

*Zorgcoördinatie voor
slachtoffers van verkrachting
in Amsterdam*

Verslag van een pilot

Marjolein Goderie
Meta Flikweert

Zorgcoördinatie voor slachtoffers van verkrachting in Amsterdam

Verslag van een pilot

Marjolein Goderie
Meta Flikweert

December 2012

Inhoud

1	Inleiding	5
1.1	Drie methoden van onderzoek	5
2	Het project zorgcoördinatie	7
2.1	Inleiding	7
2.2	Aanleiding en opzet van het project	7
2.3	De zorgcoördinatoren	9
2.4	Het protocol	9
2.5	Het vervolg	10
2.6	De cliëntenpopulatie in het eerste half jaar van het project	11
3	De opbrengsten van het project vanuit het perspectief van de slachtoffers	17
3.1	Inleiding	17
3.2	Respons	17
3.3	De onderzoeksgroep	18
3.4	Het medisch onderzoek	19
3.5	Verwachtingen vooraf	20
3.6	Begeleiding na het medisch onderzoek	21
3.7	Waardering zorgcoördinatie	23
3.8	Suggesties voor verbetering	25
3.9	Tot slot	26
4	De opbrengsten van het project vanuit het perspectief van de professionals	27
4.1	Inleiding	27
4.2	Werkwijze	27
4.3	Samenwerking	28
4.4	Het eerste contact	30
4.5	Het vervolg	30
4.6	De samenwerking	32
4.7	Meerwaarde	33
5	Samenvatting en conclusies	35
	Literatuur en andere schriftelijke bronnen	39
	Bijlagen	
1	Contactmomenten zedenslachtoffers 1	40
2	Contactmomenten zedenslachtoffers 2	42
3	Procedure, formulieren en materialen aanwezig op de Zedenkamer	44

1 *Inleiding*

Amsterdam is per 1 januari 2012 gestart met een eenjarige Pilot Zorgcoördinatie Zedenzaken. Dit project heeft als doel om de begeleiding van een afgebakende subgroep slachtoffers van seksueel geweld in het zorgtraject te verbeteren. In het volgende hoofdstuk doen we uit de doeken wat deze zorgcoördinatie - de afstemming van zorg en ondersteuning vanuit verschillende instanties aan een slachtoffer van seksueel geweld - precies inhoudt.

Aan het Verwey-Jonker Instituut is gevraagd om het eerste halfjaar van de pilot met een onderzoek te volgen, en de ervaringen van zowel slachtoffers als betrokken instanties in beeld te brengen. In deze rapportage doen wij daar verslag van.

We starten met een beschrijving van de onderzoeksopzet. In hoofdstuk 2 beschrijven we de aanleiding en opzet van het project.

Vervolgens komen achtereenvolgend in beeld de ervaringen van de slachtoffers met de zorgcoördinatie (hoofdstuk 3) en de ervaringen van de professionals die bij de uitvoering betrokken zijn (hoofdstuk 4). We sluiten af met de conclusies en aanbevelingen (hoofdstuk 5).

1.1 *Drie methoden van onderzoek*

Achtereenvolgens gaan we in op de drie methoden van onderzoek die zijn ingezet: de enquête onder de slachtoffers, een analyse van de registratie en documenten, en interviews met professionals die te maken hebben met de uitvoering van de pilot.

Enquête

De enquête is gehouden onder de slachtoffers van seksueel geweld, die deel uitmaken van de pilot. De focus ligt op de cliënttevredenheid over de ontvangen begeleiding. Uiteraard was het vrijblijvend om aan het evaluatieonderzoek mee te werken. Gezien de zware druk die al op deze doelgroep ligt, is voor een onderzoeksmethode gekozen die weinig belastend is voor de slachtoffers.

We hebben voor het onderzoek onder de slachtoffers een SATER-vragenlijst¹ gemaakt. Daar zijn twee redenen voor. Ten eerste de grote gebruiksvriendelijkheid en het laagdrempelig karakter. De SATER-vragenlijst is

1 SATER staat voor Self Administered Treatment Evaluation.

een zeer gebruiksvriendelijke digitale vragenlijst, die mensen naar believen thuis via internet kunnen invullen. Een andere mogelijkheid is telefonische afname van de vragenlijst door een ervaren interviewer. Deze opties werden gelijktijdig aan de slachtoffers aangeboden, zodat zij zelf konden kiezen wat zij het prettigst vinden. Daarnaast geeft een SATER-vragenlijst veel rijkere resultaten dan een 'platte' tevredenheidmeting. De SATER-methodiek meet niet alleen de tevredenheid van deelnemers aan de pilot, maar maakt ook zichtbaar wat de slachtoffers aan de zorgcoördinatie hebben gehad; oftewel wat het hen heeft opgeleverd. De vragenlijst is geschikt gemaakt voor zowel vrouwelijke als mannelijke slachtoffers.

De zorgcoördinatoren stelden de slachtoffers op de hoogte van het tevredenheidsonderzoek en vroegen hen om hun medewerking. De onderzoekers instrueerden de zorgcoördinatoren hiertoe en voorzagen hen van een informatiefolder om aan de slachtoffers uit te delen. De folder bevat zowel praktische informatie over de twee manieren van deelname aan de enquête (thuis via internet of via een telefonisch interview) als een uitleg van het doel van het onderzoek. Ook hebben we in de folder verwezen naar een telefoonnummer, waarop de onderzoeksassistent bereikbaar was als er nog vragen waren (helpdeskfunctie).

Toen na verloop van tijd bleek dat Poolse en Engelsprekende slachtoffers gebruik maakten van de zorgcoördinatie, is er ook een Poolse en Engelse vertaling van de informatiefolder en vragenlijst gemaakt. Ook is er - omdat daar behoefte aan was - een papieren versie van de vragenlijst gemaakt.

Analyse registratiegegevens en projectdocumenten

De zorgcoördinatoren houden op een - door de onderzoekers ontworpen - registratieformulier gegevens bij, zoals kenmerken van het slachtoffer en het zedendelict, maar ook het verloop van het zorgtraject: doorverwijzingen en contactmomenten. Een analyse van de geanonimiseerde gegevens van deze registratie en een documentanalyse helpen bij de verklaring van de enquête-resultaten. Van de slachtoffers die niet wilden of konden deelnemen aan de enquête, wordt dan ook duidelijk of deze non-respons een specifieke subgroep betreft. In de documentanalyse betrekken we projectdocumenten die de werkwijze van de zorgcoördinatie betreffen, zoals het protocol en de opzet van de training.

Interviews met professionals

Voor de evaluatie van het proces, hielden we interviews met vier zorgcoördinatoren, de twee zedenrechercheurs uit de projectgroep, een forensisch arts en Buro Slachtofferhulp. Tijdens de interviews is gevraagd naar de ervaringen met het werken met de slachtoffers van de pilot, naar de samenwerking tussen de verschillende beroepsgroepen en naar de opbrengsten van de pilot. Ook werd besproken of de opzet voldoet en of er suggesties zijn voor verbetering. Deze interviews zijn telefonisch afgenomen.

2 *Het project zorgcoördinatie*

2.1 *Inleiding*

In dit hoofdstuk schetsen we de aanleiding en opzet van de pilot. Vervolgens beschrijven we de totale cliëntenpopulatie in het eerste half jaar van de pilot. Deze beschrijving van de cliënten is gebaseerd op de registratieformulieren die door de zorgcoördinatoren zijn ingevuld.

2.2 *Aanleiding en opzet van het project*

Seksueel geweld komt veel voor in Amsterdam en heeft vaak ernstige gevolgen voor de slachtoffers. Het percentage slachtoffers van een seksueel delict dat zich bij de politie meldt is in de politieregio Amsterdam-Amstelland bijna twee maal zo hoog als het landelijk gemiddelde. Jaarlijks komen er in de regio gemiddeld 681 incidenten ter kennis van de politie. Daarbij gaat het in 52% van de gevallen om aanranding, in 34% om verkrachting, in 8% om seksueel misbruik van kinderen en in 6% om incest. Een groot deel van de slachtoffers van verkrachting besluit echter om niet naar de politie te gaan, naar schatting wordt slechts elf procent van de werkelijk gepleegde verkrachtingen bij de politie gemeld.²

Van de meldingen die bij de politie terecht komen leidt ongeveer de helft niet tot een zaak, voornamelijk omdat het slachtoffer besluit geen aangifte te doen. Vooral van zwaardere zedendelicten, zoals verkrachting en incest, wordt in veel mindere mate aangifte gedaan dan van aanranding. Een belangrijke oorzaak hiervoor is dat de verdachte bij verkrachting in meer dan de helft van de gevallen een bekend persoon is, die de slachtoffers niet bij de politie willen aangeven.

Naast dat slachtoffers van seksueel geweld vaak schroom voelen om het geweldsdelict te melden bij de politie, zijn zij ook niet snel geneigd om aan te kloppen bij hulpverleningsinstanties. Hierdoor komt een groot deel van de slachtoffers niet terecht bij de hulpverlening, en ontvangen zij niet de zorg en

2 Bron: Seksueel geweld. Criminaliteitsbeeld Amsterdam-Amstelland. Oktober 2009. Politie Amsterdam-Amstelland in: Projectplan Pilot Zorgcoördinatie.

begeleiding die zij nodig hebben na een aanranding of verkrachting (zie ook Goderie et al 2002; Campbell & Wasco, 2005). Zorg en begeleiding omvat meerdere aspecten zoals zorg rondom het lichamelijk herstel na het seksueel geweld, maar ook de psychosociale verwerking van de traumatische ervaring en de mogelijke risico's op een besmetting met een SOA/HIV³ of een ongewenste zwangerschap.

De slachtoffers die melding van verkrachting maken in de politieregio Amsterdam-Amstelland komen terecht bij het Bureau Zedenpolitie, waar een intakegesprek plaatsvindt en eventueel een vervolgggesprek, aangifte en een sporenonderzoek⁴. Een sporenonderzoek is een van de mogelijkheden om bewijsmateriaal te verzamelen. Het sporenonderzoek is een medisch onderzoek, gericht op het vinden van biologische sporen zoals speeksel, sperma en haren. Ook de beschrijving en fotografische vastlegging van eventuele letsels hoort tot het sporenonderzoek. Slachtoffers werden tot begin 2012 door Bureau Zedenpolitie en/of door de forensische arts die het sporenonderzoek uitvoert, met behulp van schriftelijke informatie verwezen naar instanties waar zij terecht kunnen. Er vond tot die tijd geen verdere opvolging en coördinatie van het zorgtraject plaats.

De gemeente Amsterdam Dienst Wonen Zorg en Samenleven heeft het initiatief genomen om per 1 januari 2012 te starten met een pilot Zorg-coördinatie zedenzaken. Dit project heeft als doel om de begeleiding van slachtoffers van seksueel geweld in het zorgtraject te verbeteren. Het project wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van een projectgroep, gevormd door de Gemeente Amsterdam, dienst Wonen, Zorg en Samenleven, de GGD Amsterdam, afdeling Algemene Gezondheidszorg en de Politie Amsterdam-Amstelland, Bureau Zedenpolitie.

De pilot heeft betrekking op slachtoffers van een verkrachting⁵ die zich melden bij het Bureau Zedenpolitie Amsterdam en een sporenonderzoek ondergaan. In bijna alle gevallen gaat het hier om slachtoffers die aangifte hebben gedaan, in een enkel geval heeft het slachtoffer (nog) geen aangifte gedaan.

Er is gekozen om de doelgroep te beperken tot slachtoffers van verkrachtingen gezien de ernst van deze delicten. De ervaring van de politie leert dat slachtoffers van een verkrachting veelal een grotere zorgbehoefte hebben ten opzichte van slachtoffers van een aanranding. Daarnaast is ervoor gekozen de doelgroep te beperken tot slachtoffers die een sporenonderzoek hebben

3 SOA staat voor seksueel overdraagbare aandoeningen, HIV betekent menselijk immuundeficientievirus.

4 Een sporenonderzoek vindt alleen plaats als de verkrachting recent, dat wil zeggen korter dan 7 dagen geleden, heeft plaatsgevonden.

