

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

Deelrapport V:
De toekomst

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

Voorwoord

Voor u ligt het vijfde en laatste 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 vijfde deelrapport wordt ingegaan op de toekomst van de hulpverlening bij seksueel geweld, de scholing op dat gebied en de preventie van seksueel geweld. In het deelrapport wordt regelmatig verwezen naar andere deelrapporten. De totale rapportage over het gevoerde VWS-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.

Leeswijzer voor deel V

In hoofdstuk 18 wordt allereerst beschreven hoe de geïnterviewde velddeskundigen de toekomst tegemoet zien.

In hoofdstuk 19 wordt, mede op basis van de evaluatie-uitkomsten, een aantal mogelijke speerpunten geformuleerd voor het te voeren VWS-beleid Bestrijding seksueel geweld in de komende jaren.



Inhoudsopgave

	pagina
18 De toekomst volgens de velddeskundigen	1
18.1 Inleiding	1
18.2 Algemene opmerkingen	1
18.2.1 Opmerkingen over de ontwikkelingen in de hulpverlening aan seksueel geweld slachtoffers	1
18.2.2 Algemene opmerkingen over de ontwikkeling in de scholing over hulp bij seksueel geweld	2
18.3 Toekomstvisie van de verschillende algemene zorgaanbieders	3
18.3.1 De reguliere aanbieders van ambulante hulp aan seksueel geweld slachtoffers	3
18.3.2 De vrouwenopvang	4
18.3.3 De residentiële GGZ (psychiatrie en beschermende woonvormen)	6
18.3.4 Somatische gezondheidszorg	7
18.3.5 Autonome hulpverlening en vrouwen zelfhulporganisaties	7
18.4 Specifieke groepen en problematieken	8
18.4.1 Vrouwenmishandeling	8
18.4.2 Vrouwenhandel	10
18.4.3 Migranten	11
18.4.4 Vluchtelingen en asielzoekers	13
18.4.5 Mensen met een handicap	14
18.4.6 Verslaafde vrouwen	15
18.4.7 Jongens/mannen als slachtoffer	16
18.5 Conclusies	16
18.5.1 Samenvatting gewenste en gevreesde ontwikkelingen	17
18.5.2 Wat verwacht men van VWS?	18
19 Aanbevelingen voor de toekomst	21
19.1 Inleiding	21
19.2 De aanbevelingen in hoofdlijnen	21
19.3 De capaciteit van het hulpaanbod	22
19.4 Kwaliteit in de regio: verbetering van de samenhang in het regionale hulpaanbod en aandacht voor preventie	26
19.5 Kwaliteit bij de zorgaanbieders: interne kwaliteitszorg	29
19.6 Kwaliteit bij hulpverleners: deskundigheidsbevordering	31
19.7 Overigen	34
Bijlage V.1 De geïnterviewde velddeskundigen	37

18 De toekomst volgens de velddeskundigen

18.1 Inleiding

In het kader van het evaluatie-onderzoek naar het VWS-beleid Bestrijding Seksuele geweld zijn interviews gehouden met een groot aantal sleutelpersonen die zicht hebben op de landelijke situatie en ontwikkelingen in het veld op het brede gebied van hulp bij seksueel geweld, scholing en preventie of op een meer specifiek deel-terrein (specifieke problematiek of specifieke doelgroepen). Deze sleutelpersonen worden in deze rapportage verder aangeduid als 'velddeskundigen'.

In bijlage V.1 is een overzicht opgenomen van de geïnterviewde velddeskundigen. In de interviews met deze velddeskundigen is ook aandacht besteed aan gewenste en gevreesde ontwikkelingen in de komende jaren op het gebied van hulp bij seksueel geweld en de scholing hierin. Daarbij zijn de volgende vragen voorgelegd:

- of het tot nu toe ontwikkelde aanbod op het gebied van hulp en scholing stevig genoeg verankerd is (*verankering*);
- welke aspecten nog verder ontwikkeld dienen te worden (*aandachtspunten voor de toekomst*);
- welke partijen betrokken (dienen) te zijn bij de instandhouding en verdere ontwikkeling van de hulpverlening respectievelijk scholing (*actoren*);
- en wat zij daarbij van de rijksoverheid (en met name VWS) verwachten.

In de volgende paragrafen (18.2 tot en met 18.4) worden de reacties van de velddeskundigen beschreven. Het betreft nadrukkelijk een samenvatting van hetgeen de velddeskundigen *zelf* te berde brachten. In de laatste paragraaf (18.5) wordt door de onderzoekers *commentaar* gegeven op de ideeën en verwachtingen die door het veld naar voren zijn gebracht.

18.2 Algemene opmerkingen

18.2.1 Opmerkingen over de ontwikkelingen in de hulpverlening aan seksueel geweld slachtoffers

- De verschuiving in de gezondheidszorg naar *meer decentrale besluitvorming* wordt positief ontvangen. De rijksoverheid heeft daarbij echter wel de morele verantwoordelijkheid om te bewaken dat de zorg aan bepaalde kwaliteitseisen voldoet en blijft voldoen en dat de toegang tot de zorg voor *alle* seksueel geweld slachtoffers wordt veilig gesteld.
- Men signaleert dat de instelling van het *Zorgvernieuwingsfonds* een impuls geeft aan de verdere ontwikkeling van de hulp aan slachtoffers van seksueel geweld. Het betreft echter (weer) tijdelijke projecten, waarbij de continuering op de langere termijn en de landelijke verspreiding van de ervaringen onvoldoende is zeker gesteld.
- Door de grotere maatschappelijke bespreekbaarheid van seksueel geweld en de verbeterde signalering van seksueel geweld problematiek in de eerste lijn *neemt de hulpvraag* van seksueel geweld slachtoffers gestaag *toe*. Dit staat op gespannen voet met het gegeven dat de relevante tweedelijns hulpverlenende

instellingen (RIAGG, FIOM) in toenemende mate met wachtlijsten werken¹.

De doorverwijzing stagneert, met als gevolg dat men ophoudt met signaleren en dat verwijzers 'blijven zitten' met de begeleiding van de slachtoffers, terwijl zij daar niet op toegerust zijn.

- De ontwikkeling dat in het *instellingsbeleid* van hulpaanbieders (met name bij AMW) de voorkeur wordt gegeven aan kortdurende hulp vormt een directe bedreiging voor het aanbieden van hulp aan slachtoffers van seksueel geweld, aangezien deze hulp vaak langdurig van aard is.
Een tweede nadelig gevolg van de toegenomen nadruk op efficiënt werken is dat het deelnemen aan activiteiten die niet direct op de uitvoering van hulpverlening betrekking hebben, zoals de deelname aan samenwerkingsverbanden rond seksueel geweld, vanuit het management ontmoedigd of sterk aan banden gelegd wordt.

18.2.2 Algemene opmerkingen over de ontwikkeling in de scholing over hulp bij seksueel geweld

- De meeste op dit gebied relevante *opleidingen* zijn geprivatiseerd en bepalen (binnen bepaalde grenzen) zelf de inhoud van het scholingsaanbod. Dit maakt de landelijke implementatie van opleidingsmodules over seksueel geweld lastig, zo niet onmogelijk. Voor seksueel geweld is het van belang dat de opleidingsinstituten nauw contact onderhouden met het veld: uit het veld komen vanzelf impulsen om aandacht te besteden aan seksueel geweld.
Een mogelijk knelpunt in de nabije toekomst is, dat de groep mensen die zich binnen de opleidingen bezighoudt met seksueel geweld zichzelf nauwelijks vernieuwt of uitbreidt.
- Binnen de *bij- en nascholing* is een verschuiving merkbaar in de scholingsdoelgroepen die aangesproken worden. De aandacht verschuift van de werkvloer naar het management/de directie. Doel van dergelijke scholingsactiviteiten is om ook beleidsmatig het draagvlak voor hulp aan seksueel geweld slachtoffers te vergroten. Daarnaast ontstaat meer belangstelling voor het scholen van intermediairen (zoals provinciale emancipatie-bureaus) die een rol kunnen spelen bij het bevorderen van aandacht voor seksueel geweld slachtoffers in hun werkgebied.
- Vanuit de gehandicaptensector wordt opgemerkt dat men de indruk heeft dat er binnen de reguliere hulpverlening (met name bij de RIAGG's) een zekere scholingsmoeheid aan het ontstaan is. De laatste jaren zijn er op dit gebied tal van nieuwe doelgroepen en nieuwe problematieken 'ontdekt', wat ook weer een nieuw specifiek scholingsaanbod met zich meebracht. Er is tot nu toe weinig animo voor deze specifieke scholing.
- Door verschillende geïnterviewden wordt opgemerkt dat het bij- en nascholingsaanbod dat verzorgd wordt door TransAct en de RINO's in stand gehouden dient te worden, zolang aandacht voor seksueel geweld nog onvoldoende gestalte krijgt in de beroepsopleidingen.
- Het rijk zou de ontwikkeling op het gebied van de scholing kunnen ondersteunen door het instellen van een stimuleringsfonds ten behoeve van de scholing over deze specifieke groepen. De stimulering zou zich vooral moeten richten op sectoren die weinig eigen middelen hebben voor scholing op dit gebied (autonome hulpverlening, vrouwenzelfhulp en het AMW).

¹ Ook in het AMW begint zich een wachtlijstproblematiek af te tekenen.

18.3 Toekomstvisie van de verschillende algemene zorgaanbieders

18.3.1 De reguliere aanbieders van ambulante hulp aan seksueel geweld slachtoffers

Het AMW (VOG)

Verankering

- De ontwikkeling en verankering van het hulpaanbod aan slachtoffers van seksueel geweld is in het AMW nog sterk afhankelijk van individuele medewerkers, van de individuele organisatie en van het door de gemeente gevoerde (emancipatie-)beleid.

Aandachtspunten voor de toekomst

- Lang niet alle instellingen van het AMW hebben een hulpaanbod voor slachtoffers van seksueel geweld: het aantal instellingen met een specifiek aanbod zou nog vergroot moeten worden.
- Als relatief arme werksoort heeft het AMW (te) weinig middelen om de deskundigheid van medewerkers op dit gebied via bijscholing te vergroten. Probleem is niet zozeer de beschikbaarheid van een passend scholingsaanbod, als wel de mate waarin daarvan gebruik kan worden gemaakt door het AMW (kosten).
- De ontwikkeling van een functiegerichte taakafbakening tussen hulpverlenende instellingen staat op lokaal niveau nog in de kinderschoenen. Concreet knelpunt op dit gebied is dat de betrokken instellingen vaak via andere kanalen gefinancierd worden. Dit bemoeilijkt met name de afstemming tussen het AMW en de RIAGG's, ondermeer op het gebied van de hulp aan seksueel geweld slachtoffers.

Actoren

Gezien het bovenstaande acht men een terugtrekkende (rijks)overheid op dit moment dan ook zorgwekkend. De aanjaagfunctie van de centrale overheid op het terrein van seksueel geweld blijft noodzakelijk.

- De rijksoverheid dient haar invloed aan te wenden om te zorgen dat de *gemeenten* ook hun verantwoordelijkheid nemen op dit terrein en de (financiële) consequenties dragen die daaraan verbonden zijn².
- Het rijk dient te bewaken dat al te grote lokale of regionale verschillen ontstaan in het hulpaanbod aan slachtoffers van seksueel geweld.

Ambulante FIOM (Landelijk Bureau FIOM)

Verankering

- Het door het FIOM gerealiseerde hulpaanbod aan slachtoffers van seksueel geweld is voldoende verankerd binnen de eigen instellingen.

Aandachtspunten voor de toekomst

- Inhoudelijke innovatie: de (verdere) ontwikkeling van het hulpaanbod aan migrantenvrouwen, vluchtelingenvrouwen, verstandelijk gehandicapten en jongens met seksueel geweld ervaringen. Knelpunt hierbij is wel dat innovatief aanbod - als het niet wordt overgenomen door andere hulpaanbieders - een aanzuigende werking heeft op nieuwe cliëntengroepen, waardoor er minder tijd overblijft voor verdere innovatie.
- Het verder uitbouwen van de regionale samenwerking met andere instellingen in de regio door de ontwikkeling van intersectorale zorgprogramma's. In bepaalde

² Door de bezuinigingen hebben de gemeenten minder aandacht voor emancipatie. De gemeenten leggen wat de taakstelling van het AMW betreft de prioriteit meer bij materiële hulpverlening, zoals armoedebestrijding.

regio's is dit al ver gevorderd, in andere regio's is het nog in een beginstadium.

Actoren

- Van andere *zorgaanbieders* (ment name AMW en RIAGG) wordt vooral verwacht dat zij de door de FIOM ontwikkelde methodieken (en daarmee ook een deel van de cliënten) overnemen, zodat de FIOM's ruimte krijgen om de innovatieve taken in te blijven vullen.
- Van de *rijksoverheid* (VWS) wordt vooral verwacht dat deze haar innoverende taak gestalte geeft door bijvoorbeeld het FIOM de opdracht (en het bijbehorende budget) te geven om nieuw aanbod te ontwikkelen.

RIAGG's (NVAGG)

Verankering

Hulpverlening aan seksueel geweld slachtoffers maakt in de meeste RIAGG's onderdeel uit van het reguliere takenpakket. Dit gebeurt echter niet overal vanuit een vrouwenhulpverleningsvisie. Uit recent onderzoek blijkt dat ongeveer de helft van de RIAGG's actief bezig is met vrouwenhulpverlening. Onder druk van bezuinigingen en reorganisaties is het soms moeilijk om de aandacht voor vrouwenhulpverlening overeind te houden. Vormen van specifieke hulpverlening (zoals vrouwenteams) lopen het risico weer te verdwijnen.

Aandachtspunten voor de toekomst

- Er moet binnen de RIAGG's meer behandelcapaciteit komen voor ernstig getraumatiseerde cliënten; deskundigheid op dit gebied is beperkt tot een (te) kleine groep hulpverleners. Gezien het risico op burn out dient behandeldeskundigheid op dit terrein beter gespreid te worden over hulpverleners.
- Vormen van specifieke hulpverlening (zoals vrouwenteams) moeten in stand gehouden en zo mogelijk verder uitgebreid worden, zodat dit type ambulante hulp in elke regio aanwezig is.
- Binnen de RIAGG's moet meer aandacht komen voor transculturele aspecten; daarbij moet een relatie gelegd worden naar vrouwenhulpverlening. In dat kader dienen vormen van outreachend werken ontwikkeld te worden.
- Er moet in elke regio voldoende gespecialiseerde crisisopvang zijn voor seksueel geweld slachtoffers. Een hostelfunctie moet daar onderdeel van uitmaken.

Actoren

- Binnen de zorgregio zullen de *zorgaanbieders* en *zorgverzekeraars* onderling tot afstemming en afspraken moeten komen over de realisering van een adequaat regionaal hulpaanbod aan slachtoffers van seksueel geweld.
- In overleg met *gemeenten* moet gewerkt worden aan het creëren van adequate crisisopvang en een daaraan gekoppelde hostelfunctie.
- VWS dient te bewaken dat er voldoende budget beschikbaar is voor adequate hulp aan seksueel geweld slachtoffers. Er moet met name gestimuleerd worden dat er ambulante hulpverlening komt voor ernstig getraumatiseerde slachtoffers. VWS kan daartoe een aanwijzing geven dat de RIAGG's een bepaald minimum-percentage van het behandelbudget besteed aan de hulpverlening aan deze groep slachtoffers.

