorganisaties als de Bureaus Slachtofferhulp en door vrijwilligers bemenste telefonische hulplijnen.
De *indruk* van de onderzoekers is dat een professionele 7 x 24 uurs crisisopvang, waarbij *tevens* sprake is van deskundigheid op het gebied van de opvang van slachtoffers van seksueel geweld, in de meeste provincies niet voorhanden is.

2 Ambulante eerste en tweedelijns hulp (AMW, RIAGG, ambulante FIOM)
Deze vorm van hulp is in alle provincies aanwezig. Of er daarbij sprake is van een gelijkmatige spreiding over de provincie, zodat in elk geval alle centrumgemeenten over een aanbod beschikken, is op basis van het onderzoeksmateriaal niet te zeggen.

3 Derdelijns hulp
De mogelijkheden tot dag-/deeltijdbehandeling en klinische behandeling van slacht-offers van seksueel geweld zijn te beperkt. In tabel 5.2 (hoofdstuk 5) is vermeld in welke provincies een aanbod op dit gebied al dan niet gerealiseerd is.

4 Verblijf (opvang)
Uit tabel 5.2 blijkt dat in vrijwel alle provincies (met uitzondering van Flevoland) voorzieningen voor opvang van vrouwen aanwezig zijn. Uit de structuurnota van de Federatie Opvang blijkt dat in 16 van de 27 basisregio's die in de Maatschappe-lijke opvang worden gehanteerd, sprake is van het ontbreken van vrouwenhulp-voorzieningen (2 regio's) dan wel een aanzienlijk capaciteitstekort binnen de vrouwenopvang (14 regio's)[33].
De functie 'verblijf met behandeling' is in 6 van de 12 provincies gerealiseerd. Een dergelijke voorziening zou - zeker gezien de problematische verwijzing vanuit de vrouwenopvang naar behandeling of begeleiding 'buiten de deur' minstens in elke provincie voorhanden moeten zijn[34].

---

32 Voorzieningen voor eerste crisisopvang zijn alleen gescoord op basis van het beschikbare schrifte-lijke materiaal. In de enquête onder ambulante hulpaanbieders is (jammer genoeg) niet gevraagd naar de wijze waarop crisisopvang van slachtoffers geregeld is in het werkgebied van de instelling.

33 De Federatie Opvang spreekt van een capaciteitstekort als er in een regio sprake is van **minder dan een derde** van de gemiddelde capaciteitsbehoefte in Nederland (vrouwenopvang: 3,1 plaatsen per 10.000 inwoners).

34 Uit gegevens van de Federatie Opvang (1995) blijkt dat van de in de vrouwenopvang opgenomen vrouwen circa 25% ambulant begeleid wordt door het AMW en circa 15% door het RIAGG.

6.3.2 Het oordeel van velddeskundigen

Aan de realisering van de verschillende functies per provincie is in de meeste gesprekken met deskundigen niet veel aandacht besteed. Dit hangt samen met het feit dat de meeste geïnterviewden alleen zicht hebben op de realisering van één van de genoemde functies en dus weinig te berde konden brengen over de overige functies.
Een algemene opmerking die wel door enkele geïnterviewden geplaatst werd, heeft betrekking op het ontbreken van goede *mogelijkheden voor de crisisopvang* van slachtoffers van seksueel geweld. Uit de gesprekken komt naar voren dat goede crisisopvang van slachtoffers van seksueel geweld gezien wordt als een belangrijke functie die ook preventief kan werken, in de zin van het voorkomen dat zwaardere vormen van behandeling (opname) noodzakelijk worden.
Met name voor vrouwen die ernstig zijn getraumatiseerd als gevolg van seksueel geweld ervaringen is volgens de velddeskundigen uit de psychiatrie een specifieke vorm van crisisopvang nodig, als ondersteuning van hun zelfstandig maatschappelijk functioneren. Deze vrouwen hebben behoefte aan een terugvalmogelijkheid op momenten dat het trauma 'opspeelt'. Dit stelt wel de nodige eisen aan de crisisopvang:
- de opvang moet seksehomogeen zijn;
- er moeten vaste contactpersonen zijn die de achtergrond van de betreffende vrouwen kennen en die een vertrouwensband hebben met de vrouw;
- de opvang moet 's avonds/'s nachts bereikbaar zijn;
- de contactpersonen moeten (uiteraard) deskundig zijn op het gebied van seksueel geweld.

Een dergelijke opvang is provinciaal te realiseren als er in elke provincie sprake is van een seksehomogene opname-afdeling binnen de psychiatrie.
Voorts wordt door drie geïnterviewden opgemerkt dat de functie van eerste crisisopvang bij *actueel seksueel geweld* in veel plaatsen vervuld wordt door de Bureaus Slachtofferhulp. Hoewel men waardering heeft voor het werk dat door deze Bureaus verzet wordt, heeft men ook twijfels bij de mate van professionaliteit van deze (vrijwilligers-)organisaties. Bovendien verschillen Bureaus Slachtofferhulp onderling sterk in hun aandacht voor deze problematiek en deskundigheid op dit gebied.
Tot slot wordt door drie geïnterviewden het ontbreken van *behandelmogelijkheden* binnen de *vrouwenopvang* als een probleem gesignaleerd: vrouwen worden geplaatst in de opvang, maar verder gebeurt er niets met hun problemen. De mogelijkheden om vanuit de vrouwenopvang ambulante hulpverlening te regelen (met name RIAGG) zijn erg beperkt, zo blijkt uit een interview met een vertegenwoordigster van de vrouwenopvang (zie ook hoofdstuk 7). Vanuit het RIAGG wordt desgevraagd hierover opgemerkt dat men om inhoudelijke redenen meestal afziet van het in behandeling nemen van mensen die zich in een onstabiele situatie (zoals opvang) bevinden. Men biedt wel crisisbeheersing (o.a. medicatie) aan. Daarnaast wordt erkend dat er binnen de RIAGG's nog te weinig aandacht is voor de problematiek van vrouwenmishandeling: het is nog een verborgen probleem.

6.4 De potentiële hulpvraag en het feitelijk gebruik van hulp

Een derde manier om te bepalen of er tegenwoordig sprake is van een adequaat hulpaanbod aan slachtoffers van seksueel geweld, is te bekijken in hoeverre het gerealiseerde aanbod (het feitelijk gebruik van hulp) qua omvang aansluit bij de omvang van de (potentiële) hulpvraag in de samenleving.

Het feitelijk gebruik van hulp
Er zijn gegevens bekend over de omvang van drie typen hulp aan slachtoffers van seksueel geweld. Het betreft achtereenvolgens: de eerste opvang van slachtoffers van actueel seksueel geweld, ambulante psychosociale hulpverlening aan slachtoffers en de opvang (verblijf) van slachtoffers in vrouwenopvang-voorzieningen.

a *Eerste opvang van slachtoffers*
Uit gegevens van het Landelijk Bureau Slachtofferhulp is bekend dat de Bureaus Slachtofferhulp (in 1994) 5.700 contacten met slachtoffers hebben gehad in verband met slachtofferschap van seksueel geweld. Over het aantal contacten van de politie met slachtoffers van seksueel geweld is niets bekend[35].

b *Ambulante psychosociale hulp*
In hoofdstuk 5 is een schatting gemaakt van het aantal volwassenen dat in 1994, mede in verband met een seksueel geweld problematiek, gebruik heeft gemaakt van ambulante psychosociale hulp die geboden wordt vanuit het AMW, de ambulante FIOM en de RIAGG's. Het betrof in het totaal *11.800* volwassen personen.

c *Opvang in vrouwenopvangvoorzieningen*
Het aantal gebruikers van de vrouwenopvang bedroeg in 1994 naar schatting *4.100 volwassen vrouwen* (dit is inclusief de opvang door een aantal vrouwen-opvangvoorzieningen die niet als zodanig zijn aangesloten bij de Federatie Opvang).

Hoe verhouden deze aantallen gebruikers van hulp zich nu tot de potentiële hulp-vraag in de samenleving?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden dienen twee stappen gemaakt te worden.

1 Er dient een inschatting gemaakt te worden van het aantal mensen dat per jaar slachtoffer wordt van seksueel geweld. Men noemt dit ook wel de 'incidentie' van seksueel geweld.
2 Er dient een inschatting gemaakt te worden van het percentage van deze slacht-offers dat (eventueel op de langere termijn) een hulpvraag zal ontwikkelen die relevant is voor de bovenbeschreven typen hulp.

Hieronder wordt gepoogd beide stappen te ondernemen.

6.4.1 Inschatting van de incidentie van seksueel geweld

Voor de schatting van het aantal mensen dat per jaar slachtoffer wordt van een vorm van seksueel geweld zijn drie onderzoeksbronnen geraadpleegd:

a) Een onderzoek onder volwassen vrouwen naar slachtofferschap van seksueel misbruik door verwanten in de jeugd (N. Drayer e.a., 1988).
b) Een onderzoek onder volwassen vrouwen naar slachtofferschap van geweld door mannelijke partners (R. Römkens, 1992).
c) Landelijke enquête-gegevens van het CBS over slachtofferschap van (seksuele) geweldsdelicten (CBS, 1994-1).

---

35 Er zijn wel aangiftecijfers bekend, maar deze zeggen weinig over het aantal politiecontacten met seksueel geweld slachtoffers. Dit omdat veel incidenten uiteindelijk niet leiden tot een in de statistieken opgenomen aangifte (dit is een ondertekend proces verbaal). Uit gegevens van de Federatie Opvang (1995) blijkt dat circa 40% van de in de opvang opgenomen vrouwen die slachtoffer was van seksueel geweld daarover contact heeft opgenomen met de politie. Ongeveer één derde (15%) daarvan deed ook aangifte.

a) Slachtofferschap van seksueel misbruik in de jeugd
In 1988 is een landelijk onderzoek gepubliceerd naar seksueel misbruik van meisjes door verwanten (Drayer e.a., 1988). Seksueel misbruik is daarbij omschreven als seksuele contacten van familieleden, huisgenoten of anderen met een meisje onder de 16 jaar, die plaatsvinden tegen haar zin of zonder dat zij het gevoel heeft (gehad) de seksuele contacten te kunnen weigeren.
Daarbij wordt onder 'seksuele contacten' alle daadwerkelijke aanrakingen verstaan. Hoewel het onderzoek indertijd bloot heeft gestaan aan de nodige kritiek[36] wordt toch over het algemeen aangenomen dat de onderzoeksuitkomsten redelijk valide en betrouwbaar zijn[37].
Drayer e.a. vonden in hun onderzoek dat 34% van de geïnterviewde vrouwen voor het zestiende levensjaar ooit seksueel misbruikt was door verwanten of anderen[38].
Deze *prevalentie* van seksueel misbruik van meisjes kan omgerekend worden naar een *incidentie*cijfer met behulp van de volgende formule:

$$\textit{incidentie} = \frac{\text{prevalentie (34\%) x aantal vrouwen 20-40 jaar (2.454.200)}}{\text{leeftijdsinterval onderzoeksgroep (20 jaar)}}$$

= (afgerond) *42.000* vrouwelijke slachtoffers van seksueel misbruik in de jeugd.

b) Geweld door mannelijke partners
In 1992 verschenen landelijke slachtoffergegevens over de aard en omvang van geweld tegen vrouwen binnen man-vrouw relaties (Römkens, 1992).
Geweld is in het onderzoek omschreven als elke lichamelijke aanraking tegen de wil van de ander. Onder deze omschrijving vallen ook seksuele handelingen waartoe de vrouw gedwongen wordt. Het onderzoek vond plaats onder vrouwen in de leeftijd van 20-60 jaar, verspreid over geheel Nederland.
Uit dit onderzoek blijkt onder andere dat:
- 11,4% van de vrouwen *herhaald* matig (5%), ernstig (4%) of zeer ernstig (2,4%) geweld van een mannelijke partner heeft meegemaakt (waarvan 5,1% gerelateerd was aan seksueel geweld);
- 9% van de vrouwen *incidenteel* en minder ernstig geweld van een mannelijke partner meemaakte (hiervan was 7% gerelateerd aan seksueel geweld).

Uitgaande van de gerapporteerde prevalentie van **herhaald** geweld (11,4%) komen we tot de volgende incidentie-schatting voor geheel Nederland:

$$\textit{incidentie} = \frac{\text{prevalentie (11,4\%) x aantal vrouwen 20-60 jaar (4.359.900)}}{\text{leeftijdsinterval onderzoeksgroep (40 jaar)}}$$

= (afgerond) *12.000* vrouwelijke slachtoffers van herhaald (seksueel) geweld door mannelijke partner.

---

36 De kritiek betrof met name: de invloed van geheugeneffecten (er werd gevraagd naar gebeurtenissen in de jeugd); de validiteit van de antwoorden van de respondenten (alles wat de respondenten zeiden werd voor waar aangenomen) en de hoge non-respons.
37 De onverwacht hoge slachtofferpercentages die Drayer e.a. aantroffen in de onderzoeksgroep (vrouwen in de leeftijd van 20-40 jaar), en die indertijd maatschappelijk een schokeffect veroorzaakten, worden inmiddels ondersteund door andere cijfermatige gegevens, zoals bijvoorbeeld de meldingsgegevens van de Bureaus Vertrouwensartsen (BVA's). Ook deze gegevens wijzen in de richting dat seksueel misbruik van kinderen vaker voorkomt dan vaak gedacht werd.
38 Hiervan was ongeveer de helft (16%) seksueel misbruikt door verwanten (vader/broer e.d.).

c) Mishandeling en actueel seksueel geweld

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) neemt sinds 1992 continu de Enquête Rechtsbescherming en Veiligheid (ERV) af aan de in Nederland woonachtige bevolking van 15 jaar en ouder. In deze ERV worden onder andere vragen gesteld over slachtofferschap van veel voorkomende criminaliteit, waaronder slachtofferschap van (seksueel) geweldsdelicten. In de meest recente rapportage over dit type delicten (D.J. Beukenhorst, in: CBS 1994-1) wordt door de onderzoekers aangetekend dat de onderzoeksgegevens over seksuele delicten vooral betrekking hebben op relatief 'lichte' delicten. Zware vormen van (seksueel) geweld zoals mishandeling binnen relaties, aanranding en verkrachting worden hoogstwaarschijnlijk onder-gerapporteerd. Bij het in kaart brengen van slachtofferschap van (seksueel) geweld heeft men als ondergrens gehanteerd dat minimaal sprake moest zijn van 'enig fysiek contact of geweld'.

Uit de CBS-gegevens (periode oktober 1992- september 1993) komt het volgende beeld van slachtofferschap naar voren:

- seksueel geweld : 2,3% van de meisjes/vrouwen (15+ jaar) is slachtoffer geworden in één jaar tijd[39];
- mishandeling: 1,5% van de bevolking (vrouwen én mannen 15+ jaar) is slachtoffer geworden in één jaar tijd[40].

Dit leidt tot de volgende *incidentie*-schattingen:

seksueel geweld: 2,3% x 6.145.000 (vrouwen 15+ jaar)

= (afgerond) *140.000* vrouwelijke slachtoffers van actueel seksueel geweld.

mishandeling: 1,5% x 6.145.00

= (afgerond) *92.000* vrouwelijke slachtoffers van mishandeling.

De onderlinge verhouding tussen de onderzoeksuitkomsten

De schattingen op basis van de CBS-gegevens vallen aanzienlijk hoger uit dan de aantallen die hierboven zijn berekend op basis van de onderzoeken van Drayer en Römkens. Dit wordt verklaard door het feit dat het CBS-onderzoek andere typen geweldpleging tegen vrouwen in kaart brengt. Hoewel het in dit kader riskant is te spreken over de 'zwaarte' van geweldplegingen[41], kan toch gesteld worden dat het CBS-onderzoek met name die gebeurtenissen boven water brengt die door de betrokkenen niet al te zeer beladen zijn met gevoelens van schuld, schaamte of angst.

