

DOORVERWIJZING DOOR SLACHTOFFERHULP

- eindrapport -

Drs. M. Jansen
Drs. J. Koffijberg
Drs. G. Homburg

Amsterdam, mei 2008
Regioplan publicatienr. 1664

Regioplan Beleidsonderzoek
Nieuwezijds Voorburgwal 35
1012 RD Amsterdam
Tel.: 020 - 5315315
Fax : 020 - 6265199

Onderzoek, uitgevoerd door Regioplan
Beleidsonderzoek in opdracht van het
Wetenschappelijk Onderzoek- en
Documentatiecentrum van het
ministerie van Justitie.

VOORWOORD

Slachtofferhulp Nederland biedt ondersteuning aan slachtoffers van misdrijven en verkeersongelukken (en aan nabestaanden). Deze dienstverlening is in beginsel kortdurend. De meeste slachtoffers zijn in staat om het gebeurde zelf verder te verwerken. Slachtoffers die een meer langdurige of meer gespecialiseerde vorm van ondersteuning nodig hebben, worden doorverwezen naar andere instanties, zoals het algemeen maatschappelijk werk, de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg en bepaalde vormen van juridische dienstverlening.

Naar aanleiding van signalen dat slachtoffers te weinig worden doorverwezen naar gespecialiseerde hulp, heeft het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) van het ministerie van Justitie aan RegioPlan Beleidsonderzoek opdracht verleend voor een onderzoek naar de praktijk van de doorverwijzing. Gesprekken met vrijwilligers, teamleiders, beleidsmakers, trainers, managers en (een vertegenwoordiging van) de directie van Slachtofferhulp Nederland hebben ons hierin inzicht gegeven. We willen de medewerkers van Slachtofferhulp Nederland hartelijk danken voor de bereidheid om hiervoor tijd vrij te maken.

Het onderzoek is begeleid door een commissie, bestaande uit:

Mevr. dr. R.M. Letschert (voorzitter)	International Victimology Institute Tilburg (INTERVICT)
Mevr. drs. A. ten Boom	Ministerie van Justitie, WODC
Mevr. mr. H.M.J. Ezendam (later opgevolgd door de heer Doeser)	Ministerie van Justitie, DSP
De heer mr. A. Doeser (vervanger mevr. Ezendam)	Ministerie van Justitie, DSP
Mevr. dr. S. Leferink	Slachtofferhulp Nederland

Graag willen wij de leden van de begeleidingscommissie bedanken voor de constructieve manier waarop zij de begeleiding ter hand hebben genomen. Zij hebben een wezenlijke bijdrage geleverd aan het eindresultaat, uiteraard zonder dat zij er verantwoordelijkheid voor dragen. Wij hebben de samenwerking als erg prettig ervaren.

Het onderzoek is uitgevoerd door Jolanda Koffijberg en Mariëlle Jansen.

Amsterdam, mei 2008
Ger Homburg, projectleider

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	I
1 Inleiding	1
1.1 Aanleiding	1
1.2 Vraagstelling	2
1.3 Methode	2
1.4 Leeswijzer	3
2 Doorverwijsbeleid	5
2.1 Inleiding	5
2.2 Beleid SHN ten aanzien van doorverwijzing	5
2.3 Conclusie	10
3 Werkwijze in de praktijk	11
3.1 Inleiding	11
3.2 Perceptie	11
3.3 Werkwijze	12
3.4 Conclusie: aandachtspunten bij doorverwijzing	24
4 Conclusie	27
4.1 Afwijkingen van het beleid	27
4.2 Aandachtspunten in doorverwijzingsproces	29
4.3 Ten slotte	30
Bijlagen	31
Bijlage 1 Onderzoeksvragen en methode	33
Bijlage 2 Resultaten literatuurstudie	37
Bijlage 3 Overzicht respondenten	39
Bijlage 4 Handleidingen en handreikingen	41
Bijlage 5 Doorverwijzing per delict	55
Bijlage 6 Samenstelling van de begeleidingscommissie	57

SAMENVATTING

Aanleiding

Naar aanleiding van signalen dat slachtoffers tegen hun wens in door Slachtofferhulp Nederland niet altijd worden doorverwezen naar gespecialiseerde hulp, heeft Regioplan een verkennend onderzoek uitgevoerd naar de doorverwijzing vanuit Slachtofferhulp Nederland naar andere dienst- en hulpverlenende instanties. In het onderzoek is de verwijspprocedure in kaart gebracht en is een aantal aandachtspunten aan het licht gebracht.

Methode

Om de benodigde informatie te verzamelen hebben groepsgesprekken plaatsgevonden met vrijwilligers, teamleiders, een aantal trainers en een vertegenwoordiging van het management van Slachtofferhulp Nederland. In het onderzoek is niet gesproken met slachtoffers.

Resultaten

De gesprekken met teamleiders, vrijwilligers en management bieden geen aanknopingspunten om te veronderstellen dat er te weinig wordt doorverwezen.

Op een aantal punten wijken vrijwilligers en teamleiders echter af van het beleid. Daarnaast kent de doorverwijspprocedure een aantal aandachtspunten die zowel het proces van doorverwijzen als de registratie van doorverwijzen beïnvloeden.

Afwijkingen beleid

Definitieverschillen doorverwijzen	Over wat doorverwijzing precies inhoudt, verschillen de meningen. Volgens het management van Slachtofferhulp Nederland is verwijzen zowel het begeleiden als niet-begeleiden doorverwijzen van een cliënt. Dit betekent dat ook het adviseren van een cliënt om gespecialiseerde hulp te zoeken onder verwijzen valt. De informatie in de verschillende beleidsdocumenten is hierover echter niet eenduidig. Daarbij worden verschillende termen gehanteerd voor dezelfde begrippen. Deze onduidelijkheid met betrekking tot de definitie van doorverwijzen, zien we terug in de praktijk. De ene vrijwilliger hanteert een engere definitie van verwijzen dan de andere.
Geen eenduidige registratie	Deze visieverschillen hebben invloed op de wijze waarop de verwijzing wordt geregistreerd: wat de ene vrijwilliger wel als verwijzing registreert, wordt door de andere vrijwilliger niet als zodanig geregistreerd. Omdat de registratie niet door alle teamleiders wordt gecontroleerd (en fouten niet altijd worden hersteld), leent de registratie zich niet voor het doen van uitspraken over het aantal doorverwijzingen.
Overleg teamleider	Het beleid van Slachtofferhulp Nederland schrijft voor dat bij een (op handen zijnde) doorverwijzing, te allen tijde de teamleider dient te worden geconsulteerd. In de praktijk gebeurt dit echter meestal niet.

Verwachtings- management	Een ander aspect waarbij wordt afgeweken van het beleid, heeft betrekking op het moment waarop de grenzen aan de dienstverlening kenbaar worden gemaakt. Volgens het beleid dient dit in een zo vroeg mogelijk stadium te gebeuren en bij voorkeur in het eerste gesprek. In de praktijk gebeurt dit vaak later, omdat vrijwilligers eerst een vertrouwensband met de cliënt willen opbouwen. Het is echter de vraag of dit bij ernstige situaties wenselijk is, omdat dan een snelle doorverwijzing juist dan van belang is.
Check op aankomst	Ook de afsluiting verloopt niet altijd conform het beleid. Volgens het beleid moet altijd achteraf contact worden opgenomen met de cliënt om na te gaan of deze bij de betreffende instantie is gearriveerd. Hoewel de meeste vrijwilligers aangeven dit te doen, doet een deel dit nooit of slechts in bepaalde situaties.

Oorzaken afwijkingen van beleid

Onbekendheid van het beleid is een van de redenen voor het afwijken van het beleid. Het Handboek Diensten, waarin het meest recente beleid is beschreven, is niet in alle regio's geïmplementeerd en wordt dus ook niet gebruikt door alle vrijwilligers. Daarnaast wordt afgeweken van het beleid, omdat vrijwilligers en teamleiders verschillende interpretaties van en een individuele invulling aan het beleid geven, omdat vrijwilligers liever overleggen met collega-vrijwilligers of van mening zijn dat ze ervaren genoeg zijn om zelf de keuze te maken.

Aandachtspunten

Bemoeilijkende factoren	In de praktijk kunnen zich verder nog omstandigheden voordoen die het doorverwijzingsproces bemoeilijken, zoals een afwerende houding van een cliënt ten opzichte van de doorverwijzing of het moeilijk kunnen loslaten van de cliënt. Hiervoor is in de trainingen veel aandacht, maar het blijft in de praktijk lastig.
Kennis sociale kaart	In een aantal regio's schiet de kennis van de sociale kaart te kort. Hoewel dit in de praktijk niet tot problematische situaties leidt (omdat bij twijfel bijvoorbeeld altijd overleg kan plaatsvinden met de teamleider) is dit wel een aandachtspunt.
(Voor)oordelen instanties	De verwijzing wordt daarnaast beïnvloed door het eigen oordeel van de hulpverlenende vrijwilliger of de cliënt over een bepaalde hulpverlenende instantie. Teamleiders proberen met sturing deze invloed zoveel mogelijk te beperken, maar kunnen hier niet altijd op toezien, omdat ze niet alle dossiers kennen.

Conclusie

Aanleiding voor dit onderzoek waren gegevens uit eerder onderzoek, waaruit bleek dat een deel van de slachtoffers tegen hun wens in niet is doorverwezen naar gespecialiseerde hulp. Dit gegeven werd door de gesprekspartners in het huidige onderzoek niet herkend; men denkt niet dat er sprake is van het ongewenst uitblijven van doorverwijzingen. Wat de verklaring is voor deze discrepantie wordt uit dit onderzoek niet duidelijk, maar er kan een aantal mogelijke oorzaken worden genoemd. Zo kan het zijn dat het slachtoffer een doorverwijzing niet als zodanig heeft ervaren, omdat hij zelf het initiatief heeft genomen, of dat hij het zich niet meer herinnert. Ook kan het zijn dat het

slachtoffer een doorverwijzing wenste, maar dat dit op grond van de klachten niet nodig was.

De gesprekken met teamleiders, vrijwilligers en management bieden geen aanknopingspunten om te veronderstellen dat er te weinig wordt doorverwezen. Een kanttekening hierbij is dat er op een aantal punten afgeweken wordt van het beleid, waarvan het de vraag is of dit wenselijk is. Daarbij is er een aantal situaties die om andere redenen (bijvoorbeeld omdat ze een goede doorverwijzing bemoeilijken) de aandacht verdienen. Een voorbeeld hiervan is het tekortschieten van de kennis van de sociale kaart.

SUMMARY

Introduction

There are indications that the Dutch victim support organisation Slachtofferhulp Nederland does not always refer victims to specialist services, which is sometimes against the wishes of victims themselves. Regioplan Policy Research has conducted an exploratory study into the referral patterns from Slachtofferhulp Nederland to other service and aid organisations. In this study, the referral procedure has been mapped and a number of points of special interest are revealed.

Method

In order to collect the necessary information, we have organised group conversations with volunteers, team leaders, a number of trainers and representatives of the management of Slachtofferhulp Nederland. In this study victims have not been interviewed.

Results

The conversations with team leaders, volunteers and management do not provide grounds to assume that victims are not referred to specialised services often enough.