18.3.2 De vrouwenopvang

Verankering

De hulp aan vrouwelijke seksueel geweld slachtoffers is goed verankerd binnen de instellingen. Wel wordt door verschillende velddeskundigen opgemerkt dat er binnen de vrouwenopvang een tekort is aan behandelmogelijkheden.

Aandachtspunten voor de toekomst

Door de velddeskundige uit de vrouwenopvang worden vier werkinhoudelijke thema's genoemd die op dit moment binnen de sector in de belangstelling staan. Het betreft: het tegengaan van geleidelijke drempelverhoging als gevolg van de professionalisering van de sector, het vinden van creatieve antwoorden op het capaciteitstekort in de sector, het invullen van de preventieve functie en het invullen van de nazorgfunctie³. Wat betreft de instandhouding en verdere ontwikkeling van de werksoort in de toekomst zijn twee ontwikkelingen relevant.

- De decentralisatie en financiering van de vrouwenopvang.

De vrouwenopvang is in 1994 in het kader van Tijdelijk wet op de Sociale Vernieuwing gedecentraliseerd naar de gemeenten⁴, waarbij de handhaving van de capaciteit van de opvang tot eind 1996 is veilig gesteld.

Vanaf 1997 zullen de middelen voor de maatschappelijke opvang in het gemeentefonds gestort worden. Knelpunt is dat de toedeling van de middelen naar alle gemeenten gaat, terwijl de opvangvoorzieningen meestal gehuisvest zijn in de centrumgemeenten. Als extra complicatie komt daarbij dat de vrouwenopvanghuizen veel mensen uit andere delen van het land opnemen. Er ligt momenteel een voorstel van de VNG aan de staatssecretaris om de huidige capaciteitsgarantie voor de vrouwenopvang te verlengen met 4 jaar (tot 2001). Dit geeft in elk geval extra ruimte om te werken aan oplossingen van het gesignaleerde probleem. De staatssecretaris heeft toegezegd dat hierover voor 1 januari 1997 een definitieve beslissing genomen zal worden.

- De zorgvernieuwing

Op dit moment leveren zorgverzekeraars nog niet of nauwelijks een directe financiële bijdrage aan de vrouwenopvang. Wel is er binnen het Fonds Zorgvernieuwing geld vrijgemaakt⁵ om (door substitutie) de capaciteit van de opvang te vergroten en te komen tot een evenwichtiger landelijke spreiding van de opvangcapaciteit⁶. Kansen voor de vrouwenopvang zijn onder andere dat men de opvang van vrouwen met een psychiatrische problematiek gefinancierd kan krijgen uit dit Fonds. Deze extra middelen kunnen dan ingezet worden om (goedkopere) Begeleid Wonen plekken te creëren en/of voor preventieve activiteiten⁷.

Tot slot: in de Tussenrapportage van het VWS-beleid Bestrijding seksueel geweld (1993) wordt gesuggereerd dat de vrouwenopvang na decentralisatie een partner zou kunnen worden in de regionale samenwerking gericht op de ontwikkeling van zorgprogramma's voor seksueel geweld slachtoffers. Hoewel de deelname aan dergelijke verbanden door de vrouwenopvang in het onderzoek niet in kaart is gebracht, bestaat de indruk dat de participatie van de vrouwenopvang in de regionale zorgprogramma-ontwikkeling nog beperkt is gebleven. Er zijn wel enkele

3 Deze onderwerpen zijn al behandeld in hoofdstuk 7 van dit rapport, zie aldaar.

4 Bij de grote steden is de opvang al in 1989 gedecentraliseerd.

5 Het gaat om structureel 10 miljoen per jaar.

6 In dat kader worden nu o.a. de sociale pensions opgezet, waarin dakloze mensen met een onbehandelbare psychiatrische problematiek (die nu nog vaak in de dak- en thuislozenzorg zitten) worden opgenomen.

7 Vervelende bij-effecten van de regeling zijn:

- Er treedt 'vervuiling van de werksoort' op: allerlei organisaties roepen zichzelf uit tot maatschappelijke opvangvoorziening, omdat op die titel geld binnengehaald kan worden. De Federatie screent overigens wel de aanvragen hierop.
- Gemeenten gebruiken de extra inkomsten uit het Fonds als excuus om eigen geld uit de opvangvoorzieningen terug te trekken.
- Sommige opvangvoorzieningen zetten het geld niet in voor capaciteitsuitbreiding maar voor andere doelen.

lokale experimenten op dit gebied (Leiden, Apeldoorn, Amsterdam).

18.3.3 De residentiële GGZ (psychiatrie en beschermende woonvormen)

Verankering

- Het gerealiseerde hulpaanbod aan slachtoffers van seksueel geweld is onvoldoende (er zijn te weinig voorzieningen met een specifiek hulpaanbod) en is onvoldoende verankerd in de *residentiële psychiatrie*. Vooral op management- en beleidsniveau is er nog te weinig erkenning van het belang van een goed hulpaanbod voor slachtoffers van seksueel geweld. Daarbij komt dat op dit niveau de vereiste intensiviteit van de behandeling wordt onderschat, waardoor er binnen de psychiatrische ziekenhuizen systematisch te weinig budget is voor deze vorm van hulpverlening.
- Aandacht voor seksueel geweld is binnen de *beschermende woonvormen* een recent verschijnsel en is dus nog niet goed verankerd binnen de instellingen. Er begint zich echter wel een ontwikkeling op dit gebied af te tekenen. Dit uit zich ondermeer in de oprichting van sekse-homogene woonunits en (beginnende) samenwerking met andere GGZ-instellingen en de psychiatrische thuishulp in verband met de signalering van seksueel geweld en de opvang van slachtoffers.

Aandachtspunten voor de toekomst

- Het realiseren van sekse-homogene crisisopvang, als alternatief voor zwaardere vormen van hulp (opname of dag-/deeltijdbehandeling), en gekoppeld aan 7 x 24 uren telefonische bereikbaarheid. Idealiter zou dit gekoppeld zijn aan de dag-behandeling, wat wel betekent dat teams getraind moeten worden in crisis-interventie.
- Uitbreiding van het hulpaanbod aan slachtoffers van seksueel geweld binnen de psychiatrie. Met name de mogelijkheid van dag- en deeltijdbehandeling dient voor iedereen binnen een redelijke reisafstand beschikbaar te zijn. Het Fonds Zorgvernieuwing geeft op dit moment een sterke impuls om ook binnen de psychiatrie een aanbod voor seksueel geweld slachtoffers te ontwikkelen, maar men vraagt zich af of dit beklijft.
- De ontwikkeling van integrale behandelingstrajecten voor seksueel geweld slachtoffers. Analooq aan de ontwikkelingen op andere zorgterreinen zou voor seksueel geweld slachtoffers een hulpverleningstraject opgesteld kunnen worden, gekoppeld aan een vast tarief.

Actoren

- De rol van de *Inspecties* blijft belangrijk: in de kwaliteitsbeoordelingen dient expliciet aandacht besteed te worden aan het instellingsbeleid rond (preventie van) seksueel geweld en de hulp aan slachtoffers van seksueel geweld.
- In de geplande satisfactiemetingen van *zorgverzekeraars* dienen vragen opgenomen te worden over de beschikbaarheid van seksspecifieke hulpverlening.
- *Slachtoffers van seksueel geweld* zouden zich meer als cliënten-organisatie moeten manifesteren. Zelfhulpgroepen zouden zich sterk kunnen maken als belangengroepen, en zich op dit gebied moeten profileren.
- VWS dient expliciete kwaliteitseisen te formuleren waaraan instellingen moeten voldoen. De beschikbaarheid van sekse-homogene afdelingen/units zou daarin opgenomen kunnen worden (N.B. aan dit onderwerp wordt in de Kwaliteitsnota over Vrouwenhulpverlening van het GIGV (1993) aandacht besteed⁸).

⁸ Vrouwenhulpverlening: van opvattingen tot kwaliteitsprofiel. Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (GIGV), november 1993. Zie onder andere pagina 97 en 98.

18.3.4 Somatische gezondheidszorg

Verankering

Volgens één velddeskundige zijn bij *huisartsen* de basiskennis en -vaardigheden om seksueel geweld te signaleren op dit moment wel in redelijke mate aanwezig bij huisartsen, de tweede geïnterviewde deskundige betwijfelt dit. De signalering in de eerste lijn loopt echter vast op het feit dat er onvoldoende goede verwijsmogelijkheden zijn naar de hulpverlening. Bij medisch specialisten - men doelt met name op gynaecologen - zijn de bedoelde kennis en vaardigheden onvoldoende aanwezig.

Aandachtspunten voor de toekomst

- De gepropageerde *poortwachtersfunctie van huisartsen* ten opzichte van de tweede en derde lijn zou handen en voeten kunnen krijgen door het instellen van een apart verrichtingentarief voor het voeren van een reeks probleemoplossende / ondersteunende gesprekken met patiënten met een psycho-sociale problematiek (waaronder seksueel geweld slachtoffers).
- Verdere ontwikkeling en implementatie in opleidingen van de *scholing* op het gebied van seksueel geweld (in het kader van seksespecifieke gezondheidszorg) binnen relevante opleidingen in de gezondheidszorg. Aandacht voor seksueel geweld moet opgenomen worden in het curriculum van alle relevante artsen-opleidingen. Daarbij is het trainen van communicatieve *vaardigheden* minstens zo belangrijk als het overdragen van kennis.

Actoren

- Op dit moment speelt het rijk nog een hoofdrol in de financiering van ontwikkelingstrajecten op het gebied van seksueel geweld in de somatische zorg. In de toekomst zullen ontwikkelactiviteiten steeds meer betaald moeten worden door de veldpartijen (beroepsorganisaties en zorgverzekeraars).
Vrouwengezondheidscentrum Aletta is doende om deze te interesseren en er is bij sommige verzekeraars ook wel de wil om mee te werken, maar er is nog niet voldoende draagvlak voor directe financiering van activiteiten.
- In de toekomst zal vanuit de *patiënten/consumenten* meer druk moeten komen op de zorgaanbieders en zorgverzekeraars om de seksespecifieke zorg verder gestalte te geven. Het denken over sekseverschillen is echter vrij nieuw binnen de patiënten/consumentenorganisaties⁹. Geringe aandacht voor sekseverschillen ligt niet aan een scheve sekseverdeling binnen de organisaties zelf; er zijn juist relatief veel vrouwen actief in deze organisaties. Toch voeren mannen vaak de boventoon in de top van deze organisaties.

18.3.5 Autonome hulpverlening en vrouwen zelfhulporganisaties

Alhoewel deze organisaties niet tot het onderwerp van het onderzoek behoren, is het interessant te weten hoe deze organisaties denken hun toekomst in te vullen en hoe zij aankijken tegen de rol die zij in de toekomst denken te gaan spelen binnen het nieuwe stelsel¹⁰.

- De vernieuwing in de zorg stelt deze organisaties voor het dilemma dat de dubbele functie die deze organisaties hebben (zorgaanbieder enerzijds en platform voor consumenten/patiënten belangen anderzijds) niet past binnen het

⁹ Dat het begint te leven blijkt o.a. uit het feit dat in de afgelopen maanden twee provinciale studiedagen over Seksespecifieke gezondheidszorg plaatsvinden voor patiënten-organisaties (Utrecht en Noord-Brabant).

¹⁰ Gesproken is met een vertegenwoordigster van de VSK en met de directeur van de Federatie voor vrouwenzelfhulporganisaties.

huidige denken. De druk op de organisaties om te kiezen tussen deze twee rollen is dan ook groot. De geïnterviewden benadrukken beiden dat juist de *combinatie* van de twee rollen zeer waardevol is. Problemen en hulpvragen veranderen in de tijd. Juist door voortdurend nauw contact en wisselwerking met de doelgroep blijft men op de hoogte van wat er speelt en wat er nodig is voor de doelgroep.

Als kansen voor de toekomst noemt men:

- Zorgprogramma-ontwikkeling:
autonome hulpverlening en de zelfhulp zouden hierin een rol kunnen spelen. Dit is op dit moment nog nauwelijks het geval (in Eindhoven is de autonome hulpverlening wel betrokken bij de zorgprogramma-ontwikkeling). Knelpunt is de financiering: de zelfhulp kent nog geen eigen financieringskanaal.
 - De regio-visie ontwikkeling:
men is nog op zoek naar mogelijke ingangen voor de vrouwen zelfhulp. Het is nog niet duidelijk hoe men hierin kan participeren.
 - De rol van patiënten/cliëntenorganisaties:
door de Federatie wordt wel contact gezocht met de patiënten- en cliëntenorganisaties. Dit gebeurt nu nog vooral op landelijk niveau: daar begint men nu wel het belang van samenwerking met de vrouwenzelfhulp in te zien. Ook in de GGZ zijn er beginnende contacten met cliëntenbond en bewonersraden. De provinciale VSK-verenigingen werken (nog) niet samen met de regionale patiënten/cliëntenorganisaties.
 - De rol van zorgverzekeraars:
erkenning en vergoeding van ervaringsdeskundigheid en zelfhulp door zorgverzekeraars is op dit moment nog incidenteel (enkele lokale projecten). Er zijn op dit gebied ook nog grote verschillen tussen de zorgverzekeraars. Het streven is dat op termijn het aanbod van ervaringsdeskundigheid structureel wordt opgenomen in het voorzieningenpakket. Daarbij moeten wel kwaliteitseisen gesteld worden aan deze ervaringsdeskundigheid.
- Van het *rijk* (VWS) wordt verwacht dat deze in de toekomst de volgende rol zal (blijven) spelen:
- VWS moet een makelaarsfunctie hebben, en als trendsetter optreden. Het Werkprogramma Vrouwenhulpverlening is hier een goed voorbeeld van. VWS kan reguliere instellingen aanzetten tot verdere verbetering en vernieuwing van het zorgaanbod.
 - Ten opzichte van autonome organisaties heeft het rijk een voorwaarden-scheppende rol; daarbij behoort ook het zorgen voor een basisfinanciering van de autonome hulpverlening.

18.4 Specifieke problematieken en groepen

18.4.1 Vrouwenmishandeling

Verankering

Het *ambulante* hulpaanbod voor slachtoffers van vrouwenmishandeling wordt vrijwel uitsluitend verzorgd door de FIOM-bureaus. In de vrouwenopvang is wel sprake van een goed verankerd hulpaanbod¹¹. In de vrouwenopvang speelt een aanhoudend capaciteitsprobleem: circa 35-50% van de passende aanvragen kan gehonoreerd worden.

¹¹ Het behandelingsaanbod binnen de vrouwenopvang (psychosociale/psychiatrische hulp) is echter beperkt.