De in de onderzoeken van Drayer en Römkens gerapporteerde gebeurtenissen liggen juist wel meer binnen dit 'intieme gebied'; deze onderzoeken waren daar ook juist expliciet op gericht en op ingericht.

De cijfers van het CBS enerzijds en de beide andere onderzoeken anderzijds dienen dus gezien te worden als onderling aanvullend. Gezien verschillen in de gehanteerde begrips-definities en onderzoeksmethoden kunnen de uitkomsten echter

---

39 De vragen over seksueel geweld zijn alleen gesteld aan meisjes en vrouwen.

40 Dit percentage heeft betrekking op vrouwen en mannen. Uit eerdere CBS-publikaties blijkt dat de slachtofferpercentages niet echt verschillen voor de beide seksen. De achtergrond van de mishandeling verschilt overigens wel sterk tussen de seksen. Vrouwen worden veel vaker door de partner of andere bekenden in hun directe omgeving mishandeld. Mannen worden vaker door vreemden mishandeld.

41 Ook in de ogen van anderen relatief 'lichte' vergrijpen kunnen voor het slachtoffer zelf ingrijpende gevolgen hebben - dit geldt eens te meer als het slachtoffer eerdere traumatiserende ervaringen heeft gehad op dit gebied.

niet zonder meer bij elkaar opgeteld worden. De drie uitkomsten moeten veeleer gezien worden als een drietal lapjes in de lappendeken van het (seksueel) geweld dat plaatsvindt in onze samenleving[42].

6.4.2 Van slachtofferschap naar potentiële hulpvraag

Eerste opvang bij actueel seksueel geweld
Aangenomen kan worden dat in principe *alle* slachtoffers van actueel seksueel geweld potentiële gebruikers zijn van vormen van eerste opvang van slachtoffers. Relevante instanties en organisaties op dit gebied zijn: politie, bureaus slachtofferhulp, huisartsen, maatschappelijk werk en andere eerstelijns voorzieningen.

Psychosociale/psychiatrische hulpvraag
Niet alle mensen die slachtoffer zijn geworden van seksueel geweld houden daar zodanige problemen aan over dat professionele psychosociale of psychiatrische hulp geboden is. Over het percentage seksueel geweld slachtoffers dat op termijn psychosociale/psychiatrische problemen ontwikkelt als gevolg van seksueel geweld ervaringen is uit onderzoek nog weinig bekend.

- Algemene literatuur over het optreden van PTSS (Post Traumatische Stress Stoornissen) als gevolg van *ingrijpende geweldservaringen* geeft aan dat tussen de 15 en 30% van de *volwassen* slachtoffers op korte termijn (binnen twee jaar) PTSS of PTSS-achtige aandoeningen ontwikkelt[43]. Wij houden hierna een gemiddeld percentage van 25% aan voor slachtoffers van *herhaald geweld* door mannelijke partners.
- Over het door het CBS gemeten slachtofferschap van seksueel geweld en mishandeling is niet bekend welk deel daarvan aan te merken valt als 'ingrijpende (seksueel) geweldservaringen'. Duidelijk is wel dat een aanmerkelijk deel van het in deze onderzoeken naar boven gehaalde ervaringen relatief 'licht' van aard is. Wij hanteren hierna een geschatte 'PTSS-kans' aan van 10% voor de CBS-gegevens.
- Over het percentage mensen dat als volwassene stoornissen ontwikkelt als gevolg van ingrijpende geweldservaringen *in de jeugd* zijn - voor zover wij weten - geen bruikbare onderzoeksgegevens beschikbaar. Wij schatten in dat het algemene percentage van 25% voor deze groep aan de lage kant is. Hierna wordt aangenomen dat minstens 50% van de slachtoffers van dit type seksueel geweld op termijn, als gevolg van deze jeugdervaringen, stoornissen ontwikkelt die psychosociale/psychiatrische hulp noodzakelijk maken.

Behoefte aan opvang (verblijf)
Over het percentage slachtoffers van seksueel geweld dat als gevolg daarvan behoefte heeft aan opvang in een (vrouwen-)opvangvoorziening is niets bekend. Als minimumschatting kan worden aangehouden: het aantal door de vrouwenopvangvoorzieningen geregistreerde 'passende aanmeldingen' (in 1994: circa 13.500). Dit aantal dient vermenigvuldigd te worden met een factor 1,2 om ook de niet bij de Federatie Opvang aangesloten vrouwenopvangvoorzieningen mee te

---

42 Men dient zich er daarbij rekenschap van te geven dat grote delen van deze lappendeken nog onverkend gebied zijn. Zo zijn er nog geen landelijk representatieve gegevens beschikbaar over seksueel misbruik van jongens en mannen, terwijl het ook zeer de vraag is in hoeverre migrantenvrouwen hebben deelgenomen aan de eerder beschreven onderzoeken.

43 Zie onder andere Kleber en Brom, 1992 (Coping with trauma).

tellen[44]. De jaarlijkse behoefte aan opvang komt daarmee op ruim *16.000 vrouwelijke hulpvragers per jaar.*
Vergelijken we de berekende behoefte aan vrouwenopvang met de algemene CBS gegevens (circa 200.000 vrouwelijke slachtoffers van seksueel geweld en mishandeling per jaar, rekening houdend met overlap tussen beide groepen) dan komt men wat betreft de opvangbehoefte van alle vrouwelijke slachtoffers van seksueel geweld en mishandeling uit op een percentage van 8 procent[45].

Laten we deze schattingen los op de onderzoeksgegevens over slachtofferschap van seksueel geweld, dan leiden de hiervoor berekende incidentieschattingen tot de volgende geschatte aantallen potentiële hulpvragers van eerste opvang en psychosociale/psychiatrische hulp. Het betreft het geschatte aantal *nieuwe hulpvragen per jaar.*

Tabel 6.1: Schatting van de jaarlijkse potentiële hulpvraag in verband met seksueel geweld problematiek

Slachtofferschap van:	Potentiële hulpvraag			
	slachtoffers per jaar abs.	eerste opvang (actueel geweld) abs.	psychosociale/psychiatrische hulp abs.	opvang (verblijf) abs.
Seksueel misbruik in jeugd (Drayer)	42.000	n.v.t.	21.000 (50%)	Totaal ongeveer 16.000 (8%)
Actueel seksueel geweld (CBS)	140.000	140.000	14.000 (10%)	
Mishandeling door partner (Römkens)	12.000	12.000	3.000 (25%)	
Mishandeling algemeen (CBS)	90.000	90.000	9.000 (10%)	

Conclusies uit de tabel
Hoewel het niet mogelijk is de gevonden aantallen per type seksueel geweld eenvoudigweg bij elkaar op te tellen, kan wel gesteld worden dat zich een aanzienlijk gat bevindt tussen de gevonden aantallen potentiële hulpvragers en het ons bekende gerealiseerde hulpaanbod.
- Het gerealiseerde aantal eerste *opvang*contacten van de Bureaus Slachtofferhulp (5.700) is ongeveer 3% van het op basis van de CBS-gegevens geschatte aantal gevallen van slachtofferschap van seksueel geweld en mishandeling (circa 200.000 per jaar). Daarbij dient aangetekend te worden dat de Bureaus alleen in contact komen met slachtoffers die naar de politie zijn gestapt.

44 In 1994 hebben de bij de Federatie Opvang aangesloten vrouwenopvangsvoorzieningen circa 3.500 volwassen vrouwen opgenomen. In het inventarisatie-onderzoek (waarbij ook niet aangesloten vrouwenopvangvoorzieningen zijn betrokken) werd een totale capaciteit berekend van circa 4.100 plaatsen voor volwassen vrouwen (4.100/3.500 = 1,2).
45 Deze berekeningswijze is wat oneigenlijk, omdat in deze paragraaf juist gepoogd wordt om de potentiële hulpvraag te becijferen **onafhankelijk** van de omvang van het hulpaanbod. Als tegenargument kan aangevoerd worden dat de vrouwenopvangvoorzieningen zeer laagdrempelig zijn, en dat dus aangenomen mag worden dat het overgrote deel van de vrouwen met een hulpvraag op dit gebied inderdaad aankloppen bij een van de betreffende voorzieningen.

- De uit tabel 6.1 naar voren komende geschatte behoefte aan *psychosociale/-psychiatrische hulp* ligt rond de 35.000 potentiële hulpvragers per jaar. De door de reguliere instellingen verleende *ambulante* hulp ligt rond de 12.000 cliënten per jaar. De omvang van de (semi-)residentiële hulp aan seksueel geweld slachtoffer is niet bekend.
- De behoefte aan opvang in een *vrouwenopvang* voorziening ligt rond de 16.000 hulpvragers per jaar, terwijl de feitelijke capaciteit van de vrouwenopvang rond de 4.100 op te vangen vrouwen ligt.

Deze bevindingen sluiten aan bij de in de interviews gesignaleerde problemen rond doorverwijzing van slachtoffers naar psychosociale/psychiatrische hulp en de vrouwenopvang.

6.5 De kwaliteit van de geboden reguliere hulp aan slachtoffers van seksueel geweld

In de interviews met velddeskundigen is hun oordeel gevraagd over de inhoudelijke kwaliteit van de door reguliere instellingen gerealiseerde hulp aan slachtoffers van seksueel geweld. Een groot aantal velddeskundigen geeft hierbij te kennen dat zij door het landelijke/beleidsmatige niveau waarop zij zich bewegen, weinig zicht hebben op de kwaliteit van de geboden hulp. Een vervolgonderzoek naar de kwaliteit van de hulpverlening aan seksueel geweld slachtoffers zou, volgens een aantal velddeskundigen, dan ook wenselijk zijn.

- Door de VOG-vertegenwoordigster wordt gesteld dat de kwaliteit van de hulp aan seksueel geweld slachtoffers binnen het *AMW* nog sterk afhankelijk is van de individuele maatschappelijk werker. Binnen het AMW is deskundigheidsbevordering op dit gebied nog steeds nodig (knelpunt is de financiering hiervan, het AMW is een arme sector). Verder ontbreekt deskundigheid op het gebied van seksueel geweld en specifieke groepen.
- Door het Landelijk Bureau *FIOM* wordt gesteld dat de kwaliteit van de FIOM-hulpverlening goed is: er is een hoge signaalgevoeligheid, seksueel geweld is een specialisatie binnen de organisatie en de begeleiding van de betrokken medewerkers is goed geregeld via intervisie en supervisie. Daarnaast worden werkwijzen voor nieuwe doelgroepen en problematieken ontwikkeld binnen de FIOM.
- Vanuit *NVAGG/RIAGG* wordt gesteld dat de kwaliteit van de geboden hulp over het algemeen goed is - dit blijkt ook uit satisfactie-onderzoek onder cliënten. Wel wordt als kritische kanttekening geplaatst dat in de therapie nog vaak teveel wordt gefocust op het verleden en te weinig op het hier en nu.
  Verder is een uitbreiding van de behandelingsdeskundigheid op het gebied van DIS-problematiek/MPS hard nodig - dit geldt voor de GGZ in het algemeen. Tot slot is meer aandacht voor en deskundigheid over transculturele aspecten noodzakelijk. Ten aanzien van migranten en vluchtelingen/asielzoekers zou de RIAGG ook meer outreachend moeten werken.
- Vanuit de *psychiatrie* wordt opgemerkt dat de kwaliteit van de hulp aan seksueel geweld slachtoffers in de psychiatrie nog sterk afhangt van individuele werkers (voornamelijk vrouwen). De deskundigheidsbevordering op dit gebied begint zich nu wel meer te richten op het trainen van hele teams; dit zal op termijn vruchten moeten afwerpen. De velddeskundigen zijn er voorstander van dat aandacht voor seksueel geweld binnen de psychiatrie wordt ingekaderd in een breder programma rond intimiteit en seksualiteit. Veel werkers hebben moeite daar mee om te gaan, waardoor het risico groot is dat seksueel geweld ook binnen de instellingen optreedt en dat signalen daarvan worden toegedekt.

- Vanuit de *autonome hulpverlening* (VSK) wordt opgemerkt dat de reguliere hulp aan seksueel geweld slachtoffers vaak beperkt blijft tot een puur verbale benadering, terwijl een integrale benadering (combinatie van gesprekken, lichaamswerk, creatieve en speltherapie, hypnotherapie) de voorkeur verdient. Daarnaast wordt gesteld dat het reguliere hulpaanbod inhoudelijk achterloopt op de ontwikkeling van de hulpvraag in de samenleving; zo is door de reguliere hulp nog geen antwoord gevonden op het toenemende aantal vrouwen met complexe trauma's als gevolg van seksueel geweldservaringen in de jeugd. Deze vrouwen worden door de tweede en derdelijns GGZ vaak terugverwezen naar de autonome hulpverlening, die echter niet toegerust is op het werken met deze 'zware gevallen'.

6.6 Conclusies over het reguliere hulpaanbod aan slachtoffers van seksueel geweld

In dit hoofdstuk is naar een antwoord gezocht op de vraag of men nu (in 1995) kan spreken van een *adequaat regulier hulpaanbod aan volwassen slachtoffers van seksueel geweld.* Dit is gedaan door het in het inventarisatie-onderzoek gevonden gerealiseerde hulpaanbod te laten beoordelen door de begeleidingscommissie en door relevante deskundigen uit het veld.

6.6.1 Conclusies over het percentage hulpaanbieders

Wat betreft de realisering van een hulpaanbod door reguliere instellingen wordt door de meeste geïnterviewde velddeskundigen en de begeleidingscommissie het volgende model voorgestaan.

a Bij alle relevante hulp- en dienstverleners die beroepshalve in aanraking komen met seksueel geweld, dienen de *basiskennis* en *-vaardigheden* aanwezig te zijn om seksueel geweld te signaleren, bespreekbaar te maken en (zonodig) te verwijzen naar gespecialiseerde hulpverlening.

b Daarnaast moet in elk gebied (zorgregio) voldoende *specialistische hulp* aanwezig zijn voor de behandeling van slachtoffers van seksueel geweld.

c Dit vereist goede onderlinge samenwerking, communicatie en informatievoorziening tussen reguliere instellingen onderling en tussen de hulpaanbieders en de doelgroep.

Geen van deze drie gestelde criteria wordt op dit moment volledig gehaald.

ad a Of bij de relevante instellingen de benodigde basiskennis en vaardigheden aanwezig zijn om seksueel geweld problematiek bij cliënten te kunnen *signaleren* is in het inventarisatie-onderzoek niet apart onderzocht. Uit interviews met velddeskundigen komt het beeld naar voren dat problemen op dit vlak niet zozeer liggen op het gebied van kennis en vaardigheden bij de relevante beroepsbeoefenaren (deze zijn over het algemeen wel aanwezig), als wel op het feit dat de doorverwijzing *stagneert* omdat er onvoldoende capaciteit is om de hulpvraag op te vangen. Dit heeft tot gevolg dat men ophoudt met signaleren en de problematiek toegedekt houdt.

ad b Zowel uit de interviews als uit de in dit hoofdstuk gemaakte schattingen van de potentiële hulpvraag blijkt dat er een aanzienlijk tekort is aan specialistische psychosociale/psychiatrische hulp voor seksueel geweld slachtoffers. Met name de zeer beperkte behandelmogelijkheden voor mensen met ernstige trauma's als gevolg van seksueel geweld in de jeugd

(MPS/DIS) wordt als een knellend probleem ervaren.

ad c De onderlinge afstemming tussen reguliere instellingen laat te wensen over, en dan met name de afstemming op beleidsniveau. Voorts wordt opgemerkt dat het aanbod voor slachtoffers van seksueel geweld onvoldoende bekend is bij de doelgroep zelf: reguliere instellingen zouden zich hier beter moeten profileren, via bijvoorbeeld buurtnetwerken en zelfhulporganisaties.

6.6.2 Conclusies over de realisering van de verschillende functies

Kijkend naar de mate waarin de functies eerste crisisopvang, ambulante behandeling, dag-/deeltijdbehandeling, klinische behandeling en verblijf (al dan niet met behandeling) in de 12 provincies gerealiseerd zijn, kunnen de volgende conclusies worden getrokken.