5 Verkrachting: Door geweld of een andere feitelijkheid of bedreiging met geweld of een andere feitelijkheid iemand dwingen tot het ondergaan van handelingen die bestaan uit, of mede bestaan uit, het seksueel binnendringen van het lichaam.

ondergaan, omdat dit een goed afgebakende en bereikbare groep is en daarmee een geschikte doelgroep vormt voor de pilot. Uit registratiegegevens van de politie is af te leiden dat dit jaarlijks circa 70 slachtoffers betreft. Om praktische redenen worden enkel de slachtoffers bij wie het sporenonderzoek tussen 7.00 uur en 23.00 uur plaatsvindt opgenomen in de pilot.

2.3 *De zorgcoördinatoren*

Bij de start zijn vier zorgcoördinatoren aangesteld, allen forensisch verpleegkundige. Een van hen heeft een coördinerende functie. In juni zijn er twee zorgcoördinatoren aan het team toegevoegd om de piketdienst minder belastend te maken voor de forensisch verpleegkundigen.

Voor de start van het project, in november 2011 heeft er een scholingsdag plaatsgevonden voor de forensisch verpleegkundigen die de rol van zorgcoördinator op zich zijn gaan nemen. Tijdens deze dag hebben de forensisch verpleegkundigen onder andere uitleg gekregen over de protocollen, het zedenonderzoek en het omgaan met slachtoffers van seksueel geweld. Gedurende het project vindt er op regelmatige basis intervisie en bijscholing plaats.

2.4 *Het protocol*

Voor de begeleiding van zedenslachtoffers is een werkwijze uitgeschreven, waarin de taken en verantwoordelijkheden van de forensisch verpleegkundige (de zorgcoördinator), de SOA-verpleegkundige en de forensisch arts in opgenomen zijn. We gaan hier vooral in op de rol van de zorgcoördinator. Samengevat ziet dit er als volgt uit.

De forensisch verpleegkundige is verantwoordelijk voor het goed verlopen van het gehele zorgproces en de SOA verpleegkundige voor het SOA-onderzoek. De arts is eindverantwoordelijk voor het nemen van besluiten omtrent infectieziekten, het inschatten van het zwangerschapsrisico en de terugkoppeling hiervan naar de forensisch verpleegkundige.

Als er tussen 07.00 uur en 23.00 uur een melding is van een zedenzaak waarbij een sporenonderzoek plaats gaat vinden, nemen de rechercheur van de Jeugd en Zedenpolitie, de forensisch arts en de zorgcoördinator de toedracht en de te verrichten onderdelen van het onderzoek door. Dit gebeurt op het politiebureau. De zorgcoördinator noteert naam en adresgegevens van het slachtoffer. Vervolgens maakt zij kennis met het slachtoffer en geeft uitleg over de volgorde, gang van zaken en de inhoud van het sporenonderzoek zelf en het gesprek waarin anticonceptie, SOA onderzoek en eventueel PEP (Post Exposure Prophylaxe) aan de orde zullen komen.

Het sporenonderzoek, verricht door de arts, vindt plaats in de onderzoeksruimte bij de Jeugd en Zedenpolitie. Als het slachtoffer daar prijs op stelt kan de zorgcoördinator daarbij aanwezig zijn ter morele ondersteuning.

Na het sporenonderzoek heeft de forensisch verpleegkundige samen met de arts een gesprek met het slachtoffer om het risico op SOA overdracht en/of zwangerschap te bespreken. De behandeling is verschillend voor mannen en vrouwen en verschillend voor personen jonger en ouder dan 12 jaar. Voor het zedenonderzoek geldt dat als het slachtoffer jonger is dan 12 jaar dat het zedenonderzoek altijd plaats vindt in het AMC. Wanneer het slachtoffer tussen de 12 en 16 jaar is, wordt ter plaatse in samenspraak tussen arts en politie besloten waar het zedenonderzoek zal gaan plaatsvinden: bij de Jeugd- en Zedenpolitie of het AMC.

Na afloop het slachtoffer zorgt de forensisch verpleegkundige voor uitwisseling van contactgegevens met het slachtoffer en geeft deze schriftelijke informatie mee. Zij vertelt het slachtoffer dat ze de volgende dag zal bellen voor een afspraak en om het vervolgtraject te bespreken. Bij het starten van PEP medicatie plant zij altijd een afspraak voor de eerstvolgende werkdag op de SOA-poli.

's Nachts, tussen 23.00 uur en 07.00 uur is er geen forensisch verpleegkundige beschikbaar en zal de arts het slachtoffer uitleg geven over de zorgcoördinator en vertellen dat deze de volgende dag telefonisch contact op zal nemen.

2.5 *Het vervolg*

De zorgcoördinator die aanwezig is bij het sporenonderzoek blijft ook daarna het vaste aanspreekpunt voor het slachtoffer. Het contact tussen zorgcoördinator en slachtoffer heeft een ambulante en outreachende karakter. De zorgcoördinator zal het slachtoffer begeleiding op maat bieden met betrekking tot het zorgtraject. Hierbij kan gedacht worden aan het doorverwijzen naar instanties, het maken van afspraken, het begeleiden op afspraken en het terugkoppelen van testuitslagen. Verwijzing zal in de meeste gevallen plaatsvinden naar een of meer van de volgende instanties: de SOA polikliniek en de afdeling Infectieziekten van de GGD Amsterdam en Bureau Slachtofferhulp. De begeleiding van de zorgcoördinator zal naar verwachting na een paar weken (afhankelijk van de specifieke situatie en behoefte van het slachtoffer) worden afgesloten door middel van een telefonisch nagesprek.⁶

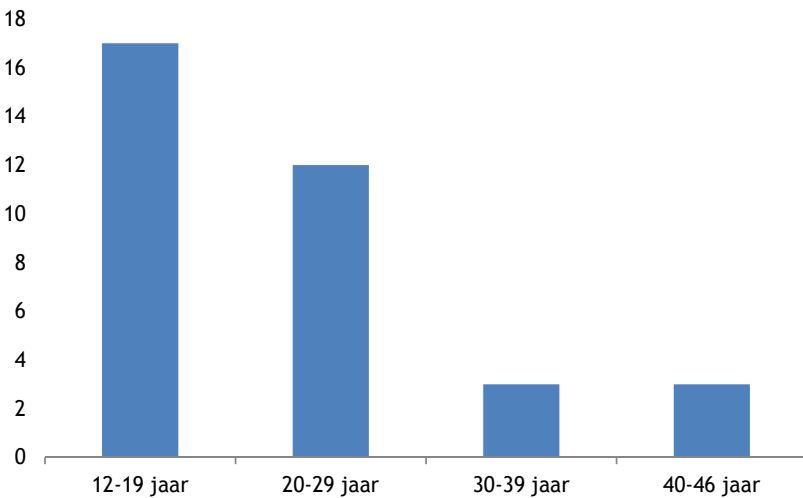
6 Bron: Projectplan Zorgcoördinatie

2.6 De cliëntenpopulatie in het eerste halfjaar van het project

Achtergrondkenmerken

Vanaf 2 januari 2012 tot en met 22 juni 2012 zijn er 35 cliënten betrokken geweest bij de pilot Zorgcoördinatie Zedenzaken. Alle cliënten waren van het vrouwelijk geslacht. De leeftijd van de cliënten varieert tussen 12 en 46 jaar en de gemiddelde leeftijd is 22. De helft van de cliënten (17x) zijn tieners. Twee van hen waren twaalf jaar oud ten tijde van het seksueel misbruik. Ongeveer een derde deel van de populatie betreft twintigers (12x). De overige vrouwen zijn dertigers (3x) dan wel veertigers (3x).

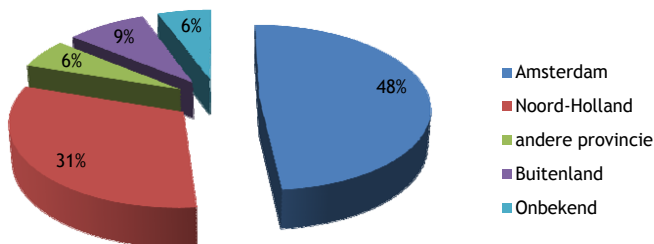
Figuur 1 Leeftijdverdeling totale cliëntenpopulatie (N=35)



De etniciteit van de cliënten is ingeschat door de zorgcoördinatoren. Er is sprake van een grote variatie: Nederlandse (15x), Surinaamse (4x), Poolse (3x) Marokkaanse, (2x) Nederlands-Antilliaanse (1x), Nederlands-Iraanse (1x), Nederlands-Colombiaanse (1x), Sierra Leone (1x), Amerikaanse (1x), Argentijnse (1x), Engelse (1x), Portugese (1x) Belgische (1x) en een Hindoestaanse (geboorteland onbekend); één keer is de etniciteit niet ingevuld. De Engelse en Argentijnse vrouwen waren in Nederland op vakantie. De Amerikaanse verbleef voor langere tijd in Amsterdam; zij was hier werkzaam als au pair. Bij de Belgische vrouw is de reden van haar verblijf in Nederland onbekend. Wel duidelijk is dat zij in België een aantal overtredingen had begaan, waarvoor ze bij terugkomst een aantal dagen de cel in zou moeten. Alle buitenlandse vrouwen hebben een verblijfsstatus op één vrouw na, zij verblijft illegaal in Nederland.

De helft van de cliënten (17x) woonde ten tijde van het onderzoek in Amsterdam. Daarnaast waren veel cliënten woonachtig in andere plaatsen in de provincie Noord-Holland (11x). Twee vrouwen woonden in andere provincies: Flevoland (1x) en Noord Brabant (1x). Drie cliënten woonden ten tijde van het onderzoek weer in het buitenland: Argentinië, België en Groot Brittannië. Twee maal is de woonplaats niet ingevuld.

Figuur 2 Verblijfplaats ten tijde van sporenonderzoek totale cliëntenpopulatie (N=35)



Eerste contact

Het eerste contact tussen de coördinator en de cliënt vond in tweederde van de gevallen (24x) tijdens het sporenonderzoek plaats. Tien maal werd het contact gelegd na afloop van het sporenonderzoek. Eén maal is onbekend wanneer het contact tot stand kwam. In ruim de helft van de gevallen hebben de arts en de verpleegkundige samen informatie gegeven over risico op zwangerschap en SOA. Acht maal heeft de arts dit gedaan, dit was meestal het geval wanneer een verpleegkundige pas na het sporenonderzoek werd ingeschakeld. Vijf keer gaf de verpleegkundige in haar eentje de betreffende uitleg.

Kenmerken delict

Omdat we van te voren wilden weten of we bij het benaderen van de vrouwen voor medewerking aan de enquête hier rekening mee zouden moeten houden, hebben we de zorgcoördinatoren gevraagd te noteren of de verdachte iemand uit de directe omgeving van het slachtoffer was en of het slachtoffer nog in een onveilige situatie verkeerde.

In iets meer dan de helft van de gevallen was de verdachte van het seksueel misbruik een bekende (19x). In de andere gevallen betrof het onbekenden (14x) of was niet duidelijk of de verdachte een bekende of onbekende was (2x).

Twee derde deel van de zedenzaken is gepleegd door één verdachte (23x). Dit is een enkele keer niet tegen de zin van de vrouw c.q. het meisje gebeurd. Een meisje heeft bijvoorbeeld meerdere keren seksueel contact gehad met een man van 40+. Haar moeder heeft aangifte gedaan. In een ander geval wilde een meisje geen aangifte meer doen van het seksueel geweld door haar vriend.