However, with regard to a number of points volunteers and team leaders depart from the policy. In addition to this, the referral procedure has a number of points of special interest that influence both the referral process and the registration of referrals.

Departures from policy

Definition differences referring	Opinions vary on the exact definition of referring. According to the management of Slachtofferhulp Nederland referring includes both supported and unsupported referrals of clients. This implies that advising a client to look for professional help also falls under referring. However, the information in the different policy documents is ambiguous on this subject. Furthermore, different terms are used for similar concepts. In practice we have also come across these indistinctnesses with regard to the definition of referring. Some volunteers use a narrower definition of referring than others.
Ambiguous registration	These different perceptions have an influence of the way referrals are registered: what is registered as a referral by one volunteer, may not be registered as such by another volunteer. Due to the fact that not every team leader checks every registration (and that mistakes are not always corrected), the registration is not suitable for making statements on the number of referrals.
Consultation team leader	The policy of Slachtofferhulp Nederland requires that in case of an (imminent) referral, the team leader should be consulted at all times. However, in practice usually this does not happen.

Expectation management	Another departure from the policy concerns the moment at which clients are informed of the bounds of the service. According to the policy, this information should be given at the earliest stage possible, preferably in the first conversation. In practice this often happens later, because volunteers first want to establish a relationship of trust with the client. However, the question must be asked whether this is desirable in severe cases, because in such cases particularly a quick referral is very important.
Check afterwards	The termination process does not always pass off according to the policy either. According to the policy, the client should always be contacted afterwards in order to check whether he has ended up with the organisation in question. Even though most volunteers say they do this, part of the volunteers never do this or only in certain situations.

Causes of departures from policy

Unfamiliarity with the policy is among the reasons that volunteers depart from the policy. The Handbook Services (Handboek Diensten) which describes the most current policy, has not been implemented in all regions, and is therefore not used by all volunteers. In addition, departures from the policy occur due to the fact that volunteers and team leaders have different, individual interpretations of the policy. Furthermore, some volunteers indicate that they rather consult their colleague volunteers or they are of the opinion that they are experienced enough to make their own choices.

Points of special interest

Hampering factors	In practice, certain circumstances may occur which hamper the referral process: some clients may have a negative attitude towards the referral, or volunteers may find it hard to let go of certain clients. In the trainings special attention is paid to these circumstances, however, in practice they remain difficult.
Knowledge social services	In a number of regions volunteers do not possess sufficient knowledge of social services and voluntary organisations. Even though in practice this does not lead to problematic situations (e.g. because in case of doubt it is always possible to consult with a team leader), this is a point of special interest.
Judgements on aid organisations	In addition, the referral procedure is influenced by the individual judgements of the volunteer or client on specific aid organisations. Team leaders try to reduce this influence as much as possible, however, they cannot always supervise this, because they are not familiar with all the files.

Conclusion

The immediate cause of this study was formed by data from previous studies, which showed that against the wishes of part of the victims themselves, they had not been referred to specialised services. This idea was not recognised by the discussion partners in this study; they do not think desired referrals fail to occur. What causes this discrepancy does not become clear in this study, however, a number of possible causes can be mentioned. The victim may not have experienced an actual referral as such, e.g. when he himself took the

initiative, or because he doesn't remember having been referred. Furthermore, in some cases victims may wish to be referred, when this is not necessary on the basis of their complaints.

The conversations with team leaders, volunteers and management do not provide grounds to assume that victims are not referred to specialists often enough. A comment should be made here: with regard to a number of issues departures from the policy occur, and it is the question whether these departures are desirable. Furthermore, there are a number of situations which deserve attention for other reasons (e.g. because they hamper a proper referral). An example of this is when volunteers possess insufficient knowledge of social services and voluntary organisations.

1 INLEIDING

1.1 Aanleiding

Slachtofferhulp Nederland (SHN) biedt ondersteuning aan slachtoffers van misdrijven en verkeersongelukken (en aan nabestaanden). De dienstverlening aan slachtoffers van delicten is in beginsel kortdurend. De meeste slachtoffers zijn in staat om het gebeurde zelf verder te verwerken. Slachtoffers die een meer langdurige of meer gespecialiseerde vorm van ondersteuning nodig hebben, worden doorverwezen naar andere instanties, zoals het algemeen maatschappelijk werk, de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg en bepaalde vormen van juridische dienstverlening (zoals de advocatuur en rechtsbijstandsverzekering).

Er zijn signalen dat er knelpunten bestaan in de doorverwijsp praktijk. Een van deze signalen betreft de uitkomst van een onderzoek, uitgevoerd in 2005, waarin wordt vermeld dat zestien procent van de slachtoffers door SHN is verwezen, maar waarbij daarnaast 24 procent aangeeft niet te zijn verwezen, terwijl zij dat wel hadden gewild.¹

Redenen voor een geringe doorverwijzing kunnen liggen in een gebrekkige herkenning van de doorverwijzingsbehoefte of in het negeren ervan (omdat de vrijwilliger het slachtoffer niet los kan laten, omdat het slachtoffer het contact met de vrijwilliger niet wil verliezen, omdat de vrijwilliger geen goed zicht heeft op geschikte instellingen of het idee heeft dat deze de benodigde ondersteuning niet of niet op tijd kunnen leveren). In interviews in ons eigen onderzoek naar slachtoffer-dadergesprekken kwamen we de behoefte aan langdurige ondersteuning door vrijwilligers van SHN regelmatig tegen.²

Het zicht op een (te) geringe mate van doorverwijzing wordt belemmerd omdat de registratie ervan mogelijk onvolledig is. Dit betekent dat niet precies bekend is hoe vaak er wordt doorverwezen. Het staat dus niet vast dat er een probleem is. Wel is het duidelijk dat er de nodige onzekerheden zijn: over een (latente) behoefte bij slachtoffers aan doorverwijzing, over het signaleren ervan en het reageren erop door vrijwilligers, over de motieven om er al dan niet op te reageren en over de registratie van de doorverwijzing. Het is de bedoeling dat er op deze punten meer duidelijkheid komt, allereerst in een verkennend onderzoek. Mochten uit dit onderzoek knelpunten naar voren komen, dan kan er alsnog nader onderzoek worden uitgevoerd naar de aard en omvang ervan.

¹ Koole, I., M. van der Heide en A. Ziegelaar (2005). *De tevredenheid van slachtoffers van misdrijven met de slachtofferzorg*. Leiden: Research voor Beleid.

² Jansen, M., J.E. Soethout, E. Tromp en S.C.E.M. Hissel (2006). *Procesevaluatie slachtoffer-dadergesprekken*. Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek.

1.2 Vraagstelling

Het doel van het onderzoek is:

- het verkennen van de praktijk van de doorverwijzing van slachtoffers van delicten door SHN;
- het identificeren van eventuele knelpunten in de praktijk van de doorverwijzing.

Het onderzoek moet de volgende vragen beantwoorden:

Met betrekking tot het beleid en de registratie:

1. Hoe wordt het beleid met betrekking tot de doorverwijzing, zoals beschreven in het Handboek Diensten, naar de uitvoeringspraktijk vertaald?

Met betrekking tot het signaleren en uitvoeren van doorverwijzing:

2. In hoeverre is er aanleiding om te veronderstellen dat er minder wordt doorverwezen dan gewenst vanuit het perspectief van de slachtoffers?
3. Wat zijn de redenen dat er niet vaker wordt doorverwezen?

Met betrekking tot de aansluiting op instellingen:

4. In hoeverre worden er door SHN knelpunten ervaren in de relatie met de instellingen waarnaar wordt doorverwezen (maatschappelijk werk, GGZ, huisarts en dergelijke)? Welke knelpunten zijn dat?

Deze hoofdvragen zijn uitgewerkt in een aantal deelvragen. Zie hiervoor bijlage 1.

1.3 Methode

Het veldwerk bestond uit groepsgesprekken met vrijwilligers, teamleiders en management, voorafgegaan door een voorbereidingsfase.

De groepsgesprekken met vrijwilligers hebben in zes regio's plaatsgevonden. Er is gesproken met zowel ervaren als minder ervaren vrijwilligers en teamleiders. Gemiddeld hadden de vrijwilligers zes jaar ervaring, variërend van een halfjaar tot veertien jaar. De aanwezige teamleiders hadden gemiddeld vier jaar ervaring. Per regio waren altijd meerdere kantoren vertegenwoordigd. In totaal is gesproken met 37 vrijwilligers en twaalf teamleiders.

In de eerste serie gesprekken met vrijwilligers is gediscussieerd aan de hand van praktijksituaties, ingebracht door de aanwezigen zelf. Daarnaast is de

verwijsprocedure onder de loep genomen en zijn eventuele knelpunten en persoonlijke opvattingen geïnventariseerd. In de groepsgesprekken met teamleiders is voortgeborduurd op de eerste gespreksronde met vrijwilligers. In de tweede gespreksronde met vrijwilligers is gediscussieerd aan de hand van de belangrijkste bevindingen uit de voorgaande gesprekken, is daarnaast de verwijsprocedure gedetailleerd doorgenomen en zijn wederom opvattingen en knelpunten geïnventariseerd. In het afsluitende groepsgesprek met het management en de trainers werden de belangrijkste bevindingen uit de groepsgesprekken met vrijwilligers en beroepskrachten gepresenteerd en bediscussieerd.

Ter voorbereiding op de groepsgesprekken heeft een beknopte literatuurstudie plaatsgevonden en is een aantal interviews gehouden. Een uitgebreidere beschrijving van de activiteiten die zijn ondernomen, is opgenomen in bijlage 1. In bijlage 2 zijn de resultaten van de literatuurstudie beschreven. Bijlage 3 bevat een overzicht van de gesprekspartners van de groepsgesprekken.

1.4 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk (2) worden de belangrijkste elementen van het verwijsbeleid van SHN uiteengezet. In hoofdstuk 3 gaan we in op de praktijk, waarin we zowel de verwijsprocedure en de opvattingen over verwijzing van betrokkenen bespreken. We besluiten het rapport met de conclusies in hoofdstuk 4.

2 DOORVERWIJSBELEID

2.1 Inleiding

De vrijwilligers van SHN krijgen in hun werk veel te maken met hulpverlenende en dienstverlenende instellingen waarnaar zij doorverwijzen. Hoe vaak wordt doorverwezen is niet precies bekend: schattingen lopen uiteen van zeven procent (begeleide doorverwijzingen in registratiesysteem Regas) tot zestien procent (enquête onder slachtoffers). Of al dan niet moet worden doorverwezen, is afhankelijk van verschillende factoren, zoals de aard en de ernst van het delict en de psychische toestand van het slachtoffer. Dit is niet altijd eenvoudig te bepalen. Daar komt bij dat vrijwilligers bij de doorverwijzing in zekere mate afhankelijk zijn van het beschikbare aanbod, maar bijvoorbeeld ook van de kennis die zij hiervan hebben.

Het beleid ten aanzien van de doorverwijzing is omschreven in het Handboek Diensten en in de trainingsdocumentatie. De definities van verwijzen die in de documenten worden gehanteerd, verschillen echter. Ook worden verschillende termen gebruikt voor dezelfde begrippen.

In welke situaties moet worden doorverwezen en hoe de vrijwilliger hierbij te werk moet gaan, is eveneens beschreven in het Handboek Diensten en de trainingsdocumentatie. Ook hierover is de documentatie niet altijd duidelijk of eenduidig.