Crisisopvang

- Het ontbreekt (waarschijnlijk) in veel provincies aan een goede 7 x 24 uurs crisis-opvang die is toegesneden op de problematiek van slachtoffers van seksueel geweld.
- Een 'doorlopende' professionele crisisopvang voor getraumatiseerde vrouwen zou zeer wel preventief kunnen werken.
- De eerste opvang van slachtoffers van *actueel* seksueel geweld door de Bureaus Slachtofferhulp verdient extra aandacht op het gebied van deskundigheidsbevordering[46] en de landelijke afstemming van de bureaus.

Ambulante hulpverlening

In alle provincies is een aanbod van ambulante hulp aan slachtoffers van seksueel geweld gerealiseerd. Of deze hulp in alle centrumgemeenten aanwezig is, is echter de vraag.

Dag-/deeltijdbehandeling

Het aanbod van dag-/deeltijdbehandeling aan slachtoffers van seksueel geweld is nog zeer beperkt. Uitbreiding van het aanbod tot minstens één behandelmogelijkheid per provincie is gewenst.

Klinische behandeling

Ook dit aanbod is nog niet in alle provincies gerealiseerd. Uitbreiding van het aanbod is dringend gewenst.

Verblijf

De capaciteit van de vrouwenopvang verschilt per gebied. De Federatie Opvang heeft zelf al aangegeven waar zich witte plekken bevinden.
Voorts wordt gesignaleerd dat er *binnen* de vrouwenopvang te weinig behandelmogelijkheden zijn, terwijl de mogelijkheden om vrouwen geplaatst te krijgen in de ambulante hulpverlening (RIAGG's) zeer beperkt zijn.

---

46 Transact zal in 1996 overigens een training verzorgen voor de Bureaus Slachtofferhulp.

6.6.3 De verhouding tussen potentiële hulpvraag en feitelijk gebruik van hulp

Als de geschatte potentiële hulpvraag (onderscheiden naar behoefte aan eerste opvang, psychosociale/psychiatrische hulp en verblijf) afgezet wordt tegen de hulp die feitelijk gerealiseerd is, dan blijkt er sprake van een aanzienlijk gat tussen de potentiële hulpvraag en de omvang van de gerealiseerde hulp aan slachtoffers. Grofweg kan gesteld worden dat:

- van de potentiële hulpvragers voor psychosociale of psychiatrische hulp (35.000 per jaar) circa één derde *ambulante* hulp ontvangt (circa 12.000)[47];
- van de potentiële hulpvragers van de vrouwenopvang (16.000 p.j.) ongeveer een vierde opgenomen kan worden.

Dit stemt overeen met de in de interviews meermalen gesignaleerde doorverwijsproblematiek naar de reguliere hulpverlening en de vrouwenopvang.

6.6.4 De kwaliteit van de geboden hulp

Veel velddeskundigen durven hierover geen uitspraken te doen, aangezien ze hier geen zicht op hebben. Desgevraagd zeggen de velddeskundigen het volgende over de hulp die binnen hun eigen werkveld wordt gerealiseerd:

- De FIOM-hulpverlening is kwalitatief goed.
- De (kwalitatief goede) hulp vanuit het AMW is nog teveel gebonden aan individuele werkers.
- De RIAGG-hulpverlening is kwalitatief goed. Het schort echter wel aan behandeldeskundigheid en -capaciteit voor ernstig getraumatiseerde cliënten. Ook transculturele aspecten komen tot nu toe onvoldoende aan de orde.
- Binnen de psychiatrie is kwaliteit nog gebonden aan individuele werkers, meer teamgericht trainen zal hierin in de nabije toekomst verandering moeten brengen.

Vanuit de autonome hulpverlening wordt gesteld dat de reguliere hulp nog teveel puur verbaal georiënteerd is (te weinig integrale benadering) en dat het type hulpaanbod achterloopt op de ontwikkeling van de hulpvraag in de samenleving.

Een aanvullend vervolgonderzoek, waarin de kwaliteit van de reguliere hulpverlening aan seksueel geweld slachtoffers centraal staat, wordt door verschillende geïnterviewden zeker zinvol geacht.

---

47 Het aantal in de (semi-)residentiële GGZ geholpen cliënten is niet bekend.

7 De velddeskundigen over hulp bij specifieke problematieken en specifieke groepen

7.1 Inleiding

Binnen het VWS-beleid Bestrijding seksueel geweld is een aantal thema's aangewezen die speciale aandacht behoeven. Het betreft een aantal deelproblematieken binnen het verzamelbegrip 'seksueel geweld' en bepaalde maatschappelijke groeperingen, voor wie slachtofferschap van seksueel geweld een specifieke vorm aanneemt. In de evaluatie van het VWS-beleid is extra aandacht besteed aan de volgende specifieke thema's:
Specifieke problematieken:
- vrouwenmishandeling;
- vrouwenhandel.

Specifieke groepen:
- migranten;
- vluchtelingen/asielzoekers;
- mensen met een handicap (verstandelijk en lichamelijk gehandicapten);
- verslaafde vrouwen;
- jongens/mannen als slachtoffer van seksueel geweld.

In de landelijke interviewronde is met velddeskundigen die expertise hebben op de genoemde terreinen gesproken over de stand van zaken wat betreft de hulp aan slachtoffers van seksueel geweld, de scholing hieromtrent, de preventie van seksueel geweld en de gewenste en gevreesde ontwikkelingen in de toekomst. Voor een overzicht van de geraadpleegde velddeskundigen: zie bijlage II.1, 'Thematische interviews'. Daarnaast zijn de velddeskundigen uitgenodigd te reageren op de in het inventarisatie-onderzoek naar voren komende gegevens over de reguliere hulp aan seksueel geweld slachtoffers afkomstig uit de specifieke groepen.
Hieronder wordt per thema's samengevat wat de velddeskundigen te berde brachten over de stand van zaken in de hulpverlening.

7.2 Vrouwenmishandeling

Opmerkingen vooraf
'Vrouwenmishandeling' is sinds enkele jaren beleidsmatig ondergebracht bij (het Beleid bestrijding) seksueel geweld. Door twee geïnterviewden worden hierbij kanttekeningen geplaatst. Hoewel er inhoudelijk overeenkomsten zijn tussen vrouwenmishandeling enerzijds en seksueel geweld (in enge zin) anderzijds, zijn er ook verschillen aan te wijzen. Een voor de politiële uitvoeringspraktijk belangrijk verschil is dat vrouwenmishandeling geen zedenmisdrijf is en daardoor anders is ondergebracht binnen de politie-organisatie[48].
Een mogelijk strategisch pluspunt van het opnemen van vrouwenmishandeling onder de noemer van 'seksueel geweld' is dat seksueel geweld politiek en maatschappelijk zeer in de belangstelling staat. Hopelijk komt vrouwenmishandeling daarmee ook wat meer onder de aandacht.

---

48 Zedenmisdrijven vallen - of vielen - onder afdelingen 'jeugd- en zedenzaken' van de politie en werden dus afgehandeld door hierop gespecialiseerde functionarissen, terwijl de afhandeling van vrouwenmishandeling behoort tot de generieke taken van de (wijk) politie.

Door verschillende geïnterviewden wordt voorts opgemerkt dat er wat betreft vrouwenmishandeling sprake lijkt te zijn van een gestage *verzwaring van de problematiek* waarmee men in aanraking komt. Vroeger ging het vaker om (witte) vrouwen die er overigens redelijk goed voorstonden, en waarbij het mogelijk was de thuissituatie te repareren met behulp van partnerhulpverlening. De mishandelde vrouwen waar men (opvang, politie) tegenwoordig mee te maken krijgt kampen vaak met een opeenstapeling van problemen (zware schuldenproblematiek, psychiatrische problematiek). Ook de aard van het geweld tegen de vrouwen is veranderd: het gaat vaker om langdurige, planmatige en wrede terreur van de (ex-)partner jegens de vrouw.

7.2.1 Reacties op de inventarisatie

Uit de inventarisatie komt niet duidelijk naar voren of en hoe vaak reguliere instellingen hulp verlenen aan mishandelde vrouwen. Wel bestaat de indruk dat de ambulante hulp van AMW en RIAGG's en de hulp vanuit de (semi-)residentiële GGZ zich vooral richt op 'seksueel geweld in enge zin' en dan met name op verwerking van seksueel misbruik in de jeugd. Een apart behandelaanbod voor mishandelde vrouwen komt nog niet veel voor[49]. Uitzondering hierop vormen de ambulante FIOM's: deze zijn doende zich meer te richten op mishandelde vrouwen. Aandacht voor vrouwenmishandeling wordt door het landelijk bureau van de FIOM actief gestimuleerd.

7.2.2 Visie op de stand van zaken in het veld

Er wordt door de geïnterviewden een groot aantal knelpunten genoemd op het gebied van de signalering en aanpak van vrouwenmishandeling.

a) De signalering van vrouwenmishandeling
Belangrijke 'vindplaatsen' van mishandelde vrouwen zijn de politie en de somatische zorg (huisartsen, eerste hulp afdelingen van ziekenhuizen).
Wat betreft de *ziekenhuizen* wordt opgemerkt dat de signalering van vrouwenmishandeling te wensen overlaat. Vrouwen kunnen meerdere malen met verwondingen in een ziekenhuis belanden zonder dat hierop verdere actie wordt ondernomen.
Wat betreft de signalering van vrouwenmishandeling bij de *politie* wordt door verschillende geïnterviewden een overeenkomstig beeld geschetst[50]. Het blijkt dat politie-agenten gevallen van vrouwenmishandeling over het algemeen benaderen door het toepassen van 'bemiddeling' en *niet* door het ingang zetten van een strafrechtelijke procedure. Oorzaken van deze werkwijze zijn:
- Vrouwenmishandeling wordt - omdat het meestal in de privé-situatie plaatsvindt - door de politie ten onrechte opgevat als een civielrechtelijk probleem en

---

49 Dit ervaringsfeit wordt bevestigd door het onderzoeksgegeven dat in de enquête onder RIAGG's, AMW en ambulante FIOM slechts 9 instellingen (6%) te kennen gaven een apart (groeps)aanbod voor mishandelde vrouwen te hebben. Dit terwijl 70% van de respondenten een groepsaanbod op 'seksueel geweld in enge zin' heeft gerealiseerd. Overigens is een deel van het groepsaanbod aan mishandelde vrouwen waarschijnlijk niet als zodanig terug te vinden in verwijsgidsen, omdat de ervaring leert dat een expliciet op dat onderwerp gericht aanbod ("groep voor mishandelde vrouwen") veel vrouwen afschrikt, met name als zij nog in een relatie met de mishandelde partner zitten. In de praktijk worden deze vrouwen vaak bereikt in groepen rond thema's als 'autonomie' en 'assertiviteit'.
50 Dit beeld is gebaseerd op eigen ervaringen maar ook op onderzoek naar de wijze waarop de politie gevallen van Vrouwenmishandeling afhandelt; onder andere in Utrecht (Wüstman) en Eindhoven en Zwolle (Zomer).

niet als een strafrechtelijk probleem.
- Aangezien het om volwassen vrouwen gaat wordt de verantwoordelijkheid voor het doen van aangifte en het zoeken van hulp bij de vrouw zelf gelaten.
- De ervaring dat mishandelde vrouwen die wel aangifte hebben gedaan, deze aangifte vaak na enkele dagen weer intrekken, leidt tot frustratie bij de politiemensen.
- De politie gaat er van uit dat het Openbaar Ministerie dit type zaken toch seponeert.

Op de achtergrond spelen kennisproblemen en attitudeproblemen een rol (deze worden besproken in deelrapport III, over deskundigheidsbevordering).
Een *organisatie*probleem is ontstaan door de opheffing van de afdelingen jeugd- en zedenzaken bij de politie. De gespecialiseerde mensen van deze afdelingen worden verspreid over de verschillende politiedistricten, waarbij het ook voor kan komen dat districten over geen enkele specialist beschikken. Dit terwijl alle geïnterviewden het erover eens zijn dat de verdere afhandeling[51] van dit soort zaken specialistische kennis en vaardigheden vereist.

b) De afhandeling van vrouwenmishandeling door politie en Openbaar Ministerie
Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat de kans op recidive meer afneemt bij een strafrechtelijke afhandeling dan bij het toepassen van bemiddeling. Een strafrechtelijke benadering zou dan ook een wezenlijk onderdeel moeten zijn van het politieoptreden bij vrouwenmishandeling. Daartoe moet de politie stelling nemen voor het slachtoffer en namens het slachtoffer grenzen stellen.
Deze strafrechtelijke aanpak vereist niet alleen een verandering in attitude en gedrag van politiemensen, maar ook een ander beleid van het Openbaar Ministerie. Op dit moment komen gevallen van vrouwenmishandeling - gezien de filter aan politiezijde - slechts sporadisch bij het Openbaar Ministerie terecht. Volgens onderzoek gaat het Openbaar Ministerie met gevallen van mishandeling binnen relaties niet anders om dan met andere mishandelingsgevallen. Gezien het specifieke karakter van vrouwenmishandeling zou echter wél een andere beleidslijn geboden zijn.
- *Meer aandacht voor het slachtoffer*: formeel (wet Terwee en wet Vaillant) hoeft het Openbaar Ministerie het slachtoffer alleen in te lichten over de zittingsdatum (als de zaak al voorkomt) en de uitspraak. In het kader van de opvang en begeleiding van slachtoffers van vrouwenmishandeling en het zinvol maken van de strafrechtelijke benadering zou een Officier van Justitie minstens eenmaal met het slachtoffer moeten praten. Dit is zeker nuttig als de zaak geseponeerd wordt: er dient dan aan het slachtoffer uitgelegd te worden waarom er niet vervolgd wordt.
- *Verandering van de strafsoort*: gevallen van mishandeling worden vaak afgedaan met een transactie. De mishandelende partner krijgt dan een acceptgiro in de bus en daarmee is de zaak afgedaan. In gevallen van vrouwenmishandeling zou het Openbaar Ministerie de daders altijd moeten oproepen ter berisping, bijvoorbeeld in combinatie met de beslissing om *voorwaardelijk* niet te vervolgen.

51 Signalering en eerste opvang behoren tot de generieke taken van elke agent.

c) De kwaliteit van de hulpverlening aan mishandelde vrouwen
Door verschillende geïnterviewden wordt er op gewezen dat er een grote kloof is tussen het politiële en justitiële circuit aan de ene kant en de hulpverlening aan de andere kant[52]. Men wijst er op dat hulpverleners vaak slecht op de hoogte zijn van de juridische stappen die mishandelde vrouwen kunnen ondernemen. Naast gebrek aan kennis over juridische mogelijkheden speelt hierbij de *attitude* van hulpverleners een belangrijke rol: "Zij zijn meestal anti-justitie".
Andersom wordt ook geconstateerd dat vanuit politie en Openbaar Ministerie vaak onvoldoende gedacht wordt aan de mogelijkheden om samen te werken met de hulpverlening. Zo is bij vrouwenmishandeling nog weinig tot niets ontwikkeld op het gebied van *daderhulpverlening in een justitieel kader*. Dit hangt ook samen met het feit dat op dit moment gevallen van vrouwenmishandeling pas in het laatste stadium bij de politie terecht komen: de hulpverlening heeft dan meestal al gefaald. Als de politie erin slaagt om beter en eerder te signaleren, wordt het inschakelen van daderhulpverlening wel relevant.
Overigens wordt in dit kader door een velddeskundige opgemerkt dat zij de behoefte aan psychosociale of psychiatrische hulp bij vrouwen die uitsluitend met een actueel mishandelingsprobleem zitten niet hoog inschat[53]. Het gaat allereerst om het stoppen van de mishandeling. Of vervolgens een verwerkingsprobleem optreedt waarbij hulpverlening nodig is, is afhankelijk van de achtergrond van de vrouw en de duur en ernst van de mishandeling. Bovendien gaat het vaak om mishandeling door *ex-partners*: de vrouw is al weg bij de man en de mishandeling/bedreiging door die man is het enige resterende probleem. In zo'n geval ligt een juridische aanpak meer voor de hand dan een hulpverlenende benadering.

d) Regionale samenwerking
De ad c) genoemde kloof tussen hulpverleners en politie/justitie wordt op dit moment *niet* effectief gedicht door het aangaan van lokale of regionale samenwerkingsverbanden. Dit heeft een aantal oorzaken.
- Het ligt voor de hand om het thema vrouwenmishandeling op de agenda te zetten van de reeds bestaande samenwerkingsverbanden rond seksueel geweld. Deze verbanden zijn echter rond een ander type problematiek ontstaan (incest, kindermishandeling) en het blijkt lastig om het thema vrouwenmishandeling in deze verbanden op de agenda te krijgen en te houden.
- De decentralisatie bij de politie en het ontbreken van een specialisatie op vrouwenmishandeling bij het Openbaar Ministerie maken het voor deze organisaties praktisch gezien moeilijk - zo niet onmogelijk - om effectief deel te nemen aan lokale of regionale samenwerkingsverbanden met hulpverleners.