Acht vrouwen werden seksueel misbruikt door meerdere verdachten. Drie keer gebeurde dit door meerdere onbekenden en drie keer door meerdere bekenden van de vrouw.

Vijf maal oordeelde de zorg coördinator dat de veiligheid van de vrouw ook na de verkrachting in het geding zou zijn. Zestien maal waren zij van mening dat dit niet het geval was.

Bijzonderheden ten aanzien van het slachtoffer

Een aantal keer is door de zorgcoördinator bijzonderheden vermeld ten aanzien van het slachtoffer. Vier keer is er een opmerking gemaakt over de psychische toestand van het slachtoffer. In drie gevallen was er sprake van psychiatrische problematiek bij het slachtoffer. Een van hen was ten tijde van het sporenonderzoek psychotisch. Een andere vrouw had last van angst en paniekaanvallen. Weer een ander was te overstuurd, zou gedrogeerd zijn. In dat laatste geval is na het sporenonderzoek alleen met de moeder gesproken. Ook in een andere case is alleen met moeder gesproken. Twee maal heeft het slachtoffer een laag IQ, één van hen ontvangt een Wajong-uitkering. Een meisje is na de verkrachting een week spoorloos geweest, daardoor was het te lang geleden om een sporenonderzoek te doen. Eén meisje heeft diabetes. Door één zorgcoördinator wordt opgemerkt dat een meisje redelijk veel sterke drank had genuttigd.

Bij twee buitenlandse vrouwen die in Nederland wonen, wordt het isolement waarin ze verkeren benadrukt. Er is vermeld dat zij niet of nauwelijks sociale contacten dan wel een sociaal vangnet hebben. Twee keer wordt een opmerking gemaakt over de taal: dat een Pools slachtoffer de Nederlandse taal niet beheerst, of dat zij alleen Engels spreekt (toeriste).

Traject voortijdig afgebroken, niet afgerond

De trajecten worden in meerderheid in onderling overleg tussen zorgcoördinator en slachtoffer met een afsluitend telefonisch gesprek afgerond. Sommige cases zijn voortijdig afgebroken of niet afgerond. Daar zijn verschillende redenen voor opgegeven door de zorgcoördinatoren. Zes maal bleek dat er al voldoende professionele zorg en/of mantelzorg beschikbaar was voor de cliënt, waardoor verdere hulp van de zorgcoördinator niet nodig was. Vijf maal heeft het slachtoffer zonder opgave van redenen niets meer van zich laten horen, ondanks herhaalde contactpogingen (bellen, voicemail inspreken, sturen van een e-mail) van de zorg coördinator. Dit hoeft niets te zeggen over de kwaliteit van de eerdere contacten. Een zorgcoördinator beschrijft: 'Er is

4x contact geweest met slachtoffer, verliep prettig en leek te voorzien in een behoefte. Echter plots niet meer gereageerd op mijn bellen. 4x voicemail ingesproken zonder resultaat.’ In een ander geval had een slachtoffer eerder aangegeven de contacten als prettig te ervaren. Een enkele keer geeft het slachtoffer zelf aan geen behoefte te hebben aan hulp. Er zijn ook buitenlandse slachtoffers die vrij snel na de verkrachting terug gekeerd zijn naar hun land (Belgie, Groot Brittannië, VS) en Nederlandse slachtoffers die naar (een instelling in) een andere provincie zijn verhuisd.

Opbrengst zorgcoördinatie voor degenen die buiten het onderzoek zijn gevallen

In het volgende hoofdstuk beschrijven we hoe de geënquêteerde slachtoffers het aanbod van zorgcoördinatie beoordelen. Vanwege diverse redenen is een deel van de slachtoffers buiten het onderzoek gevallen⁷. Soms is het contact voortijdig afgebroken waardoor de zorgcoördinator het slachtoffer niet meer kon informeren over het onderzoek. Soms had de zorgcoördinator via via contact met of over het slachtoffer (bijvoorbeeld met een Poolse vrouw wier telefoon was gestolen verliep het contact op een gegeven moment via haar vriend; met een vrouw die opgenomen werd in de psychiatrie verliep het contact met de moeder). Om een beeld te krijgen van wat de zorgcoördinatoren hebben kunnen betekenen voor diegenen die niet benaderd zijn of konden worden voor deelname aan het onderzoek, is de zorgcoördinatoren gevraagd om de contactmomenten en de aard van het contact in te vullen op het registratieformulier. Van tien van hen hebben we deze gegevens.

Een slachtoffer was een 12 jarig meisje dat naar het AMC is verwezen voor het sporenonderzoek. De zorgcoördinator heeft daarna op verzoek van de moeder van het meisje nog een tijdje contact gehouden. Dit slachtoffer valt gezien de leeftijd buiten het kader van dit onderzoek (en eigenlijk ook buiten de pilot).

Bij zeven van de negen slachtoffers was de zorgcoördinator aanwezig bij het sporenonderzoek. Bij twee slachtoffers vond het sporenonderzoek 's nachts plaats en was het eerste contact van de forensisch verpleegkundige de dag er na.

Bij een slachtoffer beperkte het contact zich tot het sporenonderzoek. De reden hiervoor is niet bekend.

De zorgcoördinatoren hebben de slachtoffers informatie over SOA gegeven. Een van de slachtoffers wilde niet naar de SOA-poli maar naar haar eigen huisarts. De zorgcoördinator heeft daar toen een brief voor meegegeven. Een ander slachtoffer komt de afspraak bij de SOA-poli niet na en gaat eveneens naar de huisarts. Dit meisje wil ook niet naar Slachtofferhulp vanwege eerdere negatieve ervaringen daar.

7 Er is ook sprake van non-respons (slachtoffers die wel geïnformeerd zijn over het onderzoek, maar geen vragenlijst hebben ingevuld, zie hoofdstuk 4)

De mogelijkheid van slachtofferhulp is besproken en drie slachtoffers zijn aangemeld bij Slachtofferhulp. Naast eventuele afspraken met de SOA-poli en aanmelding bij Slachtofferhulp, hebben de zorgcoördinatoren bij deze slachtoffers via een of twee telefoontjes gezorgd voor geruststelling en een luisterend oor. Het aantal contacten na het sporenonderzoek tussen slachtoffer en zorgcoördinator varieert van nul tot vier (gemiddeld zijn er twee contacten geweest), de casus van het 12 jarige meisje niet meegerekend.

3 *De opbrengsten van het project vanuit het perspectief van de slachtoffers*

3.1 *Inleiding*

In dit hoofdstuk gaan we na hoe de respondenten de zorgcoördinatie hebben ervaren, wat ze van hun zorgcoördinator vonden en wat het traject hen heeft opgeleverd. Dit doen we aan de hand van een beschrijving van de gegevens uit de enquête. Eerst beschrijven we de respons en een aantal kenmerken van de cliënten in de totale populatie van de pilot en de onderzoeksgroep.

3.2 *Respons*

In dit hoofdstuk beschrijven we het oordeel van tien cliënten over de zorgcoördinatie die zij hebben gekregen nadat zij aangifte deden van verkrachting en in dat kader een sporenonderzoek ondergingen. Vier respondenten hebben zelf via internet de enquête ingevuld, één van hen was de moeder van een slachtoffer van seksueel misbruik. Deze moeder heeft zelf acht contacten gehad met een zorg coördinator. Bij zes respondenten is de vragenlijst telefonisch afgenomen. Twee telefonische interviews zijn in het Engels afgenomen. Hoewel een onderzoeksgroep van tien respondenten een kleine groep is, is een respons van 10 van de 20 cliënten aan wie gevraagd is deel te nemen heel redelijk. Zeker gezien het moeilijke onderwerp van gesprek.

Niet alle cliënten zijn door de zorgcoördinatoren gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. In een aantal gevallen had dit een praktische reden. Zo waren 5 cliënten niet meer te bereiken, waardoor de zorgcoördinator geen kans had om de cliënt te informeren over het onderzoek. Zoals in hoofdstuk 2 al gesteld is, hoeft het eenzijdig voortijdig afbreken van het contact door de cliënt, nog niets te zeggen over de kwaliteit van het contact. Het kan betekenen dat de cliënt op een gegeven moment geen behoefte meer had aan contact, terwijl ze eerder dit contact wel als ‘prettig’ bestempeld had. Andere redenen die door de zorg coördinator zijn aangegeven waarom de cliënt niet is geïnformeerd over het onderzoek: ‘is opgenomen in gesloten jeugdinrichting’, ‘naar Argentinië vertrokken’, ‘begrijpt dit niet (cliënte met

laag IQ)', 'slachtoffer is van huis weggelopen, direct na sporenonderzoek teruggebracht naar Brabant en in gesloten inrichting geplaatst'. Eén cliënt viel niet in de doelgroep omdat er bij haar geen sporenonderzoek heeft plaatsgevonden. Een andere cliënt was te jong (12 jaar) om mee te doen aan het onderzoek. Bij vier registratieformulieren is niet ingevuld of de cliënt is geïnformeerd over het onderzoek.

Dit betekent dat aan 20 cliënten door de zorgcoördinator is gevraagd of zij wilden deelnemen aan de enquête. Drie van hen wilden dit niet. Eén cliënt vertelde dat zij het telefonisch contact voldoende vond, en bedankte de zorgcoördinator daarvoor. De andere cliënt had heel veel psychiatrische problematiek al vanaf haar jeugd. Zij gaf aan geen behoefte te hebben aan het invullen van een vragenlijst. Bij de derde is de reden onbekend.

In twee gevallen is niet in een direct contact om medewerking gevraagd, maar is de vraag ingesproken of is informatie opgestuurd. Deze cliënten hebben niet gereageerd op de vraag om medewerking aan het onderzoek. Vijftien cliënten gaven na telefonisch contact met de interviewer aan mee te willen doen aan de enquête. Eén van hen gaf de voorkeur aan het beantwoorden van een schriftelijke vragenlijst. Deze is, na herhaalde contactpogingen, niet ingevuld. Acht cliënten wilden de vragenlijst op internet invullen. Vier van hen hebben dit niet gedaan, ondanks verschillende herinneringen via telefoon en e-mail.

3.3 *De onderzoeksgroep*

Alle respondenten in de onderzoeksgroep zijn van het vrouwelijk geslacht. De leeftijd van de slachtoffers varieert van 15 (2x) tot en met 39 jaar. De gemiddelde leeftijd is 23 jaar. Er zijn vijf tieners vertegenwoordigd in de onderzoekspopulatie.

Het merendeel (7) van de vrouwen geeft op de vraag naar etniciteit aan Nederlandse te zijn.⁸ Daarnaast zijn er drie vrouwen achtereenvolgens Surinaams, Pools en afkomstig uit Sierra Leone. Wat betreft de leefsituatie wonen vier respondenten op zichzelf, één van hen heeft wel een vriend. Vier tieners wonen bij de ouder(s) thuis. Bij één van hen zijn de ouders gescheiden en woont zij om de week bij haar vader dan wel moeder. Een van de respondenten is alleenstaande moeder, haar kind verblijft echter momenteel in Afrika. Eén vrouw logeert voor langere tijd bij een vriendin. De onderzoeksgroep komt in belangrijke mate overeen met de totale cliëntenpopulatie.

8 Overigens hebben de zorgcoördinatoren de etniciteit bij drie van deze vrouwen (iets) anders ingeschat: Hindoestaans, Colombiaans/Nederlands, Nederlands/Antilliaans.