2.2 Beleid SHN ten aanzien van doorverwijzing

Doorverwijzen naar een externe partij is een proces dat in verschillende fasen van de dienstverlening kan voorkomen: na de actieve benadering of aanmelding en gedurende of na het ondersteuningsproces aan de cliënt.

Het beleid van SHN ten aanzien van de doorverwijzing is terug te vinden in verschillende documenten. Het meest recente document is het Handboek Diensten, dat in mei 2007 verscheen. Het handboek kan worden gebruikt als hulpmiddel bij het ondersteunen van slachtoffers. De functie van het handboek is die van naslagwerk. Dit betekent volgens de opstellers dat het kan worden gebruikt op momenten waarop vragen leven met betrekking tot de wijze waarop slachtoffers worden ondersteund. Het is nadrukkelijk geen protocollenboek, waarin exact beschreven staat hoe in welke situatie te handelen. Veelal zal moeten worden gehandeld naar eigen inzicht. Deze kaders waarbinnen men moet handelen, worden in het Handboek Diensten geschetst. In het Handboek Diensten is een handleiding opgenomen voor (begeleid) verwijzen. In 2005 is er een Hand-out Verwijzen opgesteld. In deze hand-out wordt in enkele pagina's uiteengezet hoe de medewerker van SHN kan zien of hij of zij moet verwijzen en waaraan hierbij moet worden gedacht. Ook in de cursussen en trainingen die vrijwilligers doorlopen, is er aandacht voor het onderwerp

verwijzen. Dit gebeurt aan de hand van diverse thema's, zoals 'het stellen van grenzen', 'loslaten', 'de sociale kaart' en bijvoorbeeld 'de afsluiting van de dienstverlening'. De handleiding zoals beschreven in het Handboek Diensten, de hand-out en de trainingsdocumentatie zijn opgenomen in bijlage 4.

2.2.1 Wanneer is doorverwijzen nodig?

Wanneer moet worden doorverwezen naar externe instanties, staat in het Handboek Diensten beschreven. Verwijzing vindt volgens het Handboek Diensten plaats als er een hulpvraag is, die een meer specialistische en professionele aanpak behoeft die niet in het dienstenaanbod van SHN is opgenomen.

Doorverwijzen gebeurt volgens het Handboek Diensten als onderdeel van de praktische dienstverlening (doorverwijzen naar instanties voor psychosociale dienstverlening) en de juridische dienstverlening (instanties voor juridische dienstverlening). In onderstaande tabel worden de verschillende vormen van dienstverlening beschreven, inclusief de situaties waarin moet worden doorverwezen.

Tabel 2.1 Dienstenaanbod SHN

Aandachtspunten	Concreet dienstenaanbod/activiteiten
Emotioneel	
<i>Informeren naar emotionele toestand van zowel het slachtoffer als mogelijke omstanders zoals familieleden en huisgenoten</i>	
Behoeft om te praten over incident of ongeval	Emotionele ondersteuning
Ervaren van emoties als angst, boosheid, gepaard met bijvoorbeeld huilbuien	Emotionele ondersteuning
Levensbedreigende situatie	Gestructureerde opvang
Directe opvang nodig	Crisisopvang
Praktisch	
<i>Informeren naar de praktische gevolgen van het incident of ongeval voor zowel het slachtoffer als mogelijke omstanders</i>	
Structurele slaapproblemen, gerelateerd aan het incident	Doorverwijzen naar huisarts
Trauma/onverwerkte emoties	Doorverwijzen naar professionele hulpverlening
Vragen met betrekking tot invullen (verzekering) formulieren	Ondersteunen bij invullen verzekeringsformulieren
Vragen met betrekking tot diensten niet behorend tot dienstenaanbod SHN	Doorverwijzen naar externe partij
Moeite met schrijven van brieven naar bijvoorbeeld instellingen als woningbouwvereniging.	Ondersteuning bij schrijven van brieven
Juridisch	
<i>Informeren naar de juridische gevolgen van het incident of ongeval voor zowel het slachtoffer als mogelijk omstanders</i>	
Verdachte/dader bekend, rechtszaak en sprake van schade	Schade verhalen via voegen
Verdachte/dader bekend, schade waarvan onzeker is of deze kan worden vergoed	Schade verhalen via fondsen
Verdachte/dader bekend, geen rechtszaak en schade waarvoor een derde aansprakelijk kan worden gesteld	Schade verhalen via verzekering tegenpartij
Onduidelijkheden over de strafrechtelijke procedure	Begeleiding strafproces
OM heeft slachtoffer aanbod gedaan voor opstellen schriftelijke slachtofferverklaring (SSV) of gebruikmaken van spreekrecht	Opstellen van de SSV en/of voorbereiding uitoefenen van spreekrecht
Slachtoffer wil in contact komen met dader	Verwijzen naar externe partij: mogelijk slachtoffer-dadergesprek bij SIB

Bron: Handboek Diensten, 2007

Voor de verschillende subdiensten zijn in het handboek voor elk afzonderlijk delict (bijvoorbeeld geweldsdelicten, huiselijk geweld, of stalking) checklisten opgenomen. Per delict worden in deze checklisten aandachtspunten genoemd met daarbij het dienstenaanbod of de acties die hierop zouden moeten volgen. In de tabel in bijlage 5 is aangegeven in welke situaties doorverwijzing gewenst is.

Ook in de trainingen en cursussen die vrijwilligers volgen, komt de doorverwijzing als vorm van (praktische en juridische) dienstverlening aan bod. Er is aandacht voor doorverwijzing en de criteria aan de hand waarvan wordt bepaald of er moet worden doorverwezen. Zo dient in bepaalde situaties (type trauma II, waarbij sprake is van traumatische situaties die chronisch van karakter zijn, zoals langdurig seksueel misbruik) direct te worden doorverwezen, omdat de problematiek dermate ernstig is dat gespecialiseerde hulp noodzakelijk is. Er is in de trainingen veel aandacht voor de grenzen van de organisatie en van de hulpverlening (zie bijvoorbeeld bijlage 4c).

2.2.2 Hoe moet worden doorverwezen?

Over de manier waarop de doorverwijzing moet worden uitgevoerd, is informatie te vinden in zowel het Handboek Diensten als de trainingsdocumentatie. De informatie heeft betrekking op verschillende elementen in de doorverwijzing, die hierna kort worden besproken.

Moment van doorverwijzen

Doorverwijzing kan op verschillende momenten plaatsvinden: na de actieve benadering of aanmelding en gedurende of na het ondersteuningsproces aan de cliënt. Er is een aantal situaties waarin direct, na het eerste contact, moet worden verwezen. In de eerste plaats is dit wanneer het personen betreft die niet tot de doelgroep behoren (bijvoorbeeld slachtoffers van fietsendiefstal). Daarnaast dient direct na het eerste contact te worden doorverwezen wanneer sprake is van ernstige psychische problematiek (trauma II) of mishandeling met ernstige verwondingen.

In andere gevallen is een aantal gesprekken nodig om erachter te komen of de cliënt moet worden doorverwezen. Indien sprake is van een acute schokkende gebeurtenis (type trauma I) dient het Gestructureerde Opvang-model te worden toegepast (GO-model, voor uitgebreide omschrijving zie bijlage 4d).¹ In dit model wordt een methodiek gehanteerd, waarbij op vaste momenten (dezelfde dag, na één dag, na veertien dagen en na twee maanden) contact wordt opgenomen met het slachtoffer. Indien sprake is van stagnatie in het verwerkingsproces moet worden doorverwezen na het laatste contact. Het model moet dus in zijn geheel worden doorlopen. Indien geen sprake is van een schokkende gebeurtenis (en kan worden volstaan met de reguliere dienstverlening), wordt in het handboek gesproken van twee tot drie gesprekken, alvorens kan worden doorverwezen (bijlage 4b).

¹ *Gestructureerde Opvang na eenmalige schokkende gebeurtenissen*. Instituut voor Psychotrauma (1995).

Overleg met teamleider

SHN hanteert een beleid waarbij voor een doorverwijzing altijd overleg moet plaatsvinden met de teamleider. In de cursussen wordt dit volgens de trainers dan ook steeds benadrukt. In de trainingsdocumentatie (document 'Eigen grenzen', zie hiervoor bijlage 4c) is opgenomen dat bij een verwijzing altijd overlegd moet worden met de teamleider. In de Basisdocumentatie, een handleiding die wordt gebruikt bij de basistraining die alle vrijwilligers volgen, wordt niet expliciet aangegeven dat bij het doorverwijzen moet worden overlegd met de teamleider. Wel wordt aangegeven dat eventueel van tevoren kan worden overlegd. Met wie moet worden overlegd (de teamleider, een collega-vrijwilliger of bijvoorbeeld de hulpverlenende instantie waarnaar wordt verwezen), wordt uit deze passage niet duidelijk. In het Handboek Diensten wordt in de handleiding (begeleid) verwijzen wel opgemerkt dat de teamleider dit contact kan leggen (naast de vrijwilliger, die dit ook zelf kan doen), maar niet in de context van overleg (zie ook bijlage 4a).

Begeleid versus niet-begeleid verwijzen

Begeleid verwijzen houdt volgens de trainingsdocumentatie in dat samen met het slachtoffer wordt gekeken naar welke hulpverleningsinstantie het slachtoffer het beste kan worden verwezen en dat de medewerker erop toeziet dat de verwijzing ook daadwerkelijk plaatsvindt. Volgens de documentatie kan dit betekenen dat de medewerker zelf het contact legt met de hulpverlenende instantie en indien gewenst bij het intakegesprek aanwezig is. Wel geldt dat indien het slachtoffer de verwijzing zelf tot stand kan brengen, dit dan de voorkeur heeft, omdat dit bevorderlijk zou zijn voor de verwerking (zie bijlage 4f).

Volgens het Handboek Diensten is sprake van begeleid verwijzen wanneer er persoonlijk contact is tussen de vrijwilliger en de hulpverlener over de aanmelding. Dit kan telefonisch zijn, maar het kan ook betekenen dat de vrijwilliger meegaat naar het eerste gesprek. Als er advies wordt gegeven om een externe partij te benaderen voor hulp, spreek men van verwijzen. In de Hand-out Verwijzen wordt onderscheid gemaakt tussen verwijzen en wijzen op, in plaats van begeleid en regulier verwijzen. Er worden in de diverse documenten dus verschillende termen gebruikt voor dezelfde diensten.

Afsluiting

Wanneer de grens van de dienstverlening van SHN wordt bereikt en het slachtoffer wordt doorverwezen, vindt de afsluiting van de zaak plaats. De afsluiting vindt bij voorkeur plaats in een mondeling gesprek tussen de medewerker van SHN en de cliënt. Dit kan zowel telefonisch als in een persoonlijk gesprek. Indien het niet lukt de cliënt mondeling te spreken, kan dit schriftelijk, via een afsluitende brief. In de hand-out wordt verder benadrukt dat een afsluiting nooit als een verrassing mag komen en al begint in het eerste gesprek dat de medewerker met het slachtoffer voert. Daarbij moet in het voorlaatste gesprek nadrukkelijk worden aangegeven dat het volgende gesprek het laatste gesprek is.