Aandachtspunten voor de toekomst

- Blijven bewerken van de maatschappelijke beeldvorming over vrouwen-mishandeling. Men moet ervan doordringen raken dat vrouwenmishandeling onder alle omstandigheden onacceptabel is. Wat dit betreft loopt vrouwen-mishandeling achterop bij kindermishandeling en seksueel geweld.
- De opvang van slachtoffers en de afhandeling van gevallen van vrouwen-mishandeling door de *politie* is (over de gehele linie genomen) de afgelopen jaren eerder verslechterd dan verbeterd. Dit heeft direct te maken met de opheffing van de afdelingen jeugd- en zedenzaken bij de reorganisatie van de politie.
Voor de toekomst zijn prioriteiten: verplichte scholing op dit onderwerp in de basisopleidingen, ontwikkelen van handelingsrichtlijnen over de signalering, registratie, de afhandeling van gevallen van vrouwenmishandeling en het beïnvloeden van de 'korpscultuur'.
- De werkgroep Vrouwenmishandeling heeft onlangs een advies uitgebracht over de verbetering van de afhandeling van gevallen van vrouwenmishandeling door het *Openbaar Ministerie*¹². Het Ministerie van Justitie zou deze aanbevelingen over moeten nemen.
- Binnen de *hulpverlening* moet met name aandacht worden besteed aan het verbeteren van de kennis over juridische mogelijkheden en het tot stand brengen van afstemming tussen de hulpverlening en het justitiële circuit. Als de signalering en afhandeling van vrouwenmishandeling door de politie verbetert (en er dus eerder ingegrepen wordt), komen er meer mogelijkheden om in samenwerking tussen hulpverlening en Openbaar Ministerie vormen van dader-behandeling-met-een-justitiële-stok-achter-de-deur te ontwikkelen.
- *Huisartsen*: vrouwenmishandeling moet structureel (verplicht) en uitgebreider behandeld worden in de basisopleiding van huisartsen. Het handelen bij vermoedens van vrouwenmishandeling kan geprotocolleerd worden.
- *Ziekenhuizen*: verbeteren van kennis over vrouwenmishandeling (signalering) bij medewerkers van EHBO-posten. Protocollering van het handelen bij vermoedens van mishandeling.
- *Migranten*: onderzoeksgegevens over de omvang van de problematiek onder migrantenvrouwen ontbreken. Aandacht voor vrouwenmishandeling binnen migrantengroepen kan verbeterd worden door aparte projecten hiervoor op te zetten vanuit de migrantenorganisaties.

Actoren

- De verantwoordelijkheid voor het verder ontwikkelen van de aanpak van deze problematiek wordt voorlopig nog sterk gelegd bij de *rijksoverheid*, en dan met name de ministeries van VWS, Justitie en Binnenlandse Zaken.
De door de politiek verleende prioriteit aan het onderwerp vrouwenmishandeling zou verder aangescherpt kunnen worden door een apart tijdelijk stimulerings-beleid op dit onderwerp uit te zetten: door het uitzetten van lokale proef-projecten en het ondersteunen van landelijke ontwikkelingsprojecten moeten impulsen aan het veld worden gegeven.
- Over de bijdrage van *gemeenten* is men niet optimistisch. Gemeentelijke aandacht voor vrouwenmishandeling beperkt zich meestal tot een opdracht aan de vrouwenopvang om aan preventie van vrouwenmishandeling te gaan doen. In sommige gemeenten wordt voorgesteld te bezuinigen op de vrouwenopvang, met

12 De voorgestelde maatregelen hebben betrekking bewerkstelligen van een mentaliteitsverandering binnen het OM, deskundigheidsbevordering binnen het OM (RAIO opleiding en vervolgcursussen), het verbetering van de relatie tussen OM en hulpverlening en het vergroten van de kennis bij de hulpver-lening over het strafrecht en de procesgang.

het doel budgetten vrij te spelen voor preventie. De achterliggende 'politieke rekensom' dat investeren in preventie leidt tot een lagere behoefte aan opvang gaat in dit geval echter niet op. Geslaagde preventie leidt in eerste instantie juist tot een toename van de toestroom naar opvangvoorzieningen.

- Op dit moment valt nog weinig te verwachten van de *zorgaanbieders*, omdat het probleem nog geen prioriteit heeft. Dit blijkt ondermeer ook uit het feit dat het lastig is om het onderwerp vrouwenmishandeling op de agenda te krijgen van de bestaande samenwerkingsverbanden seksueel geweld. Veel van deze verbanden zijn inmiddels gespecialiseerd op een bepaald thema (incest, kindermishandeling) en staan niet erg open voor uitbreiding van het werkterrein.
- *Slachtoffers* van vrouwenmishandeling zijn niet georganiseerd als belangengroep. Dit zal ook in de toekomst een lastig punt blijven: vrouwen die in een actuele mishandelingssituatie zitten hebben wel iets anders aan hun hoofd. Als men uit de problemen is wil men er liever niet meer aan herinnerd worden.
- *Zorgverzekeraars* dragen in die zin bij aan de hulp aan slachtoffers, dat via het Fonds Zorgvernieuwing gestimuleerd wordt dat (door substitutie) de capaciteit van de opvangvoorzieningen kan worden uitgebreid.

18.4.2 Vrouwenhandel

Verankering

- Hulpverlening aan slachtoffers van vrouwenhandel is nog niet gerealiseerd, laat staan verankerd binnen de reguliere hulp. Wel bestaan er vaste verwijzingsrelaties met bepaalde vrouwenopvang voorzieningen (met name in de grote steden).

Aandachtspunten voor de toekomst

- Er is een duidelijke toename op het gebied van vrouwenhandel te constateren. Dit wordt veroorzaakt door een toename van meisjes/vrouwen uit Oost-Europa. Deze handel is in handen van goed georganiseerde criminele organisaties. De politie onderkent het belang om deze nieuwe ontwikkeling zo adequaat mogelijk de kop in te drukken.
- Indien het bordeelverbod in de toekomst wordt opgeheven, ontstaat er een kans om vrouwenhandel in preventieve zin aan te pakken. Dit biedt de mogelijkheid om vrouwen beter te beschermen en prostituées van het criminele circuit af te schermen. Een belangrijk knelpunt bij de huidige voorstellen is, dat er nog geen regeling is voor de bescherming van vrouwen die van buiten de Europese Unie komen. De Stichting Tegen Vrouwenhandel (STV) is momenteel in onderhandeling met de Ministeries van Justitie en Sociale Zaken en Werkgelegenheid om te bezien hoe de bescherming van deze groep geregeld kan worden.
- In de komende jaren wil de Stichting Tegen Vrouwenhandel (STV) de gespecialiseerde kennis op het gebied van hulpverlening aan vrouwen die slachtoffer zijn van vrouwenhandel verder overdragen aan de reguliere instellingen. Daarbij zal naar model van het (geslaagde) proefproject 'Integratieproject Signalering en Hulpverlening inzake Vrouwenhandel' dat in Gelderland is uitgevoerd, worden gewerkt.
- De introductie van het onlangs ontwikkelde protocol bij de regiokorpsen zal ertoe moeten bijdragen dat de uitvoering van bestaande regelingen rond slachtoffers van vrouwenhandel door de politie verbeterd wordt.
- Het beleid van de verschillende Ministeries dient beter op elkaar afgestemd te worden.

Actoren

De STV is van mening dat het Ministerie van VWS ook in de toekomst een aantal activiteiten moet blijven ondersteunen.

- Het bewerkstelligen van een betere afstemming tussen de verschillende diensten en Ministeries, zoals SZW, Justitie en VWS over de uitvoering van het vrouwenhandelbeleid en de slachtofferzorg.
- Financiering van de landelijke meldpuntfunctie, met als doel het zichtbaar houden en maken van vrouwenhandel, het signaleren van knelpunten in de wet- en regelgeving en het signaleren van ontwikkelingen in de aard en omvang van vrouwenhandel (monitoring-functie).
- Het leveren van een bijdrage aan de integratie van methodieken van slachtofferzorg in hulpverleningsnetwerken in heel Nederland (landelijke implementatie van het pilotproject in Gelderland). Het STV kan dan kleiner worden, doordat het takenpakket gereduceerd kan worden tot slachtofferbeleid.
- Het leveren van een bijdrage aan de preventie van vrouwenhandel op internationaal niveau, onder andere door het blijven financieren van de aanloopkosten van experimentele projecten.
- Stimuleren dat reguliere voorzieningen ook een herkenbaar aanbod vrouwenhulpverlening krijgen. De STV is van mening dat in de opvang de vraag en het aanbod niet op elkaar aansluiten. De Blijf-huizen kunnen de grote toestroom van vrouwen met seksueel geweld problematiek niet aan. Andere instellingen zouden ook een specifiek aanbod voor vrouwen met deze problematiek moeten realiseren.

18.4.3 Migranten

Verankering

- Binnen de reguliere hulpverlening is nauwelijks een aanbod voor migranten als slachtoffer van seksueel geweld gerealiseerd, dus er valt ook niet veel te verankeren binnen reguliere instellingen. De indruk is dat de aandacht voor dit onderwerp nog sterk afhankelijk is van de interesse en betrokkenheid van individuele hulpverleners.
- Wat er tot nu toe op dit gebied is ontwikkeld is meestal te danken aan aparte (door het rijk gesubsidieerde) ontwikkelingsprojecten. De doorwerking naar het veld is nog in de beginfase. Het is een kwestie van (zeer) lange adem.

Aandachtspunten voor de toekomst

- De multi-culturalisering van de zorg: deze zal ertoe moeten leiden dat ook deze thematiek (seksueel geweld en migranten) meer aandacht krijgt binnen de reguliere hulpverlening. Dit staat echter nog in de kinderschoenen.
- Positieve actie voor migranten binnen de zorg: als het aantal migranten binnen de zorg (op alle niveaus van de organisatie) toeneemt zal ook het multi-culturele karakter van de instellingen verbeteren.
- De trend van het meer cliënt- en marktgericht werken door zorgaanbieders zou er in theorie toe moeten leiden dat instellingen in de somatische zorg en de GGZ actief bezig gaan met 'etnomarketing'. Migrantenvrij zijn immers ook een steeds belangrijker wordende groep potentiële afnemers van de producten van de zorgaanbieders. In de praktijk is dit besef nog nauwelijks doorgedrongen, het zal dus actief gestimuleerd moeten worden.

Actoren

Volgens de velddeskundigen zal de *stuwkracht* voor het verder ontwikkelen van het hulpaanbod voorlopig nog moeten komen vanuit de *steunorganisaties voor migranten en de overheid*.

- Van de *eigen organisaties van migranten* (die meestal worden gedomineerd door mannen) valt niet veel stuwkracht te verwachten. Migrantenvrouwenorganisaties komen veel minder vaak voor en houden zich over het algemeen (nog) niet bezig met zaken als seksueel geweld¹³.
- De aansluiting tussen migrantenvrouwen en *cliënten-, bewoners- of patiëntenorganisaties* is nog vrijwel afwezig. Hier en daar zijn deze organisaties wel bezig met de vraag hoe je migranten meer kan betrekken in de vereniging. Bij migranten blijkt tot nu toe weinig animo te zijn om actief te participeren in dergelijke verenigingen. Toch blijken migrantenvrouwen wel behoefte te hebben aan een vorm van informeel lotgenotencontact. Men moet zoeken naar nieuwe wegen om migranten te betrekken.
- *Categoriale vormen van hulpverlening* aan migrantenvrouwen moeten voorlopig nog blijven bestaan. Dergelijke activiteiten worden vaak op projectbasis opgezet, met de bedoeling dat de zaak daarna wordt opgepakt door reguliere instellingen. Dit laatste gebeurt echter vaak niet, waardoor het ontwikkelde aanbod gewoon wegvalt. De ontwikkeling van een *structureel* categoriaal aanbod heeft als voordeel dat er in ieder geval blijvende hulp is en dat de reguliere hulpverlening ontlast wordt (vergelijk de ontwikkelingen in de lichamelijk- en verstandelijk gehandicaptenzorg).

Taken die volgens de velddeskundigen door het *rijk* (VWS) zouden moeten worden vervuld zijn:

- VWS zou via onderzoek landelijke beleidsinformatie beschikbaar moeten maken over de toegankelijkheid, kwaliteit en effectiviteit van de reguliere zorg- en hulpverlening voor migrantenvrouwen.
- Multi-culturalisering van het VWS-Werkprogramma Vrouwenhulpverlening: daarbinnen is tot nu toe geen aandacht besteed aan de positie van migranten- en vluchtelingenvrouwen¹⁴.
- Stimuleren van multi-cultureel personeelsbeleid bij zorginstellingen 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. Als men dit beleid echt gestalte wil geven moet men ook de bijbehorende maatregelen durven nemen, zoals het uitzetten van aparte scholingstrajecten voor medewerkers uit migrantengroepen.
- Ondersteunen van onderzoek en praktijkexperimenten gericht op het vergroten van de participatie van migranten aan de reguliere cliëntenorganisaties.
- VWS dient de categoriale (zelf)hulpverlening voorlopig te blijven ondersteunen met als doel het beschrijven en overdragen van methodieken en het tot stand brengen van samenwerking met de algemene reguliere zorg- en hulpverlening.

13 Dit laatste wordt overigens bestreden door de projectmedewerkster 'zwarte en migranten vrouwen' van Transact: een aantal lokale en landelijke vrouwenorganisaties biedt wel hulp na seksueel geweld, alhoewel de directe hulpvraag meestal niet seksueel geweld betreft.

14 Een belangrijk aandachtspunt op dit gebied is de bereikbaarheid van de eerstelijns zorg en hulp voor migranten/vluchtelingenvrouwen: daarbij spelen zowel inhoudelijke (deskundigheid), organisatorische (beschikbaarheid van vrouwelijke hulpverleners, andere vormen van spreekuur houden) als financieel-technische zaken een rol. Speciale aandacht is nodig voor de oude stadswijken.

18.4.4 Vluchtelingen en asielzoekers

Verankering

- De zorg voor vluchtelingen/asielzoekers is binnen de *reguliere* hulpverlening nog onvoldoende verankerd. Eigenlijk is er net een begin gemaakt, en is nog te veel afhankelijk van de inzet van individuele medewerkers. Dat betekent dat zonder dat extern aandacht geëist wordt voor deze groep de reguliere hulpverlening betrekkelijk ontoegankelijk zal blijven.
- Binnen de *centrale opvang* van asielzoekers is de zorgfunctie van de maatschappelijke dienstverlening per 1 januari 1996 overgedragen aan het AMW. Bij het AMW is echter nog weinig deskundigheid op dit gebied aanwezig (er wordt wel aan gewerkt).

Aandachtspunten voor de toekomst

- De *reguliere* zorgaanbieders zijn nu niet in staat om zelf het hulpverleningsaanbod verder te ontwikkelen. Zolang de reguliere hulpverlening geen dekkend aanbod heeft, zal de categoriale zorg (Pharos en de hulpverlening binnen de opvangcentra) zelf moeten voorzien in de hulp.
- Bij de verdere ontwikkeling en integratie van dit type hulp in de *reguliere* hulp zijn de landelijke instellingen die een voortrekkers- en stimulerende rol vervullen (Pharos en TransAct) van essentieel belang. Er blijven instellingen nodig die aandacht en kennis bundelen, en daarmee de aandacht voor het onderwerp levend houden. De bij Pharos beschikbare capaciteit om deskundigheid over te dragen aan het reguliere veld dient de komende jaren in stand gehouden - zo niet vergroot - te worden (er zijn wachtlijsten voor de deskundigheidsbevordering).