3.4 *Het medisch onderzoek*

Bij alle vrouwen uit de onderzoekspopulatie was de zorgcoördinator aanwezig tijdens het medische onderzoek op het politiebureau. Op één respondente na vond men het prettig dat er een zorg coördinator aanwezig was. Dit meisje had liever niet zoveel mensen aanwezig gehad bij het onderzoek. Twee respondenten benadrukten het rustgevend effect van de zorgcoördinator: *‘Door haar was ik meer relaxed’* en *‘Ze hield me rustig. Ze ging over dingen praten, vertellen. Ze was heel meelevend.’* Ook werd door twee vrouwen (waarvan één met een verstandelijke beperking) gewaardeerd dat de zorg coördinator met veel geduld alles uitlegde: *‘Ze kon het goed uitleggen, op zo’n manier dat ik het goed begreep.’* Eén respondent vond dat de zorg coördinator tijdens het medisch onderzoek meer deskundig was dan de arts: *‘Ze was heel erg meelevend. Ik had het gevoel dat ze me wel begreep. Ze stond haar mannetje en nam het voor me op. Ze was gericht aan het werk. Door haar werd ik serieus genomen, door de arts minder. Zij straalde zekerheid uit. Ze was sterk en professioneel en aarzelde niet. Zij was meer deskundig; ze moest af en toe de arts vertellen wat hij moest doen.’*

Alle vrouwen op één na geven aan het prettig gevonden te hebben dat de zorg coördinator een vrouw was. Meerdere vrouwen benadrukten dat na alles wat ze is overkomen, het niet prettig te hebben gevonden als de zorgcoördinator een man was geweest. Eén respondente maakt het geslacht van de zorg coördinator niet uit; zij had überhaupt geen behoefte aan hulp van iemand die zij niet kende.

Negen vrouwen vinden dat haar goed is uitgelegd wat zij van de zorgcoördinator kon verwachten. *‘Ze vertelde dat ze er was voor mij, wat er allemaal ging gebeuren, wat voor medicatie ze me gaven.’* *‘Dat ze er voor me zou zijn, om me erdoorheen te helpen.’* Eén van deze negen geeft aan dat ze wel uitleg heeft gekregen, maar dat ze er met haar hoofd niet bij was op dat moment. Eén vrouw weet het niet meer of zij uitleg heeft gekregen over de zorgcoördinatie; ten tijde van het medisch onderzoek verkeerde ze naar eigen zeggen in een psychose.

Meer dan de helft van de vrouwen vond de uitleg over seksueel overdraagbare aandoeningen duidelijk. Volgens één respondente is dit onderwerp niet besproken, *‘omdat er andere dingen aan de hand waren.’* Een ander was van mening dat ze de informatie niet nodig had, omdat ze er zelf al veel van wist. De gegeven informatie komt niet altijd even goed over, bijvoorbeeld omdat (op dat moment) het onderwerp SOA's hen niet bezig houdt, ze andere dingen aan hun hoofd hebben. *‘Ik heb een hoop informatie in één keer gekregen, maar ben het vergeten. Zoveel boekjes gekregen om te lezen.’* Een vrouw is nog steeds bang dat ze een SOA heeft opgelopen omdat de resultaten van de tests na drie maanden nog geen uitsluitsel geven, voor haar een ware nachtmerrie.

Acht van de tien vrouwen geven aan dat zij duidelijke informatie hebben gehad over ongewenste zwangerschappen. De overige twee vertellen dat zij de morning after pil hebben gekregen: *‘dus de uitleg interesseerde me niet’*, aldus één van hen.

De folder die de vrouwen kregen op het politiebureau over de zorgcoördinatie, werd door vier van hen als duidelijk bestempeld. Vijf andere vrouwen weten niet meer of zij deze informatie hebben gekregen. Eén van hen verwoordt het als volgt: *‘Ik was op dat moment zo in trauma, dat ik me niet kan herinneren of ik de folder heb gekregen. Eén vrouw heeft de folder wel gekregen maar niet ingekeken, dus kan er niet over oordelen.*

De respondenten beoordelen het eerste contact met de zorg coördinator positief: twee van hen vonden het ‘voldoende’, vier gaven als beoordeling ‘goed’ en vier vrouwen gaven als beoordeling ‘heel goed’.

3.5 *Verwachtingen vooraf*

Uit eerder onderzoek naar klanttevredenheid (bijv. Goderie en Tierolf, 2008) blijkt dat verwachtingen die mensen van te voren hebben, het resultaat van de tevredenheidsmeting beïnvloeden. Als de verwachtingen niet (geheel) beantwoord worden, stelt dat het eindoordeel naar beneden bij. Daarom hebben we ook nu gepeild wat de verwachtingen van te voren waren, zowel van de zorgcoördinator als persoon als van de hulp die zij zou gaan geven. De helft van de vrouwen geeft aan dat ze geen verwachtingen hadden ten aanzien van de zorgcoördinator als persoon, omdat ze nooit eerder in een dergelijke situatie hadden verkeerd. Dit zelfde geldt voor de begeleiding die zij zou geven. Sommigen zijn aangenaam verrast door de hulp. *‘Ik had geen verwachtingen. Ik verwachtte niet dat er hulp voor mij zou zijn. Ik dacht dat ik helemaal alleen zou zijn, aangezien ik geen vrienden en familie hier in Nederland heb. Ik was heel blij dat er iemand voor mij was.’*

Vijf vrouwen hadden de volgende verwachtingen over de zorgcoördinator als persoon (meerdere antwoorden mogelijk). Dat:

- Zij begripvol is. (4x genoemd)
- Zij voldoende kennis over slachtoffers van seksueel geweld heeft om mij te kunnen helpen. (3x)
- Zij mij geen gevoel van schuld of ongeloof geeft. (3x)
- Zij betrokken is en zich voor me inzet. (3x)
- Ik haar kan vertrouwen. (2x)
- Zij gemakkelijk en snel bereikbaar zou zijn. (1x)

Vier vrouwen hadden de volgende verwachtingen ten aanzien van de begeleiding die de zorgcoördinator zou gaan geven (meerdere antwoorden mogelijk).

Dat:

- Ze mijn vragen zou beantwoorden. (3x genoemd)
- Ze mij zou doorverwijzen naar hulpverlenende instanties. (3x)
- Zij mij advies zou geven over wat ik het beste zou kunnen doen. (2x)
- Ik mijn verhaal bij haar kwijt zou kunnen. (2x)
- Ze me informatie zou geven over juridische hulp. (2x)
- Ze mij zou begeleiden bij afspraken. (2x)
- Ze mij informatie zou geven over medische zorg. (1x)
- Ze mij informatie zou geven over psychische hulp. (1x)
- Ze mij informatie zou geven over praktische hulp. (1x)
- Ze me praktisch zou helpen bij het vinden van hulp. (1x)

Niemand had vooraf de verwachting dat ze informatie zou krijgen over veilige opvang.

3.6 *Begeleiding na het medisch onderzoek*

De duur van de zorgcoördinatie varieert. In drie gevallen bedroeg dit minder dan een maand. Eén van deze respondenten heeft alleen contact gehad met de zorgcoördinator tijdens het medisch onderzoek. Zij werd zelf opgenomen in een psychiatrische instelling. De zorg coördinator heeft daarna regelmatig contact onderhouden met de moeder van deze jonge vrouw. Door één respondent is aangegeven dat de begeleiding nog loopt, maar zij heeft daarbij niet aangegeven hoe lang zij al begeleiding ontvangt. Drie maal duurde de begeleiding tussen de 1 en 2 maanden. Eveneens drie maal duurde de begeleiding 3 tot 4 maanden, waarbij in twee gevallen de kanttekening is gemaakt dat de begeleiding nog steeds voortduurt. Dit zijn respondenten van buitenlandse afkomst, die geen Nederlands spreken. De meerderheid van de respondenten is van mening dat de begeleiding die zij hebben gekregen lang genoeg heeft geduurd. Twee respondenten kunnen het nog niet beoordelen, omdat de begeleiding nog voortduurt. *‘Het is goed dat het contact nog doorloopt, want ik heb de zorg coördinator nog altijd nodig, want ik heb een hoop problemen. Ik vertrouw haar en heb geloof in haar. Dit is heel belangrijk, want ik kan me niet makkelijk open stellen voor anderen.’* Een andere respondente kan het niet beoordelen, omdat haar moeder nog steeds begeleiding ontvangt.

De frequentie van contact blijkt bij de begeleiding aan de twee buitenlandse respondenten die de Nederlandse taal niet beheersen, het meest intensief te zijn: beide hebben vaker dan vijf keer contact gehad. *‘Ze was er altijd wanneer ik iemand nodig had om te praten. Als ik in de knoop zat met mijn gevoelens of gefrustreerd was, kon ik haar bellen. Ze belde mij ook geregeld, ze had een heel goede timing. Ze had altijd tijd voor me.’* Ook de moeder in de onderzoeksgroep heeft meer dan 5 keer contact gehad met de zorgcoördinator. Zes maal is er tussen de 1 en 5 keer contact geweest. Eén

respondent heeft zelf maar 1 keer contact gehad, maar haar moeder heeft veel contacten gehad met de zorgcoördinator.

Aan de respondenten is gevraagd wat de zorgcoördinatie voor hen heeft betekend. In zes gevallen heeft de zorgcoördinator de vrouwen verwezen naar vervolghulp, zoals Slachtofferhulp (2x), Mentrum (1x), GGZ inGeest (1x), het AMC (1x), en één keer onbekend. Iets meer dan de helft van de vrouwen geeft aan haar verhaal bij de zorgcoördinator kwijt te kunnen, heeft informatie gekregen en de zorgcoördinator heeft allerlei vragen beantwoord die zij had. Volgens vier vrouwen heeft de zorgcoördinator hen geholpen bij het krijgen van goede hulp. Twee vrouwen zijn begeleid op afspraken. Eén vrouw heeft advies gekregen van de zorgcoördinator. Enkele vrouwen vertellen meer over de begeleiding, bijvoorbeeld dat de zorgcoördinator een aantal keer heeft gebeld om te informeren hoe het met de vrouw ging en of ze nog hulp nodig had. In andere gevallen hielp de zorgcoördinator de vrouw herinneren aan het op tijd innemen van haar medicatie en om haar te herinneren aan afspraken waar ze naar toe moest. Daarnaast vertelt een vrouw dat de zorgcoördinator van alles voor haar in het Engels vertaalde.

Meer dan de helft van de respondenten heeft de begeleiding ervaren als emotionele steun. Dit kan van grote betekenis zijn: *'Ik heb meer met haar gepraat dan met iemand anders, het was als therapie voor mij. Mijn vrienden heb ik niet verteld wat er precies gebeurd is. Ik wil het niet aan vrienden vertellen omdat ze dan misschien achter mijn rug om gaan praten. De zorgcoördinator luisterde goed en veroordeelde me niet. Ze is een professional. Het is goed om te weten dat er bij de GGD een persoon is die je zal steunen en helpen.'*

Ook iets meer dan de helft geeft aan dat de begeleiding een steuntje in de rug gaf om verdere hulp te zoeken. Drie respondenten hebben door de begeleiding overzicht gekregen van de mogelijkheden voor verdere hulp. In één geval heeft de begeleiding de respondente niets opgeleverd. Zij had eerder al aangegeven ook geen behoefte te hebben aan hulp.