In geval van een doorverwijzing naar een instelling waar de cliënt zonder begeleiding van de vrijwillige medewerker is geweest, kan het volgens het Handboek Diensten heilzaam zijn na te gaan of het om een juiste doorverwijzing gaat en te vragen naar de ervaringen van de cliënt. Maar ook indien sprake is van een begeleide doorverwijzing is evaluatie van belang. In het trainingsdocument 'Eigen Grenzen' (bijlage 4c) staat dat *altijd* moet worden gecheckt of een verwijzing naar tevredenheid is verlopen door na drie weken telefonisch contact op te nemen met de cliënt. Hierna is de dienstverlening beëindigd.

Registratie doorverwijzing

Nadat een zaak is afgesloten, wordt door de vrijwilliger een registratieformulier ingevuld, waarop onder meer moet worden aangegeven of al dan niet begeleid is doorverwezen en naar welke instantie is verwezen. Deze informatie wordt op een later tijdstip, meestal door een administratieve kracht, ingevoerd in het registratieprogramma Regas. Wanneer er uitsluitend advies is gegeven om een externe partij te benaderen, dan moet dit worden geregistreerd onder de kop 'Praktische dienstverlening', met de optie 'informatie over andere instellingen'. Wanneer er persoonlijk contact is geweest tussen SHN en de externe partij over de aanmelding (bijvoorbeeld door middel van bellen of meegaan tijdens een bezoek), dan dient de vrijwilliger dit aan te merken als begeleid verwijzen onder de kop 'overige praktische ondersteuning'. Met de registratie is de dienstverlening formeel beëindigd.

2.3 Conclusie

Het beleid ten aanzien van de doorverwijzing is omschreven in het Handboek Diensten en in de trainingsdocumentatie. De definities van verwijzen die in de documenten worden gehanteerd, verschillen echter. Ook worden verschillende termen gebruikt voor dezelfde begrippen.

In welke situaties moet worden doorverwezen, is eveneens beschreven in het Handboek Diensten en de trainingsdocumentatie.

Over de wijze waarop moet worden doorverwezen, is de documentatie niet altijd duidelijk of eenduidig. Zo wordt voor wat betreft het overleg tussen de vrijwilliger en de teamleider in het trainingsdocument 'Eigen Grenzen' vermeld dat te allen tijde overleg dient plaats te vinden, maar in de basisdocumentatie en het Handboek Diensten komt dit niet zo stellig terug. Voor wat betreft de evaluatie na de verwijzing wordt in het Handboek Diensten aangegeven dat het raadzaam is contact op te nemen met de cliënt om diens ervaringen te vernemen, terwijl dit in de trainingsdocumentatie als standaardprocedure wordt omschreven.

Bovengenoemde bevindingen kunnen hun uitwerking hebben op de praktijk. In hoeverre dit het geval is, wordt besproken in het volgende hoofdstuk.

3 WERKWIJZE IN DE PRAKTIJK

3.1 Inleiding

Aan de hand van de verschillende onderdelen van de doorverwijsprocedure, zal een beeld worden geschetst van de perceptie van vrijwilligers en teamleiders van doorverwijzen, de gang van zaken en eventuele knelpunten of problemen waartegen men hierbij aanloopt. De visie van het slachtoffer is in dit onderzoek niet meegenomen.

Op hoofdlijnen ontstaat het volgende beeld. Vrijwilligers en teamleiders hechten veel belang aan doorverwijzen. Op een aantal punten, zoals het overleggen met de teamleider bij verwijzen en het toepassen van het gestructureerde opvangmodel, wijken vrijwilligers af van het beleid. In de praktijk is er een aantal aandachtspunten die zowel het proces van doorverwijzen als de keuze voor het type instelling waarnaar men verwijst kunnen beïnvloeden.

Vrijwilligers en teamleiders hanteren verschillende invullingen van het begrip doorverwijzen. Dit heeft consequenties voor de wijze van registreren. Ook het registratiesysteem zelf zorgt voor onduidelijkheid. Het vermoeden bestaat dat er sprake is van onderregistratie, omdat vrijwilligers de registratieformulieren niet altijd adequaat invullen en nauwgezette controle door teamleiders in veel gevallen ontbreekt.

In dit hoofdstuk wordt de doorverwijsprocedure besproken, aan de hand van de verschillende fasen in de doorverwijsprocedure. Deze wordt voorafgegaan door een paragraaf over de perceptie die vrijwilligers hebben van doorverwijzen als dienst van SHN.

3.2 Perceptie

3.2.1 Belang doorverwijzen

Zowel de vrijwilligers als de teamleiders vinden doorverwijzen een belangrijk onderdeel van hun takenpakket. Het uitgangspunt van SHN is een goede dienstverlening te bieden. Doorverwijzen zien vrijwilligers en teamleiders als één van de vormen van dienstverlening die SHN biedt. Vrijwilligers en teamleiders vinden het belangrijk dat cliënten de juiste hulp krijgen. Als SHN deze benodigde hulp niet kan bieden, is het daarom van belang dat de cliënt naar de juiste instantie wordt verwezen.

3.2.2 Invulling begrip doorverwijzen

Vrijwilligers hanteren geen eenduidige definitie van doorverwijzen. De verschillen in definitie bestaan zowel op regionaal niveau als per bureau en

individuele vrijwilligers. Er bestaan de volgende verschillende invullingen van het begrip doorverwijzen:

- In een aantal regio's noemen vrijwilligers hun handelen alleen doorverwijzen als de cliënt daadwerkelijk is 'aangekomen' bij de instantie waarnaar is verwezen. Dat wil zeggen dat de cliënt daadwerkelijk gebruikmaakt van het hulpaanbod van deze instantie.
- Sommige vrijwilligers beschouwen hun handelen alleen als doorverwijzen als er daadwerkelijk door de vrijwilliger of cliënt contact wordt gezocht met een hulp- of dienstverlenende instelling, ongeacht of de cliënt daarna ook werkelijk een hulpverleningstraject ingaat.
- Een deel van de vrijwilligers beschouwt naast bovengenoemde zaken het geven van een tip of advies over een andere instantie ook als doorverwijzen.

Het merendeel van de teamleiders hanteert de ruime definitie van doorverwijzen, dus inclusief het geven van tips of adviezen om contact op te nemen met een instantie, maar ook hier geldt dat een aantal teamleiders alleen van doorverwijzen spreekt wanneer de cliënt daadwerkelijk contact heeft gehad met een instelling waarnaar wordt verwezen.

Ook over de begrippen begeleid en niet-begeleid verwijzen bestaan interpretatieverschillen. De ene vrijwilliger noemt zijn handelen begeleid verwijzen als hij met de cliënt meegaat naar de instantie waarnaar wordt verwezen. De andere vrijwilliger noemt iets begeleid verwijzen als de vrijwilliger voor de cliënt telefonisch het eerste contact met de hulpverlenende instelling legt. Een enkeling weet geen verschil te noemen tussen begeleid en niet-begeleid doorverwijzen.

Onder de teamleiders bestaan dezelfde interpretatieverschillen. Daarnaast beschouwt één teamleider het handelen als begeleid doorverwijzen wanneer de vrijwilliger nagaat of de cliënt daadwerkelijk is 'aangekomen' bij de instantie waarnaar is verwezen.

Deze verschillende invullingen van de definities van het begrip doorverwijzen hebben belangrijke consequenties voor het invullen van het registratiesysteem. Hier wordt in paragraaf 3.3.6 verder op ingegaan.

3.3 Werkwijze

3.3.1 Signalering en aankondiging

Herkenning behoefte

De respondenten zeggen dat ze zelf nooit twijfelen of doorverwijzing noodzakelijk is en dat ze de behoefte van cliënten aan doorverwijzing altijd onderkennen. Of andere vrijwilligers deze behoefte ook onderkennen, durven ze niet met zekerheid te zeggen. De vrijwilligers verwachten dat het voor minder ervaren vrijwilligers moeilijker is de behoefte aan doorverwijzing te

herkennen. Dit hoeft volgens hen bij voldoende begeleiding van deze vrijwilligers echter geen probleem te zijn. Bovendien beginnen onervaren vrijwilligers met eenvoudigere zaken. Pas als iemand voldoende ervaring heeft, begint deze met complexe zaken waarbij doorverwijzing aan de orde is. Het is mogelijk dat de behoefte van de cliënt aan doorverwijzing wel herkend wordt, maar dat er redenen zijn waarom de cliënt uiteindelijk toch niet wordt doorverwezen.

Het kan ook voorkomen dat een cliënt geen behoefte heeft aan doorverwijzing of een afwerende houding heeft ten opzichte van doorverwijzing, maar dat de vrijwilliger doorverwijzing wel noodzakelijk acht.

De teamleiders zijn van mening dat de vrijwilligers allemaal in staat zijn de behoefte aan doorverwijzing te herkennen.

Criteria voor doorverwijzing

Vrijwilligers hanteren een aantal vaststaande criteria bij de keuze om een cliënt wel of niet door te verwijzen. Deze criteria zijn in de cursussen en trainingen ter sprake gekomen. Bij de keuze wel of niet door te verwijzen wordt onder meer gelet op de volgende zaken:

- de aard van het delict of het ongeval;
- de manier waarop de cliënt met het voorval omgaat. De vrijwilligers vragen de cliënt in een eerste gesprek welke problemen deze ondervindt. In de daarop volgende periode wordt de cliënt gevraagd of de klachten afnemen of juist erger worden. Als dit laatste het geval is, is doorverwijzing gewenst. De vrijwilligers werken op deze manier omdat bepaalde reacties, zoals slapeloosheid en gevoelens van onmacht, normale reacties zijn op incidenten. Pas als de klachten langer aanhouden, is dit reden voor doorverwijzen.
- de mate waarin er sprake is van een opeenstapeling van traumatische gebeurtenissen;
- afspraken die zijn gemaakt met de hulpverlening (zo is er in enkele regio's de afspraak met het Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld dat er altijd wordt doorverwezen).

Gebruik Handboek Diensten

Niet elke vrijwilliger is bekend met het Handboek Diensten. Sommige vrijwilligers gebruiken het handboek als ze twijfelen over doorverwijzing, maar de meesten nemen in deze gevallen contact op met hun teamleider of met een collega-vrijwilliger.

Toepassing GO-model

Het Gestructureerd Opvang-model wordt niet door alle vrijwilligers toegepast en de ene vrijwilliger gebruikt het frequenter dan de andere. Vaak worden de uitgangspunten van het model wel gebruikt, maar wordt het model niet exact toegepast. Hiervoor geven vrijwilligers als reden dat het model alleen van toepassing is wanneer er sprake is van een enkelvoudige en recente gebeurtenis (dus niet wanneer de gebeurtenis een lange voorgeschiedenis heeft). Bovendien is elke zaak volgens de vrijwilligers weer anders en vraagt

elke zaak om een maatwerkaanpak waar in het model geen rekening mee wordt gehouden. Vrijwilligers zeggen daarom bij elke zaak een eigen inschatting te maken, gebaseerd op hun eigen kennis en ervaring. Ook praktische redenen om het model niet toe te passen, spelen een rol. Zo moet de toepassing van het model binnen een bepaalde tijd plaatsvinden, wat in de praktijk niet altijd mogelijk is.