7.2.3 Aangedragen oplossingen

Om de gesignaleerde knelpunten op te lossen, worden door de informanten de volgende suggesties aangedragen (die ten dele al in uitvoering zijn):

---

52 Door alle geïnterviewden wordt het betreurd dat de organisaties die gespecialiseerd waren op de hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld (de Stichtingen tegen seksueel geweld en dergelijke) zijn opgeheven. In het verleden werd vaak verwezen naar deze organisaties. Daarnaast werd aan deze organisaties vaak advies gevraagd.
53 Römkens (1992) vond overigens wel een correlatie tussen psychosociale problematiek en ervaringen met mishandeling door een partner.

a) Signalering van vrouwenmishandeling
Het verbeteren van de signalering van vrouwenmishandeling is vooral een kwestie van (bij)scholing van relevante beroepsgroepen (zie verder deelrapport III).
De problemen bij de politie-organisatie kunnen echter niet alleen worden opgelost door kennisoverdracht op de opleidingen. Daarnaast is een *aanpak binnen de politie-organisatie zelf nodig*: er moet worden toegewerkt naar concrete handelingsrichtlijnen voor gevallen van vrouwenmishandeling (protocollen). Hoe een dergelijke praktische verandering binnen een politiekorps gestalte kan krijgen, is te zien in het project Vrouwenmishandeling van de politie Utrecht[54].
Tot slot kan een verbeterde *registratie* van gevallen van vrouwenmishandeling ertoe leiden dat vrouwenmishandeling in de statistieken beter zichtbaar wordt en dus ook niet meer genegeerd kan worden door de korpsleiding[55].

b) Afhandeling van vrouwenmishandelingszaken
Vanuit de Werkgroep Vrouwenmishandeling zijn onlangs concrete voorstellen gedaan over noodzakelijke veranderingen bij politie en Openbaar Ministerie. Deze voorstellen hebben onder andere betrekking op de deskundigheidsbevordering bij de politie en Openbaar Ministerie (via de RAIO-opleidingen). Binnen de laatstgenoemde opleiding zou - naast aandacht voor vrouwenmishandeling - met name ook aandacht besteed moeten worden aan het thema 'omgaan met slachtoffers'[56]. Verder beveelt de Werkgroep aan om de wettelijke mogelijkheden om mishandeling te vervolgen te verruimen, en dringt men aan op de ontwikkeling van netwerken met de hulpverlening, zodat het mogelijk wordt om tijdens het voorarrest van daders hulpverlening in te schakelen.
De door de Werkgroep gedane voorstellen zijn ingediend bij het Ministerie van Justitie, die daar in eerste instantie positief op heeft gereageerd. Een officiële reactie is echter nog niet vernomen.

c) De kwaliteit van de hulpverlening aan mishandelde vrouwen
De belangrijkste aanbeveling is hier dat hulpverleners bijgeschoold moeten worden op de mogelijkheden van een juridische aanpak van vrouwenmishandeling (zoals een straatverbod voor ex-partners). Via nauwere samenwerking tussen justitie en hulpverlening zou op termijn de anti-justitie houding van veel hulpverleners kunnen veranderen.

d) De regionale samenwerking
Het is de vraag of de gewenste samenwerking tussen politie/justitie en de hulpverlening wel gestalte moet krijgen in de bestaande samenwerkingsverbanden rond seksueel geweld. Het lijkt immers meer te gaan om het tot stand brengen van samenwerking op het gebied van de *dader*hulpverlening. Het is voorstelbaar dat deze samenwerking via andere wegen gestalte krijgt. Dit geldt eens te meer als blijkt dat politie en Openbaar Ministerie zich terugtrekken uit de bestaande verbanden (signalen hierover komen van verschillende kanten). Bij het verder ontwik-

---

54 In dit project is via een interne netwerkmethode gewerkt aan de verbetering van de eerst opvang van slachtoffers en de strafrechtelijke aanpak van gevallen van vrouwenmishandeling. In het project is gewerkt aan de ontwikkeling van concrete procedures waarin de verbeterde opvang en afhandeling van vrouwenmishandeling gestalte krijgt.Binnenkort zullen de resultaten van deze werkwijze gepubliceerd worden in een studieboek voor politiemensen.
55 Door de lage aangiftebereidheid van zowel slachtoffers als politiemensen zelf is vrouwenmishandeling een probleem dat in de politieregistratie vrijwel onzichtbaar blijft.
56 Aan de sociale aspecten van contacten met slachtoffers wordt momenteel in de opleiding geen aandacht besteed. De praktijk wijst uit dat lang niet alle Officiers van Justitie op dit gebied de vereiste vaardigheden in huis hebben.

kelen van netwerken voor daderhulpverlening dient gebruik gemaakt te worden van de ervaringen die daarmee zijn opgedaan in het kader van de aanpak van kindermishandeling.

7.2.4 Conclusies over de hulp bij vrouwenmishandeling

Hoewel het voor de meeste betrokkenen als gunstig wordt ervaren dat vrouwenmishandeling beleidsmatig is ondergebracht binnen het beleidsterrein seksueel geweld, wordt tegelijk geconstateerd dat vrouwenmishandeling wel nog steeds een stiefkindjes-status heeft.

- De acceptatie van vrouwenmishandeling als *maatschappelijk* probleem, waarvoor betrokken overheden, instanties en organisaties zich gezamenlijk verantwoordelijk dienen te voelen, is nog in een beginstadium. Hetzelfde geldt voor het maatschappelijk zichtbaar maken van de omvang en ernst van de problematiek.
- De ontwikkeling van concrete werkwijzen heeft zich tot nu toe beperkt tot enkele los van elkaar staande lokale projecten, waaraan tot nu toe nog weinig landelijke ruchtbaarheid is gegeven[57].
- De beleidsadvisering aan de rijksoverheid (Werkgroep Vrouwenmishandeling) is pas op gang gekomen, met nog onduidelijke gevolgen.

Hoewel de verdere ontwikkeling op dit gebied primair een taak is van andere ministeries, lijken er voor VWS toch taken te liggen:

- politieke en maatschappelijke aandacht blijven vragen voor de problematiek van vrouwenmishandeling;
- stimuleren van netwerkvorming tussen (dader)hulpverlening en politie/Openbaar Ministerie;
- stimuleren dat in basisopleidingen en bij- en nascholingsactiviteiten voor hulpverleners aandacht wordt besteed aan vrouwenmishandeling en dan met name ook de juridische kanten ervan (zie ook deelrapport III);
- aandacht voor preventie van vrouwenmishandeling (dit thema wordt verder uitgewerkt in deelrapport IV).

7.3 Vrouwenhandel[58]

Definitie en omvang van vrouwenhandel

Indicaties voor vrouwenhandel zijn: als vrouwen door de zwakke economische situatie in hun land nauwelijks keuzemogelijkheid hebben en in de prostitutie belanden; als zij met geweld gedwongen worden in de prostitutie te werken en de opbrengst hieruit moeten afstaan aan handelaren en agentschappen; als vrouwen in hun eigen land vals worden ingelicht over de aard van de werkzaamheden en/of condities waaronder deze verricht moeten worden. Bij vrouwenhandel gaat het niet alleen om vrouwen, die nooit eerder in de prostitutie hebben gewerkt. Ook een vrouw die reeds in de prostitutie werkzaam is of was kan slachtoffer worden van vrouwenhandel. Als een handelaar haar hoge schulden oplegt, haar bewegingsvrijheid beperkt of haar papieren en geld afneemt, is dat een misdrijf.
Volgens de Stichting Tegen Vrouwenhandel werken in Nederland naar schatting

---

57 Dit geldt in mindere mate voor het project in Utrecht.

58 In het inventarisatie-onderzoek van het hulpaanbod aan slachtoffers van seksueel geweld is geen aparte aandacht besteed aan het onderwerp vrouwenhandel. In de interviews met de velddeskundigen op het gebied van vrouwenhandel is de inventarisatie dan ook geen uitgangspunt van het gesprek geweest. De rapportage in deze paragraaf wijkt dan ook af van het stramien dat in de overige paragrafen wordt gevolgd.

30.000 vrouwen in de prostitutie, van wie er 12.000 tot 18.000 uit het buitenland komen. Er zijn aanwijzingen dat een aanzienlijk deel van deze buitenlandse prostituées via vrouwenhandel naar Nederland is gekomen. Exacte cijfers zijn moeilijk te geven, aangezien vrouwenhandel zich afspeelt in een illegaal en crimineel circuit, dat internationaal georganiseerd is.

7.3.1 Visie op de stand van zaken in het veld

De hulp aan slachtoffers van vrouwenhandel bevindt zich op het snijvlak van politie/justitie en hulpverlening.

Politie
Uit een in 1992 bij de politie uitgevoerd onderzoek[59] naar de wijze waarop de politie omgaat met vrouwenhandel bleek dat er nogal wat zwakke plekken waren in de aanpak van vrouwenhandel door de politie:
- Vrouwenhandel valt formeel onder zedenzaken, maar wordt in de praktijk vaak afgehandeld door Vreemdelingenzaken, wat inhoudt dat de betreffende vrouwen niet werden behandeld als slachtoffers van een zedendelict, maar als verdachten van een strafbaar feit (illegaal verblijf in Nederland).
- Opsporing en vervolging van vrouwenhandel worden bemoeilijkt door het feit dat deze vrouwen vaak bang zijn om aangifte te doen.
- Signalering van vrouwenhandel heeft een lage prioriteit bij de politie.
- Er blijken binnen de korpsen verschillende interpretaties van het delict vrouwenhandel gehanteerd te worden.

In 1994 hebben de korpsen van de vier grote steden (afdelingen jeugd- en zedenzaken) gezamenlijk een *protocol vrouwenhandel* ontwikkeld, met als doel meer eenduidigheid te krijgen in de afhandeling van vrouwenhandelzaken. In het protocol wordt aandacht besteed aan repressie en preventie van vrouwenhandel. Het is onduidelijk in hoeverre het ontwikkelde protocol op dit moment wordt toegepast door de politiekorpsen in Nederland.
Door de geïnterviewde politiedeskundige wordt benadrukt dat de aanpak van vrouwenhandel alleen effectief is als er multi-disciplinair wordt samengewerkt omdat bij vrouwenhandel sprake is van een verstrengeling van zedenwetgeving, vreemdelingenwetgeving, openbare orde problematiek en georganiseerde (internationale) criminaliteit.

De hulpverlening
De Stichting Tegen Vrouwenhandel verleent - naast tal van andere activiteiten - zelf hulp aan slachtoffers van vrouwenhandel (circa 150 cliënten per jaar). Deze hulp bestaat onder meer uit het regelen van een veilig onderkomen en juridische bijstand en het geven van informatie en ondersteuning als de vrouwen aangifte willen doen, een (tijdelijke) verblijfsvergunning willen of juist willen terugkeren naar het land van herkomst.
Daarnaast is de STV doende om de ontwikkelde kennis op dit gebied over te dragen aan reguliere instellingen. In de regio Gelderland is met dit doel een proefproject opgezet dat inmiddels (maart 1995) met succes is afgesloten. In dit proefproject is een netwerk van samenwerkende instellingen ontwikkeld waardoor gevallen vrouwenhandel snel gesignaleerd kunnen worden en de hulpverlening vlot en

59 Brunnekreef, J. Visies op en omgang met vrouwenhandel. KU Nijmegen, 1993. Het onderzoek vond plaats bij de korpsen Nijmegen en Arnhem.

doelmatig kan verlopen[60]. Momenteel is men doende om in andere regio's vergelijkbare netwerken te ontwikkelen.

Knelpunten

- Er wordt een duidelijke *toename* van de vrouwenhandel gesignaleerd. Het betreft met name een toename van de handel vanuit Oost-Europa, die in handen is van goed georganiseerde criminele organisaties. Deze ontwikkeling moet snel en adequaat de kop worden ingedrukt.
- De reorganisatie bij de *politie* - opheffing centrale afdelingen jeugd- en zedenzaken - werkt ongunstig uit voor de aanpak van de vrouwenhandel. De districten verschillen sterk in deskundigheid op dit gebied. Veel opgebouwde deskundigheid en ervaring is verloren gegaan.
- Formeel is de handelswijze bij vermoedens van vrouwenhandel goed geregeld, maar de uitvoering van de regelingen (door politie/justitie) laat te wensen over. Het protocol is wel een belangrijke verbetering (mits toegepast!).
- Het capaciteitstekort in de *vrouwenopvang* leidt ertoe dat men vrouwen die slachtoffer zijn van de vrouwenhandel niet snel kan onderbrengen.
- Het beleid van de verschillende *Ministeries* (SoZaWe, Justitie en VWS) sluit onderling niet aan, waardoor hulpverleners veel tijd kwijt zijn met het aanvechten van procedures.
- De *criteria* die gehanteerd worden bij het al dan niet verlenen van een verblijfsstatus aan slachtoffers van vrouwenhandel (op humanitaire gronden) zijn onduidelijk en zouden meer omlijnd moeten worden.

De aangedragen oplossingen voor deze knelpunten worden besproken in deelrapport V (Toekomstverkenning).

7.4 Migranten

7.4.1 Reacties op de inventarisatie

In het beschikbare schriftelijke materiaal werden slechts enkele reguliere instellingen aangetroffen met een specifiek aanbod voor seksueel geweld slachtoffers uit migranten groepen.
Uit de enquête onder reguliere ambulante hulpverleners (AMW, RIAGG en ambulante FIOM) blijkt dat 24% van de instellingen die op de enquête reageerden aandacht heeft voor seksueel geweld bij migranten, terwijl 14% zegt een specifiek hulpaanbod voor deze groep ontwikkeld te hebben[61].
De geïnterviewde velddeskundigen zijn sceptisch over deze gegevens: hun ervaring is dat op dit gebied deskundige hulpverleners binnen de reguliere instellingen zeer dun gezaaid zijn. Men vermoedt dat sociale wenselijkheidsmotieven de antwoorden op de enquête vertekend hebben.

---

60 Het betreft het 'Integratieproject Signalering en Hulpverlening Vrouwenhandel'. Deelnemers zijn: politie, advocaten, gemeenten (Sociale Dienst, huisvesting, GG&GD), opvanghuizen, AMW, slachtofferhulp, RIAGG en huisartsen.

61 NB De groep respondenten van de enquête is waarschijnlijk ook de groep die relatief actief is op het gebied van seksueel geweld. Er is dus sprake van selectieve respons.