Ook voor belangrijke anderen in het netwerk van de cliënt kan een zorgcoördinator veel betekenen. Zoals eerder al beschreven, is er in een aantal gevallen ook contact met de moeder van het slachtoffer. *'Mijn moeder en de zorgcoördinator bellen regelmatig met elkaar. Mijn moeder is er erg enthousiast over, ze vindt de zorgcoördinator een heel goed mens. Ze leeft altijd op van haar telefoontjes. Er wordt veel gelachen en gepraat, ook over mijn moeder zelf.'*

Vervolgens is aan de respondenten gevraagd of ze nog iets gemist hebben in de begeleiding. Op één na is dit niet het geval. De vrouw die wel wat gemist heeft, vertelt dat wat haar betreft de nadruk teveel ligt op het medische onderzoek. Ten tijde van het sporenonderzoek heeft ze veel steun ervaren. Daarna ging iedereen weg en stond ze ineens alleen buiten met allerlei gevoelens waarvan ze niet wist met wie ze die kon delen. Ze had meer

hulp willen hebben. Niet alleen hulp hoe ze met al haar gevoelens kon omgaan, maar ook meer praktische hulp bij het regelen van haar veiligheid. Ze was bang dat haar verkrachters haar weer zouden vinden en haar thuis zouden opzoeken (*'echte criminelen'*). Zij vindt dat dit door de politie niet goed is opgepakt, wellicht dat de zorgcoördinator hierin een rol had kunnen spelen door te overleggen met de politie of andere hulpinstanties. Ook voor een andere vrouw is veiligheid een belangrijke kwestie: zij voorziet problemen als haar verkrachter weer vrijkomt en zou daar graag hulp bij hebben hoe hiermee om te gaan.

3.7 *Waardering zorgcoördinatie*

We hebben de respondenten een aantal stellingen voorgelegd waarin ze hun oordeel uit konden spreken over de begeleiding. Zij konden daarbij aangeven of ze het eens of oneens waren met de stelling, of dat de stelling voor hen niet van toepassing was.

Stellingen	eens	oneens	n.v.t.
De zorgcoördinator heeft voldoende kennis over slachtoffers van seksueel geweld om mij te helpen.	10x	-	-
De zorgcoördinator is begripvol.	10x	-	-
De zorgcoördinator geeft mij het gevoel dat ik haar kan vertrouwen.	9x		1x
De zorgcoördinator geeft mij geen gevoel van schuld of ongelooft.	10x		
De zorgcoördinator is betrokken en zet zich voor mij in.	7x		3x
De zorgcoördinator is gemakkelijk en snel bereikbaar.	6x	1x	3x
Ik kon bij de zorgcoördinator mijn verhaal kwijt.	8x		2x
Ik kon bij de zorgcoördinator mijn emoties kwijt.	7x		3x
De zorgcoördinator gaf mij goede adviezen over wat ik het beste zou kunnen doen.	8x	1x	1x
De zorgcoördinator heeft mij goed doorverwezen naar hulpverlenende instanties.	9x		1x
De zorgcoördinator heeft mij nuttige informatie gegeven over medische hulp.	7x	1x	2x
De zorgcoördinator heeft mij nuttige informatie gegeven over juridische hulp.	4x	2x	4x
De zorgcoördinator heeft mij nuttige informatie gegeven over psychische hulp.	7x	1x	2x
De zorgcoördinator heeft mij nuttige informatie gegeven over praktische hulp.	5x	2x	3x
De zorgcoördinator heeft mij nuttige informatie gegeven over veilige opvang.	-	3x	7x
De zorgcoördinator heeft mij goed geholpen bij het vinden van hulp.	6x		4x
De zorgcoördinator heeft mij goed begeleid bij afspraken.	7x		3x

Uit de antwoorden op de stellingen komt een overwegend (zeer) positief beeld naar voren. Het blijkt dat de zorgcoördinatoren over empathisch vermogen beschikken, dat zij als deskundig en vertrouwenwekkend worden ervaren.

Eén respondent oordeelde dat de hulpverlening niet gemakkelijk bereikbaar was, omdat zij liever persoonlijk contact had gehad na het medisch onderzoek, in plaats van alleen telefonisch contact.

Een verbeterpunt lijkt er te zijn in de informatievoorziening, bijvoorbeeld ten aanzien van veilige opvang en juridische hulp. Daarbij moet gezegd worden dat meerdere respondenten hebben aangegeven door de ingrijpende

omstandigheden zich niet te herinneren of ze bepaalde informatie hebben gekregen, of dat ze meerdere malen aan bijvoorbeeld een afspraak herinnerd moesten worden. *‘Je krijgt alle informatie in één keer. Dat is niet handig: op dat moment ben je zo gedesoriënteerd. Eigenlijk zou je de informatie op een later tijdstip nog eens moeten krijgen.’* Informatie moet dus meerdere keren worden herhaald bij deze doelgroep.

De belangrijkste verwachtingen van de slachtoffers over de persoon van de zorgcoördinator, namelijk dat zij begripvol is, over voldoende kennis van de problematiek beschikt en dat zij geen gevoel van schuld of ongelooft ten toon spreidt blijken alle drie geheel uit te komen.

De respondenten is gevraagd de zorgcoördinatie als geheel te waarderen met een rapportcijfer. Het blijkt dat de waardering hoog is en varieert van voldoende tot zeer goed. In rapportcijfers uitgedrukt: een 6, een 7, vier maal een 8, drie maal een 9 en één maal een 10. Gemiddeld is dit een 8,2. Enige toelichtingen die op het rapportcijfer gegeven werden zijn:

‘Ik ben goed geholpen. Allebei de zorgcoördinatoren (begeleiding is vanwege vakantie overgenomen door andere ZC) hebben goed geluisterd. Ze geloofden mij. Ik ben tevreden over de hulp. Als ik iets te vragen had, kon ik altijd bij ze terecht. Ze hadden veel geduld met mij. Brieven hebben ze over de post naar een ander adres gestuurd, ze hebben het goed geheim gehouden, mijn ouders er niet bij betrokken.’

‘Ik voelde me bij haar vertrouwd, vooral omdat ze er vanaf het begin er al bij was en ze gaf me het gevoel dat ze volledig aan mijn kant stond.’

‘Als slachtoffer en als ouders van het slachtoffer zijn wij op een integere en adequate manier geholpen.’

3.8 Suggesties voor verbetering

Ook al zijn de respondenten heel tevreden over het aanbod, er is altijd iets wat verbeterd kan worden. Daarnaast gevraagd hebben vier vrouwen een tip voor verbetering. Dit punt is al eerder aan de orde gekomen: het op meerdere momenten herhalen van de informatie.

Hoewel in deze onderzoekspopulatie de ruime meerderheid erg positief is over de zorgcoördinatie, heeft één respondente een afwijkende mening, en daarmee ook een andere kijk op hoe zorgcoördinatoren slachtoffers van zedenmisdriven zouden moeten benaderen: *‘Op het moment van het onderzoek moeten ze niet zoveel tegen je zeggen. Ik was heel agressief op dat moment door wat me was overkomen. Alles was daardoor teveel op dat moment. Ik wilde geen mensen om me heen die je zelig vinden.’* Ze is overigens wel van mening dat de zorgcoördinator haar veel aangeboden heeft en haar geprobeerd heeft te helpen, dus het in die zin goed heeft gedaan. Het maakt duidelijk dat zorgcoördinatoren heel goed moeten aftasten wat de

behoefden zijn van de slachtoffers. Wat voor de meeste personen werkt, kan voor een aantal anderen juist averechts werken. En daarbij zijn behoeften soms ambivalent na een schokkende gebeurtenis, wat het extra moeilijk maakt om aansluiting te vinden.

Eén respondent geeft aan dat de aangiftebereidheid van vrouwen verhoogd zou worden, als misbruikte vrouwen op de hoogte gesteld zouden worden dat ze begeleiding krijgen van een zorgcoördinator in het hele proces dat na de aangifte volgt.

Een andere respondent is van mening dat wanneer een vrouw nog geen therapie heeft, dat voor haar geregeld moet worden. Omdat dit soort ervaringen *'very horrible'* zijn voor een vrouw.

Het alsmaar opnieuw moeten vertellen van je verhaal wordt door een respondente als zeer vervelend ervaren. Zij zou willen dat de zorgcoördinator hierin een rol zou kunnen vervullen, door het overleggen met (mannelijke) hulpverleners van andere instellingen.

3.9 *Tot slot*

Aan de respondenten is aan het slot van de vragenlijst gevraagd of ze nog iets willen zeggen over de zorgcoördinatie wat nog niet of niet voldoende aan de orde is gekomen. Drie respondenten maken van deze gelegenheid gebruik om aan te geven dat ze zo blij en dankbaar zijn dat deze hulp er voor slachtoffers van zedenmisdrijven en hun familie is. Eén van hen: *'Ik ben zo blij dat dit soort organisaties bestaan! Je denkt dat je alleen bent, maar er is iemand die je helpt. Door de gebeurtenissen zit je hoofd overvol, werkt het niet meer. Dan is het heel goed dat er iemand is die je telkens belt om je te herinneren dat je je medicatie neemt en dat je naar je afspraken moet gaan!'*

Als laatste laten we een moeder van een slachtoffer aan het woord: *'Ik wil tot slot nog kwijt dat ik enorm dankbaar ben voor haar steun en hulp de eerste paar weken. We mogen onze handen dicht knijpen hoe zij ons door deze periode heen geloodst heeft. Dat zal ik mijn leven lang niet vergeten.'*

4 *De opbrengsten van het project vanuit het perspectief van de professionals*

4.1 *Inleiding*

Zorgcoördinatie wordt binnen de pilot ingezet om de begeleiding van slachtoffers in het zorgtraject te verbeteren. De centrale taak van de zorgcoördinator is de afstemming van de zorg en ondersteuning die vanuit verschillende instanties aan een slachtoffer van seksueel geweld wordt geboden.

Zorgcoördinatie heeft als doel om adequaat en tijdig een passend hulpaanbod te organiseren en risico's (zoals seksueel overdraagbare aandoeningen, ongewenste zwangerschap of psychische schade) te voorkomen.

In dit hoofdstuk beschrijven we eerst de werkwijze van de zorgcoördinator. Vervolgens gaan we in op de eerste ervaringen met het project van de zorgcoördinatoren zelf en van enkele professionals waar de zorgcoördinatoren veel mee hebben samengewerkt. We hebben de zorgcoördinatoren, zedenrechercheurs, een forensisch arts en een teamleider van Slachtofferhulp Nederland over het eerste half jaar van de pilot geïnterviewd. In dit hoofdstuk doen wij daar verslag van.

4.2 *Werkwijze*

De rol van zorgcoördinator wordt ingevuld door een team van vier vrouwelijke forensische verpleegkundigen, op basis van piketdienst. Na een half jaar is besloten om het aantal zorgcoördinatoren uit te breiden naar zes. Er is voor gekozen enkel vrouwelijke zorgcoördinatoren in te zetten, omdat verwacht wordt dat dit de slachtoffers ten goede kan komen. Om een eenduidige werkwijze te waarborgen, zijn de taken van de zorgcoördinator vastgelegd in een protocol.

Bureau Zedenpolitie roept de zorgcoördinator gelijktijdig op met de forensisch arts, wanneer een sporenonderzoek plaatsvindt naar aanleiding van een verkrachting. De zorgcoördinator en forensische arts worden geïntroduceerd aan het slachtoffer in de speciale onderzoekskamer voor zeden.

Op basis van het sporenonderzoek en het verhaal van het slachtoffer maakt de forensisch arts een inschatting van de eventuele risico's op een besmetting met een soa of hiv of op een zwangerschap. Indien noodzakelijk bevonden, krijgt het slachtoffer tijdens het sporenonderzoek direct een eerste hepatitis B vaccinatie toegediend. Ook kan in geval van risico op een hiv-besmetting direct worden gestart met een intensieve PEP-kuur. Als er risico bestaat op een ongewenste zwangerschap als gevolg van de verkrachting, wordt de morning-after pil verstrekt.

De zorgcoördinator kan een aantal taken van de forensische arts overnemen voorafgaand en na afloop van het sporenonderzoek. Hierbij kan gedacht worden aan de uitleg over risico's op seksueel overdraagbare aandoeningen en/of zwangerschap, bloedafname, vaccinatie en verstrekking van de morning-after pil. Het sporenonderzoek zelf wordt uitgevoerd door de forensische arts.