Actoren

Het is lastig aan te geven wie verantwoordelijk zijn voor de hulpverlening aan vluchtelingen en asielzoekers: in het traject van vluchtelingen en asielzoekers verandert hun status en daarmee verschuiven ook de verantwoordelijkheden.

Bovendien is de regelgeving over de hulp aan deze groep aan het veranderen: zo is het reguliere AMW (dat gefinancierd wordt door gemeenten) per 1-1-1996 verantwoordelijk geworden voor de maatschappelijke dienstverlening aan vluchtelingen en asielzoekers en per 1-1-1997 zal ook de medische zorg worden overgedragen aan het reguliere circuit.

Op dit moment is nog geen sprake van een goed aansluitend hulpverleningstraject voor deze groep.

- De Vluchtelingenzelforganisaties (VON) en de Vereniging Vluchtelingenwerk Nederland (VVN) zouden als vertegenwoordigers van vluchtelingen en asielzoekers in elk geval betrokken moeten worden bij het regionale overleg van veldpartijen over het hulpaanbod.

Aan VWS worden door de velddeskundigen de volgende taken toegedacht.

- VWS zou door het stellen van kwaliteitseisen aan instellingen aandacht voor vluchtelingen/asielzoekers af kunnen dwingen. Daarbij moet dan wel opgelet worden dat de bestaande drempels ook echt lager worden.
- VWS moet geld beschikbaar stellen om de vaak complexe en langdurige hulpverlening die vluchtelingen/asielzoekers (met seksueel geweld problematiek) nodig hebben, mogelijk te maken.
- Inspecties kunnen instellingen stimuleren een hulpaanbod te ontwikkelen waarin plaats is ingeruimd voor vluchtelingen/asielzoekers.

18.4.5 Mensen met een handicap

Verankering

- Binnen de reguliere sector is nog nauwelijks iets ontwikkeld op het gebied van hulp aan gehandicapte mensen met een seksueel geweld problematiek, laat staan dat er sprake is van verankering.
- Ook binnen de *categoriale zorg* is aandacht voor seksueel geweld en hulp aan slachtoffers onvoldoende uitgewerkt en verankerd. Feit is wel dat het management van instellingen door druk van buitenaf meer geïnteresseerd raakt in het opzetten van preventief instellingsbeleid.
Op de werkvloer is sprake van een andersoortige betrokkenheid bij de problematiek: omgangsregels en het praten over seksualiteit staan daar op de voorgrond.

Aandachtspunten voor de toekomst

- Uitbreiding van de aandacht voor seksueel geweld en gehandicapten naar slachtofferschap *buiten* de instelling.
- Verdere implementatie van de ontwikkelde scholingsprodukten binnen de eigen sector.
- Op gang brengen van kennisuitwisseling tussen de gehandicaptensector en de reguliere hulpverlening, over hulp aan gehandicapte slachtoffers van seksueel geweld.
- Ontwikkelen van regionale netwerken tussen categoriale instellingen en reguliere instellingen om te komen tot een samenhangend regionaal aanbod van zorg voor en hulpverlening aan gehandicapte mensen.

Actoren

- De *sector zelf* is goed in staat om onderzoek te (laten) uitvoeren naar de problematiek en scholingsprodukten te ontwikkelen. Implementatie van de scholing in de sector is echter wel een kwestie van een lange adem.
- Wat de *reguliere hulp* betreft dient nog veel aandacht besteed te worden aan het *toegankelijk maken* van deze hulp voor mensen met een (lichamelijke) handicap¹⁵. En, hoewel verstandelijk gehandicapten eigen voorzieningen hebben, wordt er door sommige deskundigen voor gepleit dat licht verstandelijk gehandicapten ook toegang zouden moeten hebben tot reguliere hulpverlening. Het aanstellen van aandachtsfunctionarissen voor gehandicapten binnen de reguliere hulp zou effectief kunnen zijn, mits deze regionaal en landelijk ondersteund worden¹⁶. Daarnaast zouden reguliere hulpverleners meer bereid moeten zijn om ten aanzien van gehandicapten *outreaching* te werken. Gedacht wordt aan het opzetten van 'mobiele eenheden' die aangehaakt kunnen worden aan bestaande samenwerkingsverbanden rond seksueel geweld. Tot slot is men er in de reguliere zorg nog vaak onvoldoende van doordrongen dat de hulpverlening aan mensen met een handicap specifieke deskundigheid vereist. Erkenning van de noodzaak voor specifieke deskundigheid (probleembesef) is een eerste voorwaarde voor het realiseren van een kwalitatief goed aanbod.
- De bereidheid bij *zorgverzekeraars* om sturend op te treden in de regionale invulling van een samenhangend hulp- en zorgaanbod voor gehandicapten, verschilt per zorgverzekeraar.
- Bij de *lokale belangenverenigingen* van verstandelijk gehandicapten (ouder-

15 De Gehandicaptenraad is momenteel doende een gids samen te stellen met een overzicht van voor gehandicapten toegankelijke instellingen in de maatschappelijke dienstverlening. Daarbij wordt gelet op zaken als fysieke toegankelijkheid, aanwezige tekst-telefoon, publikaties in braille etc.

16 Het nut van aandachtsfunctionarissen wordt overigens door verschillende velddeskundigen in twijfel getrokken. Men ziet het dan als een vorm van lippendienst bewijzen aan de aandacht voor specifieke problemen of doelgroepen.

verenigingen) zijn seksualiteit en seksueel geweld vaak nog erg beladen onderwerpen. De *landelijke* koepel is wel actief bezig met deze thematiek.

Van de *rijksoverheid* wordt de volgende inbreng verwacht.

- VWS zou aandacht voor seksualiteit, seksueel geweld en preventie van seksueel geweld moeten opnemen in de *kwaliteitseisen* die ten aanzien van instellingen en opleidingen gehanteerd worden.
- VWS zou samen met de betrokken veldpartijen moeten zoeken naar wegen om binnen de instellingen opgebouwde expertise een bredere verspreiding te geven: aangezien instellingen zich steeds meer moeten profileren in de markt is er een neiging om expertise juist binnen de instelling te houden en deze *niet* te delen met anderen.
- De aandacht voor seksueel geweld die is opgenomen in de Arbo-wetgeving dient een meer verplichtend karakter te hebben: de Inspectiedienst SZW zou er actief op moeten toezien dat instellingen de richtlijnen dienaangaande uitvoeren.

18.4.6 Verslaafde vrouwen

Verankering

- Er is binnen de verslavingszorg nog nauwelijks sprake van een gerealiseerd hulpaanbod aan slachtoffers van seksueel geweld, laat staan dat het voldoende verankerd is binnen de instellingen. Aandacht voor seksueel geweld maakt onderdeel uit van de introductie van vrouwenhulpverlening binnen de werksoort. Vrouwenhulpverlening is nog onvoldoende ingebed in het beleid.

Aandachtspunten voor de toekomst

- De verdere ontwikkeling van de hulp bij seksueel geweld hangt samen met de introductie van de vrouwenhulpverlening in de werksoort. Met deze visie hangt ook een andere kijk op verslaving samen (verslaving als overlevingsstrategie).
- De basiskennis en vaardigheden inzake het signaleren en bespreekbaar maken van seksueel geweld problematiek dient bij de werkers in de verslavingszorg verbeterd te worden.
- Uitwisseling van kennis en ervaringen over de hulpverlening aan verslaafde vrouwen met een seksueel geweld problematiek met de reguliere hulpverlening, door het opzetten van lokale/regionale samenwerkingsprojecten.
- Op de reguliere hulpverlening moet pressie uitgeoefend worden om verslaving als contra-indicatie voor behandeling te laten vervallen.

Actoren

- *Clënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten* zijn uiteindelijk verantwoordelijk voor de kwaliteit en de inhoud van de hulpverlening. Bij de verslavingszorg zijn hierbij twee problemen. Ten eerste is er een verschil in financiering tussen de ambulante verslavingszorg (gemeenten) en de klinische zorg (zorgverzekeraars). Ten tweede is de positie van verslaafden in dit overleg per definitie moeilijk. Door hun verslaving zijn ze moeilijk te bewegen tot overleg: zeker seksueel misbruikte verslaafde vrouwen zullen niet in staat zijn hun stem te laten horen.

Aangezien aandacht voor seksueel geweld binnen de verslavingszorg nog in de kinderschoenen staat, wordt aan de *rijksoverheid* (VWS) een aantal taken toegedacht.

- VWS zou door het opnemen van seksueel geweld in de Kwaliteitswet de hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld indirect kunnen stimuleren. De kwaliteitseisen die door de overheid worden geformuleerd kunnen een belangrijk instrument zijn bij de verdere ontwikkeling van een beleid op het gebied van

seksueel geweld¹⁷.

- VWS zou kunnen stimuleren dat slachtoffers van seksueel geweld zich als belangengroep profileren. Dit kan onder andere door binnen bestaande patiënten/consumentenorganisaties aandacht te vragen dit onderwerp en door hulp bij seksueel geweld te agenderen in de regionale besluitvorming over het hulpaanbod.
- De rijksoverheid zou de normen voor hulpverleningsgebouwen dusdanig moeten aanpassen dat hierin rekening wordt gehouden met de preventie van seksueel geweld. Ook de Arbo-wetgeving kan hierin gebruikt worden.

18.4.7 Jongens/mannen als slachtoffer

Verankering

Hulp aan mannen in verband met seksueel geweld ervaringen in de jeugd is nog niet voldoende ontwikkeld en verankerd in de reguliere hulpverlening. Door maatschappelijke ontwikkelingen wordt de reguliere hulpverlening wel in toenemende mate geconfronteerd met hulpvragen van jongens en mannen die slachtoffer zijn geweest van seksueel geweld. Hierdoor neemt de vraag om scholing toe.

Aandachtspunten voor de toekomst

- Aparte aandacht voor de problematiek van mannelijke seksueel geweld slachtoffers blijft noodzakelijk. De problematiek raakt anders snel ondergesneeuwd¹⁸.
- Net als bij de hulpverlening voor meisjes/vrouwen zou er bij verwijzers een basisdeskundigheid moeten zijn gericht op signaleren, bespreekbaar maken en doorverwijzen.

Actoren

- De Inspecties dienen bij hun activiteiten gericht op de preventie van seksueel misbruik door hulpverleners expliciet aandacht te besteden aan jongens als slachtoffer.
- Vooralsnog blijft een landelijke aanjaag- en aandachtsfunctie (TransAct) noodzakelijk.

18.5 Conclusies

De door de velddeskundigen geuite wensen en verwachtingen over de toekomst van de hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld en de scholing op dat gebied zijn meestal vrij specifiek voor het deelterrein waarop de geïnterviewden actief zijn. Toch kunnen enkele algemene tendensen worden onderscheiden in de gegeven antwoorden. Deze worden in paragraaf 18.5.1 weergegeven.

In paragraaf 18.5.2 wordt door de onderzoekers commentaar gegeven op de toekomstverwachtingen van de velddeskundigen, en met name op verwachtingen die in het veld leven over de toekomstige inbreng van VWS.

¹⁷ In het kader van de kwaliteitszorg is de NeVIV momenteel bezig met het ontwikkelen van checklists voor instellingen. In de huidige checklists is vrouwenhulpverlening in ieder geval een item, seksueel geweld niet.

¹⁸ Instellingen op meer beleidsmatig niveau zoals bijv. de Regionale Steunpunten hebben de aandacht voor jongens/ mannen meestal wel in hun takenpakket maar komen daar gezien hun eigen geschiedenis en betrokkenheid van de medewerkers niet aan toe.

18.5.1 Samenvatting gewenste en gevreesde ontwikkelingen

- De vernieuwingen die zich momenteel voltrekken binnen de zorg, zoals de tendens naar meer decentrale besluitvorming over de inrichting van de zorg en de instelling van een Zorgvernieuwingsfonds, worden door de meeste velddeskundigen positief ontvangen. Men ziet daarin ook mogelijkheden om de hulp aan slachtoffers van seksueel geweld verder uit te bouwen en kwalitatief te verbeteren.
Daarbij moet wel aangetekend worden dat het geluid van de *cliënten* van die zorg (slachtoffers van seksueel geweld) nog nauwelijks gehoord wordt. Een voor de hand liggende methode om hier meer zicht op te krijgen is het (laten) uitvoeren van satisfactie-onderzoek onder cliënten van seksueel geweld hulpverlening.
- 2 Een ontwikkeling die de hulp aan slachtoffers direct *bedreigt* is het door vrijwel alle deskundigen gesignaleerde tekort aan mogelijkheden voor deskundige psychosociale en psychiatrische behandeling van slachtoffers. Het gaat dan met name om meer intensieve en specialistische vormen van hulpverlening, zoals de *hulp aan ernstig getraumatiseerde (seksueel) geweld slachtoffers*. Het betreft niet alleen een tekort aan behandelplaatsen, maar evenzeer een tekort aan op dit gebied deskundige hulpverleners. Oorzaak van dit tekort is dat door veel zorgaanbieders nog steeds onvoldoende prioriteit wordt gegeven aan deze problematiek. Het bestaan van aandoeningen als MPS (meervoudige persoonlijkheids stoornis) en DIS (dissociatieve stoornissen) wordt in de hulpverlening vaak nog ontkend of onvoldoende erkend. Bovendien is dit type hulpverlening intrinsiek weinig aantrekkelijk.
Tevens wordt aangegeven dat er een tekort is aan *specialistische crisisopvang* voor seksueel geweld slachtoffers. Betere crisisopvang zou zeer wel preventief kunnen werken in de zin dat voorkomen wordt dat het slachtoffer op termijn zwaardere vormen van hulpverlening nodig heeft.
- 3 Door de privatisering van het HBO en Wetenschappelijk Onderwijs is het moeilijk geworden om aandacht voor (hulp bij) seksueel geweld in relevante *beroepsopleidingen* landelijk te regelen. Ook het landelijke implementeren van ontwikkelde scholingsprodukten is een lastige - zo niet onhaalbare - zaak geworden. Wat betreft de ontwikkeling van de aandacht voor (hulp bij) seksueel geweld in de relevante opleidingen (die nog lang niet optimaal is - zie deelrapport III) wordt opgemerkt dat het voor dit onderwerp van groot belang is dat de betreffende opleidingsinstituten nauw contact onderhouden met het veld. Aandacht voor seksueel geweld is ook hier een 'bottom-up' zaak.
Zolang de aandacht binnen beroepsopleidingen nog beperkt is, wordt de *instandhouding van bij- en nascholingsaanbod* dat nu verzorgd wordt door TransAct en door de RINO's van groot belang geacht. Hetzelfde geldt voor de bij- en nascholing op specifieke deelterreinen, zoals het deskundigheidsbevorderingsaanbod van Pharos op het gebied van hulpverlening aan vluchtelingen en asielzoekers.
- 4 Binnen de reguliere zorg verloopt de ontwikkeling van de aandacht voor en de deskundigheid in de hulp aan slachtoffers van seksueel geweld uit *specifieke groepen* vrij traag. Voor een aantal specifieke groepen geldt dat eerst de toegang tot de reguliere zorg vergroot moet worden, voordat men enig probleembesef en een scholingsvraag vanuit de reguliere zorg kan verwachten. De geraadpleegde velddeskundigen denken in dit kader vooral aan het opzetten van lokale of regionale samenwerkingsprojecten tussen reguliere en categoriale hulpverleners. Daarnaast wordt door een aantal velddeskundigen verondersteld dat VWS via de kwaliteitsbewakende functie directe invloed uit kan oefenen op de aandacht van zorgaanbieders voor specifieke groepen (bewaken toegankelijkheid van de hulp

voor alle Nederlanders).