Afwerende houding cliënt

Het komt voor dat cliënten een afwijzende houding hebben ten opzichte van doorverwijzing. Dit komt vrijwel alleen voor in situaties waarbij sprake is van psychosociale problematiek. Bij juridische dienstverlening zijn de opbrengsten vaak duidelijker en concreter (bijvoorbeeld schadevergoeding). De afwijzende houding ten opzichte van doorverwijzing heeft de volgende oorzaken:

- de waardering van de contacten met de vrijwilliger van SHN vanwege laagdrempeligheid, toegankelijkheid en de mate waarin reeds een vertrouwensband is opgebouwd. De vrijwilligers van SHN zijn in tegenstelling tot andere instanties niet gebonden aan kantoor tijden en trekken vaak meer tijd uit voor een cliënt dan een psycholoog. Bovendien kan er een vertrouwensband tussen de cliënt en de vrijwilliger zijn ontstaan en kan het zijn dat de cliënt er niets voor voelt om zijn verhaal weer aan een andere persoon te moeten vertellen.
- angst voor stigmatisering wanneer men naar een instantie gaat voor geestelijke gezondheidszorg (men vreest bijvoorbeeld het stempel 'gek' te krijgen wanneer men naar het RIAGG zou gaan). Ook de wetenschap dat men bij een instantie voor geestelijke gezondheidszorg 'aan zichzelf moet werken' schrikt cliënten af. Het volgen van therapie vergt een andere inzet van de cliënt dan wanneer deze zijn verhaal doet bij SHN. In therapie worden mensen met zichzelf geconfronteerd en moeten ze actief met hun problemen aan de slag.

Om goed te anticiperen op de afwerende houding van cliënten ten opzichte van doorverwijzing, introduceren vrijwilligers een doorverwijzing stap voor stap. Wanneer vervolgens blijkt dat een cliënt een negatieve houding heeft ten opzichte van doorverwijzing, proberen de vrijwilligers de cliënt te motiveren toch naar de instelling te gaan waarnaar wordt doorverwezen. Dit doen ze door te benadrukken dat het voor een goede verwerking soms noodzakelijk is eerst door een dal te gaan, of door de huisarts in te schakelen, of door de eerste keer mee te gaan naar de instelling waarnaar wordt doorverwezen. Cliënten kunnen naast een afwerende houding ten opzichte van doorverwijzing in het algemeen ook een afwerende houding hebben ten aanzien van verwijzing naar een bepaald type instantie. Hier wordt in paragraaf 3.3.2 verder op in gegaan.

Verwachtingsmanagement

De meeste vrijwilligers geven in de loop van de contacten met de cliënt aan wat de grenzen zijn van de dienstverlening van SHN. Zij vinden het ook belangrijk om dit te doen. Het verkleint het risico dat een cliënt te lang 'blijft hangen' bij SHN.

Wel verschilt het moment van het aangeven van de grenzen. Een deel van de vrijwilligers en teamleiders vindt het van belang om altijd in het eerste gesprek uit te leggen wat SHN doet en wat de grenzen zijn van de dienstverlening van SHN.

Een ander deel van de vrijwilligers en teamleiders zegt dat dit bij juridische dienstverlening inderdaad de standaard werkwijze is, maar dat bij psychosociale problematiek de mogelijkheid tot doorverwijzen vrijwel nooit in het eerste of tweede gesprek wordt genoemd. Het moment van het aangeven van de grenzen van de dienstverlening van SHN is dan afhankelijk van het soort problematiek waar de cliënt mee te maken heeft. Bij psychosociale problematiek is het volgens hen niet wenselijk doorverwijzing direct al in een eerste gesprek als mogelijkheid te noemen. Er moet eerst een vertrouwensband worden opgebouwd, zeker bij ernstige zaken. Deze vertrouwensband acht dit deel van de teamleiders en vrijwilligers nodig om een cliënt te motiveren tot acceptatie van de doorverwijzing. Dit motiveren is nodig omdat het noemen van weer een andere instantie de cliënt kan afschrikken. Men houdt er rekening mee dat sommige cliënten al negatieve ervaringen hebben met hulpverlenende instanties en niet altijd voorbereid zijn op het weer opnieuw moeten oprakelen van het delict bij een dergelijke instantie. Deze benodigde vertrouwensband wordt niet opgebouwd in één gesprek. Bovendien is het bij psychosociale problematiek volgens een deel van de vrijwilligers in een eerste gesprek lastig te bepalen of doorverwijzing nodig is en wil men de cliënt eerst zijn verhaal laten doen.

Een van de teamleiders zegt dat bij een aantal schokkende zaken zoals bij zedenzaken en huiselijk geweldzaken wél direct over doorverwijzen gesproken wordt, omdat het hier dusdanig voorspelbaar is dat iemand wordt verwezen dat dit dan beter direct aan de orde kan komen. Voor deze teamleider geldt het argument dat het beter is om eerst een vertrouwensband op te bouwen met de cliënt dus niet.

Volgens het management en de trainers dient zoveel mogelijk in het eerste gesprek te worden verteld waar de grenzen van de dienstverlening liggen. Soms kan het volgens hen goed zijn om hiermee in bepaalde situaties te wachten, maar het is een valkuil: de vrijwilliger loopt het risico het contact onnodig lang te laten duren. In de training wordt hieraan veel aandacht besteed, maar er wordt onvoldoende op gestuurd volgens de trainers.

3.3.2 Keuze instelling waarnaar wordt verwezen

Kennis sociale kaart

De kennis van de sociale kaart is divers. In twee regio's is de heersende opinie dat deze kennis te kort schiet. Dit wordt volgens de vrijwilligers voornamelijk veroorzaakt door veranderingen in het hulpverleningsaanbod, met name voor wat betreft de psychosociale hulpverlening. Volgens de vrijwilligers komen er instanties bij en verdwijnen er instanties, maar er vinden bijvoorbeeld ook naamswijzigingen plaats, waardoor het voor de vrijwilligers niet duidelijk is welke instantie welke hulp kan bieden. In overleg met de teamleider of een collega komt men er uiteindelijk wel uit, maar dit kost meer

tijd. In twee andere regio's is men naar eigen zeggen goed op de hoogte van de sociale kaart. Men gebruikt in de regio's een informatieklaapper, met daarin opgenomen alle relevante informatie van de hulpverlenende instanties in de regio. Ook hier komt het soms voor dat een telefoonnummer niet klopt, maar over het algemeen is de informatie actueel. In de overige twee regio's komt geen eenduidig beeld naar voren. De ene vrijwilliger kan zijn weg goed vinden, de ander heeft hier soms moeite mee.

In een van de regio's wordt het probleem door teamleiders herkend. Vanwege de snelle wijzigingen is niet altijd duidelijk welke hulp een bepaalde instelling biedt. Daarbij hebben sommige instellingen (het voorbeeld dat wordt genoemd is de Jeugdzorg) meerdere afdelingen en is niet altijd direct duidelijk waar men moet zijn voor welk type hulpverlening. In een andere regio zijn de teamleiders van mening dat de vrijwilligers in hun regio de sociale kaart redelijk goed kennen. De derde groep teamleiders met wie is gesproken, signaleert bij haar vrijwilligers geen gebrek aan kennis van de sociale kaart.

Teamleiders dienen de informatie actueel te houden, maar de ene teamleider doet dit beter dan de andere. Dit probleem werd ook door het management en de trainers herkend. In de toekomst moet er volgens hen een digitale sociale kaart komen die raadpleegbaar is via het intranet en waarvan de basis op landelijk niveau wordt gelegd en kan worden aangevuld met regionale en lokale informatie.

Afwerende houding cliënt

Net zoals een cliënt een afwerende houding kan hebben ten opzichte van doorverwijzing op zich, kan een cliënt ook een afwerende houding hebben ten opzichte van een bepaald type instelling waarnaar een vrijwilliger deze cliënt wil verwijzen. Dit kan verschillende oorzaken hebben:

- slechte ervaringen met een instantie waarnaar wordt doorverwezen;
- het vernemen van slechte ervaringen van anderen met een instantie waarnaar wordt doorverwezen;
- het ontbreken van een vertrouwensband met de huisarts waar de cliënt naar toe moet voor een doorverwijzing naar tweedelijnszorg;
- het moeten betalen van een eigen bijdrage voor een bepaald type hulpverlening;
- cultuurgebonden onbekendheid met bepaalde vormen van hulpverlening.

Wanneer cliënten een afwerende houding hebben ten opzichte van bepaalde instellingen, zoekt de vrijwilliger naar alternatieven. Als de cliënt bijvoorbeeld vanwege negatieve ervaringen niet naar het RIAGG wil, wordt geprobeerd de cliënt door te verwijzen naar een vrijgevestigd therapeut. In de gevallen waarin een afwerende houding ten opzichte van doorverwijzing cultuurgebonden is, wordt geprobeerd een maatwerkoplossing te zoeken die past in de culturele traditie van een cliënt (bijvoorbeeld doorverwijzen naar een kerkgenootschap met gelijkgestemden waar een cliënt het verhaal kwijt kan). Als een eigen bijdrage een probleem is, kan er een verzoek worden gericht aan het Schadefonds om bij te dragen in deze kosten. Ook kan worden gezocht naar een vorm van hulpverlening die wel wordt vergoed.

Wanneer de gang naar de huisarts voor de cliënten een obstakel vormt, gaan vrijwilligers soms op zoek naar een alternatief, gaan ze met de cliënt mee naar de huisarts of nemen ze telefonisch contact op met de huisarts.

Aansluiting instellingen op dienstverlening SHN

De opvatting over de aansluiting van de dienstverlening van SHN op de dienstverlening van instellingen waarnaar wordt verwezen, kan de keuze voor verwijzing naar een bepaald type instelling beïnvloeden.

Hoewel elke vrijwilliger zijn persoonlijke voorkeuren heeft en het contact met de ene persoon van een instelling beter is dan het contact met een ander, worden de contacten met hulpverlenende instellingen over het algemeen goed genoemd. De teamleiders hebben over het algemeen eveneens goed contact met de instellingen waarnaar wordt verwezen.

De vrijwilligers vinden het echter lastig te beoordelen of de dienstverlening van de instelling waarnaar is verwezen inhoudelijk goed aansluit bij de dienstverlening van SHN. Zij krijgen geen terugkoppeling van de hulpverlenende instelling en ook niet altijd van het slachtoffer. De algemene perceptie bij zowel de vrijwilligers als de teamleiders is echter dat de instellingen in staat zijn dieper in te gaan op bepaalde problematiek dan dat SHN dat kan. Los hiervan vernemen alle vrijwilligers wel eens een klacht van een cliënt over de dienstverlening van een bepaalde instelling. De dienstverlening sloot dan bijvoorbeeld niet aan bij wat de cliënt nodig had of de instelling kon niet waarmaken wat deze de cliënt had beloofd. Zowel de vrijwilligers als de teamleiders benadrukken dat dit niet betekent dat de hulpverlening faalt. Er kan ook sprake zijn van een slechte match tussen cliënt en hulpverlener. Bovendien komen uitsluitend de negatieve ervaringen bij SHN terug en blijven positieve ervaringen vaak buiten beeld. Wel zegt een aantal vrijwilligers moeite te hebben met de bureaucratie, de negen-tot-vijfmentaliteit en de personeelswisselingen bij instellingen waarnaar wordt verwezen. Voor wat betreft de juridische dienstverlening worden in enkele regio's negatieve ervaringen met rechtsbijstandverzekeraars gemeld. Zij werken volgens vrijwilligers zeer bureaucratisch en de procedures duren lang.