7.4.2 Visie op de stand van zaken in het reguliere veld

Men heeft de indruk dat migrantenvrouwen weinig gebruik maken van de reguliere hulpverlening (met name RIAGG). Cijfermatige gegevens over het gebruik van reguliere hulp door migrantenvrouwen ontbreken echter op dit moment. Factoren die de stap naar de reguliere hulpverlening voor migrantenvrouwen extra moeilijk maken zijn:
- de sociale controle binnen migrantengemeenschappen;
- de grote sociaal-economische afhankelijkheid van de man en de vaak zwakke rechtspositionele situatie van de vrouwen.

Over de in het onderzoek betrokken instellingen voor ambulante hulp wordt het volgende gezegd:
- De RIAGG's zijn op landelijk niveau nog maar net begonnen zichzelf toegankelijk te maken voor migranten. Onlangs is een Werkgroep Interculturalisatie ingesteld binnen het NVAGG. Deze probeert door informatievoorziening aan de RIAGG's het denken hierover bij de RIAGG's op gang te brengen. De Werkgroep heeft echter weinig directe sturingsmogelijkheden, kan alleen stimuleren. Overigens springt een aantal RIAGG's er al enkele jaren in positieve zin uit. Deze zijn zowel intern actief met toegankelijkmaking en beleidsontwikkeling als extern door het geven van consultatie en betrokkenheid bij modelontwikkeling (bijvoorbeeld rond psychosomatische klachten). Deze zelfde RIAGG's zijn actief op het gebied van het aantrekken van allochtone hulpverleners. Daartoe is een landelijk project gestart (het WEP-project), waaraan ook het NCB en de arbeidsvoorziening deelnemen.
- Het *AMW* is (vergeleken met de RIAGG's) wel wat toegankelijker voor migrantenvrouwen. Doorverwijzing van migrantenvrouwen vanuit het AMW naar de RIAGG's verloopt vaak moeizaam.
  In veel grotere gemeenten is het AMW gedecentraliseerd naar de buurten/wijken. Onduidelijk is of het beoogde doel (de hulp dichter bij de klanten brengen) daarmee ook bereikt wordt. Een duidelijk nadeel is dat specialistische functies in deze opzet wegvallen.
- Het uit het onderzoek naar voren komende gegeven dat de *FIOM* het meest actief is op het gebied van hulpverlening aan migranten wordt bevestigd door de geïnterviewden. De FIOM heeft de specifieke taakstelling op het gebied van hulpverlening aan migranten waargemaakt. Zo'n ingreep van 'bovenaf' werkt dus wel (mits ondersteund met de benodigde financiële middelen).
- Het aantal migrantenvrouwen in de *maatschappelijke opvang* neemt gestaag toe. Knelpunt binnen de opvang is met name dat er vrijwel geen hulpverleningsaanbod is dat specifiek gericht is op seksueel geweld. Op andere gebieden (zoals omgaan met kinderen, al dan niet echtscheiden) is in de maatschappelijke opvang wel een hulpaanbod ontwikkeld dat afgestemd is op de cultuur en etniciteit van verschillende groepen allochtone vrouwen.
- In de *somatische gezondheidszorg* nemen huisartsen een sleutelpositie in. Daarnaast zijn met name verloskundigen een belangrijke doelgroep. Bij deze groepen ontbreekt vaak nog kennis en inzicht in de seksueel geweld problematiek van migranten en vluchtelingen en asielzoekers. Een tot nu toe gemiste kans is dat in de op deze groep gerichte activiteiten die in het kader van het Werkprogramma Vrouwenhulpverlening worden uitgevoerd (onder andere bijscholing huisartsen) nog geen aandacht is voor migranten- en vluchtelingenvrouwen.
- Binnen de *(semi-)residentiële GGZ* is nog vrijwel niets specifieks ontwikkeld voor migrantenvrouwen. Ook hier ontbreken cijfers over het aantal migrantencliënten. De indruk is dat zwarte en migranten patiënten vooral voorkomen in de 'harde psychiatrie' (ernstige psychiatrische stoornissen) terwijl in de 'zachte'

psychiatrie (neurosen e.d.) de witte mensen domineren.

Inhoudelijke aandachtspunten voor de hulpverlening

- De 'autochtone gewoonte' om seksueel geweld problemen expliciet te benoemen roept bij veel migrantenvrouwen weerstanden op. De behoefte om informeel met elkaar te praten over (seksueel) geweldservaringen is wel degelijk aanwezig bij migrantenvrouwen. Er moet gezocht worden naar wegen om dit mogelijk te maken.
- Het is de vraag of groepswerk (zoals in het AMW vaak wordt aangeboden) wel zo'n geschikt aanbod is voor migrantenvrouwen met seksueel geweld ervaringen.
- Binnen de hulpverlening aan migranten moet aandacht zijn voor de rol en positie van familiesystemen en de rol van kinderen daarbinnen[62]. Tevens moet men zich bewust zijn van de rol die religie kan spelen. Religie en cultuur moeten niet met elkaar verward worden.

7.4.3 Visie op de stand van zaken in de categoriale hulp

Binnen de professionele *categoriale organisaties* is veel ervaring en expertise opgebouwd met de hulpverlening aan migranten(-vrouwen). Van overdracht van deze kennis naar de reguliere hulpverlening is nog nauwelijks sprake. Men zit nog in de aanloopfase, die vooral gericht is op methodiekontwikkeling en algemene voorlichting aan reguliere organisaties en instanties.

7.4.4 Conclusies

Volgens de velddeskundigen dient het thema 'seksueel geweld en migrantenvrouwen' in de komende jaren nog actief gestimuleerd te worden door de rijksoverheid. Dit omdat de stuwkracht van onderaf - vanuit de migranten(organisaties) zelf - nog zeer zwak is. Mogelijke taken voor het rijk zijn:

- Het (laten) ontwikkelen van alternatieve vormen van registratie van het gebruik van reguliere zorg door migrantenvrouwen (bijvoorbeeld steekproefonderzoek), zodat landelijke beleidsinformatie beschikbaar komt over de participatie van migrantenvrouwen in de reguliere zorg- en hulpverlening.
- Voorlopig blijven ondersteunen van vormen van categoriale (zelf)hulpverlening, waarbij speerpunten zijn: het beschrijven en overdragen van methodieken en het tot stand brengen van samenwerking met de algemene reguliere zorg- en hulpverlening.
- Werken aan interculturalisering van het VWS-Werkprogramma Vrouwenhulpverlening. Een belangrijk aandachtspunt op dit gebied is de bereikbaarheid van de huisarts voor deze vrouwen. Daarbij spelen zowel inhoudelijke (deskundigheid), organisatorische (beschikbaarheid van vrouwelijke artsen, inrichting van de praktijken, andere vormen van spreekuur houden) als financieel-technische (bijvoorbeeld verrichtingsvergoeding voor huisartsen) zaken een rol. Speciale aandacht is nodig voor huisartsen in de oude stadswijken.
- Ondersteunen van onderzoek en praktijkexperimenten gericht op het vergroten van de participatie van migranten aan de reguliere patiënten-, bewoners- en cliëntenorganisaties.

---

62 Sommige RIAGG's zijn hier actief mee bezig (o.a. twee RIAGG's in Amsterdam, RIAGG stad Utrecht en RIAGG Eindhoven).

- Multicultureel personeelsbeleid. VWS kan hieraan bijdragen door het stellen van subsidie-voorwaarden aan door het Ministerie gesubsidieerde instellingen voor het opzetten van een positieve actiebeleid of het creëren van stimulerende maatregelen in het kader van arbeidsvoorziening en scholingsmogelijkheden.
- Opzetten en financieren van samenwerkingsprojecten tussen de vrouwenopvang en de reguliere hulpverlening, gericht op seksueel geweld en migrantenvrouwen. Daarbij dient gebruik gemaakt te worden van de deskundigheid van categoriale hulpverleners.

7.5 Vluchtelingen en asielzoekers

Opmerking vooraf
Door verschillende geïnterviewden wordt opgemerkt dat ervaringen met seksueel geweld van vluchtelingen/asielzoekers onderdeel uitmaken van een veel bredere problematiek, met als componenten andere (intense) geweldservaringen, de onzekere verblijfsstatus, de huisvestingssituatie in de centrale opvang en culturele problemen. Ervaringen met seksueel geweld zijn daar lastig als apart probleem uit te lichten. Bovendien blijkt in de praktijk dat vluchtelingen/asielzoekers pas toekomen aan het verwerken van trauma's nadat zij gedurende één of twee jaar in een veilige situatie hebben verkeerd. Dit betekent dat de hulpvraag pas manifest wordt als deze mensen niet meer in de centrale opvang verkeren. Een derde typerend kenmerk van seksueel geweld problematiek van vluchtelingen/asielzoekers is dat seksueel geweld of andere traumatische ervaringen zich bij deze groep vaak uiten in een scala van vage somatische klachten. Dit geldt in verhoogde mate voor mensen met een islamitische achtergrond. Hulpverlening aan deze mensen is vaak een lang en moeizaam traject: het kost veel tijd om het vertrouwen van deze mensen te winnen en de problemen te bereiken die achter de vage klachten liggen.

7.5.1 Reacties op de inventarisatie

Uit de enquête onder reguliere ambulante hulpaanbieders (AMW, RIAGG en ambulante FIOM) bleek dat 19% van de instellingen die op de enquête reageerden specifieke aandacht heeft voor seksueel geweld bij vluchtelingen/asielzoekers. Bovendien zegt 11% een specifiek hulpaanbod ontwikkeld te hebben voor vluchtelingen/asielzoekers met seksueel geweld ervaringen[63].
De geïnterviewden reageren verbaasd op de gevonden percentages - die op zich toch al niet zo hoog zijn. Men vermoedt dat de instellingen de vraag in algemene zin hebben beantwoord (dus: heeft men überhaupt aandacht voor deze doelgroep).

7.5.2 Visie op de stand van zaken in het reguliere veld

De velddeskundigen hebben de indruk dat reguliere hulpverleningsinstellingen nog vrijwel niets ontwikkeld hebben op het gebied van hulp aan vluchtelingen/asielzoekers in het algemeen, laat staan op het specifieke thema 'seksueel geweld'. Dit blijkt uit het feit dat het vaak moeilijk is om cliënten door te verwijzen naar de reguliere hulp. Bovendien blijken wel geplaatste cliënten vaak na korte tijd af te haken. Dit is te wijten aan het gebrek aan kennis, ervaring èn wil bij reguliere

63 NB Waarschijnlijk zijn instellingen die relatief actief zijn op het gebied van seksueel geweld oververtegenwoordigd in de groep respondenten. Er is dus sprake van selectieve respons.

instellingen om oplossingen te vinden voor bijvoorbeeld taalverschillen en cultuurverschillen[64].
Men signaleert overigens wel een geleidelijke verbetering in deze situatie, mede dankzij regionale samenwerkingsverbanden tussen reguliere hulpverleningsinstellingen, regionale groepen van het vluchtelingenwerk en Pharos.

Over de verschillende in het inventarisatie-onderzoek betrokken instellingen wordt het volgende opgemerkt:
- Het *AMW* speelt op dit moment geen rol als hulpverlener van vluchtelingen/-asielzoekers, onder andere door het feit dat de hulp aan deze groep niet vergoed wordt door gemeenten. Dientengevolge heeft het AMW hier geen deskundigheid op verworven en geen aanbod ontwikkeld. In de nabije toekomst kan dit een knelpunt worden: de maatschappelijke dienstverlening aan vluchtelingen/asielzoekers is per 1 januari 1996 overgedragen aan het AMW.
- *RIAGG's* beschikken evenmin over voldoende deskundigheid om vluchtelingen/-asielzoekers te behandelen (enkele uitzonderingen daargelaten[65]). Een bijkomend praktische knelpunt is dat vluchtelingen/asielzoekers vaak te kort op één plaats verblijven om er een hulpverleningsrelatie mee op te kunnen bouwen. Dit is vaak een reden voor RIAGG's om hulpvragen van vluchtelingen/asielzoekers af te wijzen. Crisisbeheersing wordt wel geboden, maar is vooral medicamenteus van aard.
- Ook de *maatschappelijke (vrouwen)opvang* is op dit moment nog niet toegerust om vluchtelingen/asielzoekers met een actuele (seksueel) geweld problematiek op te vangen. Ook hier spelen financieringsproblemen een rol[66].
- Het aanbod van *FIOM-huizen* is bij de geïnterviewde velddeskundigen niet bekend (!).

Inhoudelijke aandachtspunten voor de hulpverlening
- Bij vluchtelingen/asielzoekers zijn de psychische en/of lichamelijke problemen niet los te koppelen van de maatschappelijke problemen die samenhangen met hun status. Dit vereist vormen van *integrale hulpverlening*, waarbij psychologische, maatschappelijke en juridische hulp op elkaar worden afgestemd. Dergelijke vormen van integrale hulp zijn in de reguliere sector nog niet ontwikkeld.
- Daarnaast signaleert men een tekort aan *lichaamsgericht* aanbod voor vluchtelingen/asielzoekers (fysiotherapie, ontspanningsoefeningen, lijfwerk, etc.) en aan *groeps*aanbod voor vluchtelingen/asielzoekers met seksueel geweld ervaringen.
- Een groep die nog vrijwel geen aandacht krijgt zijn de *mannelijke* vluchtelingen/asielzoekers met seksueel geweld ervaringen[67]. Door mannen worden deze ervaringen nog sterker toegedekt, wat hoge eisen stelt aan de hulpverlening.

---

64 In het westen van het land - en met name in de grote steden - geldt dit overigens minder: hier is meer ervaring met het omgaan met andere culturen en meer bereidheid om de werkwijzen aan te passen.

65 Daar waar wel een specifiek hulpaanbod is voor vluchtelingen/asielzoekers, is de kwaliteit goed. Meestal is dit aanbod ontwikkeld door een of enkele zeer gemotiveerde individuen.

66 Het blijkt dat vluchtelingen / asielzoekers vrouwen bij bijvoorbeeld Blijf-van-mijn-lijf huizen worden afgewezen omdat zij geen recht hebben op een uitkering. Momenteel werken COA en Blijf aan een overeenkomst om dit gat te dichten.

67 Pharos is wel doende om lichaamsgerichte methoden te ontwikkelen, met als doel deze over te dragen aan de reguliere hulpverlening.

7.5.3 Visie op de stand van zaken in de categoriale hulp

De kennis over en aandacht voor slachtofferschap van seksueel geweld bij vluchtelingen/asielzoekers neemt bij de werkers in de opvang gestaag toe. Er zijn echter nog wel verschillen tussen de opvangcentra, dit is mede afhankelijk van de belangstelling voor dit onderwerp vanuit het management.
Binnen de categoriale *therapeutische hulpverlening* is wel voldoende deskundigheid aanwezig (Pharos). Binnen het categoriale *maatschappelijke werk* ontbreken nog methodieken met betrekking tot het signaleren van en omgaan met seksueel geweld problematiek bij vluchtelingen/asielzoekers[68].

Knelpunten
- De overdracht van zorgtaken vanuit de centrale opvang naar het reguliere AMW (per 1-1-1996) zal in eerste instantie leiden tot een gat in het zorgaanbod omdat het AMW nauwelijks iets heeft ontwikkeld op dit gebied en geen ervaring heeft met de doelgroep.
- Hoewel er de laatste jaren veel aandacht is besteed aan het zorgen voor een facilitair veilige opvangsituatie, laat de toestand in bepaalde (oudere) gebouwen nog wel te wensen over.

7.5.4 Oplossingen

Gezien de stand van zaken in het veld is men van mening dat de verdere werkontwikkeling en de integratie van het werk in de reguliere sector voorlopig nog sterk afhankelijk zijn van *landelijke organisaties* die hierin een voortrekkersrol vervullen. Men doelt dan met name op Pharos en TransAct. Deze instellingen bundelen en verspreiden opgedane kennis en ervaringen en houden daarmee de aandacht voor het onderwerp levend.
Enkele velddeskundigen menen daarnaast dat het rijk door het stellen van *kwaliteitseisen* aan de reguliere instellingen aandacht voor vluchtelingen en asielzoekers zou kunnen bewerkstelligen. Zij zien voor de *Inspecties* een belangrijke rol weggelegd bij de controle op de realisering van deze kwaliteitseisen.