- 5 Binnen een aantal *intramurale zorgvoorzieningen* (psychiatrische ziekenhuizen, beschermende woonvormen, instellingen voor gehandicaptenzorg, residentiële jeugdhulpverlening) is de afgelopen jaren - al dan niet in het kader van de introductie van vrouwenhulpverlening - aandacht besteed aan de preventie van seksueel geweld binnen de voorzieningen.

Daarbij loopt men nog vaak op tegen weerstanden bij het management van de instellingen. Een positieve ontwikkeling is dat de druk van buitenaf op directies om op dit gebied beleid te voeren toeneemt. De Inspecties voor Gezondheidszorg en voor Jeugdhulpverlening/Jeugdbescherming spelen hierbij met hun stimuleringsbeleid een belangrijke rol. Door de velddeskundigen wordt dan ook benadrukt dat dit onderwerp prioriteit moet houden bij de Inspecties.

Daarnaast verwacht een aantal velddeskundigen dat de rijksoverheid door het toepassen of aanscherpen van bestaande wet- en regelgeving (zoals de Kwaliteitswet, Arbo-wetgeving en bouwverordeningen) de ontwikkeling van preventief beleid bij deze zorgaanbieders kan stimuleren.

18.5.2 Wat verwacht men van VWS?

Uit de gevoerde gesprekken blijkt dat de velddeskundigen er 'op rationeel niveau' van doordrongen zijn dat door de decentralisering de directe sturingsmogelijkheden van het Ministerie van VWS in de realisering en in stand houding van goede hulp, scholing en preventie op het gebied van seksueel geweld beperkt zijn.

Desondanks blijkt er bij deze zelfde mensen een sterke neiging om de verantwoordelijkheid voor de oplossing van bestaande knelpunten te leggen bij de rijksoverheid (in dit geval met name VWS). Vooral de volgende taken worden door velddeskundigen aan VWS toegeschreven.

- *Aandacht blijven vragen voor de problematiek*

Door de velddeskundigen wordt aangegeven dat de politieke, maatschappelijke en professionele aandacht voor seksueel geweld aan fluctuaties (modes) onderhevig is. Weinig hulpverleners zijn intrinsiek gemotiveerd tot hulpverlening aan seksueel geweld slachtoffers. Daarom wordt het van belang gevonden dat er landelijke organisaties bestaan - en voorlopig *blijven* bestaan - met een 'aanjaagfunctie' op dit gebied (men doelt met name op TransAct). Ook van VWS wordt verwacht dat deze waar mogelijk aandacht vraagt voor (hulp bij en preventie van) seksueel geweld. Dit niet alleen binnen het departement maar zeker ook in interdepartementaal overleg, en dan met name in het overleg met de Ministeries van Justitie, Binnenlandse Zaken en Onderwijs.

- *Bewaking van de toegang tot de reguliere hulpverlening*

Deze bewakingsfunctie wordt vooral in verband gebracht met bewaking van de toegankelijkheid van de reguliere zorg voor bepaalde specifieke groepen. Een aantal velddeskundigen verkeert in de veronderstelling dat VWS via de taak 'kwaliteitsbewaking' (Kwaliteitswet) bij machte is om aandacht voor specifieke groepen min of meer 'op te leggen' aan de zorgaanbieders. Dit is echter niet het geval. Voorlichting aan het veld over de bedoeling, inhoud en (on)mogelijkheden van de kwaliteitsbewakende taak van VWS lijkt hier geboden.

- *Bewaking van de kwaliteit van de hulpverlening*

Nogal wat velddeskundigen verwachten dat VWS via de taak 'kwaliteitsbewaking' een vrij directe inhoudelijke bemoeienis heeft met de kwaliteit van de geboden zorg. Men noemt in dit kader vaak de 'combi' VWS - Inspecties: VWS formuleert kwaliteitseisen en de Inspecties zien toe op de naleving ervan. Ook op dit punt kan gesproken worden van onrealistische verwachtingen ten aanzien van de directe sturingsmogelijkheden die VWS zou hebben op het gebied van de

kwaliteit van de hulpverlening.

- *Bewaking van een evenwichtige verdeling van hulpmogelijkheden over het land*
Door enkele velddeskundigen wordt aangegeven dat het rijk de verantwoordelijkheid heeft zorg te dragen voor een evenwichtige en 'rechtvaardige' verdeling van het schaarse goed 'hulp' over het gehele land. "Het mag niet gebeuren dat het uitmaakt wáár je verkracht wordt". Deze taak zou passen in de kerntaak 'monitoring' van VWS.

Mogelijk worden echter ook op dit gebied de directe sturingsmogelijkheden van VWS overschat door het veld. VWS heeft weliswaar een bewakende taak waar het gaat om de gelijkmatige spreiding van *voorzieningen en middelen* over het land, maar deze bewaking strekt zich nadrukkelijk niet uit tot de *inhoudelijke* invulling van het regionale hulpaanbod.

- *Ondersteuning van landelijke innovaties*
Door veel velddeskundigen wordt aangegeven dat zij van VWS verwachten dat deze innovatieve ontwikkelingen in het veld (financieel) blijft ondersteunen. Naast de bestaande mogelijkheden, zoals het Zorgvernieuwingsfonds, denkt men aan het instellen van aparte stimuleringsfondsen op deelterreinen en aan het ondersteunen van pilotprojecten, bijvoorbeeld op het gebied van nieuwe samenwerkingsvormen tussen reguliere en categoriale hulpverlening. Als reden hiervoor voert men aan dat de overige veldpartijen die als subsidieverstrekker op zouden kunnen treden (zorgverzekeraars, provinciale/lokale overheden) op dit moment nog niet zo ver zijn dat zij innovaties op dit gebied actief ondersteunen - een enkele uitzondering daar gelaten.

Conclusie

Hoewel de velddeskundigen op de hoogte zijn van de veranderingen in de bestuurlijke en beleidsmatige verhoudingen op het terrein van de zorg, is er tegelijkertijd een neiging om toch nog veel verantwoordelijkheden neer te leggen bij de rijksoverheid (met name VWS) als er gesproken wordt over de toekomst van de hulpverlening, scholing en preventie op het gebied van seksueel geweld. Deze nogal afhankelijke opstelling ten opzichte van VWS kan ten dele verklaard worden als een historisch gegroeide houding, die zich slechts langzaam laat ombuigen. Tientallen jaren is men gewend geweest dat de rijksoverheid de problemen formuleerde en achterstandsgroepen aanwees, de oplossingsrichtingen en -instrumenten bepaalde en de middelen beschikbaar stelde om deze oplossingen te realiseren.

Nu de besluitvorming over de zorg gedecentraliseerd is en de rijksoverheid minder sturend optreedt ontstaat er in het veld onzekerheid over de vraag wie er nu eigenlijk precies aangesproken kan worden op de verdere ontwikkeling en verbetering van de zorg op het decentrale niveau. Het grote aantal participanten dat hierbij betrokken is of kan worden maakt het er ook niet makkelijker op.

Gevolg is dat het veld zich 'vastklampt' aan de sturingsinstrumenten die VWS nog ter beschikking staan om vanuit het centrale niveau de ontwikkelingen in het veld te stimuleren en bij te sturen. Zo blijkt een niet onaanzienlijk deel van de geraadpleegde velddeskundigen te hoog gespannen verwachtingen te hebben van de sturingsmogelijkheden die de Kwaliteitswet en de kerntaak 'monitoring' bieden. In dit kader dient overigens ook te worden opgemerkt dat door velddeskundigen gesignaleerd wordt dat de decentrale veldpartijen tot nu toe *over te weinig instrumenten beschikken* om de eigen decentrale verantwoordelijkheid voor het verder ontwikkelen en verbeteren van de zorg waar te maken. De wet- en regelgeving op dit gebied is nog steeds centralistisch van aard en biedt onvoldoende ruimte aan veldpartijen om de decentrale taken daadwerkelijk gestalte te geven.

Naast de knelpunten die optreden als gevolg van het decentraliseringsproces, een proces dat per definitie onzekerheid met zich meebrengt en waarin de verantwoordelijkheden, taken en (on)mogelijkheden van de verschillende veldpartijen veelal nog niet helder zijn uitgekristalliseerd, spelen echter nog andere factoren een rol die meer specifiek zijn voor het onderwerp (hulp bij) 'seksueel geweld'.

- Uit de gevoerde gesprekken blijkt keer op keer dat aandacht voor (hulp bij) seksueel geweld een zaak is die moeizaam en 'bottom up' bevochten moet worden, ook binnen de zorginstellingen zelf. Hetzelfde geldt voor het onderwijs op dit gebied. Van *beleidsmatige verankering van aandacht voor seksueel geweld bij zorgaanbieders en opleidingsinstituten* is meestal nog geen sprake. Door de uitgevoerde onderzoeken in het hulpverleningsveld en het onderwijsveld wordt dit beeld bevestigd: er is weliswaar het nodige bereikt op het gebied van hulpverlening, scholing en preventie maar de situatie is nog verre van optimaal (zie de deelrapporten II, III en IV).
- Uit de gevoerde gesprekken blijkt tevens dat er bij de geraadpleegde velddeskundigen nog weinig vertrouwen is in het *draagvlak voor dit onderwerp bij de veldpartijen* die decentraal besluiten nemen over de invulling van de zorg. Hoewel er zeker sprake is van goede uitzonderingen, is het globale beeld dat aandacht voor seksueel geweld vaak nog afhankelijk is van de inzet van individuen en nog niet goed verankerd is in het beleid van zorginstellingen, zorgverzekeraars, provinciale en gemeentelijke overheden en organisaties voor de consumenten van de zorg.
- Daarbij speelt ook een rol dat slachtoffers van seksueel geweld moeilijk of onmogelijk als belangengroep te organiseren zijn, waardoor het *geluid van deze cliëntengroep* niet of nauwelijks doorklinkt in de regionale besluitvorming over de zorg.
- Tot slot is er zorg over de vraag door wie en op welke wijze het *bovenregionale* zorgaanbod moet worden bepaald en georganiseerd. Dit laatste is voor de toekomst van de hulp bij seksueel geweld zeker een belangrijk knelpunt aangezien bepaalde specialistische vormen van hulp, waarin nu nog niet of onvoldoende voorzien wordt, hoogstwaarschijnlijk op bovenregionaal niveau georganiseerd zouden moeten worden.

Concluderend kan gesteld worden dat er - mede door de decentralisering van de zorg en het onderwijs - een aantal concrete knelpunten en (dreigende) lacunes aan te wijzen is die in de nabije toekomst de verdere ontwikkeling en verankering van de hulpverlening bij, scholing omtrent en preventie van seksueel geweld bedreigen. In hoofdstuk 19 worden de belangrijkste knelpunten en lacunes vertaald in een aantal aanbevelingen voor de toekomst.

19 Aanbevelingen voor de toekomst

19.1 Inleiding

Het bijdragen aan de realisatie van een adequaat (kwantitatief en kwalitatief goed) hulpaanbod is één van de twee hoofddoelstellingen van het gevoerde VWS-beleid. De tweede hoofddoelstelling betreft de ontwikkeling van middelen ter preventie van seksueel geweld.

In het evaluatie-onderzoek naar het gevoerde beleid is veel aandacht besteed aan de vraag wat er bereikt is op het gebied van hulp, scholing en preventie rond seksueel geweld, welke lacunes zich nog bevinden in hetgeen bereikt is en hoe stevig geboekte resultaten verankerd zijn. In de toekomstverkenning is gekeken naar gevreesde en gewenste ontwikkelingen op dit gebied, en de rol die het streven naar een meer decentraal gestuurde inrichting van de zorg daarin speelt.

In dit laatste hoofdstuk van de rapportage wordt, voortbouwend op de onderzoeksresultaten, een aantal aanbevelingen voor de toekomst geformuleerd.

De aanbevelingen geven oplossingsrichtingen aan voor de lacunes en knelpunten die in het onderzoek geconstateerd zijn. Waar mogelijk wordt ook aangegeven welke partijen betrokken zouden moeten worden bij - c.q. zich medeverantwoordelijk zouden moeten voelen voor - de realisering van de betreffende aanbeveling.

In de volgende paragrafen wordt eerst in *hoofddlijnen* geschetst waarop de inspanningen van de overheid en de betrokken veldpartijen zich in de komende jaren zouden moeten richten. Vervolgens wordt per hoofdlijn een aantal concrete aanbevelingen geformuleerd.

19.2 De aanbevelingen in hoofdlijnen

De aanbevelingen in dit hoofdstuk concentreren zich rond twee kernbegrippen, te weten: (verbetering van de) *capaciteit* en de *kwaliteit* van de hulp bij seksueel geweld.

Het thema *preventie* van seksueel geweld is niet als een aparte hoofdlijn uitgewerkt. Preventie van seksueel geweld is een belangrijk aandachtsterrein maar is vanuit de opvang van en hulpverlening aan slachtoffers vaak lastig te operationaliseren tot concrete en effectieve maatregelen. Bovendien geldt dat er op dit gebied een sterke overlap is tussen kwaliteit van de signalering, opvang en hulp en de preventie van seksueel geweld in de zin van het voorkomen van herhaling en het bestrijden van de nadelige gevolgen. Op grond van deze overwegingen is ervoor gekozen om aandacht voor preventie in de aanbevelingen te verwerken als een integraal onderdeel van het kernbegrip 'kwaliteit'.

Capaciteit

Goede zorg voor slachtoffers van seksueel geweld betekent op zijn minst dat deze slachtoffers terecht kunnen bij passende hulp. Uit het uitgevoerde evaluatie-onderzoek (zie deelrapport II) blijkt dat zich nog een aanzienlijke kloof bevindt tussen het aantal slachtoffers met een (potentiële) hulpvraag en het aantal slachtoffers dat hulp ontvangt:

- van de slachtoffers met een potentiële hulpvraag op het gebied van psychosociale of psychiatrische hulp (circa 35.000 personen per jaar) blijkt ongeveer één derde (circa 12.000) deze hulp te ontvangen;

- van de slachtoffers met behoefte aan (vrouwen-)opvang (circa 16.000 vrouwen per jaar) kan ongeveer een kwart (4.000 vrouwen) opgevangen worden in de erkende vrouwenopvang voorzieningen.

Verder is gebleken dat het algemene tekort aan hulpmogelijkheden zich het meest schrijnend manifesteert bij bepaalde typen hulp. In paragraaf 19.3 wordt het capaciteitsvraagstuk nader uitgewerkt en wordt een viertal aanbevelingen gedaan om de belangrijkste geconstateerde lacunes in te vullen.