De kritiek van de teamleiders heeft met name betrekking op de juridische dienst- en hulpverlening. In een van de regio's geven de teamleiders aan dat de advocaten slecht op de hoogte zijn van de voegingsprocedure en in een andere regio zijn teamleiders van mening dat medewerkers van het slachtofferloket op het OM onvoldoende kennis hebben van de mogelijkheden waarvan slachtoffers gebruik kunnen maken, wat tot fouten in de schadeafwikkelingsprocedure kan leiden.¹ In één regio zijn de teamleiders van mening dat voor bepaalde vormen van psychosociale problematiek geen geschikte hulpverlening bestaat: de sociale kaart is met andere woorden niet altijd toereikend. Ook zouden volgens deze teamleiders bepaalde hulpverlenende instellingen moeite hebben met het integraal benaderen van een hulpvraag en deze teveel in op zich staande delen aanpakken.

¹ Voor de afwikkeling van letselschade wordt momenteel door SHN nieuw beleid ontwikkeld. In het onderzoek is aan deze problematiek dan ook slechts beperkt aandacht besteed.

Het management en de trainers die we hebben gesproken, benadrukken dat niet alle klachten gegrond of terecht zijn. Men vindt het van belang in de toekomst een goede registratie te gaan voeren van de ervaringen die worden opgedaan met hulpverlenende instellingen, zodat deze voor de vrijwilligers inzichtelijk worden.

Wachtlijsten

In alle regio's zijn er bij bepaalde instellingen waarnaar wordt verwezen wachtlijsten. Als voorbeelden hiervan worden met name het RIAGG, maatschappelijk werk en jeugdzorg genoemd. De wachtlijsten hebben tot gevolg dat de vrijwilligers langer contact houden met de cliënt dan gepland: zolang zij nog niet terechtkunnen bij de instelling waarnaar wordt verwezen, houdt de vrijwilliger contact met de cliënt. Dit kan volgens de vrijwilligers een negatief effect op het verwerkingsproces van de cliënt hebben: SHN biedt immers geen hulpverlening zoals de gespecialiseerde instanties dit doen.

Om wachtlijsten te omzeilen, maken vrijwilligers gebruik van hun netwerkcontacten. Dit houdt in dat ze medewerkers van instellingen die ze persoonlijk kennen, benaderen en vragen om versnelling van de wachttijd voor hun cliënt. Ook teamleiders kunnen hierin vanwege hun netwerkcontacten soms een rol spelen. Ook zoeken vrijwilligers soms naar alternatieven. Bij wachtlijsten voor de GGZ verwijst men dan bijvoorbeeld door naar een vrijgevestigd therapeut. Volgens het management zijn de wachtlijsten de laatste jaren een stuk minder lang. Men moet er dus voor waken dat men zich niet baseert op 'oude beelden', die niet meer overeenkomen met de realiteit en men moet dus altijd controleren of er ook echt een wachtlijst bestaat.

Vooroordelen vrijwilligers

Hoewel vrijwilligers aangeven het lastig vinden een oordeel te geven over de dienstverlening van instanties waarnaar wordt verwezen, hebben vrijwilligers soms wel (voor)oordelen over bepaalde instanties. Daarom kunnen zij net als cliënten, een afwijzende houding hebben ten opzichte van een bepaald type instelling. Deze wordt dan veroorzaakt door eigen ervaringen met deze instelling of verhalen van anderen. Met name het RIAGG en de GGZ zijn door vrijwilligers genoemd als instellingen waarvan een slecht beeld bestaat. Dit heeft tot gevolg dat een deel van de vrijwilligers die een negatief oordeel hebben over deze instanties, ervoor kiest niet naar deze instanties te verwijzen, maar naar bijvoorbeeld een vrijgevestigd therapeut. Teamleiders geven aan dat zij wanneer het een vooroordeel betreft zonder gegronde redenen, voor zover mogelijk aansturen op de meest voor de hand liggende vorm van hulp, ook al is dit niet de vorm waaraan de vrijwilliger de voorkeur geeft. Wanneer een teamleider vaker en van verschillende vrijwilligers negatieve geluiden hoort over een bepaalde instelling, neemt hij contact op met deze instelling en gaat hij na wat mogelijke oorzaken zijn. In de praktijk ziet de teamleider echter niet alle zaken voordat sprake is van doorverwijzing, en kan deze dus ook lang niet altijd sturen.

Eigen bijdrage

Voor sommige vormen van hulp- en dienstverlening wordt een eigen bijdrage gevraagd, bijvoorbeeld voor particuliere therapeuten. Dit levert in de praktijk volgens de vrijwilligers geen problemen op. Indien een cliënt de eigen bijdrage niet kan betalen, kan men een beroep doen op het schadefonds of zoekt men naar een vorm die wel volledig wordt vergoed. In één regio zijn de teamleiders echter van mening dat dit laatste wel degelijk een probleem kan zijn. Wanneer de vrijwilliger zijn keuze baseert op dergelijke praktische overwegingen, kan dit ten koste gaan van de kwaliteit van de dienstverlening, wat onwenselijk is.

3.3.3 Wijze van doorverwijzen

Begeleid of niet-begeleid doorverwijzen

Vrijwilligers geven er de voorkeur aan niet-begeleid door te verwijzen. Ze gaan uit van de zelfredzaamheid van de cliënt. Vrijwilligers verwijzen alleen begeleid door als een cliënt niet zelfredzaam is.

Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als een cliënt de Nederlandse taal niet spreekt, zijn hulpvraag niet goed onder woorden kan brengen of angstig is. Bij voorkeur wordt niet-begeleid verwezen, omdat het volgens de vrijwilligers en teamleiders voor het verwerkingsproces van de cliënt beter is het heft in eigen handen te hebben. Het komt ook voor dat de vrijwilliger tijdens een telefoongesprek naast de cliënt gaat zitten of dat de vrijwilliger het nummer van de instelling waarnaar wordt doorverwezen draait, maar vervolgens de telefoon aan de cliënt geeft. Dit wordt dan niet door iedereen als begeleid verwijzen beschouwd.

Indicatiestelling

Er worden geen problemen ervaren met indicatiestelling. Bepaalde vormen van zorg (bijvoorbeeld GGZ-zorg) moeten worden geïndiceerd door hiertoe bevoegde personen (bijvoorbeeld de huisarts of de specialist), die hiervoor een verwijsbrief uitschrijven. De vrijwilligers kunnen hierin adviseren, maar formeel gezien zelf niet indiceren. Voor een deel van de doorverwijzingen is een verwijsbrief niet nodig. Naar het maatschappelijk werk kan bijvoorbeeld worden doorverwezen, zonder dat hiervoor een verwijsbrief van de huisarts is vereist. Ook voor verwijzing naar bepaalde particuliere instanties die niet door de zorgverzekeraar worden vergoed, is een verwijsbrief niet nodig. Bij GGZ-zorg is een verwijzing van de huisarts nodig, maar dit leidt in de praktijk vrijwel nooit tot problemen. De vrijwilliger verwijst naar een instelling, waarna de cliënt bij de huisarts een verwijsbrief gaat halen. In de meeste gevallen wordt het advies van de vrijwilliger door de huisarts en hulpverleners opgevolgd of komt men hier in onderling overleg uit. Het komt ook voor dat de vrijwilliger zelf geen keuze maakt, maar de cliënt doorverwijst naar de huisarts met de boodschap dat deze het beste kan bepalen welke hulp de cliënt het beste kan ontvangen.

Zowel vrijwilligers als teamleiders voelen zich zeer serieus genomen door de huisarts en de instellingen waarnaar wordt doorverwezen. Als ze een instelling

bellen en zeggen dat ze van SHN zijn, gaan er 'deuren voor hen open', zowel bij instellingen voor juridische als psychosociale dienst- en hulpverlening. Een aantal meer ervaren vrijwilligers geeft aan dat SHN serieuzer genomen wordt dan vroeger, vanwege de grotere bekendheid die de organisatie heeft.

3.3.4 Rol van overleg

Overleg met teamleider

De meeste vrijwilligers consulteren de teamleider niet standaard bij een verwijzing. Vrijwilligers consulteren de teamleiders wel als ze twijfelen bij ingewikkelde zaken. De teamleider is volgens de vrijwilligers in de meeste gevallen goed bereikbaar. De ingewikkelde gevallen worden in teambesprekingen achteraf vaak nog besproken. De rol van de teamleider is in de ogen van de vrijwilliger dan ook vooral coachend in plaats van sturend: de vrijwilligers kunnen advies vragen als ze dit nodig achten.

Omdat teamleiders niet bij elke verwijzing worden geconsulteerd, is de invloed van de teamleiders op de doorverwijzing niet groot. Alleen bij huiselijk geweld wordt er vaak contact opgenomen met de teamleider. Verder nemen de vrijwilligers naar eigen inzicht bij complexe situaties contact op met de teamleiders. Een voorbeeld hiervan is bijvoorbeeld een zaak waarbij het contact met de instelling waarnaar wordt doorverwezen niet goed verloopt. Wanneer de vrijwilligers de teamleiders consulteren, wordt er samen gekeken naar een plan van aanpak. Volgens de vrijwilligers gebeurt het zelden dat ze het niet eens zijn over de juiste werkwijze. Ook bij de overleggen na afsluiting van de case gebeurt het volgens de vrijwilligers zelden dat de teamleider zegt dat ze de zaak anders hadden moeten aanpakken.

De teamleiders hebben een minder eenduidige opvatting van hun rol. Een deel vindt hun rol vooral coachend en een deel vindt hun rol zowel coachend als sturend. De teamleiders die zeggen dat hun rol vooral coachend is, geven hiervoor de volgende redenen:

- Teamleiders hebben te weinig tijd om van alle ins en outs van de case op de hoogte te zijn, omdat naast coachingstaken ook administratieve taken veel tijd vergen. Hierdoor is sturing volgens hen niet goed mogelijk.
- Er zijn te weinig contactmomenten tussen teamleider en vrijwilliger om echt te kunnen sturen. Dit geldt met name voor teamleiders die teams van meerdere kantoren leiden.
- Het initiatief voor het opnemen van contact bij doorverwijzing moet bij de vrijwilliger liggen: teamleiders hebben vertrouwen in de deskundigheid van de vrijwilligers en vertrouwen erop dat deze de teamleiders consulteren wanneer dit nodig is.

De teamleiders die hun rol zowel coachend als sturend zien, zeggen dat ze weten welke vrijwilliger meer sturing nodig heeft. De ene vrijwilliger heeft volgens hen intensievere begeleiding nodig dan de andere en daar stemmen ze hun begeleiding op af. Zij zijn ook van mening dat de belasting met administratieve taken sterk is toegenomen, maar ze geven prioriteit aan het

contact met de vrijwilligers.

De regiodirecteuren en trainers die we spraken vinden overleg over doorverwijzing met teamleiders van groot belang, omdat vrijwilligers niet altijd zelf kunnen inschatten of verwijzing nodig is. Volgens hen zijn er ook voldoende momenten waarop dit mogelijk is. Het feit dat niet alle teamleiders alle dossiers achteraf nalopen, vinden ze evenmin een wenselijke situatie.