7.5.5 Conclusies over de hulp aan vluchtelingen/asielzoekers

Zowel uit de enquêtegegevens als uit de interviews blijkt dat op dit moment bepaald nog geen sprake is van een in de reguliere sector geïntegreerde hulpverlening aan vluchtelingen en asielzoekers (met ervaringen met seksueel geweld). De obstakels die overkomen dienen te worden om dit type hulp te laten integreren in de reguliere sector zijn aanzienlijk:
- de problematiek waarmee getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers worstelen is meestal complex en voor de betrokken hulpverleners emotioneel belastend;
- hulpverleningstrajecten voor deze mensen zijn tijdrovend en dus duur;
- er zijn praktische en financiële uitvoeringsproblemen bij het bieden van hulp aan vluchtelingen en asielzoekers die nog in de centrale opvang verkeren;
- er is sprake van taalbarrières en cultuurproblemen.

68 Het COA biedt overigens wel deskundigheidsbevordering op dit gebied aan.

Spijtig is dat op dit moment cijfermateriaal ontbreekt over het aantal vluchtelingen en asielzoekers met traumatische (seksueel) geweldservaringen. Op basis van dergelijke cijfers zou een prognose gemaakt kunnen worden van de omvang van de te verwachten hulpvraag vanuit deze groep. Mede op basis van deze prognoses zou een aantal reguliere instellingen, goed gespreid over het land, een specifieke taakstelling kunnen krijgen om een hulpaanbod op te zetten voor vluchtelingen en asielzoekers ('expertcentra').

Tot slot dient opgemerkt te worden dat er in het veld mogelijk een vertekend beeld bestaat van de mogelijkheden van het rijk om via de kerntaak 'kwaliteitscontrole' ook inhoudelijk sturing te geven aan ontwikkelingen in het veld. De kwaliteitswet die momenteel ontwikkeld wordt heeft een algemeen karakter en is nadrukkelijk niet bedoeld om inhoudelijke keuzes - als aandacht voor specifieke groepen - aan het veld op te leggen.

7.6 Verstandelijk en lichamelijk gehandicapten

Opmerkingen vooraf

Hieronder wordt de stand van zaken met betrekking tot het hulpaanbod aan lichamelijk en verstandelijk gehandicapten als slachtoffers van seksueel geweld voor beide groepen gezamenlijk besproken. Uit de interviews bleek dat er - hoewel beide groepen gehandicapten verschillende eisen stellen aan hulpverlening en verzorging - toch steeds meer parallellen ontstaan.
Ten eerste zijn zowel lichamelijk als verstandelijk gehandicapten kwetsbaar voor seksueel geweld. Zij bevinden zich veelal in een situatie waarin hun lichaam onderwerp van (ver)zorg(ing) is, en waarbij zij sterk afhankelijk zijn van hun verzorgers. Ten tweede heerst ten aanzien van beide groepen een taboe als het gaat om seksualiteit. Nog vaak wordt er vanuit gegaan dat gehandicapten geen seksuele gevoelens hebben en dat zij geen lustobject zijn en dus ook geen potentiële slachtoffers van seksueel geweld.
Tenslotte neemt de overeenkomst tussen de lichamelijk en verstandelijk gehandicapten die nog in instellingen wonen de laatste jaren toe. Lichamelijk gehandicapten kunnen in toenemende mate zelfstandig wonen, wat betekent dat de groep lichamelijk gehandicapten die nog in instellingen verblijft over het algemeen zwaarder gehandicapt is. Hierbij gaat het onder andere om mensen met hersenletsel die, net als verstandelijk gehandicapten, vaak verbale en cognitieve handicaps hebben.

Momenteel praat men in de gehandicaptenzorg liever over 'grensoverschrijdend gedrag' dan over 'seksueel geweld'. Deze eerste term is minder bedreigend en biedt meer opening om over seksualiteit en seksueel geweld te praten.
Bovendien gaat grensoverschrijdend gedrag vaak vooraf aan daadwerkelijk seksueel geweld, en wordt seksueel geweld vaak zichtbaar doordat grensoverschrijdend gedrag plaatsvindt.

7.6.1 Reacties op de inventarisatie

De onderzoeksbevinding dat slechts 2% van de onderzochte reguliere ambulante hulpverleners (AMW, RIAGG, FIOM) een aanbod voor lichamelijk respectievelijk verstandelijk gehandicapte slachtoffers[69] van seksueel geweld heeft ontwikkeld, klopt volgens de geïnterviewden met de praktijk. Dit blijkt ook uit de moeite die de geïnterviewden hebben om cliënten met seksueel geweld ervaringen door te verwijzen naar de reguliere hulpverlening. Een specifiek hulpaanbod aan gehandicapte slachtoffers van seksueel geweld ontbreekt zowel binnen de reguliere hulpverlening als binnen de sector zelf.

- Over het *AMW* wordt opgemerkt dat deze zich steeds meer beperkt tot kortdurende hulp, wat voor gehandicapten meestal onvoldoende is. Door de decentralisering van het AMW zijn de maatschappelijk werkers die wel deskundigheid hadden in het werken met gehandicapten 'zoek geraakt'.
- Over de *RIAGG's* wordt opgemerkt dat deze, meer dan nu het geval is, een aanbod zouden moeten ontwikkelen voor *licht* verstandelijk gehandicapten[70]. Zeker nu deze groep in toenemende mate buiten de instellingen gaat wonen in kleine wooneenheden met weinig begeleiding, dreigt deze groep in een gat te vallen waar het gaat om deskundige opvang en begeleiding na slachtofferschap van seksueel geweld.
- De bevinding dat de *FIOM* van de drie onderzochte typen instellingen nog het meest actief is op het gebied van gehandicapten, heeft volgens een geïnterviewde te maken met het feit dat de FIOM ook het meest werkt vanuit een vrouwenhulpverleningsvisie. Het gedachtengoed van de vrouwenhulpverlening sluit nauw aan bij de wijze waarop op dit moment binnen de gehandicaptenzorg wordt gedacht en gepraat over seksualiteit en grensoverschrijdend gedrag.

7.6.2 Visie op de stand van zaken in het reguliere veld

Gehandicapten zijn een doelgroep waar de reguliere hulpverlening nauwelijks oog voor heeft. Typerend is in dit kader dat mailingen over het reguliere hulpaanbod aan slachtoffers van seksueel geweld niet verstuurd worden naar de gehandicaptenzorg. Hierbij speelt een aantal factoren een rol.

- Er heerst binnen de reguliere instellingen 'koudwatervrees' voor het starten van een hulpverleningstraject met gehandicapten. Hulpverleners zijn onbekend met de doelgroep, zeker als het gaat om verstandelijk gehandicapten.
- Het reguliere hulpaanbod is voornamelijk verbaal georiënteerd. Voor verstandelijk gehandicapten maar ook voor mensen met een spraakstoornis is dit type aanbod niet geschikt.
- De reguliere instellingen zijn facilitair vaak niet goed toegankelijk voor gehandicapten. Oude gebouwen in het centrum van steden zijn fysiek ontoegankelijk. Maar ook voorzieningen als teksttelefoon, informatie in braille en (bekendheid met de mogelijkheid van inschakeling van) doventolken ontbreken vaak.
- Er is binnen de reguliere hulpverlening weinig bereidheid tot outreachend werken, bijvoorbeeld door spreekuren of therapieën te houden binnen de instellingen voor gehandicapten. Voor veel gehandicapten in instellingen is reizen

---

69 Hierbij zij aangetekend dat verstandelijk gehandicapten eigen voorzieningen op dit gebied hebben (SPD) en dus formeel niet tot de doelgroep van de reguliere hulpverlening behoren.

70 De RIAGG Gouda heeft momenteel een project voor licht verstandelijk gehandicapten, en RIAGG Den Haag heeft een apart project voor seksueel misbruikte verstandelijk gehandicapten (5 behandelplaatsen per jaar).

problematisch, waardoor de hulpverlening al snel onbereikbaar is.
- Meestal wordt aandacht voor deze doelgroep in projecten uitgewerkt. Bij de opzet van die projecten is vaak onvoldoende duidelijk hoe de resultaten een vervolg zullen krijgen. Dat betekent dat de tijdens het project ontwikkelde deskundigheid vaak geen vervolg krijgt, en het effect van korte duur is.

De wenselijkheid èn de haalbaarheid van het uitgangspunt dat de reguliere hulpverlening toegankelijk zou moeten zijn voor alle gehandicapte cliënten staat binnen de gehandicaptenzorg ter discussie.

- Voor met name *motorisch gehandicapten* zou het reguliere hulpaanbod inderdaad (ook fysiek) toegankelijk moeten zijn. Daarnaast is een voorwaarde dat binnen de reguliere hulpverlening de lichamelijke handicap een plaats krijgt. Zeker met betrekking tot slachtofferschap van seksueel geweld neemt de handicap een specifieke plaats in[71]. Tenslotte vereist het bereiken van deze groep cliënten actieve werving: door voorlichting zal een instelling duidelijk moeten maken dat ook gehandicapten welkom zijn voor hulp.
- Ook *licht-verstandelijk gehandicapten* zouden in principe terecht moeten kunnen bij de reguliere instellingen. Er zijn op kleine schaal experimenten op dit gebied gaande.
- Voor *meervoudig of zwaar lichamelijk gehandicapten*, en met name wanneer sprake is van hersenletsel en/of afasie, en voor zwaar verstandelijk gehandicapten wordt integratie van de hulpverlening in de reguliere sector niet zonder meer wenselijk geacht. Voor de zwaarder gehandicapten geldt dat de omgang en behandeling een heel eigen deskundigheid vereisen. Binnen de gehandicaptenzorg is deze deskundigheid wel aanwezig, maar ontbreekt ervaring en deskundigheid ten aanzien van hulpverlening na seksueel geweld. *Het is efficiënter om binnen de sector de reguliere kennis over hulpverlening bij seksueel geweld binnen te halen, dan om van de reguliere sector te vragen zich bij te scholen op het gebied van zwaar lichamelijk of verstandelijk gehandicapten.*

7.6.3 Visie op de stand van zaken binnen de gehandicaptenzorg

Binnen de gehandicaptenzorg is de aandacht voor en (h)erkenning van seksueel geweld pas de laatste jaren op gang gekomen. Men loopt hierin ongeveer 10 jaar achter bij de algemene ontwikkelingen op dit gebied. Dit betekent dat binnen instellingen vaak nog onvoldoende kennis is over signalen van seksueel geweld, en dat de noodzaak van preventie en een goede opvang van slachtoffers nog onvoldoende erkend wordt.

Signalering van (actueel) seksueel geweld door de werkers
Een voorwaarde voor het herkennen en melden van seksueel geweld is het kunnen praten over seksualiteit in het algemeen, zowel door gehandicapten zelf als door hulpverleners. Bovendien gaat het om meer dan alleen het voorkomen van seksueel geweld: het bevorderen van een positieve seksualiteitsbeleving is voor gehandicapten minstens zo belangrijk. Praten over seksualiteit is voor veel werkers moeilijk en confronterend. Een bijkomend probleem is dat veel werkers in de sector jong en relatief onervaren zijn, zowel wat hun werk als wat hun eigen seksualiteit betreft.

---

71 Zie ook: Pijpers en Turkenburg, Dan komt langzaam de woede (1994).

Beleid rond signalering en preventie
Door de geïnterviewden wordt aangegeven dat het management van instellingen een direct belang heeft bij een goed beleid rond (preventie van) seksueel geweld. Het management wordt aangesproken als zich incidenten voordoen. Voor het management is een duidelijk protocol of beleidsplan dan ook van belang. Directies hebben daarnaast te maken met ouders en oudervereniging. De meeste ouders vinden het moeilijk om over de seksualiteit van hun gehandicapte kind te praten. Het management zal moeten leren om over deze gevoelige materie te praten, en een dusdanig beleid op te stellen dat alle partijen zich er in kunnen vinden.

Opvang van en hulpverlening aan slachtoffers
Op het gebied van hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld heeft de gehandicaptenzorg de in de reguliere hulpverlening opgebouwde kennis en ervaring hard nodig. In de praktijk is deze link nog nauwelijks gelegd: reguliere hulpverlening en categoriale zorg zijn twee aparte circuits.
Het aangaan van regionale samenwerkingsverbanden met reguliere instellingen en organisaties is van belang. Door de uitwisseling van kennis en de mogelijkheid om ook hulp binnen instellingen te verlenen neemt de kwaliteit en kwantiteit van de hulp aan slachtoffers van seksueel geweld toe[72]. Uit een recent onderzoek (van Gurp, 1993) blijkt dat in geen van de overige regionale samenwerkingsverbanden rond seksueel geweld aandacht wordt besteed aan gehandicapten.

Lacunes in het huidige hulpaanbod
Er worden een aantal duidelijke lacunes in het hulpaanbod aan gehandicapte slachtoffers gesignaleerd:
- een aanbod voor zwaarder verstandelijk gehandicapten ontbreekt vrijwel geheel;
- weerbaarheidstrainingen voor verstandelijk gehandicapten ontbreken;
- acute (crisis-)opvang en hulpverlening bij seksueel geweld is niet beschikbaar.

7.6.4 Oplossingen/conclusies

Categoriale zorg
In verschillende projecten zijn inmiddels produkten ontwikkeld die voorzien in de geconstateerde achterstanden in kennis over de problematiek op zich en over de signalering en preventie van seksueel geweld bij gehandicapten. De implementatie van deze produkten laat echter nog te wensen over[73].
Tevens is onlangs een Model Beleidsplan ontwikkeld, een handboek op basis waarvan instellingen hun beleid ten aanzien van seksueel geweld kunnen vastleggen. Hieraan gekoppeld is er een aanbod aan instellingen dat zij een adviseur kunnen inhuren om een beleidsplan op maat te maken. De implementatie van de ontwikkelde produkten zal nog een lange adem vergen.

Reguliere zorg
Het belangrijkste aandachtspunt is dat er samenwerking tot stand moet komen tussen de reguliere hulpverlening en de gehandicaptenzorg. Dit vereist een inspanning van beide kanten. Daarnaast zou - analoog aan het gestelde bij vluchtelingen/-

---

72 In de regio Zuid Holland werkt men al enkele jaren met een dergelijk samenwerkingsverband (Provinciaal Platform Zuid Holland) waarin vertegenwoordigers van politie, Gemiva, een arts, een advocaat, een maatschappelijk werk(st)er en een orthopedagoog samenwerken. De resultaten zijn positief. Wel blijkt het dat het enkele jaren duurt voor een samenwerkingsverband resultaten oplevert.
73 Deze produkten zijn apart geëvalueerd in het kader van het preventie-onderzoek, zie deelrapport IV.

asielzoekers - onderzocht moeten worden of het wenselijk en haalbaar is om gespreid in het land enkele 'expertcentra' in te richten waarin deskundigheid en hulp op dit gebied gebundeld en verder ontwikkeld wordt.

7.7 Verslaving en seksueel geweld[74]

Opmerkingen vooraf
Slachtofferschap van seksueel geweld is geen apart aandachtspunt binnen de verslavingszorg. Sinds twee jaar is binnen deze sector wel meer aandacht voor vrouwenhulpverlening, en daarin wordt seksueel geweld meegenomen.
Het denken over verslaving als *overlevingsstrategie* is ontleend aan het gedachtengoed van de vrouwenhulpverlening en vormt een tegenhanger van het medische model (verslaving als ziekte) en het jaren '60 model dat verslaving ziet als een rem op de persoonlijke ontplooiing van mensen. Deze nieuwe manier van denken begint op dit moment te leiden tot veranderingen in de hulpverlening aan verslaafde vrouwen en - tot nu toe in mindere mate - mannen.
Over de *omvang* van seksueel geweld problemen bij verslaafde mensen is weinig bekend. Onderzoek hiernaar onder deze groep ontbreekt en is hard nodig[75]. Wel kan op basis van algemene inzichten over slachtoffers van seksueel geweld en de kenmerken van verslaafd gedrag worden afgeleid dat een behoorlijke groep seksueel geweld ervaringen zal hebben. Verslaving is een voor de hand liggende overlevingsstrategie na seksueel geweld ervaringen.