Kwaliteit

De kwaliteit van de zorg voor slachtoffers van seksueel geweld kan op verschillende niveaus benaderd worden.

- 1 Op het niveau van de uitvoering van de hulp aan individuele hulpvragers: het gaat dan om zaken als deskundigheid van de hulpverlener en de resultaten van zijn of haar handelen voor de cliënt.
- 2 Op het niveau van de individuele zorgaanbieder (organisatie); het gaat dan om zaken als de effectiviteit en vraaggerichtheid waarmee de organisatie het hulp-aanbod organiseert en de toegankelijkheid van die hulp voor (potentiële) hulpvragers.
- 3 Op het niveau van het zorggebied (de regio): daarbij gaat het om de vraag of en hoe de veldpartijen erin slagen een samenhangend hulpaanbod te realiseren en daarin gefundeerde keuzes en afspraken te maken over hoe de beschikbare (altijd schaarse) middelen worden ingezet om de hulpvraag zo goed mogelijk te 'bedienen'.

Op elk niveau kan de vraag gesteld worden:

- hoe het gesteld is met de kwaliteit van de zorg voor slachtoffers van seksueel geweld;
- hoe en door wie de kwaliteit bewaakt en verbeterd kan of moet worden;
- welke instrumenten daarvoor beschikbaar zijn.

De onderscheiden niveaus worden hieronder uitgewerkt in drie opeenvolgende paragrafen (19.4 tot en met 19.6). Aandacht voor *preventie* van seksueel geweld wordt daarbij als integraal onderdeel van kwalitatief goede hulp bij seksueel geweld meegenomen.

19.3 De capaciteit van het hulpaanbod

Uit het inventarisatie-onderzoek naar het gerealiseerde hulpaanbod (zie deelrapport II) komt duidelijk naar voren dat zich een aanzienlijk gat bevindt tussen de omvang van de potentiële hulpvraag bij slachtoffers van seksueel geweld en de omvang van de geboden hulp. Met name bij de volgende vormen van hulp worden (ernstige) tekorten gesignaleerd:

- mogelijkheden voor intensieve (trauma-)behandeling;
- eerste opvang van seksueel geweld slachtoffers;
- mogelijkheden voor crisisopvang van seksueel geweld slachtoffers;
- deskundige hulp aan slachtoffers uit bepaalde specifieke groepen (vluchtelingen/ asielzoekers, (zwaar) gehandicapten en (zwaar) verslaafden).

Dit leidt tot de volgende vier aanbevelingen.

- 1 *Verruim de mogelijkheden voor intensieve (trauma)behandeling.*
- 2 *Verbeter de eerste opvang van slachtoffers.*
- 3 *Verruim de mogelijkheden voor specifieke crisisopvang.*
- 4 *Vorm bovenregionale expert-teams voor intensieve hulp aan bepaalde specifieke groepen.*

Aanbeveling 1

Verruim de mogelijkheden voor intensieve (trauma)behandeling

Uit het inventarisatie-onderzoek en de gevoerde gesprekken met velddeskundigen blijkt dat er sprake is van een ernstig tekort op het gebied van de gespecialiseerde psychosociale of psychiatrische hulp aan mensen die in hun jeugd ernstig getraumatiseerd zijn door (seksueel) geweld ervaringen, en die daardoor aandoeningen hebben ontwikkeld, die zware en langdurige behandelingstrajecten vereisen¹⁹.

Ook door velddeskundigen op het gebied van de hulp aan vluchtelingen en asielzoekers wordt geconstateerd dat de er in de reguliere hulpverlening onvoldoende mogelijkheden zijn voor behandeling van mensen met ernstige geweldservaringen. VWS maakte zelf reeds in het Werkprogramma Bestrijding Seksueel Geweld (1991) gewag van knelpunten op het gebied van de traumabehandeling. Daarom zijn extra middelen beschikbaar gesteld voor het verder ontwikkelen van kennis en methoden op het gebied van de diagnostiek en behandeling van trauma/MPS-patiënten. Dit heeft inmiddels een aantal concrete produkten opgeleverd (zie ook deelrapport I), maar heeft blijkbaar niet geleid tot de gewenste verruiming van het behandel aanbod op dit gebied.

Hoewel de bestaande tarievenafspraken in de zorg op zich niet ontmoedigen dat vormen van langdurige en intensieve hulp worden geboden door instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg, blijkt toch dat de zorgaanbieders nog niet voldoende inspelen op dit type hulpvragen. Door velddeskundigen wordt als reden hiervoor aangevoerd dat dit type hulpverlening intrinsiek weinig aantrekkelijk is en kan leiden tot burn out bij de betrokken hulpverleners²⁰.

Zorgverzekeraars en koepelorganisaties van de relevante zorgaanbieders (NVAGG, NVGGZ) dienen afspraken te maken over het invullen van deze lacune in het zorgaanbod. Parallel daaraan zal voldoende gelegenheid moeten worden gecreëerd om het aantal op dit gebied deskundige hulpverleners te vergroten door het aanbieden van gerichte scholing.

Mochten de veldpartijen er niet in slagen hierover overeenstemming te bereiken dan kan VWS overwegen een aanwijzing te geven dat een bepaald deel van het behandelbudget dient te worden besteed aan traumabehandeling.

Aanbeveling 2

Verbeter de eerste opvang van seksueel geweld slachtoffers

Uit deelrapport II blijkt dat de signalering en eerste opvang van slachtoffers van actueel seksueel geweld (inclusief vrouwenmishandeling) door de eerstelijns zorg, de politie en de bureaus voor slachtofferhulp nog te wensen overlaat. Een niet onbelangrijke oorzaak hiervan is dat dit onderwerp bij politie en justitie geen hoge prioriteit heeft en (door de bestaande routines) ook beleidsmatig weinig zichtbaar is²¹. De bureaus slachtofferhulp doen goed werk, maar door het vrijwillige karakter van deze organisaties laten de aanwezige deskundigheid en de continuïteit te wensen over.

19 Gedoeld wordt met name op multiple of meervoudige persoonlijkheidsstoornissen (MPS) en dissociatieve stoornissen (DIS).

20 Dit geldt zeker als de betreffende hulpverlener de enige specialist op dit gebied is binnen de instelling.

21 Zo wordt bij vrouwenmishandeling door de politie vaak bemiddeling toegepast; er wordt geen proces verbaal opgemaakt en het incident verschijnt dus ook niet in de criminele statistieken.

Politie/justitie

Signalering van seksueel geweld en vrouwenmishandeling en de eerste opvang van slachtoffers behoren tot de taken van elke politie-agent. De verdere afhandeling van deze gevallen vereist echter specialistische kennis van en affiniteit met de problematiek. Door de opheffing van de jeugd- en zedenpolitie is de bij de politie opgebouwde deskundigheid op dit gebied goeddeels verloren gegaan. Het is noodzakelijk dat de regionale politiekorpsen de op dit gebied ontstane lacune zo spoedig mogelijk opvullen.

Voorts is in deelrapport I vermeld dat VWS tot nu toe geen gevolg heeft gegeven aan het voornemen om de problematiek rond de signalering, opvang en afhandeling van gevallen van vrouwenmishandeling aan te kaarten in het interdepartementaal overleg met de betreffende ministeries (Justitie, Binnenlandse Zaken, SZW). Wel wordt een project op het gebied van vrouwenmishandeling ondersteund door VWS²². De effecten van dit project zouden aanzienlijk versterkt worden als VWS deze problematiek (weer) onder de aandacht brengt van de betreffende departementen²³. Het advies van de Werkgroep Vrouwenmishandeling aan het Ministerie van Justitie kan daartoe een concrete aanleiding vormen.

Eerstelijns zorg

De bestaande eerstelijns zorg zou gericht ingezet kunnen worden in de eerste opvang van slachtoffers van seksueel geweld en vrouwenmishandeling:

- eerstelijns psychologen kunnen expliciet een taak krijgen in de eerste opvang van seksueel geweld slachtoffers;
- en ook het instellen van een apart verrichtingentarief voor huisartsen voor het voeren van een serie probleemoplossende gesprekken met slachtoffers is een mogelijkheid.

Zorgverzekeraars

Adequate signalering en doorverwijzing en een goede eerste opvang van slachtoffers van seksueel geweld kunnen preventief werken in die zin dat daarmee voorkomen wordt dat slachtoffers een onnodig lange en moeizame weg langs hulpverleners afleggen, dan wel dat op termijn zwaardere vormen van hulpverlening, zoals klinische behandeling, noodzakelijk worden.

Aangezien de zorgverzekeraars medeverantwoordelijk zijn voor een kwalitatief goede en verantwoorde hulpverlening, dienen zij te investeren in een goede eerste opvang van slachtoffers. Ook gezien de kostenbesparende werking die uit kan gaan van een verbeterde opvang van slachtoffers in de eerste lijn, moeten zij deze verantwoordelijkheid op zich nemen.

22 Het betreft een bij Transact aangehaakt project gericht op de bestrijding en preventie van vrouwenmishandeling. Voorlichting aan hulpverleners en verbetering van de signalering en eerste opvang van slachtoffers van vrouwenmishandeling maken onderdeel uit van het project. Zie ook hoofdstuk 7 in dit rapport.

23 Overigens wordt momenteel (voorjaar 1996), in opdracht van het Ministerie van Justitie, een beperkt onderzoek gedaan naar de eerste opvang van zedenslachtoffers door de politie. De resultaten worden medio 1996 verwacht.

Aanbeveling 3

Verruim de mogelijkheden voor specifieke crisisopvang

Slachtoffers van seksueel geweld kunnen in een acute crisis of crisissituatie belanden, die onmiddellijke deskundige hulp vereist. Dit geldt met name voor:

- vrouwen die hun huis moeten ontvluchten door (de dreiging van) geweld van de kant van hun (ex-)partner;
- vrouwen met een ernstig seksueel geweld verleden: door tal van omstandigheden kan bij deze vrouwen het trauma weer opspelen, waardoor zij in een crisis kunnen geraken.

Uit het inventarisatie-onderzoek en de gevoerde gesprekken blijkt dat er een tekort is aan beide vormen van crisisopvang.

Wat betreft de opvang van *mishandelde vrouwen* gaat het vooral om een capaciteitsprobleem in de bestaande voorzieningen. Traditioneel heeft de vrouwenopvang hierin altijd een centrale rol gespeeld. Het is dan ook van belang dat de capaciteit van deze vrouwenopvang voorzieningen minstens gehandhaafd blijft op het huidige niveau, zo niet (gezien het aanhoudende capaciteitsgebrek in deze sector) verder uitgebreid wordt.

Gemeenten en de VNG zijn de eerst aangewezen verantwoordelijken voor het handhaven en uitbreiden van de capaciteit van de vrouwenopvang.

Specifieke crisisopvang voor *ernstig getraumatiseerde vrouwen* (het gaat met name om een groep die 'uitbehandeld' dan wel zeer moeilijk behandelbaar is) bestaat op dit moment nog niet als zodanig in Nederland. Een deel van deze groep komt terecht in de vrouwenopvang en de autonome hulpverlening, die daar - gezien de zwaarte van de problematiek - niet echt op toegerust zijn. Het zou aanbeveling verdienen dat in de ontwikkeling van Zorgprogramma's op dit gebied ook de mogelijkheid wordt gecreëerd voor een dergelijke vorm van specifieke crisisopvang in de regio, bijvoorbeeld aangehaakt aan een op dit gebied deskundige behandel-eenheid in de psychiatrie. Deze zou tevens een nazorgfunctie kunnen hebben voor de eigen cliëntengroep.

De zorgaanbieders, en met name de instellingen in de geestelijke gezondheidszorg en de NVGGZ zijn verantwoordelijk voor het realiseren van regionale crisisopvang voor ernstig getraumatiseerde slachtoffers.

Aanbeveling 4

Vorm bovenregionale expert-teams voor intensieve hulp aan bepaalde specifieke groepen

Uit het uitgevoerde onderzoek naar het hulpaanbod aan specifieke groepen (zie deelrapport II) blijkt dat de hulp aan *bepaalde* specifieke groepen dermate specialistisch en veeleisend is dat men zich af moet vragen of het algemene streven naar integratie van deze hulp in de reguliere zorg wel de meest zinvolle weg is.

Het gaat daarbij met name om de volgende groepen:

- vluchtelingen/asielzoekers met ernstige (seksueel) geweld ervaringen;
- ernstig en/of meervoudig gehandicapte slachtoffers van seksueel geweld;
- ernstig verslaafde slachtoffers.

Het is zinvoller om wat betreft deze zeer specialistische vormen van hulp te streven naar het vormen van een aantal, over het land gespreide expert-teams (aangehaakt aan bestaande voorzieningen) die deze hulp verzorgen. Daarmee wordt de reguliere hulpverlening ontlast en wordt voorkomen dat slachtoffers uit deze groepen tussen de reguliere wal en het categoriale schip belanden.

VWS kan overleg faciliteren met de betrokken (koepel-)organisaties, met als doel na te gaan of en op welke wijze deze aanbeveling verdere uitwerking verdient.

19.4 Kwaliteit in de regio: verbetering van de samenhang in het regionale hulpaanbod en aandacht voor preventie

Het op regionaal niveau realiseren van een kwalitatief goed hulpaanbod aan slachtoffers van seksueel geweld stelt hoge eisen aan de regionale samenwerking tussen een groot aantal actoren.

In de eerste plaats is *binnen de zorgsector* een evenwichtig aanbod-pakket nodig, waarin verschillende typen hulpaanbod (ambulante behandeling, dag-/deeltijd behandeling, klinische behandeling, praktische begeleiding en opvang) vertegenwoordigd zijn. Ook de toeleiding naar deze hulp door de eerste lijn (signalering en verwijzing) dient goed geregeld te zijn. Verder moet er aandacht zijn voor de vraag of het aanbod voldoende is toegesneden op en toegankelijk is voor hulpvragers uit specifieke groepen en voor hulpvragers met een specifieke problematiek²⁴.

Uit de inventarisatie van het hulpaanbod (zie deelrapport II) blijkt dat in de meeste gebieden nog geen sprake is van een samenhangend hulpaanbod voor slachtoffers van seksueel geweld. Geconstateerde knelpunten zijn:

- er is in veel gebieden een tekort aan bepaalde typen hulpaanbod (capaciteitsprobleem: zie paragraaf 19.3);
- de samenwerking en afstemming tussen de zorgaanbieders beperkt zich vaak tot het uitvoerende niveau: van gecoördineerde samenwerking op beleidsniveau tussen de verschillende hulpaanbieders is in veel regio's (nog) geen sprake;
- de (primaire) preventie van seksueel geweld is in de meeste regio's nog geen uitgewerkt thema, en is ook moeilijk te operationaliseren tot concrete maatregelen;
- het hulpaanbod is vaak nog onvoldoende toegesneden op en toegankelijk voor specifieke groepen en specifieke problematieken.