Consulteren collega-vrijwilligers

Het overleggen met collega-vrijwilligers komt vaak voor. Vrijwilligers stellen elkaar dan vragen als de ander bijvoorbeeld meer deskundigheid bezit op een bepaalde vorm van dienstverlening. Ook leggen zij elkaar keuzes voor die ze maken.

3.3.5 Afsluiting dienstverlening

Aankondigen bij cliënt

Een zaak wordt afgesloten wanneer een cliënt zelf verder kan of hulp heeft. Het afsluiten van een case moet altijd worden aangekondigd aan de cliënt. Het afsluiten van de dienstverlening gebeurt in principe mondeling. Als de cliënt niet meer bereikbaar is, worden eindbrieven verstuurd.

De meeste vrijwilligers nemen een aantal weken na de doorverwijzing contact op met de cliënt, om te vragen hoe het met de cliënt gaat en of het contact met de instantie waarnaar is verwezen daadwerkelijk tot stand is gekomen en goed verloopt. Wanneer blijkt dat het contact tussen de cliënt en de instelling waarnaar is verwezen goed verloopt, wordt het dossier gesloten. In een enkel geval bellen de vrijwilligers niet alleen de cliënt, maar ook de instelling waarnaar de cliënt is verwezen.

Niet alle vrijwilligers werken echter op deze manier. Een aantal vrijwilligers neemt alleen contact op met de cliënt na een doorverwijzing als er begeleid is doorverwezen. Bij het geven van een tip of advies om contact op te nemen met een instelling, beschouwt men dit dan als eigen verantwoordelijkheid van de cliënt om dit al dan niet te doen. In één regio wordt in het geheel niet nagebeld na doorverwijzing.

Het komt voor dat de cliënt niet is 'aangekomen' bij de instantie waarnaar is verwezen, bijvoorbeeld omdat de cliënt nog niet toe is aan psychische hulpverlening. Het dossier bij SHN wordt dan wel afgesloten. Dit gebeurt ook wanneer de cliënt niet tevreden is over de hulpverlening van de instantie waarnaar is verwezen.

Volgens het management is nabellen wel wenselijk. De reden waarom een deel van de vrijwilligers dit niet (standaard) doet, wordt volgens hen onder meer veroorzaakt doordat vrijwilligers niet goed weten om te gaan met cliënten die ontevreden zijn over de doorverwijzing. Het is volgens de trainers van belang dat vrijwilligers meer handvatten krijgen om hier mee om te gaan. Een van de managers is van mening dat bij de afsluiting in ieder geval aan de cliënt moet worden voorgelegd of deze ermee instemt dat de vrijwilliger nog eens contact met hem opneemt. Indien dit niet het geval is, moet ook geen

contact meer worden opgenomen, maar als er geen bezwaar is, moet dit wel gebeuren.

Moeite met loslaten

Het grootste deel van de teamleiders en vrijwilligers erkent dat het soms moeilijk is om een cliënt los te laten. Als voorbeeld van situaties waarin dit het geval is, geven vrijwilligers cliënten wier verhaal hen persoonlijk raakt, of cliënten die eenzaam zijn en het contact met de vrijwilliger erg op prijs stellen. De meeste vrijwilligers noemen de moeilijkheid om cliënten los te laten een aandachtspunt, maar geen knelpunt. Ze zijn zich ervan bewust dat dit een mogelijke valkuil is.

De teamleiders delen de mening van de vrijwilligers: het op tijd los laten is een aandachtspunt. In verschillende teams zitten wel één of twee mensen waarvan de teamleiders weten dat ze het loslaten van de cliënt lastig vinden. Hier letten de teamleiders dan extra op. Maar mits het aantal gesprekken binnen een bepaalde bandbreedte blijft, is het volgens hen niet erg dat de ene vrijwilliger gemiddeld meer gesprekken houdt met een cliënt dan een andere, zolang vrijwilligers maar niet de rol van therapeut op zich nemen.

Juridische dienstverlening na afsluiting psychosociale dienstverlening

Het komt voor dat vrijwilligers nog contact hebben met een cliënt in verband met een juridisch traject terwijl de psychosociale dienstverlening is afgesloten. Vrijwilligers zeggen dan heel duidelijk te communiceren naar de cliënt dat ze alleen contact opnemen in verband met het juridische traject, maar dat het niet honderd procent los te zien is van het psychosociale aspect. In de praktijk betekent dit dat een deel van de vrijwilligers dan nog wel vraagt aan de cliënten hoe het met ze gaat en het verhaal aanhoort, maar het daar dan ook bij laat. Ze gaan naar eigen zeggen niet op de stoel van de therapeut zitten. In een aantal regio's werkt men sinds kort met aparte afdelingen voor juridische en psychosociale trajecten. Er zijn daar medewerkers die gespecialiseerd zijn in het voegen. Daar komt de combinatie van psychosociale- en juridische dienstverlening door dezelfde vrijwilliger niet meer voor.

3.3.6 Registratie

Tijdens het hulpverleningstraject houdt de vrijwilliger een logboek bij, waarin de contacten worden genoteerd. Na afloop van het traject neemt hij of zij de gegevens over op een registratieformulier. Vervolgens worden de gegevens door een medewerker van SHN in het geautomatiseerde systeem Regas ingevoerd. Hierdoor is het mogelijk een beeld te krijgen van het aantal keren dat slachtoffers naar andere instellingen worden doorverwezen. Dit beeld is echter niet eenduidig en volledig. Dit komt door de manier waarop de doorverwijzing in Regas moet worden geregistreerd en door de manier waarop vrijwilligers en teamleiders doorverwijzing interpreteren.

In het registratiesysteem wordt een onderscheid gemaakt tussen begeleid doorverwijzen (code 33) en het geven van informatie over andere instellingen

(één van de aankruismogelijkheden onder code 32: praktische dienstverlening). Begeleid doorverwijzen heeft dus een eigen code, terwijl het niet-begeleid doorverwijzen primair wordt geregistreerd als informatievoorziening binnen de categorie praktische dienstverlening.

Bovendien is er onder code 32 nog de aankruismogelijkheid 'ondersteuning bezoek andere instelling'. Deze activiteit is misschien niet identiek aan, maar wel overlappend met begeleid doorverwijzen. Uit de documentatie wordt niet duidelijk hoe de codes op dit punt precies moeten worden geïnterpreteerd en waarom doorverwijzing op deze manier wordt geregistreerd. De registratie wordt verder gecompliceerd doordat het onder de vrijwilligers en de teamleiders ontbreekt aan een eenduidige opvatting over de begrippen doorverwijzen, begeleid doorverwijzen en het geven van informatie over andere instellingen.

Dit leidt tot verschillende manieren van registreren. De volgende situaties en dilemma's komen in de praktijk voor (onbekend is hoe vaak):

- doorverwijzen beschouwen als doorverwijzen als de cliënt daadwerkelijk is 'aangekomen' bij de instelling waarnaar is verwezen, of een activiteit ook doorverwijzen noemen onafhankelijk van de vraag of de cliënt is 'aangekomen'. Het gevolg hiervan is dat er verschillen optreden bij het al dan niet selecteren van code 33 (begeleid verwijzen).
- onder begeleid verwijzen verstaan dat de vrijwilliger meegaat met de cliënt naar een instelling of onder begeleid doorverwijzen verstaan dat door de vrijwilliger telefonisch contact wordt gelegd met een instelling waarnaar wordt verwezen. Het gevolg hiervan is dat er verschillen optreden bij het al dan niet selecteren van code 33 (begeleid verwijzen).
- onder verwijzen ook verstaan het geven van tips of adviezen over andere instellingen of verwijzen alleen beschouwen als begeleid verwijzen. Dit levert verschil op in het selecteren van code 32 of code 33.
- onder het verstrekken van informatie of adviezen ook verstaan het noemen van een andere instelling zonder daarbij het telefoonnummer of de website te geven of iets alleen verstrekken van informatie of adviezen noemen als er een telefoonnummer of website wordt verstrekt. Dit veroorzaakt verschillen op in het al dan niet selecteren van code 32: het geven van informatie over andere instellingen.

Behalve van tekortkomingen in de eenduidigheid van de registratie is er ook sprake van onderregistratie. Volgens de vrijwilligers en de teamleiders worden de registratieformulieren lang niet altijd volledig ingevuld. Dit komt doordat het formulier pas bij het afsluiten van de case wordt ingevuld, en vrijwilligers dan soms zijn vergeten dat ze iemand een tip hebben gegeven of hebben verwezen. Dergelijke aantekeningen worden wel gemaakt in het logboek, maar er is niet in elke regio controle op de omzetting van gegevens uit het logboek in de registratie. Als teamleiders de registratieformulieren controleren, is het onbegonnen werk (tijdgebrek, leesbaarheid handschrift) om in alle logboeken na te gaan of een vrijwilliger heeft opgeschreven of hij iemand een advies gegeven heeft.

Vrijwilligers en teamleiders vinden dat er sprake is van onderregistratie. Daarnaast zal een uitdraai uit Regas geen volledig beeld geven van de werkelijke omvang van de doorverwijzing, omdat een deel van de niet-begeleide doorverwijzing onder 'praktische dienstverlening/ondersteuning bezoek andere instelling' of 'praktische dienstverlening/geven van informatie over andere instellingen' is geregistreerd.

Het management is van mening dat alle vormen van verwijzing (dus ook het geven van informatie) volgens het beleid moeten worden geregistreerd. Het feit dat het begrip verwijzing op meerdere manieren kan worden geïnterpreteerd en als gevolg hiervan op verschillende manieren wordt geregistreerd, vindt men onwenselijk, omdat de uniformiteit van de werkwijze hiermee in het gedrang komt en er op basis van de registratie niet kan worden gestuurd. Het is volgens hen dan ook noodzakelijk om tot een heldere, eenduidige definitie van verwijzen te komen.

3.4 Conclusie: aandachtspunten bij doorverwijzing

In de praktijk hanteren vrijwilligers en teamleiders verschillende definities van doorverwijzen. De invulling van het begrip varieert van het geven van tips of adviezen over een andere instelling aan de cliënt tot een handeling pas doorverwijzen noemen als blijkt dat de cliënt daadwerkelijk gebruikmaakt van het hulpaanbod van de instelling waarnaar is verwezen.

Vrijwilligers en teamleiders vinden doorverwijzen een belangrijke taak van SHN. Beide groepen denken dat de behoefte aan doorverwijzing altijd wel wordt herkend. In de praktijk kunnen er echter omstandigheden zijn die het doorverwijzen bemoeilijken. Er zijn cliënten die een afwerende houding hebben ten opzichte van doorverwijzing of de vrijwilliger kan het moeilijk vinden de cliënt los te laten. Vrijwilligers en teamleiders beschouwen deze factoren als aandachtspunten en niet als knelpunten. Iedereen is zich ervan bewust dat het kan voorkomen en men geeft aan over voldoende handvatten te beschikken om met een afwerende houding en het loslaten van een cliënt om te gaan.

De keuze van de organisatie waarnaar een cliënt wordt verwezen, wordt beïnvloed door de kennis van de sociale kaart, (voor)oordelen van vrijwilligers over het functioneren van bepaalde instellingen, wachtlijsten en een afwerende houding van de cliënt over bepaalde instellingen.