De zorgcoördinator die aanwezig is bij het sporenonderzoek, blijft ook daarna het vaste aanspreekpunt voor het slachtoffer. De zorgcoördinator biedt het slachtoffer begeleiding op maat met betrekking tot het zorgtraject, zoals het doorverwijzen naar instanties, het maken van afspraken, het begeleiden op afspraken en het terugkoppelen van testuitslagen. Bij de start van de pilot werd verwacht dat de begeleiding van de zorgcoördinator na een paar weken (afhankelijk van de specifieke situatie en behoefte van het slachtoffer) wordt afgesloten door middel van een telefonisch nagesprek.

Een andere verwachting was dat verwijzing in de meeste gevallen zou plaatsvinden naar een of meer van de volgende instanties: de soa-polikliniek, de afdeling Infectieziekten van de GGD Amsterdam en Slachtofferhulp.

4.3 Samenwerking

In de pilotperiode hebben de zorgcoördinatoren samengewerkt met zedenrechercheurs en forensisch artsen. Er is veelvuldig verwezen naar de afdeling infectieziekten van de GGD. De toegang tot deze afdeling is heel laagdrempelig geworden en de onderlinge contacten zijn daardoor verbeterd. Daarnaast is er in het eerste half jaar van de pilot contact geweest met Slachtofferhulp Nederland, het Steunpunt Seksueel Geweld, het Steunpunt Huiselijke Geweld, huisartsen, MEE, de kinderopoli, andere GGD's en met derde lijnsinstellingen zoals gesloten jeugdzorg. Er wordt nog samenwerking gezocht met een instelling die gespecialiseerde psychische hulp kan verzorgen.

De Afdeling infectieziekten van de GGD geeft voorlichting en adviezen over de preventie en risico's van infectieziekten aan de bevolking en instellingen, doet aan bron- en contactopsporing, adviseert over preventieve medicijnen en vaccinaties en doet onderzoek op dit terrein.

Slachtofferhulp Nederland helpt slachtoffers van misdrijven, verkeersongelukken en calamiteiten. Slachtofferhulp wil slachtoffers ondersteunen bij het verwerken van de gebeurtenis en, waar mogelijk, herstellen of verlichten van de materiële en immateriële schade. De zelfredzaamheid en weerbaarheid van het slachtoffer zijn daarbij uitgangspunt. Slachtofferhulp werkt met vrijwilligers en professionals die professioneel zijn getraind om slachtoffers praktische hulp, emotionele steun en/of juridisch advies te geven. Omdat het misdrijf in Nederland heeft plaatsgevonden kan Bureau Slachtofferhulp ook wat betekenen voor de buitenlandse slachtoffers die weer naar hun eigen land terugkeren, bijvoorbeeld voor een schadevergoeding via het Schadefonds Geweldsmisdrijven.

Het Steunpunt Seksueel Geweld Amsterdam (SSGA) is een klein specialistisch bureau binnen GGD Amsterdam. Het zet zich in voor de bestrijding van seksueel geweld en het coördineren en verbeteren van de hulpverlening na seksueel geweld. Professionals en instellingen in de regio die hulp verlenen aan slachtoffers van seksueel geweld kunnen daarbij steun krijgen van het SSGA. Het steunpunt verstrekt informatie, adviseert, signaleert en initieert, verzorgt casemanagement bij zedenzaken, coördineert en stimuleert samenwerking, organiseert deskundigheidsbevordering en produceert publicaties.

Bij het *Steunpunt Huiselijk Geweld* kunnen slachtoffers, plegers, omstanders en professionals huiselijk geweld melden. Gespecialiseerde hulpverleners staan klaar om te helpen zoeken naar een oplossing en om hulp en begeleiding te geven. Het Steunpunt Huiselijk geweld is 24 uur per dag telefonisch te bereiken, buiten kantooruren alleen voor noodsituaties.

MEE ondersteunt mensen met een verstandelijke, zintuiglijke of lichamelijke beperking, maar ook mensen in hun directe omgeving zoals ouders, kinderen, vrienden en andere betrokkenen. Zij kunnen bij MEE terecht voor vragen over opvoeding en ontwikkeling, leren en werken, samenleven en wonen, geldzaken en regelgeving. Daarnaast is MEE samenwerkingspartner voor organisaties als scholen, sportverenigingen gemeenten, UWV en dergelijke die mensen met een beperking van dienst willen zijn.

Een *kinderpoli* is een polikliniek in een ziekenhuis waar kinderartsen spreekuur houden voor kinderen met allerlei klachten.

Gesloten jeugdzorg (jeugdzorg plus) is een vorm van behandeling voor jongeren met ernstige gedragsproblemen die bescherming nodig hebben tegen zichzelf of anderen. Jongeren worden gedwongen opgenomen en krijgen hulp in een gesloten omgeving. De hulp is niet bedoeld als straf.

4.4 *Het eerste contact*

Het eerste contact bij het sporenonderzoek verloopt volgens de zorgcoördinatoren altijd prettig. Zij beoordelen het als positief: *'Ik krijg echt het gevoel dat het gewenst is dat we bij het sporenonderzoek aanwezig zijn. Dat het als prettig wordt ervaren dat je er bent als morele steun en dat je informatie kunt geven'*, aldus een van de zorgcoördinatoren. Een andere zorgcoördinator zegt dat de slachtoffers het fijn vinden dat zij een luisterend oor biedt, en dat meerdere slachtoffers expliciet hebben aangegeven zich door haar gesteund te weten bij het sporenonderzoek.

De rechercheurs vinden het handig dat zij - nu er een zorgcoördinator aanwezig is - al in een eerder stadium weg kunnen uit de onderzoekskamer. Ook is het heel prettig dat de zorgcoördinator, in plaats van de politie, er zorg voor draagt dat de onderzoeksmaterialen voor het sporenonderzoek steeds tijdig aangevuld zijn.

De forensisch arts is blij met de aanwezigheid van een zorgcoördinator bij het sporenonderzoek. Als forensisch arts wil je het sporenonderzoek zo kort mogelijk houden. In het verleden was er wel altijd een rechercheur om het slachtoffer gerust te stellen, maar het is zuiverder om die rol door de forensisch verpleegkundige te vervullen. *'Zij kan een empathische opstelling aannemen en als een echte maatschappelijk werker meer het contact met het slachtoffer opbouwen. Wij zijn beter in het technische werk.'*

4.5 *Het vervolg*

De forensisch arts onderscheidt in de follow up twee belangrijke taken voor de zorgcoördinator. Ten eerste dat de behandeling die in gang is gezet, wordt opgevolgd en dat geplande stappen daarin ook echt worden gezet. Ten tweede - vanuit die empathische rol - het rimpelvrij maken van de route naar andere hulpverlening of zorg.

Het is alle zorgcoördinatoren opgevallen dat veel slachtoffers al contacten hebben met hulpverlening. Een zorgcoördinator: *'Het is voor een groot deel toch wel 'speciaal publiek'. Misschien zit zo'n 70 procent van de vrouwen en meisjes al in een zorgtraject, zoals psychische behandeling. Ik had me van tevoren niet gerealiseerd dat het vaak vrouwen zijn met een assertiviteitsprobleem. Natuurlijk kan een verkrachting iedereen overkomen, maar zij hebben wel een grotere kans.'* De rechercheurs leggen uit dat een verkrachting vaak meisjes overkomt waarmee al veel aan de hand is. Juist omdat zij niet weerbaar zijn. Er zijn ook wel vrouwen en meisjes die verkracht worden op weg van werk naar huis, maar 85 procent van de gevallen vindt plaats in de relationele sfeer. Een zedenrechercheur: *'Deze slachtoffers zijn vaak zorgenkinderen. De kwetsbaarheid kan natuurlijk ook komen door de leeftijd.'*

Meisjes van 12 tot 16 jaar zijn makkelijker beïnvloedbaar en onder druk te zetten. De zorgcoördinatoren merken daarnaast dat ook buitenlandse vrouwen kwetsbaarder kunnen zijn.

De zorgcoördinatoren verwachten dat de therapietrouw sinds hun komst is toegenomen, doordat zij de slachtoffers helpen herinneren aan afspraken. Ook bespreken zij nogmaals het belang van het innemen van medicatie ondanks vervelende bijwerkingen.

Het is volgens de zorgcoördinatoren niet lastig om de slachtoffers op weg te helpen. Er zijn weliswaar veel partijen betrokken, maar als je de juiste wegen bewandeld gaat het goed. Soms kost het wel wat energie om iemand die al ergens hulpverlening had, de draad daar weer op te laten pakken. Waar de zorgcoördinatoren echter nog niet helemaal uit zijn, is een goede verwijsmogelijkheid naar gerichte psychische nazorg. Er is heel veel op het gebied van begeleiding na een trauma, maar niet gericht op seksueel geweld bij de leeftijdscategorie 16 tot 24 jaar.

In het begin is afgesproken om de slachtoffers niet te gaan *pamperen*. Lukt het de zorgcoördinatoren om de cliënten weer tijdig over te dragen aan andere hulpverlening? Volgens een van de zorgcoördinatoren hebben haar collega's een groot verantwoordelijkheidsgevoel. *'Dat maakte het soms wel eens moeilijk om het los te laten. Daar kwam ook nog bij dat het andere instellingen soms niet duidelijk was dat wij geen zorg overnemen. We willen voor iedereen een vraagbaak zijn, maar nemen niets over. Maar als we het gevoel hebben dat verdere hulp geborgd is, lukt dat loslaten ons nu prima.'*

De respondenten van de politie zijn heel blij met de komst van de zorgcoördinator. Hoewel dit niet tot de taak van de politie behoort, was men voor de pilot redelijk druk met het verwijzen van slachtoffers naar de hulpverlening. Nu kan de zorgcoördinator dit op zich nemen en kan de zedenrechercheur de nazorg loslaten.

De teamleider van Slachtofferhulp vertelt dat er van de cliënten uit het eerste half jaar van de pilot, elf slachtoffers zijn doorverwezen naar Slachtofferhulp. Zij zegt het belangrijk te vinden dat er een project zorgcoördinatie voor slachtoffers van verkrachting is. *'Het is goed dat er iemand voor het slachtoffer bij het sporenonderzoek is en dat diezelfde persoon het slachtoffer daarna verder op weg helpt.'* De teamleider heeft de indruk dat het om een extra kwetsbare groep lijkt te gaan. Zij zijn kwetsbaarder in de zin dat zij weinig sociaal netwerk hebben en al vaker met de hulpverlening in aanraking zijn geweest. *'We spreken natuurlijk meer vrouwen die slachtoffer zijn van verkrachting, maar die zijn vaak sterk genoeg om na een korte periode van ondersteuning weer zelf verder te kunnen. De vrouwen die via de pilot zijn gekomen zouden buiten de boot vallen zonder speciale ondersteuning, omdat ze het zelf in hun eentje niet redden.'*

De zorgcoördinatoren zijn heel tevreden dat ze de slachtoffers op weg hebben kunnen helpen, al blijft het soms moeilijk te begrijpen dat een deel van hen het contact plotseling verbreekt.

4.6 *De samenwerking*

Over de samenwerking met de politie rond het sporenonderzoek overheerst tevredenheid bij de zorgcoördinatoren. *‘Het verloopt allemaal soepel. Als er eens een vraag is, zijn ze goed te bereiken.’* De ontevredenheid beperkt zich tot een paar uitzonderingen. Zo mocht een zorgcoördinator een keer niet mee in de zedenkamer (onderzoekskamer) van de rechercheur, omdat deze bang was voor contaminatie van sporen. Zij heeft de indruk dat nog niet alle zedenrechercheurs goed op de hoogte zijn van het project.