Een samenhangend hulpaanbod voor seksueel geweld slachtoffers beperkt zich bovendien niet tot de (geestelijke) gezondheidszorg. Gezien de aard van de problematiek is samenwerking met de politie, het Openbaar Ministerie, het maatschappelijk werk, de vrouwenopvang en dus ook de gemeente onontbeerlijk om te komen tot goed sluitende hulptrajecten voor de slachtoffers. Er is, met andere woorden, ook *intersectorale samenwerking* nodig.

Dit leidt tot de volgende aanbevelingen.

5 Zorg voor regionale ondersteuning en coördinatie van hulp bij seksueel geweld.

6 Ontwikkel lokale (of regionale) preventie-projecten.

7 Bevorder thematische netwerkvorming.

Dergelijke complexe samenwerkingsprocessen met veel actoren hebben weinig kans van slagen als er geen duidelijke motor is, die de zaak aandrijft en draaiende houdt. Bij het begrip 'motor' dient men niet alleen te denken aan de inbreng van personen of organisaties, maar ook aan de mogelijkheid om organisaties bijeen te brengen rond een bepaalde problematiek of thematiek.

²⁴ In het VWS-beleid wordt onder specifieke groepen verstaan: migranten, vluchtelingen/asielzoekers, gehandicapten, verslaafde vrouwen en jongens/mannen als slachtoffer. Specifieke problematieken zijn vrouwenhandel en vrouwenmishandeling.

Aanbeveling 5

Zorg voor regionale ondersteuning en coördinatie van hulp bij seksueel geweld

Aangezien aandacht voor seksueel geweld in veel regio's nog onvoldoende verankerd is bij de veldpartijen is het aan te bevelen dat elke regio beschikt over een functie die het onderwerp seksueel geweld onder de aandacht houdt en de organisatie en afstemming van de hulp ondersteunt en coördineert opdat er in de regio een samenhangend hulpaanbod tot stand komt.

Uit een door TransAct uitgevoerde inventarisatie (1992) blijkt dat een dergelijke regionale functie nog niet overal is gerealiseerd (zie ook deelrapport I)²⁵.

Bovendien is het de vraag hoeveel sturend vermogen de bestaande (8) regionale steunpunten hebben. Het is belangrijk dat een dergelijke functie niet alleen op uitvoerend niveau ondersteunt en coördineert maar juist ook op beleidsniveau 'aanzit' bij de ontwikkeling van regiovisies en zorgprogramma's. Dit laatste betekent dat een steunfunctie het best aangehaakt kan worden bij één van de direct betrokken actoren. Te denken valt aan een GGD (in opdracht van de gemeente) of een (grote) zorgverzekeraar²⁶. Aanhaking bij een van de financiers van de zorg verhoogt bovendien de kans dat een dergelijke steunfunctie de slagvaardigheid heeft die nodig is voor het tot stand brengen van een samenhangend aanbod aan slachtoffers van seksueel geweld.

Provincies en gemeenten hebben de taak om ervoor te zorgen dat op regionaal niveau ondersteuning en coördinatie van de hulp tot stand komt.

Aanbeveling 6

Ontwikkel lokale of regionale preventie-projecten

In de Tussenrapportage over het gevoerde beleid (1993) heeft VWS zelf al gewezen op de mogelijkheden om lokaal of regionaal invulling te geven aan een samenhangend beleid gericht op de bestrijding en preventie van actueel seksueel geweld en vrouwenmishandeling.

Dit vereist een gezamenlijke en gecoördineerde inspanning van:

- gemeenten (integraal veiligheidsbeleid);
- politie (signalering, eerste opvang en opsporingsbeleid);
- Openbaar Ministerie (vervolgingsbeleid);
- slachtofferhulp en vrouwenopvang (opvang slachtoffers);
- en de hulpverlening (samenwerking met justitie, daderhulpverlening).

Op dit moment wordt in enkele gemeenten geëxperimenteerd met een dergelijke samenhangende aanpak: er zijn projecten in Leiden, Apeldoorn, Amsterdam en Utrecht (in ontwikkeling), gericht op de preventie en bestrijding van vrouwenmishandeling. Het betreft echter geïsoleerde en tijdelijke projecten.

VWS zou de ontwikkeling van een samenhangende preventieve aanpak op lokaal of regionaal niveau actief kunnen stimuleren door een traject 'lokaal preventief beleid

25 Momenteel wordt er op verschillende manieren vorm gegeven aan de regionale ondersteuning en coördinatie van hulp bij seksueel geweld:

- in acht regio's is een aparte steunfunctie seksueel geweld gerealiseerd,
- in twee regio's is een experiment opgezet met de invulling van een dergelijke functie door GGD-en (zie ook deelrapport I).

Voorts wordt in twee regio's - in het kader van het Werkprogramma Vrouwenhulpverlening - geëxperimenteerd met de ontwikkeling van een samenhangend hulpaanbod voor slachtoffers van seksueel geweld, met de zorgverzekeraars in een aansturende rol.

26 In twee regio's wordt momenteel geëxperimenteerd met de ontwikkeling van een samenhangend hulpaanbod voor slachtoffers van seksueel geweld, met de zorgverzekeraars in een aansturende rol.

tegen geweld' in gang te zetten, enigszins vergelijkbaar met de recente VWS-initiatieven op het gebied van het 'lokaal preventief jeugdbeleid'. De VNG dient hierbij betrokken te worden.

Aanbeveling 7

Bevorder thematische netwerkvorming rond specifieke groepen of problematieken

Het blijkt lastig om aandacht voor en hulp aan seksueel geweld slachtoffers uit specifieke groepen en specifieke problematieken op brede schaal te integreren in de reguliere hulpverlening. Dit heeft veel te maken met het feit dat zorgaanbieders vaak niet of weinig worden geconfronteerd met hulpvragen op dit gebied. En dat wordt op zijn beurt verklaard door:

- Het feit dat sommige specifieke groepen een eigen (categoriaal) zorgcircuit hebben, waarvan - vaak ten onrechte - wordt aangenomen dat deze ook deskundig is in de hulpverlening bij seksueel geweld. Dit geldt bijvoorbeeld voor (verstandelijk) gehandicapten, verslaafden en (tot voor kort) vluchtelingen en asielzoekers.
- Het feit dat de reguliere hulpverlening voor sommige groepen onvoldoende toegankelijk is. Dit geldt bijvoorbeeld voor (lichamelijk) gehandicapten²⁷ en vermoedelijk ook voor migranten(vrouwen)²⁸.

Daarnaast speelt een rol dat bepaalde problematieken een integrale en intersectorale aanpak vereisen (met name vrouwenhandel en vrouwenmishandeling), die in de praktijk vaak moeilijk van de grond komt. Tot slot kan een obstakel kan zijn dat de omvang van een bepaalde specifieke groep hulpvragers op regionaal niveau eigenlijk te klein is om de ontwikkeling van een specifiek hulpaanbod voor deze groep te rechtvaardigen. In zo'n geval ligt een bovenregionale aanpak voor de hand (zie ook aanbeveling 4 over de instelling van expert-teams). In de praktijk blijkt de bovenregionale ontwikkeling van een hulpaanbod moeizaam te verlopen, onder andere omdat de aansturing onduidelijk is.

Uit het evaluatie-onderzoek blijkt dat de bovenstaande knelpunten in een aantal gevallen met succes zijn overwonnen door het initiëren van wat aangeduid kan worden als '*thematische netwerken*' rond een bepaalde problematiek op lokaal, regionaal of bovenregionaal niveau²⁹.

Thematische netwerkvorming lijkt vooral een vruchtbare methode als de betreffende problematiek intersectorale samenwerking vereist en/of als een boven-regionale aanpak voor de hand ligt.

27 Voor deze groep speelt ook de fysieke ontoegankelijkheid en slechte bereikbaarheid van reguliere voorzieningen een rol.

28 Jammer genoeg zijn er geen landelijke gegevens bekend over de mate waarin migranten afnemers zijn van verschillende vormen van reguliere hulp. De indruk is echter dat zij relatief weinig gebruik maken van het therapeutische behandelaanbod van RIAGG's en de (semi-)residentiële GGZ.

29 Voorbeelden hiervan zijn onder andere:

- regionale netwerken rond vrouwenhandel die zijn opgezet door de STV (Stichting Tegen Vrouwenhandel);
- lokale intersectorale netwerken rond vrouwenmishandeling die in het kader van het project Preventie van geweld tegen vrouwen in relaties (TransAct) worden gevolgd en ondersteund;
- de regionale netwerkvorming rond het thema 'verslaving en seksueel geweld' die in het kader van het project Transit is ontwikkeld;
- netwerkvorming rond het thema gehandicapten en seksueel geweld' dat is geïnitieerd door het PCI (Provinciaal Consultatieteam Incest) te Utrecht.

Het is niet mogelijk in algemene zin aan te geven welke veldpartijen het voortouw dienen te nemen bij het initiëren van dergelijke thematische netwerken. In de praktijk blijkt het initiatief meestal te komen van (bevlogen personen binnen) de organisaties die zich met bepaalde specifieke doelgroepen of specifieke problematieken bezighouden.

19.5 Kwaliteit bij de zorgaanbieders: interne kwaliteitszorg

Kwalitatief goed instellingsbeleid van zorgaanbieders op het gebied van seksueel geweld kent tenminste twee aspecten.

- 1 De instelling dient ervoor te zorgen dat de hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld kwalitatief goed is; hetgeen onder andere eisen stelt aan de setting en de aanwezige deskundigheid op dit gebied (kwaliteitsbeleid).
- 2 De instelling dient ervoor te zorgen dat seksueel misbruik van cliënten die in behandeling zijn of opgenomen zijn in de zorg, door hulpverleners of medecliënten voorkomen wordt (preventiebeleid).

Zorgaanbieders zijn zelf verantwoordelijk voor het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de geboden zorg. Ook zorgverzekeraars hebben mogelijkheden eisen te stellen aan de kwaliteit van het aanbod van de zorgaanbieders.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hanteren of ontwikkelen daartoe kwaliteitsbeleid en kwaliteitseisen. Aandacht voor de kwaliteit van de hulp bij seksueel geweld zou daar onderdeel van uit moeten maken, evenals aandacht voor de preventie van seksueel misbruik van cliënten door hulpverleners of medecliënten. Daarnaast zouden bestaande patiënten/consumentenorganisaties druk op zorgaanbieders kunnen uitoefenen om meer aandacht te hebben voor hulp bij seksueel geweld en de preventie van seksueel misbruik door hulpverleners. Ook de Inspecties kunnen zorgaanbieders stimuleren om beleid te ontwikkelen op het gebied van (preventie van) seksueel geweld.

Dit leidt tot de volgende aanbevelingen.

- 8 *Aandacht voor preventie van seksueel misbruik door hulpverleners en de kwaliteit van de hulp aan slachtoffers van seksueel geweld moeten integraal onderdeel uitmaken van de kwaliteitsbeleid van zorgaanbieders en kwaliteitseisen van zorgverzekeraars.*
- 9 *Bij bestaande patiënten/consumentenorganisaties moet aandacht zijn voor (preventie van) seksueel geweld.*
- 10 *Het stimuleringsbeleid van de Inspecties voor Gezondheidszorg en Jeugdhulpverlening/Jeugdbescherming, gericht op de preventie van seksueel misbruik door hulpverleners, dient gehandhaafd te worden.*

Aanbeveling 8

Aandacht voor de preventie van seksueel misbruik door hulpverleners en aandacht voor de kwaliteit van de hulp aan slachtoffers van seksueel geweld moeten integraal onderdeel uitmaken van de kwaliteitsbeleid van zorgaanbieders en kwaliteitseisen van zorgverzekeraars

Zorgaanbieders worden geacht de kwaliteit van de geboden hulp te bewaken door middel van het kwaliteitsbeleid, waaronder het ontwikkelen en hanteren van systemen voor interne kwaliteitsbewaking.

Ook zorgverzekeraar hebben invloed op de kwaliteit van de geboden hulp:

- zorgverzekeraars kunnen via contracteringseisen invloed uitoefenen op de aard en kwaliteit van het reguliere hulpaanbod aan seksueel geweld slachtoffers;
- ook bij het erkend en gehonoreerd krijgen van ervaringsdeskundigheid spelen de zorgverzekeraars een rol.

Op het gebied van het denken over de kwaliteit van de hulp aan seksueel geweld slachtoffers is waarschijnlijk sprake van een voorsprong ten opzichte van het algemene kwaliteitsdenken in de zorg. Over de kwaliteit van de hulp aan seksueel geweld slachtoffers is in de afgelopen jaren veel nagedacht en er is al het nodige materiaal ontwikkeld (kwaliteitsprofielen). De opgave voor de komende jaren zal worden om deze kwaliteitsprofielen aan te laten sluiten bij de systemen voor interne kwaliteitsbewaking die door de zorgaanbieders ontwikkeld worden, en ook te vertalen naar de kwaliteitseisen die door zorgverzekeraars gesteld (gaan) worden aan het zorgaanbod.

Krachtens de Kwaliteitswet zorginstellingen die per april 1996 in werking is getreden zullen instellingen een kwaliteitsjaarverslag moeten maken. Doel is om het gevoerde kwaliteitsbeleid zichtbaar te maken voor alle betrokkenen, ook waar het gaat om de kwaliteit van het specifieke aanbod van zorg voor slachtoffers van seksueel geweld. Het ligt voor de hand om ook aandacht voor de *preventie van seksueel misbruik van cliënten door hulpverleners/medecliënten* daarin als integraal onderdeel op te nemen. Ook op dit gebied is - mede op initiatief van de Inspecties voor Gezondheidszorg en Jeugdhulpverlening/Jeugdbescherming, zie deelrapport IV - reeds het nodige ontwikkeld.

Kwaliteitsaspecten die samenhangen met de hulp aan slachtoffers van seksueel geweld en/of de preventie van seksueel misbruik door hulpverleners zouden ook opgenomen (getoetst) moeten worden in *satisfactie-onderzoeken onder cliënten* van de zorg.

Aanbeveling 9

Bij bestaande patiënten/consumentenorganisaties moet aandacht zijn voor (preventie van) seksueel geweld

Het is de bedoeling dat de consumenten van de zorg volwaardige partners worden in de decentrale besluitvorming over de zorg. Daarmee is echter niet als vanzelf veilig gesteld dat het geluid van slachtoffers van seksueel geweld - als consumenten van hulpverlening - ook gehoord wordt. Slachtoffers van seksueel geweld zijn nauwelijks als belangengroep georganiseerd en vallen als zodanig ook niet goed te organiseren.

Bestaande patiënten/consumentenorganisaties zouden een rol kunnen spelen door bij zorgaanbieders aandacht te vragen voor de preventie van seksueel misbruik door hulpverleners en de veiligheid van kwetsbare groepen die zijn opgenomen in zorginstellingen. Uit het evaluatie-onderzoek blijkt echter dat er bij bestaande patiënten/consumentenorganisaties over het algemeen nog weinig aandacht voor (preventie van) seksueel geweld. Soms is er wel aandacht bij landelijke koepels (zoals bij de ouderverenigingen in de gehandicaptenzorg), maar op lokaal of regionaal niveau is er nog weinig ontwikkeld. Ook is er nog weinig contact tussen patiënten/consumentenorganisaties en organisaties die zich bezighouden met belangenbehartiging op het gebied van seksueel geweld, vrouwenzelfhulp en sekse-

specifieke gezondheidszorg³⁰.