7.7.1 Visie op de stand van zaken in het hulpverleningsveld

Hulpverlening aan verslaafde vrouwen met een seksueel geweld problematiek bevindt zich op het grensvlak van verslavingszorg en psychiatrie. Opvallend is dat de groepen die vanuit de verslavingszorg rond dit thema zijn opgezet geen aantrekkingskracht hebben voor de doelgroep[76]. Dit ligt ten dele aan gebrek aan deskundigheid van de (verslavings)hulpverleners en ten dele aan de slechte bereikbaarheid van de doelgroep als zodanig. Verslaafde vrouwen hebben - in tegenstelling tot mannen - neiging zichzelf onzichtbaar te maken, voor vrouwen met een seksueel geweld problematiek geldt dit waarschijnlijk nog sterker.
Uitgewerkte *methodieken* op dit gebied ontbreken tot nu toe vrijwel geheel in de verslavingszorg. Transit is het enige project dat iets op dit gebied heeft ontwikkeld en overdraagbaar heeft gemaakt. Allereerst zouden de basisvaardigheden om seksueel geweld problematiek te signaleren en bespreekbaar te maken vergroot moeten worden in de hele sector. Verder zou kennis over de hulpverlening aan deze groep, die bij individuele hulpverleners in de verslavingszorg aanwezig is, verzameld en binnen de zorg verspreid moeten worden.

---

74 Het hulpaanbod aan slachtoffers van seksueel geweld vanuit de verslavingszorg is (na consultatie met de NeVIV) niet meegenomen in het inventarisatie-onderzoek naar de stand van zaken in het hulpverleningsveld. De inventarisatie is dan ook niet als uitgangspunt gehanteerd voor de gevoerde gesprekken.
75 Het vaak geciteerde onderzoek van Karien Karsten (30-40% van de verslaafden zou een seksueel geweld problematiek hebben) is niet representatief. Het betreft een kleine groep drugverslaafde straatprostituées.
76 Ook door andere geïnterviewden wordt gesteld dat een al te expliciete profilering van een hulpaanbod op het thema 'seksueel geweld' over het algemeen afschrikkend werkt.

Reguliere zorg
In de *reguliere zorg* is eveneens een omslag in het denken over verslaving noodzakelijk. Volgens een velddeskundige hanteert de reguliere hulpverlening verslaving vaak nog als contra-indicatie voor het verlenen van hulp[77]. De reguliere hulpverlening zou deze contra-indicatie moeten laten vervallen en in plaats daarvan - in samenwerking met de verslavingszorg - methodieken moeten ontwikkelen om verslaafde cliënten te behandelen. Dit vereist in de eerste plaats dat een aantal vooroordelen over de onbehandelbaarheid van verslaafde mensen moeten worden weggenomen.

Samenwerking
De verslavingszorg heeft lange tijd een aparte en geïsoleerde positie ingenomen binnen het hulpverleningsveld. Hierdoor zijn er ook niet of nauwelijks regionale samenwerkingsverbanden tot stand gekomen tussen de instellingen voor verslavingszorg en andere relevante hulp- en dienstverleners. Men is ook huiverig voor het aangaan van dergelijke verbanden op het specifieke thema 'verslaving en seksueel geweld' omdat een dergelijke smalle benadering stigmatiserend kan werken. Wel is men van mening dat meer samenwerking tussen de verslavingszorg en de reguliere hulpverlening geboden is, met name om kennis over te dragen en gezamenlijk methodieken te ontwikkelen.

7.7.2 Conclusies

Binnen de verslavingszorg is op dit moment nog nauwelijks sprake van een specifiek hulpaanbod voor cliënten met een seksueel geweld problematiek.
De sinds kort ook binnen deze sector doorgedrongen vrouwenhulpverleningsvisie biedt wel belangrijke aanknopingspunten voor de verdere ontwikkeling van het werk op dit terrein. Dit zal - op termijn - ook gevolgen hebben voor de aandacht voor seksueel geweld als achtergrondproblematiek.
Deze (nog voorzichtige) ontwikkeling in de verslavingszorg zou 'gespiegeld' moeten worden in de reguliere zorg, in die zin dat verslaving geen contra-indicatie voor behandeling zou moeten zijn. Slechts een beperkte groep (zwaar) verslaafden zijn door hun verslaving niet behandelbaar.

Activiteiten die op korte termijn de situatie in de verslavingszorg zouden kunnen verbeteren zijn:
- Representatief onderzoek doen naar de omvang van seksueel geweld problematiek bij de doelgroepen van de verslavingszorg.
- Het verbeteren van basisdeskundigheid- en vaardigheden van werkers in de verslavingszorg met betrekking tot het signaleren en bespreekbaar maken van achterliggende seksueel geweld problematiek.
- Het bundelen van bij individuele hulpverleners aanwezige kennis over hulpverlening aan verslaafde cliënten met een seksueel geweld problematiek.
- Het aangaan van samenwerkingsverbanden tussen instellingen van verslavingszorg en reguliere hulpverlening, gericht op kennisoverdracht en gezamenlijke methodiekontwikkeling.

---

77 Deze mening van de velddeskundige wordt ondersteund door het feit dat de onderzoekers in het verzamelde schriftelijke materiaal (verwijsgidsen e.d.) inderdaad zeer regelmatig stuitten op verslaving als contra-indicatie voor het hulpaanbod aan volwassen slachtoffers van seksueel geweld. Ook door (vrouwen-)opvangvoorzieningen wordt verslaving soms als contra-indicatie voor opname gehanteerd.

7.8 Mannen en jongens als slachtoffer van seksueel geweld

Opmerking vooraf
Volgens de geïnterviewde velddeskundige zijn mannen/jongens als slachtoffer van seksueel geweld een aparte doelgroep omdat de hulpverlening aan deze slachtoffers op een aantal punten duidelijk verschilt van die aan vrouwelijke slachtoffers. Dit heeft onder andere te maken met de moeilijke bespreekbaarheid van het probleem bij mannen en de wijze waarop mannen slachtofferschap verwerken (zij externaliseren het probleem, wat leidt tot agressie en 'daderachtig gedrag').
Mannen met een seksueel misbruik verleden komt men dan ook vaker tegen in het justitiële circuit en in bijvoorbeeld TBS-klinieken, dan bij vrouwen het geval is.
Bij mannelijke slachtoffers gaat het vooral om seksueel misbruik in de jeugd. Actueel seksueel geweld (mishandeling door partner, verkrachting in homoseksuele contacten) komt beduidend minder voor.
De laatste jaren wordt steeds duidelijker dat (seksueel) geweld tegen jongens vaker voorkomt dan men dacht: momenteel betreft 1 op de 4 meldingen bij BVA's een jongen[78]. Ook uit onderzoek in de psychiatrie en de verslavingszorg blijkt dat vrij veel mannelijke cliënten ervaringen met seksueel geweld hebben gehad in hun jeugd.
Binnen het aandachtsveld 'jongens/mannen als slachtoffer van seksueel geweld' is nog niet veel aandacht voor specifieke doelgroepen zoals gehandicapten en migranten[79].

7.8.1 Reactie op de inventarisatie

Volgens de enquête onder ambulante reguliere hulpverleningsinstellingen (AMW, RIAGG, ambulante FIOM) heeft 34% van de instellingen die op de enquête reageerden aandacht voor de doelgroep 'jongens/mannen als slachtoffer van seksueel geweld'. Tevens zou 21% daarop een specifiek aanbod ontwikkeld hebben[80].
Volgens de geïnterviewde velddeskundige zijn de gevonden percentages aan de hoge kant: zo is hem van een groepsaanbod voor jongens/mannen vanuit de FIOM's niets bekend.

7.8.2 Visie op de stand van zaken in het veld

De laatste jaren wordt de hulpverlening steeds vaker geconfronteerd met hulpvragen van mannen of jongens die slachtoffer zijn geworden van seksueel geweld. Dit blijkt onder meer uit informatie die cursisten hierover geven. De hulpverlening aan jongens/mannen loopt landelijk gezien nog ver achter op wat in de hulpverlening aan vrouwen bereikt is: van een bij alle instellingen aanwezige basisdeskundigheid op het gebied van signaleren, bespreekbaar maken en verwijzen is nog lang geen sprake.
Vanuit TransAct richt men zich momenteel met name op de methodiekontwikkeling (verbeteren kwaliteit hulpverlening) en de deskundigheidsbevordering rond intake-

---

78 Opmerking van de onderzoekers: het betreft hierbij overigens wel relatief vaak meldingen van lichamelijke of psychische mishandeling of verwaarlozing.
79 Wel is onlangs een werkgroep geformeerd (Transact, NCB, GG&GD, grote steden) die probeert het probleem van allochtone jongens in de prostitutie in kaart te brengen.
80 NB Waarschijnlijk zijn de respondenten op de enquête vooral instellingen die actief zijn op het gebied van seksueel geweld.

procedures (signalering). Gezien de stand van zaken in het veld, lijkt het de geïnterviewde velddeskundige noodzakelijk dat voorlopig een landelijke functie blijft bestaan die aandacht vraagt voor deze doelgroep en die opgedane kennis en ervaring bundelt en verspreidt.

7.8.3 Conclusies

Diverse signalen wijzen erop dat de aandacht voor jongens/mannen als slachtoffer van seksueel geweld geleidelijk aan het toenemen is, en dat deze ontwikkeling in die zin bestendig is dat het aantal hulpvragers uit deze groep ook gestaag toeneemt. De confrontatie met een toegenomen hulpvraag op dit terrein leidt bij de (reguliere) hulpverleners tot een toegenomen behoefte aan bijscholing op dit gebied. Van een bij alle instellingen aanwezige basisdeskundigheid op het gebied van signalering, bespreking en verwijzing, is echter nog lang geen sprake.
Speciale aandachtspunten zijn het gegeven dat bij deze groep de problematiek vaak leidt tot agressief of ander crimineel gedrag, en de verweving van slachtofferschap en het zelf plegen van seksueel geweld op latere leeftijd.
Dit impliceert dat men eerder mannelijke slachtoffers dan vrouwelijke zal aantreffen in het justitiële circuit en in de 'harde' psychiatrie, en dat een beleid gericht op verbetering van de hulpverlening aan deze groep slachtoffers zich mede - of misschien zelfs *vooral* - zou moeten richten op deze werksoorten.

7.9 Conclusies over de stand van zaken wat betreft het reguliere hulpaanbod voor specifieke problematieken en specifieke groepen

Voor geen van de onderzochte specifieke problematiek en specifieke groepen kan gesteld worden dat in 1995 sprake is van een breed in de reguliere sector verankerd hulpaanbod voor slachtoffers van seksueel geweld.
In veel gevallen zit daarbij als extra drempel dat de reguliere hulpverlening in algemene zin weinig toegankelijk is voor de betreffende groepen. Daarnaast speelt in een aantal gevallen het probleem dat de reguliere sector nog onvoldoende inziet (althans volgens de geïnterviewde velddeskundigen) dat hulpverlening aan de betreffende groep specifieke kennis en vaardigheden vereist. Er is, met andere woorden, nog te weinig *probleembesef* in de reguliere sector. De realisering van een *hulpaanbod* voor slachtoffers uit specifieke groepen staat dan ook in de meeste gevallen nog in de kinderschoenen. In het schema 7.1 worden de bevindingen samengevat.

Voorts dient erop gewezen te worden dat het in het Werkprogramma neergelegde algemene streven om de hulpverlening aan seksueel geweld slachtoffers uit specifieke groepen te integreren in het reguliere veld op een aantal punten nuancering behoeft.
Uit de interviews komt naar voren dat de hulpverlening aan bepaalde groepen dermate specialistisch (en zwaar) is, dat het meer voor de hand ligt deze vormen van hulp te organiseren in een aantal over het land gespreide 'expertcentra'. Daarbinnen zou samengewerkt moeten worden door de reguliere hulpverlening - met expertise op het gebied van hulp bij seksueel geweld - en de categoriale hulpverlening - met expertise in de hulpverlening aan specifieke groepen. Daar waar de bereikbaarheid van deze expertcentra een probleem vormt (bijvoorbeeld voor gehandicapten) zou een outreachende werkwijze ontwikkeld moeten worden.

Schema 7.1 Stand van zaken reguliere hulpverlening specifieke groepen

thema	toegankelijkheid reguliere hulpverlening	probleembesef in de reguliere hulpverlening	realisering hulpaanbod in reguliere sector	opmerkingen
vrouwenmishandeling	-/+ doorverwijzing naar met name RIAGG's problematisch capaciteitsprobleem vrouwenopvang	-/+ nog te weinig aandacht voor problematiek	opvang: + behandeling: -/+ (aanbod van vrouwenopvang FIOM's en enkele AMW's)	- onduidelijkheid welk deel van populatie behoefte heeft aan psychosociale hulp - methodiek voor weinig taalvaardigen ontbreekt
vrouwenhandel	-/+ doorverwijzing naar opvang problematisch	??	-/+ STV bezig met het opzetten netwerken	- integrale vormen van hulpverlening noodzakelijk
migrantenvrouwen	?? gebruik van reguliere hulp onbekend	-/+ wel aanwezig bij enkele RIAGG's en bij FIOM's	-/+ zie probleembesef	- onderzoek nodig naar gebruik van hulp - methodieken worden niet overgedragen
vluchtelingen/asielzoekers	?? in theorie aangewezen op reguliere hulpverlening	+ besef van zwaarte problematiek aanwezig	-/+ is wel in ontwikkeling	- zwaarte problematiek schrikt af - langdurige trajecten nodig
gehandicapten	-- (zowel fysiek als in beleving) (verstandelijk gehandicapten hebben eigen voorziening)	- men denkt te snel het wel te kunnen/weten	-/+ (met uitzondering van enkele instellingen)	- met name ten aanzien van lichter gehandicapten kan reguliere hulp een rol vervullen - hulp aan zwaar gehandicapten kan beter categoriaal
verslaafde vrouwen	-- (verslaving vaak nog contra-indicatie in ambulante hulpverlening)	?? ambulante sector wordt er niet/weinig mee geconfronteerd (contra-indicatie)	- met uitzondering van enkele projecten (met name Transit)	afschaffen verslaving als contra-indicatie voor behandeling is eerste vereiste
jongens/mannen als slachtoffer	+ hulpvraag neemt toe	+/- nog wel verbonden aan individuen	+/- is in ontwikkeling	- aandacht voor signalering - hulpaanbod is in ontwikkeling

8 Conclusies over het gerealiseerde hulpaanbod

In dit hoofdstuk worden de conclusies uit de verschillende deelonderzoeken niet herhaald. De lezer zij verwezen naar de conclusies die aan het eind van de hoofdstukken 5 tot en met 7 staan vermeld. Hieronder worden, op basis van het totale verzamelde materiaal, enkele meer algemene conclusies geformuleerd over het gerealiseerde reguliere hulpaanbod aan volwassen slachtoffers van seksueel geweld.