Een andere zorgcoördinator: *‘Tachtig procent van de samenwerking gaat goed. Er is heel soms wel eens een rechercheur bij die te veel op onze houding let.’* Zij legt uit dat die rechercheurs vinden dat ze zich te veel met het slachtoffer bemoeien. Het wringt volgens de zorgcoördinatoren wel eens dat de politie er met een heel andere pet op zit (opsporing) dan de zorgcoördinator (onvoorwaardelijke steun). De zedenrechercheurs vinden niet dat dit wringt, het scheidt juist duidelijkheid. De rechercheur en de forensisch verpleegkundige hebben een verschillende rol en kunnen die nu ook aan nemen. De politie is op zoek naar de waarheid en de zorgcoördinator wil het slachtoffer helpen. In de praktijk kan dat elkaar wel eens bijten, maar dit is geen probleem als ieder zich goed bewust is van zijn eigen rol.

Een punt van verbetering is volgens de zorgcoördinatoren dat de rechercheurs een wat meer gestructureerde en eenvormige werkwijze hanteren. De zorgcoördinatoren komen nu verschillende werkwijzen tegen.

De politie is ook tevreden over de zorgcoördinatoren. Een rechercheur: *‘Er zijn korte lijntjes en als er eens een probleem is, dan weten we elkaar snel te vinden.’* Een minder prettig punt is dat er nu een nog groter gezelschap is bij het sporenonderzoek, terwijl je daar eigenlijk zo min mogelijk mensen bij wilt betrekken. Om contaminatie van sporen tegen te gaan, hebben de zorgcoördinatoren instructie gehad. Verder wordt hen gevraagd niet in de onderzoekskamer zelf te komen, *‘Behalve als het slachtoffer zelf graag wil dat het handje wordt vast gehouden.’* Ook zijn zij een dagdeel geschoold hoe om te gaan met de slachtoffers om beïnvloeding te voorkomen.

Ook de samenwerking met de forensisch artsen ervaren de zorgcoördinatoren in grote lijnen als goed. Sommige artsen moesten er in het begin wel aan dat er nu ook een forensisch verpleegkundige aanwezig is. Volgens een zorgcoördinator zijn sommige artsen wantrouwig en voelen zij zich op de vingers gekeken. *‘De vrouwelijke artsen waren er eerder aan gewend. Zij zien eerder het belang van onze komst.’* Een van de zorgcoördinatoren is verbaasd

over de verschillende invulling van het onderzoeksprotocol door de artsen. Ook hier zou een eenvormiger werkwijze welkom zijn.

De zorgcoördinatoren zijn tevreden over de samenwerking met Slachtofferhulp. Een van de zorgcoördinatoren valt het wat tegen dat Slachtofferhulp in de praktijk alleen praktische hulp en geen psychische hulp geeft.

De teamleider van Slachtofferhulp vertelt dat er in het begin wat onduidelijkheid was. De zorgcoördinatoren beschikten over weinig gegevens van een nieuwe cliënt, die Slachtofferhulp wel nodig heeft om te matchen met de meldingen via de politie. Dat is inmiddels opgelost. De teamleider beoordeelt de samenwerking met de zorgcoördinatoren als goed. Ze vindt het prettig dat er steeds meer contact komt tussen de medewerkers van Slachtofferhulp en de zorgcoördinatoren. Het contact is ook laagdrempelig. Zij kunnen de zorgcoördinator altijd bellen, bijvoorbeeld met een vraag over de problemen die een cliënte heeft met de bijwerking van de medicatie.

Ook de forensisch arts is tevreden over de samenwerking met de zorgcoördinatoren. Hij beoordeelt ze als deskundig. In tegenstelling tot de forensisch artsen, waar de poule veel groter van omvang is, bouwen de forensisch verpleegkundigen een grote expertise op dit terrein op. *‘Ze zijn goed op de hoogte van de protocollen en houden daarnaast precies in de gaten wat er al is gezegd tegen het slachtoffer en wat nog gezegd moet worden.’*

4.7 Meerwaarde

De rol van de zorgcoördinator onderscheidt zich van die van de andere professionals bij het sporenonderzoek. De zedenrechercheur is aanwezig vanuit een opsporingsbelang en dient in dat kader te komen tot een goede aangifte. De forensisch arts is er voor een medisch technisch goed sporenonderzoek. De zorgcoördinator heeft als aanvulling hierop een wat andere rol, meer als hulpverlener. Maar ook het gegeven dat er nu twee medisch geschoolde personen bij het onderzoek zijn, heeft een meerwaarde op zich. Een zorgcoördinator: *‘Twee zien meer dan een, qua letsel, maar ook van alles daar omheen.’*

De teamleider van Slachtofferhulp benadrukt dat het allemaal gaat om mensen die verkracht zijn en een sporenonderzoek ondergaan, wat te zien is als een dubbele traumatische ervaring. Het is dan ook belangrijk dat daar met de komst van de zorgcoördinator extra aandacht aan wordt besteed. De zedenrechercheurs zeggen de zorgcoördinatoren daartoe voldoende deskundig te vinden.

De geïnterviewden zien ook in het traject daarna een meerwaarde van de forensisch verpleegkundige. Alle respondenten benadrukken dat het meestal gaat om een kwetsbare groep slachtoffers, die zonder op weg geholpen te zijn door de zorgcoördinator niet de goede hulp zou krijgen. De nazorg is hiermee

dan ook echt verbeterd, zowel op het gebied van de infectieziekten als op psychosociaal gebied. De forensisch arts ziet in het traject na het sporenonderzoek de grootste meerwaarde. *'Ze regelen allerlei praktische zaken en hebben inmiddels een enorm netwerk. Het loopt prima.'*

De zedenrechercheurs, de forensisch arts en de coördinator van Slachtofferhulp hebben dan ook een goed gevoel bij de pilot en hopen dat deze wordt verlengd. De zedenrechercheurs hopen zelfs op uitbreiding naar andere doelgroepen, zoals 12- tot 16-jarige zedenslachtoffers, slachtoffers van kindermishandeling en ouders van overleden kinderen.

5 *Samenvatting en conclusies*

Het Project Pilot Zorgcoördinatie Zedenzaken wil de begeleiding verbeteren in het zorgtraject van slachtoffers van een verkrachting, die zich melden bij het Bureau Zedenpolitie Amsterdam en daar een sporenonderzoek ondergaan. De pilot is in dit doel geslaagd.

Deze slachtoffers werden tot begin 2012 nog door Bureau Zedenpolitie en/of de forensische arts die het sporenonderzoek uitvoert (met schriftelijke informatie) doorverwezen naar instanties waar zij terecht kunnen. Inmiddels zetten getrainde forensisch verpleegkundigen zorgcoördinatie als instrument in om de begeleiding van slachtoffers van verkrachting in het zorgtraject te verbeteren. Sinds januari 2012 vindt verdere opvolging en coördinatie van het zorgtraject plaats.

Tussen 2 januari 2012 en 22 juni 2012 zijn er 35 vrouwelijke cliënten betrokken geweest bij de pilot Zorgcoördinatie Zedenzaken. Hun gemiddelde leeftijd is 22, en varieert tussen 12 en 46 jaar. De helft van de cliënten is tiener. Er is sprake van een grote variatie in etniciteit. Het aantal van 35 strookt met de verwachtingen vooraf (zo'n 70 slachtoffers van verkrachting met een sporenonderzoek overdag en 's avonds per jaar). Het is ook een indicatie van het bereik van de doelgroep: het is niet waarschijnlijk dat er veel beoogde cliënten buiten de boot vallen. Het project vervult tevens een functie voor slachtoffers die niet in Amsterdam woonachtig zijn: de helft blijkt elders in Nederland of in het buitenland te wonen.

Bij elf slachtoffers (bijna een derde) zijn door de zorgcoördinator bijzonderheden vermeld, zoals psychische of psychiatrische problematiek, laag IQ, week lang spoorloos geweest, sterk isolement, taalproblemen. De volgende delictkenmerken speelden bij de verkrachtingen. In iets meer dan de helft van de gevallen was de verdachte een bekende. Bij een derde was sprake van meerdere verdachten. Vijf maal oordeelde de zorgcoördinator dat de veiligheid van de vrouw of het meisje ook na de verkrachting in het geding zou zijn.

De centrale taak van de zorgcoördinator is afstemming van de zorg of ondersteuning die vanuit verschillende instanties wordt geboden aan een slachtoffer van seksueel geweld. Zorgcoördinatie heeft als doel om adequaat, tijdig en passend hulpaanbod te organiseren en risico's (zoals seksueel overdraagbare aandoeningen, ongewenste zwangerschap of psychische schade) te voorkomen.

De zorgcoördinatoren slagen er in - conform de projectopzet - om een rol te spelen, zowel rond als na het sporenonderzoek in de follow up. Bij het sporenonderzoek op het politiebureau geven zij uitleg over de (volgorde van de) gang van zaken, de inhoud van het sporenonderzoek zelf en het gesprek waarin anticonceptie, SOA-onderzoek en eventueel PEP (Post Exposure Prophylaxe) aan de orde komen.

Als het sporenonderzoek overdag of 's avonds plaatsvindt, is de zorgcoördinator aanwezig bij het sporenonderzoek door de arts ter morele ondersteuning van het slachtoffer. De aanwezigheid van de zorgcoördinator levert de zedenrechercheurs tijdwinst op, omdat zij niet de hele tijd aanwezig hoeven te zijn. Na het sporenonderzoek hebben de zorgcoördinator en arts samen een gesprek met het slachtoffer om het risico op SOA-overdracht en/of zwangerschap te bespreken.

Afhankelijk van de persoonlijke situatie en de wensen van het slachtoffer, zorgt de zorgcoördinator voor een follow up. Dit kan onder meer bestaan uit aanmelding bij de SOA-poli, de huisarts, Slachtofferhulp; verwijzing naar hulpverlening of contact met hulpverleners waar het slachtoffer al bekend is; vinger aan de pols gesprekken. Een extra opbrengst van het project blijkt het bieden van steun aan de ouders, als het een jong slachtoffer betreft. Wat betreft het medische traject geven zowel slachtoffers als zorgcoördinatoren aan dat de vinger aan de pols sms'jes en telefoontjes de therapietrouw vergroten.

In het projectplan staat dat het contact tussen zorgcoördinator en slachtoffer een ambulante en outreachende karakter heeft. In de praktijk is dit veelal een telefonisch contact met het slachtoffer (en de moeder) en een informerende en verwijzende rol voor andere professionals waar het slachtoffer mee te maken heeft.

De inzet van de zorgcoördinator is duidelijk een aanvulling op wat er al is. Dit blijkt uit het onderzoeksresultaat wanneer er al voldoende professionele zorg en/of mantelzorg beschikbaar was voor de cliënt, de hulp van de zorgcoördinator bij de follow up niet nodig was. De zorgcoördinatoren checken steeds zorgvuldig of dat het geval is. Bijkomend voordeel hiervan is dat mensen uit de eigen zorgsetting van het slachtoffer, bij vragen in een later stadium, gemakkelijker even contact op kunnen nemen met een zorgcoördinator. Ook worden de slachtoffers waar nog zorg en begeleiding voor moet worden geregeld niet onnodig lang in zorg gehouden. Als er ook huiselijk geweld in het spel is, checkt de zorgcoördinator of er geen dubbelingen zijn. Ze vragen aan het slachtoffer of zij contact heeft met het Steunpunt Huiselijk Geweld.

De slachtoffers die hebben meegedaan aan het onderzoek zijn erg tevreden over de zorgcoördinator. Uit de enquête blijkt dat negen van de tien vrouwen (veel) baat hadden bij de begeleiding van de zorgcoördinator, na zo'n ingrijpende gebeurtenis in hun leven. Ook voor vrouwen met een buitenlandse

afkomst, die geen Nederlands spreken en geen sociaal netwerk hebben, blijkt de begeleiding van groot belang. Allen hebben grote waardering voor de inzet van de zorgcoördinator. Volgens een van de geïnterviewden zou de aangiftebereidheid stijgen als meisjes en vrouwen van tevoren weten dat zij hulp kunnen krijgen van een zorgcoördinator.