Aangezien aan de patiënten/consumentenorganisaties een belangrijke plaats wordt toegedacht in het nieuwe bestel, is het van belang dat actief gezocht wordt naar wegen om de aandacht voor seksueel geweld daarbinnen een plaats te geven.

Hier ligt een taak voor de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF). Deze zou in samenwerking met TransAct een stimulerende rol kunnen vervullen door het bijeenbrengen van relevante patiënten/consumentenorganisaties, met als doel na te gaan hoe aandacht voor (preventie van) seksueel geweld een plaats kan krijgen binnen het beleid van patiënten/consumentenorganisaties. Het ligt voor de hand om daarbij ook organisaties uit de vrouwenzelfhulp, de autonome hulpverlening en de vrouwegezondheidszorg te betrekken. Verbreding naar of aanhaking aan het onderwerp 'seks-specifieke zorg' is daarbij zinvol. Op decentraal niveau hebben de provincies een taak in het bijeenbrengen en ondersteunen van de belangenbehartiging van consumenten van de zorg.

Aanbeveling 10

Het stimuleringsbeleid van de Inspecties voor Gezondheidszorg en Jeugdhulpverlening/Jeugdbescherming, gericht op de preventie van seksueel misbruik door hulpverleners dient gehandhaafd te worden

Door de Inspecties voor Gezondheidszorg en Jeugdhulpverlening/Jeugdbescherming is in de afgelopen jaren een stimuleringsbeleid gevoerd op het gebied van de preventie van seksueel misbruik van cliënten binnen de gezondheidszorg en de jeugdhulpverlening. Dit beleid is nader geëvalueerd (zie deelrapport IV). Hoewel de resultaten tot nu toe wat tegenvallen (jeugdhulpverlening) respectievelijk wat onduidelijk zijn (gezondheidszorg) wordt door het veld veel waarde gehecht aan het stimuleringsbeleid van de Inspecties. Medewerkers die van binnenuit pogen om het instellingsbeleid op dit gebied te beïnvloeden, voelen zich daarin gesteund door de druk die de Inspecties van buitenaf uitoefenen op het management van instellingen.

Het veld dringt er dan ook op aan dat dit onderwerp prioriteit behoudt bij de betreffende Inspecties. De Inspecties dienen daartoe Hoofdinspecteurs te benoemen die de regionale inspecties op dit punt aansturen.

19.6 Kwaliteit bij hulpverleners: deskundigheidsbevordering

Kwaliteitsverbetering van de hulp aan seksueel geweld slachtoffers op het niveau van de individuele hulpvraag heeft een directe relatie tot *deskundigheidsbevordering* van hulpverleners op dit gebied. Het beleid van VWS op dit gebied heeft zich in de afgelopen 5 jaar gericht op twee sporen.

- Stimuleren dat in relevante beroepsopleidingen structureel aandacht wordt besteed aan (hulp bij) seksueel geweld.
- Ondersteuning van ontwikkelingsprojecten gericht op kennisvergaring en

30 Uit de gevoerde gesprekken blijkt dat er op dit moment op landelijk niveau wel voorzichtige aanzetten worden gedaan tot uitwisseling van visies en ideeën tussen de consumentenorganisaties en degenen die zich bezighouden met de belangenbehartiging op het gebied van seksueel geweld (VSK), vrouwenzelfhulp (Federatie Vrouwenzelfhulp) en seksespecifieke gezondheidszorg (zoals VGC Aletta). Van feitelijke samenwerking is echter slechts sporadisch sprake; laat staan dat gesproken kan worden van integratie van belangenbehartiging voor seksueel geweld slachtoffers (of breder: aandacht voor seksespecifieke zorg) binnen de bestaande consumentenorganisaties.

landelijke kennisoverdracht over specifieke problematieken (trauma/MPS, vrouwenhandel, vrouwenmishandeling) en specifieke groepen (migranten, gehandicapten, verslaafde vrouwen en jongens/mannen als slachtoffer).

Uit de evaluatie van het gevoerde beleid (zie deelrapport III) blijkt het volgende:

- de aandacht voor seksueel geweld binnen de relevante beroepsopleidingen laat nog te wensen over en dat geldt het sterkst voor opleidingen tot (para-)medische beroepen;
- de meeste ontwikkelingsprojecten hebben weliswaar geleid tot kwalitatief goede scholingsprodukten, maar van landelijke implementatie van deze produkten is nog geen sprake.

Op basis van het uitgevoerde evaluatie-onderzoek en gesprekken met deskundigen op het gebied van scholing kunnen de volgende aanbevelingen worden geformuleerd.

- 11 *Aandacht voor seksueel geweld moet een structureel onderdeel uitmaken van op dit gebied relevante beroepsopleidingen.*
- 12 *Beperk de scholing over specifieke groepen en problematieken tot specifieke opleidingen en de bij- en nascholing.*
- 13 *Houd bestaande mogelijkheden voor bij- en nascholing op het gebied van hulp bij seksueel geweld voorlopig in stand.*
- 14 *Bevorder kennisoverdracht door thematische netwerkvorming.*

Aanbeveling 11

Aandacht voor seksueel geweld moet een structureel onderdeel zijn van op dit gebied relevante beroepsopleidingen

Structurele aandacht voor seksueel geweld binnen alle op dit gebied relevante beroepsopleidingen³¹ is een belangrijke voorwaarde voor het realiseren van een kwalitatief goed hulpaanbod aan slachtoffers van seksueel geweld.

Uit het uitgevoerde evaluatie-onderzoek (zie deelrapport III) blijkt dat de aandacht voor seksueel geweld binnen deze relevante beroepsopleidingen nog te wensen over laat. Dat geldt het sterkst voor opleidingen voor (para-)medische beroepen.

Gezien deze stand van zaken blijft het voorlopig noodzakelijk dat druk wordt uitgeoefend op de beroepsopleidingen om aandacht te besteden aan seksueel geweld. Het gaat daarbij zeker niet alleen om het overdragen van kennis, maar zeker ook om het aanleren van (communicatieve) vaardigheden die beroepsbeoefenaren nodig hebben om vermoedens van seksueel geweld bespreekbaar te maken en vervolgens adequaat te handelen.

Het streven zou moeten zijn dat kennis over (hulp bij) seksueel geweld en het beheersen van basisvaardigheden om vermoedens daarvan te herkennen en bespreekbaar te maken opgenomen worden in de eindtermen van het curriculum van alle relevante opleidingstypen.

Daarnaast zou onderzocht kunnen worden of en op welke wijze het mogelijk is om het onderwerp seksueel geweld onder de aandacht te brengen van de visitatie-commissies die de kwaliteit van de opleidingen gaan bewaken, alsmede de beroepenveldcommissies die in het HBO-onderwijs tot taak krijgen te bewaken dat de opleidingen aansluiten bij de behoeften van het veld.

31 Als relevante opleidingen kunnen aangemerkt worden: HBO-V opleidingen, inservice-opleidingen voor A- en B- verpleegkundigen, MDGO-VP opleidingen, HBO-MW, opleiding tot fysiotherapeut, opleiding tot basisarts, huisartsenopleiding en de opleidingen voor psychiatrie, gynaecologie, klinische psychologie en psychotherapie. Voor een onderbouwing van deze keuze raadplege men deelrapport III, paragraaf 9.2.

Aanbeveling 12

Beperk de scholing over specifieke groepen en problematieken tot specifieke opleidingen en de bij- en nascholing

Gezien de beperkte aandacht die veel beroepsopleidingen besteden aan (hulp bij) seksueel geweld in het algemeen, is het niet verwonderlijk dat de aandacht voor deze problematiek bij specifieke groepen en de aandacht voor specifieke problematieken vrijwel afwezig is in de algemene beroepsopleidingen (zie ook deelrapport III).

Het is echter ook de vraag of het zinvol is om in algemene opleidingen uitgebreid aandacht te besteden aan seksueel geweld problematiek bij groepen mensen die men later in de beroepspraktijk niet of nauwelijks tegen zal komen. Voor de hand liggender is om scholing hieromtrent in te bouwen in opleidingen/bijscholingen binnen de betreffende vorm van zorg (zoals verslavingszorg, gehandicaptenzorg). Dit argument geldt *niet* voor de specifieke groepen migranten en jongens/mannen als slachtoffer en voor de problematiek van vrouwenmishandeling, aangezien alle hulpverleners in de praktijk met deze problemen te maken kunnen krijgen.

Aanbeveling 13

Houd bestaande mogelijkheden voor bij- en nascholing op het gebied van hulp bij seksueel geweld voorlopig in stand

Zolang de aandacht voor (hulp bij) seksueel geweld nog niet bevredigend is verankerd binnen de relevante beroepsopleidingen, zal bij- en nascholing op dit gebied een belangrijke rol blijven spelen als middel om de kwaliteit van de hulpverlening aan slachtoffers op het gewenste niveau te brengen.

Op basis van het uitgevoerde evaluatie-onderzoek naar de implementatie van met subsidie van VWS ontwikkelde scholingsprodukten (zie deelrapport III) en de met velddeskundigen gevoerde gesprekken kunnen de volgende aanbevelingen worden geformuleerd.

- De landelijke organisaties die op dit moment via *bij- en nascholing* zorgdragen voor de deskundigheidsbevordering van hulpverleners moeten voorlopig in stand worden gehouden. Het betreft met name: TransAct, de RINO's en Pharos (voor wat betreft de hulp aan vluchtelingen en asielzoekers).
- Wat betreft de *scholingsprodukten* die ontwikkeld zijn op het gebied van (hulp bij) seksueel geweld en specifieke groepen/problematieken, kan gesteld worden dat de kwaliteit daarvan over het algemeen (zeer) goed is (zie deelrapport III). De door VWS beoogde landelijke implementatie van deze produkten is echter nog bij lange na niet gerealiseerd. De afname van deze scholingsprodukten zou gestimuleerd kunnen worden door het verruimen van de financiële mogelijkheden van hulpverleners om deel te nemen aan de scholing. Dit zou kunnen door het veranderen van de tariefstelling en/of door het verstrekken van extra middelen voor deskundigheidsbevordering aan de zorgaanbieders, en dan met name aan de sectoren die op dit gebied weinig middelen beschikken (AMW, autonome hulpverlening en vrouwenzelfhulp).
- Een aanbeveling voor de toekomst is dat zowel de ontwikkelaars van scholingsprodukten als de subsidiegevers meer aandacht dienen te besteden aan het *implementatietraject*. Dit betekent minimaal dat vooronderzoek onder potentiële afnemers gedaan wordt, dat er een implementatieplan wordt gemaakt en dat de implementatiefase een volwassen onderdeel uitmaakt van de projectplanning. Ook dient kritisch gekeken te worden naar de *vormen* van kennisoverdracht die

het meest effectief zijn³².

Aanbeveling 14

Bevorder kennisoverdracht door thematische netwerkvorming

De al eerder genoemde thematische netwerkvorming (zie aanbeveling 7) biedt goede mogelijkheden voor het overdragen van specifieke kennis aan het reguliere circuit.

Kennisoverdracht vindt hierbij niet zozeer plaats door scholing in de 'klassieke' zin (werkboek, cursus, training) maar door samenwerking in de praktijk. Belangrijke voordelen van deze werkwijze zijn dat het draagvlak voor de werkwijze al werkend vergroot wordt, waardoor ook de kans op verankering binnen instellingen en de continuering van de nieuwe werkwijze(n) na afloop van het project aanzienlijk toeneemt.

Wat betreft de *landelijke verspreiding* van de in dergelijke netwerk-projecten opgedane kennis en ervaring dient erop gewezen te worden dat de tot nu toe vaak gehanteerde methode van verspreiding via schriftelijk materiaal (en eventueel een studiedag) meestal niet de gewenste resultaten oplevert. Het is zinvoller om de bij de betrokken projectleiders aanwezige expertise in het opzetten van dergelijke netwerken te benutten door deze mensen ook in de andere regio's in te zetten om vergelijkbare netwerken te ontwikkelen. Ook zou geëxperimenteerd kunnen worden met landelijke netwerkvorming via de computer (internet).

19.7 Overigen

Tot slot een tweetal aanbevelingen die geen betrekking hebben op de kernthema's capaciteit en kwaliteit, maar op in het veld geconstateerde kennislacunes die een remmende invloed kunnen hebben op de verdere ontwikkeling van de decentrale invulling van de zorg.

Aanbeveling 15

Geef voorlichting aan het veld over de taken van het rijk (VWS) in het nieuwe bestel

Zoals aan het eind van hoofdstuk 18 al is opgemerkt, hebben veel velddeskundigen (zorgaanbieders) te hoog gespannen verwachtingen over de mogelijkheden van VWS om via de taken kwaliteitsbewaking en monitoring directe sturing te geven aan de verder ontwikkeling van het hulpaanbod op decentraal niveau. Gerichte *voorlichting* aan het veld omtrent de reikwijdte en (on)mogelijkheden van de wet en regelgeving op dit gebied lijkt geboden. Daarmee kan voorkomen worden dat het veld passief blijft wachten op richtlijnen van bovenaf.

Aanvullend daarop zouden handreikingen aan het veld gegeven kunnen worden over de mogelijkheden die zij zelf hebben om de ontwikkelingen op decentraal niveau bij te sturen.

32 Uit het evaluatie-onderzoek naar scholingsprodukten (deelrapport III) komt naar voren dat op-maat trainingen van gehele afdelingen of teams meer effect hebben op de kwaliteit van de hulp dan cursussen met open inschrijving en hand- of werkboeken die zonder verdere ondersteuning aan het veld worden aangeboden.

Aanbeveling 16**Doe onderzoek naar het gebruik van de reguliere zorg door migranten en vluchtelingen/asielzoekers als slachtoffer van seksueel geweld**

Het ontbreken van gegevens over de mate waarin slachtoffers van seksueel geweld onder de groepen migranten en vluchtelingen/asielzoekers gebruik maken van verschillende vormen van reguliere zorg wordt in het veld als een belangrijk knelpunt ervaren. Hierdoor is het niet mogelijk helder aan te geven waar zich in de zorg voor deze groepen slachtoffers knelpunten en lacunes bevinden.

VWS zou hieraan - in het kader van de monitorfunctie - een bijdrage kunnen leveren door passende methoden te ontwikkelen om hierover, met respect voor de privacy van personen, materiaal te verzamelen.

Bijlage V.1

De geïnterviewde velddeskundigen

I ALGEMENE INTERVIEWS

Landelijke en regionale ondersteuning

- Mw. L. van Gorp, beleidsmedewerkster TransAct.
- M. van der Staa, coördinator Regionaal Steunpunt Seksueel geweld Amsterdam.

Bij- en nascholing seksueel geweld

- Mw. I. van der Vlucht, 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 vrouwen-team, 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 Nederland³³).
- 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 voorzitter 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.

33 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, stafid 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 geweld-ervaringen in voormalig Joegoslavië 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 Ouderverenigingen.
- 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 Gehandicap-tenraad.
- 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 vice-voorzitter van het Platform Vrouwenhulpverlening in de Verslavingszorg.

Thema: jongens/mannen als slachtoffers van seksueel geweld

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