8.1 Definities van seksueel geweld in het veld

Het *beleidsterrein* 'seksueel geweld' heeft zich in de afgelopen 10 jaar gestaag verbreed. In eerste instantie was de aandacht - met name bij de hulpverlening - vooral gericht op het signaleren van en hulpverlenen bij incestproblematiek. Dit breidde zich vervolgens uit naar actueel seksueel geweld tegen volwassenen, naar slachtofferschap van seksueel geweld bij specifieke groepen en naar vrouwenmishandeling en vrouwenhandel.
In het *veld* ziet men - met enige vertraging ten opzichte van de ontwikkelingen in het beleid - een vergelijkbare ontwikkeling:

- Een groot deel van het gerealiseerde reguliere hulpaanbod voor slachtoffers van seksueel geweld richt zich nog steeds op incestproblematiek (actueel of in de jeugd), maar daarnaast begint zich in het veld ook een hulpaanbod voor andere groepen af te tekenen. Dit geldt met name voor jongens/mannen als slachtoffer (zie paragraaf 5.6). Ook viel tijdens de inventarisatie van schriftelijk materiaal op dat de doelgroepen van de incesthulpverlening verschuiven: er lijkt met name meer gerealiseerd te worden voor *meiden*[81]. Dit betekent dat de hulpverlening aan vrouwen met een incestverleden eerder in het leven van het slachtoffer wordt opgepikt door de hulpverlening en dat lijkt een positieve ontwikkeling.
- De ontwikkeling van de aandacht voor en hulp aan seksueel geweld slachtoffers uit de specifieke groepen (migranten, vluchtelingen/asielzoekers, (lichamelijk) gehandicapten en verslaafde vrouwen) verloopt in de reguliere sector tot nu toe moeizaam.
- Een andere ontwikkeling in het veld is dat in bepaalde sectoren de aandacht voor seksueel geweld problematiek wordt ingebed in een breder kader. Binnen de psychiatrie en de gehandicaptenzorg wordt aandacht voor seksueel geweld ingekaderd in aandacht voor thema's als intimiteit, omgangsvormen (en de grenzen daarin) en seksualiteit.
  Een tweede belangrijke achtergrond van aandacht voor seksueel geweld is de introductie van vrouwenhulpverlening binnen de diverse werkvelden. Met name door de betrokkenen bij de verslavingszorg en de somatische zorg wordt benadrukt dat aandacht voor seksueel geweld problematiek een (radicaal) andere benaderingswijze van de problematiek van patiënten/cliënten veronderstelt.

Er lijkt kortom in het veld sprake te zijn van twee bewegingen:

- *uitbreiding* van de aandacht voor seksueel geweld naar nieuwe doelgroepen en problematieken;
- *inbedding* van de aandacht voor seksueel geweld binnen een breder kader (visie op de hulpverlening).

---

81 Het betreft een indruk van de onderzoekers. De hulpverlening aan jongeren is niet apart geïnventariseerd. Zie ook hoofdstuk 4 in dit rapport.

Deze bewegingen zijn op zich positief en geven aan dat aandacht voor seksueel geweld zich langzaam begint te wortelen in het veld.
Een mogelijk *risico* van deze ontwikkelingen (met name de laatstgenoemde) is - en dit wordt ook door verschillende velddeskundigen gesignaleerd - dat daarmee de 'scherpe kanten' van de problematiek worden afgehaald. Het blijft nodig om duidelijk te stellen waar het om gaat als men het heeft over seksueel geweld.

8.2 De signalering van seksueel geweld[82]

De afgelopen 10 jaar is veel aandacht besteed aan het verhogen van de signaalgevoeligheid van professionals in de eerste lijn (met name bij huisartsen, leerkrachten en maatschappelijk werkenden).
Hoewel op basis van de onderzoeksresultaten *niet* gesteld kan worden dat deze signaalgevoeligheid op dit moment optimaal is, kan *wel* vastgesteld worden dat verdere verhoging van deze signaalgevoeligheid in de eerste lijn weinig zin heeft als de *doorverwijzing* naar adequate hulp *stagneert*. En - zo blijkt keer op keer uit de gevoerde gesprekken - deze doorverwijzing stagneert inderdaad (zie de knelpunten die in de hoofdstukken 6 en 7 genoemd worden).
In de komende jaren zal - naast aandacht voor signalering - de aandacht dan ook gericht moeten worden op het realiseren van *voldoende goede behandelmogelijkheden* voor seksueel geweld slachtoffers.

8.3 De eerste opvang van seksueel geweld slachtoffers

Door een goede eerste opvang van seksueel geweld slachtoffers kan - zo blijkt ook uit onderzoek naar slachtofferschap van andere (gewelds)delicten - veel ellende bij slachtoffers voorkomen worden. De eerste opvang kan dus een preventieve werking hebben in de zin dat de ontwikkeling van psychosociale/psychiatrische problemen voorkomen kan worden. Op dit gebied spelen de somatische zorg, de politie en bureaus slachtofferhulp een belangrijke rol. Uit hoofdstuk 6 blijkt dat de kwaliteit van de eerste opvang door deze instanties en organisaties nog (aanzienlijk) verbeterd moet worden. In het beleid voor de komende jaren zou dit een aandachtspunt moeten zijn.
Daarnaast wordt gesuggereerd dat het wenselijk zou zijn om vormen van crisisopvang ('achtervang') te realiseren voor vrouwen die al behandeling achter de rug hebben, maar die af en toe terugvallen op steun als het trauma opspeelt. Dit om heropname te voorkomen.

8.4 De hulpverlening aan seksueel geweld slachtoffers

Uit de hoofdstukken 5 en 6 blijkt dat de gerealiseerde reguliere hulpverlening aan volwassen slachtoffers van seksueel geweld nog niet voldoet aan de criteria die diengaande gesteld zijn door de begeleidingscommissie en velddeskundigen.
Tekortkomingen die uit het onderzoek naar voren komen zijn:

82 Onder signalering wordt steeds verstaan: het herkennen van signalen van seksueel geweld problematiek, het bespreekbaar maken van vermoedens en het doorverwijzen naar adequate hulp, dan wel het zelf bieden van adequate hulp.

a) Op basis van gegevens uit het inventarisatie-onderzoek en gegevens uit andere onderzoeken en registraties kan geconstateerd worden dat zich nog een aanzienlijk gat tussen de geschatte landelijke omvang van de potentiële hulpvraag op dit gebied en de omvang van de gerealiseerde hulp.
De geschatte behoefte aan *psychosociale/psychiatrische hulp* ligt rond de 35.000 potentiële hulpvragers per jaar. De door de reguliere instellingen verleende *ambulante* hulp ligt rond de 12.000 cliënten per jaar[83]. De behoefte aan opvang in een *vrouwenopvang*voorziening ligt rond de 16.000 hulpvragers per jaar, terwijl de feitelijke capaciteit van de vrouwenopvang rond de 4.100 op te vangen vrouwen ligt.
b) Uit het inventarisatie-onderzoek (enquête) onder reguliere ambulante hulpaanbieders blijkt eveneens dat een vrij aanzienlijk deel van de onnderzochte reguliere instellingen (AMW, RIAGG, FIOM) te kennen geeft geen specifiek hulpaanbod te hebben voor slachtoffers van seksueel geweld.
Ook blijkt dat de *diversiteit* van het hulpaanbod te wensen overlaat. De voor de hulp aan deze slachtoffers relevante functies[84] zijn - met uitzondering van ambulante hulp en praktische begeleiding - in een groot aantal gebieden (provincies) nog niet voorhanden.
c) Ook in de gesprekken met velddeskundigen komt naar voren dat er ernstige en aanhoudende problemen zijn met de verwijzing van slachtoffers naar gespecialiseerde hulp: dit geldt in elk geval voor de ambulante hulpverlening (RIAGG, FIOM) en de vrouwenopvang. Verschillende velddeskundigen wijzen erop dat met name de behandelmogelijkheden voor ernstig getraumatiseerde seksueel geweld slachtoffers te kort schieten. Daarnaast wordt opgemerkt dat het aanbod van reguliere hulpverleners vaak onvoldoende bekend is bij de doelgroepen zelf en bij verwijzers.
d) Zowel uit het inventarisatie-onderzoek als uit de gevoerde gesprekken met velddeskundigen blijkt dat de reguliere hulpverlening onvoldoende toegankelijk is voor seksueel geweld slachtoffers uit de *specifieke groepen*, met name voor migranten, lichamelijk gehandicapten en verslaafde vrouwen. Zie schema 3.1.

De *kwaliteit* van de geboden reguliere hulpverlening wordt door betrokken velddeskundigen overigens als 'goed' beoordeeld. Een aanvullend vervolgonderzoek, waarin de kwaliteit van de reguliere hulpverlening aan seksueel geweld slachtoffers centraal staat, wordt door verschillende geïnterviewden wel noodzakelijk geacht.

Hoewel het realiseren van adequate hulp een verantwoordelijkheid is van de veldpartijen, zou de via dit onderzoek naar boven gebrachte informatie tevens aanleiding moeten zijn voor het rijk om de belangrijkste witte plekken in het hulpaanbod aan te wijzen en vervolgens gerichte actie te ondernemen in de richting van de betrokken overheden en instanties/organisaties om te bezien hoe deze witte plekken ingevuld kunnen worden.

---

83 De omvang van de (semi-)residentiële hulp aan seksueel geweld slachtoffer is niet bekend.
84 In het onderzoek zijn de volgende relevante functie onderscheiden: eerste crisisopvang, ambulante behandeling, dag-/deeltijdbehandeling in een klinische setting, klinische behandeling (intramuraal) en verblijf in de vrouwenopvang (al dan niet met behandeling).

Bijlage II.1

De geïnterviewde velddeskundigen

I ALGEMENE INTERVIEWS

Landelijke en regionale ondersteuning
- Mw. L. van Gurp, beleidsmedewerkster TransAct.
- M. van der Staa, coördinator Regionaal Steunpunt Seksueel geweld Amsterdam.

Bij- en nascholing seksueel geweld
- Mw. I. van der Vlugt, beleidsmedewerkster scholing en advies bij TransAct.

Reguliere ambulante hulpverlening
- Mw. M. Maas, staffunctionaris van het Centraal Bureau FIOM met in haar portefeuille de landelijke aandachtsfunctie Seksueel Geweld.
- Mw. E. Gommers, beleidsmedewerker van de VOG, sectie maatschappelijk werk en verantwoordelijk voor het project integratie seksespecifieke hulpverlening.
- Mw. E. van Rest, stafmedewerker Zorg bij de NVAGG.
- Mw. M. van der Pool, thans hoofd volwassenenzorg Dercksen Centrum Amsterdam. Daarvoor lange tijd werkzaam bij de RIAGG Amsterdam Zuid Nieuw-West: als hoofd afdeling volwassenenzorg verantwoordelijk voor het vrouwenteam, tevens portefeuillehouder vrouwenhulpverlening voor de gehele RIAGG Amsterdam.

Vrouwenopvang
- Mw. M. Buunk, directeur van de Roggeveen (grote vrouwenopvangvoorziening in Amsterdam, tevens lid van het Dagelijks Bestuur van de Federatie Opvang en bestuurslid van de Stichting Vrouwenopvang Nederland[85]).
- Het geplande interview met Mw. M. van Gils (aandachtsfunctionaris vrouwenopvang bij de Federatie opvang) kon geen doorgang vinden wegens ziekte van Mw. van Gils.

Psychiatrie
- Mw. Y. Verburg, klinisch psychologe APZ Drenthe, locatie Beilen. Daarnaast actief in behandelingsonderdeel van het Platform Vrouwenhulpverlening in de psychiatrie.
- Mw. B. Thissen, coördinator van het Zorgvernieuwingsprogramma Vrouwenhulpverlening in Friesland, een samenwerkingsproject tussen de gefuseerde GGZ-instellingen in Friesland en de PAAZ-en. Is daarnaast voorzitster van het beleidsonderdeel van het Platform Vrouwenhulpverlening in de psychiatrie.
- Mw. S. van Rooijen, beleidsmedewerker Nederlandse Vereniging van Beschermende Woonvormen. Heeft Vrouwenhulpverlening en Kwaliteitszorg in haar portefeuille.

85 Deze stichting leidt sinds de doelstelling gehaald is (oprichting van een federatie van opvangvoorzieningen), een sluimerend bestaan.

Somatische zorg
- Mw. L. van der Jagt, medewerkster van Vrouwengezondheidscentrum Aletta te Utrecht, projectleider van het project Integratie Seksespecifieke Gezondheidszorg (SSG) binnen de huisartsenopleidingen en opleidingen voor gynaecologen (speerpunt 1 uit Werkprogramma Vrouwenhulpverlening).
- Mw. H. Wemekamp, staflid deskundigheidsbevordering bij het NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap).

Autonome hulpverlening en zelfhulp
- Mw. N. de Bruin, ex Landelijk Bureau VSK, nu staffunctionaris TransAct.
- Mw. R. Harmsen, directeur van de LFVZ (Landelijke Federatie Vrouwen Zelfhulp).

II THEMATISCHE INTERVIEWS

Thema: vrouwenmishandeling
- Mw. D. van de Ent, project vrouwenmishandeling politie Utrecht.
- Mw. S. Ter Harmsel, projectleider van het project "preventie en signalering van geweld tegen vrouwen in relaties".
- Dhr. P. Huybrecht, adjuncthoofd jeugd- en zedenzaken politie Utrecht.
- Mw. A. Brughuis, Jeugdofficier van Justitie te Arnhem.
- Landelijk Bureau Slachtofferhulp: Mw. G. Rieken.

Thema: vrouwenhandel
- Dhr. N. van der Geest: ploegchef zedenpolitie centrale gedeelte buro Haaglanden.
- Mw. M. Wijers, stafmedewerker Stichting tegen Vrouwenhandel (STV), met als specifieke taken overdracht, Polenproject (Oost-Europa), wetgeving en politie.

Thema: migranten
- Mw. T. Bedaux, beleidsmedewerker van het Team Zorg van het NCB en in dat kader ondermeer bezig met Vrouwenhulpverlening.
- Mw. M. Coco Perez, projectleider van het eerder genoemde Landelijke Steunpunt Vrouwenhulpverlening zwarte, migranten en vluchtelingenvrouwen, dat is aangehaakt bij TransAct.
- Mw. W. Voogt, medewerker van de Inspectie Gezondheidszorg met het onderwerp 'migranten' in haar portefeuille (op dit moment zijn binnen de Inspectie geen mensen direct verantwoordelijk voor het onderwerp 'vrouwen').

Thema: vluchtelingen en asielzoekers
- Mw. M. Groenenberg, psycholoog/psychotherapeut bij Pharos Amsterdam en tevens betrokken bij Admira, een organisatie die vrouwen met seksueel geweldervaringen in voormalig Joegoslavie ondersteunt.
- Mw. E. Brandsen, maatschappelijk werkster in AZC Leusden.
- Mw. V. Brkljacic, verbonden aan het landelijk bureau van de Vereniging Vluchtelingenwerk Nederland (VVN).

Thema: verstandelijk gehandicapten

- Dhr. A. ter Haar, beleidsmedewerker beeldvorming en bejegening bij de Federatie Oudervereniging en.
- Dhr. H. Silvis, hoofd afdeling Zorgzaken van de NvGz.
- Mw. A. Scharloo, orthopedagoog Stichting Jeugdzorg Den Haag Zuid Holland Noord.
- Mw. J. van Kooten Niekerk, coördinator van het Provinciaal Coördinatiepunt Incesthulpverlening Utrecht.
- Mw. M. Lammers, projectleider bij de Fiad-Wdt (Vereniging van instellingen voor dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap).

Thema: lichamelijk gehandicapten

- Dhr. J. Franssen, beleidsmedewerker Relaties en seksualiteit bij de Gehandicaptenraad.
- Mw. D. Hansen, beleidsmedewerkster Preventie en Voorlichting bij het Landelijk Bureau Rutgersstichting.

Thema: verslaafde vrouwen

- Dhr. G. Verhoef, plaatsvervangend directeur NeVIV (Nederlandse Vereniging van Instellingen in de Verslavingszorg).
- Mw. M. Vulink, divisiemanager afd. Maatschappelijke Dienstverlening v.d. Jellinek en verantwoordelijk voor de Vrouwenhulpverlening. Daarnaast vicevoorzitter van het Platform Vrouwenhulpverlening in de Verslavingszorg.

Thema: jongens/mannen als slachtoffers van seksueel geweld

- Dhr. J. Beelen, medewerker TransAct met als aandachtsvelden mannenhulpverlening en slachtofferschap van seksueel geweld bij jongens en mannen.