De belangrijkste verwachtingen die slachtoffers hebben van de zorgcoördinator als persoon, is dat zij begripvol is. Verder is het belangrijk dat de zorgcoördinator voldoende kennis over slachtoffers van seksueel geweld heeft, dat zij het slachtoffer geen gevoelens van schuld of ongelooft geeft, dat zij betrokken is en zich voor het slachtoffer inzet. Deze verwachtingen komen uit. Alle slachtoffers geven aan dat hun zorgcoördinator over empathisch vermogen beschikt, dat zij haar als deskundig en vertrouwenwekkend ervaren en hen geen gevoel van schuld of ongelooft bezorgt.

Ten aanzien van de begeleiding zijn de belangrijkste verwachtingen dat de zorgcoördinator vragen beantwoordt en dat zij zal doorverwijzen naar hulpverlenende instanties. Ook deze verwachtingen kwamen grotendeels uit. Zo waren acht van de tien respondenten van mening dat de zorgcoördinator hen goede adviezen gaf, en negen van de tien vinden dat zij goed zijn doorverwezen naar hulpverlenende instanties.

Volgens de slachtoffers zitten de belangrijkste verbeterpunten voor de zorgcoördinatie in het herhaald toedienen van informatie, en het aansluiten bij de behoeften van de cliënt door maatwerk te verrichten. In sommige gevallen betekent dat terughoudend zijn, in andere gevallen juist het regelen van extra psychische en praktische begeleiding door andere instanties, direct nadat het medisch onderzoek is afgerond. Bij de een is uitsluitend telefonisch contact prima, een ander wil ook graag af en toe face-to-facecontact. Ook de veiligheid van het slachtoffer is soms een punt. Dit zou echter opgepakt moeten worden door de politie.

Organisatorisch en praktisch blijkt het project goed ingebed. Ook kan het rekenen op een breed draagvlak bij de betrokken professionals. De zedenrechters, forensisch arts, teamleider van Slachtofferhulp, maar ook de zorgcoördinatoren zelf zijn zeer tevreden met het project.

We zien dat het project organisatorisch goed in elkaar steekt. De inbedding bij de GGD maakt het regelen van zaken voor het project laagdrempelig en efficiënt. Daarbij is de projectopzet dynamisch, waardoor er zo nodig kleine aanpassingen en verdere verbeteringen doorgevoerd kunnen worden.

We noemen daarvan drie voorbeelden. Zo is er sinds de afronding van de dataverzameling voor dit onderzoek ingevoerd dat de zorgcoördinator, in het eerste gesprek na het sporenonderzoek, standaard vraagt of er contact opgenomen mag worden met de huisarts over het gebeurde. Verder is er in de onderzoeksfase nog de doorverwijzing van kwetsbare meisjes naar het SENSE-spreekuur van de SOA-poli. Bij het SENSE-spreekuur kunnen jongeren tot en met 24 jaar terecht voor alle vragen over seks. De gesprekken zijn

vertrouwelijk en gratis. Ook vraagt de zorgcoördinator aan het slachtoffer of er sprake is van huiselijk geweld, en of er een straatverbod is opgelegd aan de pleger. In dat geval heeft het slachtoffer al een zorgcoördinator bij het Steunpunt Huiselijk Geweld en is overdragen belangrijk.

Literatuur en andere schriftelijke bronnen

Bakker, F., Graaf, H. de, Haas, S. de, Kedde, H., Kruijer, H. & Wijsen, C. (2009). *Seksuele gezondheid in Nederland 2009*, Utrecht: Rutgers Nisso Groep.

Campbell, Rebecca and Wasco, Sharon M, *Understanding rape and sexual assault. 20 years of progress and future directions*. In: Journal of Interpersonal Violence, volume 20, no 1, January 2005, pp. 127-131.

Goderie, M., Overgaag, A. en Rozeboom, N., (2002). *In het belang van het slachtoffer van seksueel geweld. Het JOS-project in het arrondissement Alkmaar*. Verwey-Jonker Instituut, Utrecht.

Gemeente Amsterdam, Dienst Wonen, Zorg en Samenleven (2011), *Projectplan Pilot Zorgcoördinatie* (interne notitie).

Gemeente Amsterdam (september 2011) *Vrouwenemancipatie in Amsterdam: naar economische zelfstandigheid en zelfbeschikking. Beleidsplan 2011-2014*. Amsterdam.

Bijlage 1

Concept

Contactmomenten zedenslachtoffers 1

Standaard, geen PEP

Contactmoment 1: (Tel.) de eerstvolgende werkdag na aangifte/sporenonderzoek

De eerstvolgende werkdag na aangifte/sporenonderzoek neemt de zorgcoördinator tel. contact op met het slachtoffer en informeert hoe het met het slachtoffer gaat.

- Ze legt nogmaals de rol van zorgcoördinator uit en vraagt of er nog onduidelijkheden zijn.
- Een eerste afspraak wordt gepland op de volgende of eerstvolgende dagen.
- (Is dit nodig of wachten we met de eerste afspraak na 10 dagen op deSOA-poli).

Contactmoment 2: (afd. AGZ) in de dagen na aangifte

- In de eerste instantie is er aandacht voor het psychisch welbevinden van het slachtoffer.
- indien nodig worden hierop verdere acties ondernomen (hoe, waar nog onduidelijk....).
- Afspraken voor de komende weken, maanden worden voor zover mogelijk vastgelegd.
- Eerstvolgende afspraak is 10 dagen na aangifte politie op de SOA-poli. Indien Soa-klachten vindt deze afspraak eerder plaats.
- Indien nodig kan er in de tussentijd altijd een afspraak gemaakt worden voor een gesprek.

Contactmoment 3: (SOA-poli de FV is hierbij aanwezig) **10 dagen na aangifte** SOA-srceening vindt plaats op: syfilis, Hep-B, gonorrhoe, chlamydia, trichomonas.

Overige SOA-onderzoeken vinden plaats op geleide van klachten.

Er vindt een zedenconsult plaats.

De FV heeft indien hieraan behoefte is nog een gesprek met het slachtoffer

Contactmoment 4: (evt. AGZ) **7 dagen na SOA-onderzoek**

Contactmoment 5:(Soa-poli) **na 3 maanden**

Bloedcontrole HIV/syfilis

Gesprek met FV over het psychisch welbevinden van het slachtoffer.

Let op

Er kunnen extra contactmomenten ingezet worden i.v.m. medische behandeling of het psychisch welbevinden van de cliënt.

Alle afspraken welke gemaakt worden met externe instanties zoals slachtofferhulp of de GGZ worden door de FV opgevolgd.

Indien gestart is met Hep-B vaccinatie komt uitslag bloed op dag ...?

Vaccinatie dag 0 na 1 maand na 6 maanden.

Bijlage 2

Concept

Contactmomenten zedenslachtoffers 2

Met PEP

Contactmoment 1: (SOA-poli) de eerstvolgende werkdag na aangifte/ sporenonderzoek

De eerstvolgende werkdag na aangifte/sporenonderzoek vindt er een “zedenconsult op de SOA-poli plaats. (de FV is hierbij aanwezig)

- Bloedafname op HIV, Syf, Hep-B, Alat.
- Uitslag HIV kan direct gegeven worden, overige uitslagen na 7 dagen.
- PEP-consult waarbij recept voor 1 maand wordt uitgeschreven.

Na dit consult heeft de FV nog een gesprek met het slachtoffer

In de eerste instantie is er aandacht voor het psychisch welbevinden van het slachtoffer indien nodig worden hierop verdere acties ondernomen (*hoe en waar nog onduidelijk*)

- Ze legt nogmaals de rol van de zorgcoördinator uit en vraagt of er nog onduidelijkheden zijn.
- Afspraken voor de komende weken, maanden worden voor zover mogelijk vastgelegd.
- Indien nodig kan er in de tussentijd altijd een afspraak gemaakt worden voor een gesprek.

Contactmoment 2: (SOA-poli) na 14 dagen (de FV is hierbij aanwezig)

- Na controle PEP
- Aanvullend SOA-onderzoek (chlamydia, gonorrhoe, trichomonas, overige SOA onderzoeken vinden plaats op geleide van klachten)
- De FV heeft nog een gesprek met het slachtoffer

Contactmoment 3: (evt. AGZ) 7 dagen na SOA-onderzoek

Contactmoment 4: (SOA-poli) na 3 maanden

Bloedcontrole HIV/syfilis

Gesprek met FV over het psychisch welbevinden van het slachtoffer

Contactmoment 5: (SOA-poli) na **6 maanden**

Bloedcontrole HIV

Gesprek FV over het psychisch welbevinden van het slachtoffer

Let op:

Er kunnen extra contactmomenten ingezet worden i.v.m. medische behandeling of het psychisch welbevinden van de cliënt.

Alle afspraken welke gemaakt worden met externe instanties zoals slachtofferhulp en GGZ worden door de FV opgevolgd.

Indien gestart is met Hep-B vaccinatie komt uitslag bloed na 5 werkdagen

Vaccinatie dag 0 na 1 maand na 6 maanden

Bijlage 3

Concept

Procedure, formulieren en materialen aanwezig op de Zedenkamer

In de zedenkamer op het hoofdbureau liggen in het ladekastje de volgende materialen:

- Formulieren welke nodig zijn als het slachtoffer start met hepatitis B vaccinatie
- Formulieren welke nodig zijn als het slachtoffer start met PEP
- Enveloppen (met ingesloten brief) voor verwijzing naar de SOA-poli
- Informed consent te gebruiken bij slachtoffer
- Informatie folder Zorgcoördinatie
- Visitekaartje zorgcoördinator
- Protocol slachtoffers seksueel geweld
- Werkwijze Zorgcoördinatie zedenzaken
- Stappenplannen

In de bovenste la van het bureau in de zedenkamer liggen de PEPsets. Elke set is voorzien van een doorverwijsbrief, een folder met informatie over PEP en een folder met informatie over de risico's van onbeschermd seksueel contact.

In de koelkast grenzend aan de zedenkamer liggen:

- Hepatitis B vaccinaties (bij elke vaccinatie zit een vervolg afspraken kaartje)
- Bloedbuizen

Colofon

Opdrachtgever	GGD Amsterdam
Auteurs	Drs. M.J.H. Goderie Drs. M.W.M Flikweert
Omslag Uitgave	Ontwerppartners, Breda Verwey-Jonker Instituut Kromme Nieuwegracht 6 3512 HG Utrecht T (030) 230 07 99 E secr@verwey-jonker.nl I www.verwey-jonker.nl

De publicatie kan gedownload en/of besteld worden via onze website:
<http://www.verwey-jonker.nl>.

ISBN 978-90-5830-543-5

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2012.

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut.

Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute.

Partial reproduction of the text is allowed, on condition that the source is mentioned.



Het Project Pilot Zorgcoördinatie Zedenzaken van de gemeente Amsterdam wil de begeleiding verbeteren in het zorgtraject van slachtoffers van een verkrachting. De doelgroep van de pilot is beperkt tot personen die zich melden bij het Bureau Zedenpolitie Amsterdam en daar een sporenonderzoek ondergaan. Getrainde forensisch verpleegkundigen van de GGD zetten zorgcoördinatie in als instrument om de begeleiding van slachtoffers van verkrachting in het zorgtraject te verbeteren.

De pilot is in dit doel geslaagd, zo blijkt uit de ervaringen van slachtoffers en betrokken instanties tijdens het eerste half jaar. De slachtoffers die hebben meegedaan aan het onderzoek zijn erg tevreden over de zorgcoördinator. Ze zeggen baat te hebben bij de begeleiding van de zorgcoördinator, na zo'n ingrijpende gebeurtenis in hun leven. Ook blijkt uit het onderzoek dat het project organisatorisch en praktisch goed in elkaar steekt.