De kennis van de sociale kaart is divers en schiet in enkele regio's te kort. Dit kan ertoe leiden dat cliënten niet naar de meest geschikte instantie worden doorverwezen. In een aantal andere regio's is de kennis van de sociale kaart naar eigen zeggen wel voldoende, maar het kost veel inspanningen om deze actueel te houden.

Het komt voor dat vrijwilligers een negatief oordeel hebben over een bepaalde instelling, of dat de cliënt zelf wegens slechte ervaringen, het moeten betalen van een eigen bijdrage of angst voor stigmatisering, een afwijzende houding

heeft ten opzichte van bepaalde instellingen. In beide gevallen gaan vrijwilligers soms op zoek naar alternatieven. Teamleiders geven aan dat zij bij negatieve ervaringen van de vrijwilliger er in beginsel op aansturen dat niet direct naar alternatieve vormen van hulp wordt gezocht. Om na te gaan wat mogelijke oorzaken zijn van de slechte ervaringen, neemt de teamleider contact op met de betreffende instelling. Pas als de ervaringen gefundeerd zijn, is het zoeken naar een alternatief volgens de teamleiders legitiem. Ook wachtlijsten hebben invloed op de doorverwijzing. Als cliënten als gevolg van wachtlijsten niet terecht kunnen bij een instantie, houdt de vrijwilliger langer contact met de cliënt. Dit is niet wenselijk omdat de vrijwilligers geen therapeutische hulp bieden en het kan een negatieve invloed hebben op het verwerkingsproces. Vrijwilligers en teamleiders ervaren geen problemen met de indicatiestelling: dit verloopt altijd in goed overleg met huisarts en hulpverlener.

Vrijwilligers ervaren de rol van de teamleider vooral als coachend. Ze overleggen niet standaard bij een doorverwijzing, maar consulteren de teamleider bij twijfel of moeilijkheden. Ook doen vrijwilligers onderling een beroep op elkaars expertise.

Teamleiders vatten hun rol minder eenduidig op: een deel ervaart hun rol naast coachend ook als sturend. Een deel van de teamleiders zegt niet genoeg tijd te hebben om vrijwilligers echt te sturen en dat zelfs de coachende taak soms in het gedrang komt.

De wijze van registreren is niet eenduidig. Dit komt door het onderscheid dat in het registratiesysteem wordt gemaakt tussen begeleid doorverwijzen en het geven van informatie over andere instellingen, terwijl beide vormen van verwijzing zijn. Bovendien ontbreekt een eenduidige invulling van de begrippen doorverwijzen, begeleid doorverwijzen, niet-begeleid verwijzen en wijzen op. Als gevolg van deze factoren is de registratie niet volledig en eenduidig. Daarnaast geven vrijwilligers en teamleiders aan dat de registratie ook niet adequaat wordt bijgehouden: de formulieren worden pas ingevuld bij het afsluiten van het dossier en dan zijn vrijwilligers soms al vergeten dat ze iemand hebben geadviseerd contact op te nemen met een andere instelling. Op een enkel kantoor na ontbreekt adequate controle van teamleiders op de registratie.

4 CONCLUSIE

Slachtoffers die gespecialiseerde hulp nodig hebben die SHN niet kan bieden, moeten, indien zij dit wensen, gebruik kunnen maken van aanvullende hulpverlening. Een van de vormen van dienstverlening die SHN aanbiedt, is dan ook de doorverwijzing naar een andere dienst- en hulpverlenende instantie.

Het onderzoek had tot doel te verkennen hoe deze verwijzing in de praktijk vorm krijgt en hierbij eventuele knelpunten aan het licht te brengen. De verkenning zou moeten uitwijzen of er aanleiding is te veronderstellen dat er te weinig wordt doorverwezen en zo ja, wat hiervan de oorzaken zijn. Hiervoor is achtereenvolgens het beleid ten aanzien van doorverwijzen geschetst, zijn opvattingen van teamleiders en vrijwilligers over doorverwijzen beschreven en hebben we de werkwijze bij verschillende onderdelen van de doorverwijsprocedure in kaart gebracht.

Op basis van de gesprekken die zijn gevoerd met vrijwilligers, teamleiders en management (er is in het onderzoek niet met slachtoffers gesproken) is er geen directe aanleiding om te veronderstellen dat er te weinig wordt doorverwezen. De doorverwijzing verloopt volgens vrijwilligers, teamleiders en regiodirecteuren op hoofdlijnen adequaat. Vrijwilligers en teamleiders hechten veel belang aan doorverwijzen.

Op een aantal punten, zoals het overleggen met de teamleider bij verwijzen en het toepassen van het Gestructureerde Opvang-model, wijken vrijwilligers en teamleiders af van het beleid. Daarnaast kent de doorverwijsprocedure een aantal aandachtspunten die zowel het proces van doorverwijzen als de registratie van doorverwijzen beïnvloedt.

Hieronder beschrijven we achtereenvolgens de afwijkingen van het beleid en de aandachtspunten in de doorverwijsprocedure.

4.1 Afwijkingen van het beleid

4.1.1 Invulling begrip doorverwijzen

Er bestaan visieverschillen over de invulling van het begrip doorverwijzen. Volgens het management van SHN is verwijzen zowel het begeleid als niet-begeleid doorverwijzen van een cliënt. Hoewel de informatie in de verschillende beleidsdocumenten hierover niet eenduidig is en er verschillende termen worden gehanteerd, moet volgens de definitie in het Handboek Diensten (het meest recente beleidsdocument) ook het geven van een advies over een andere instantie als verwijzen worden beschouwd.

Op de werkvloer worden verschillende definities gehanteerd voor het begrip doorverwijzen: waar de een het geven van een advies al beschouwt als een

doorverwijzing, is hiervan volgens een ander pas sprake bij begeleiding bij het eerste gesprek met de hulpverlener waarnaar wordt verwezen.

4.1.2 Geen eenduidigheid bij registreren

Deze visieverschillen hebben consequenties voor de wijze van registreren. Volgens het beleid van SHN dienen verwijzingen te worden geregistreerd in Regas. De vrijwilligers vullen hiertoe een formulier in, waarop kan worden aangemerkt of sprake is geweest van een begeleide doorverwijzing of het verstrekken van informatie over andere instellingen. In de praktijk blijken deze twee mogelijkheden verschillend te worden gebruikt, afhankelijk van de definitie van begeleid verwijzen die men hanteert. Ook blijkt met name de optie 'informatie verstrekt over hulpverlenende instelling' wel eens te worden vergeten. Controle van teamleiders hierop ontbreekt in veel gevallen. De registratie vormt hiermee geen betrouwbare basis om uitspraken te kunnen doen over het aantal doorverwijzingen.

4.1.3 Verschillen in manieren van doorverwijzen

Er is niet uitsluitend sprake van verschil in visie over de betekenis van verwijzen, ook voor wat betreft de wijze waarop moet worden verwezen zijn de meningen verdeeld. Dit heeft tot gevolg dat er verschillende werkwijzen zijn. Het beleid zoals verwoord in het Handboek Diensten, wordt in de praktijk niet op alle fronten correct uitgevoerd. Dit is volgens het management een onwenselijke situatie, omdat beleidsafspraken een borging vormen voor een correcte uitvoering, en deze bij grote afwijkingen hiervan dus een gevaar loopt.

Rol van de teamleider

Het beleid van SHN schrijft voor dat bij een (op handen zijnde) doorverwijzing, te allen tijde de teamleider dient te worden geconsulteerd. Ook in de trainingen wordt dit benadrukt. In de praktijk gebeurt dit echter meestal niet. Het is bij vrijwilligers niet altijd duidelijk dat dit het beleid is, het beleid wordt anders geïnterpreteerd dan bedoeld, vrijwilligers zijn van mening dat ze ervaren genoeg zijn om zelf de keuze te maken, of ze overleggen met andere vrijwilligers. Ook veel teamleiders zijn van mening dat consultatie niet altijd nodig is. Teamleiders vinden het nalopen van de dossiers achteraf wel wenselijk, maar komen hier in de praktijk vaak niet aan toe, waardoor ze niet alle verwijzingen in het vizier hebben.

Verwachtingsmanagement

Een ander aspect waarin wordt afgeweken van het beleid heeft betrekking op het moment waarop de grenzen aan de dienstverlening kenbaar worden gemaakt. In een zo vroeg mogelijk stadium dient de vrijwilliger de grenzen van de dienstverlening van SHN kenbaar te maken, bij voorkeur in het eerste gesprek. In de praktijk blijkt deze norm niet strikt te worden gehanteerd. Bij ernstige zaken wordt door vrijwilligers veel belang gehecht aan het opbouwen van een vertrouwensband, waarvoor door vrijwilligers soms eerst enkele

gesprekken nodig worden geacht. Het is echter de vraag of dit bij ernstige situaties wenselijk is, omdat een snelle doorverwijzing juist daar belangrijk is.

Afsluiting

Nadat een cliënt is verwezen, wordt de dienstverlening afgesloten. Volgens de trainingsdocumentatie moet altijd contact worden opgenomen met de cliënt om na te gaan of deze goed is terecht gekomen. Hoewel de meeste vrijwilligers aangeven nog contact op te nemen met de cliënt, doet een deel van de vrijwilligers dit nooit of slechts in bepaalde situaties.

4.1.4 Oorzaken afwijkingen van beleid

Onbekendheid met het beleid is een van de redenen voor het afwijken van het beleid. Het Handboek Diensten, waarin het meest recente beleid is beschreven, is niet in alle regio's geïmplementeerd, en wordt dus ook niet gebruikt door alle vrijwilligers. Daarnaast wordt afgeweken van het beleid omdat vrijwilligers en teamleiders verschillende interpretaties van en een individuele invulling aan het beleid geven.

4.2 Aandachtspunten in doorverwijzingsproces

4.2.1 Bemoeilijkende factoren

In de praktijk kunnen zich omstandigheden voordoen die het doorverwijzingsproces bemoeilijken. Een cliënt kan een afwerende houding hebben ten opzichte van doorverwijzing of de vrijwilliger kan het moeilijk vinden de cliënt los te laten. Vrijwilligers en teamleiders beschouwen deze factoren als aandachtspunten en niet als knelpunten. Iedereen is zich ervan bewust dat het kan voorkomen en heeft voldoende handvatten om met een afwerende houding en het loslaten van een cliënt om te gaan.

Ook wachtlijsten hebben invloed op de doorverwijzing. Als cliënten als gevolg van wachtlijsten niet terechtkunnen bij een instantie, houdt de vrijwilliger langer contact met de cliënt. Dit is niet wenselijk omdat de vrijwilligers geen therapeutische hulp bieden en kan een negatieve invloed hebben op het verwerkingsproces. Deze factor is echter lastig te beïnvloeden. In bepaalde situaties kunnen teamleiders fungeren als 'breekijzer' en voorrang organiseren door persoonlijk contact op te nemen met de hulpverlenende instelling. Soms bestaat er bij vrijwilligers echter ten onrechte het beeld dat sprake is van (lange) wachtlijsten. Het is dan ook van belang dit in de praktijk steeds te controleren. De teamleiders hebben hierin een belangrijke rol.

4.2.2 Keuze van de hulpverlenende instantie

Naar welke instantie een vrijwilliger verwijst, wordt door verschillende omstandigheden beïnvloed. In een aantal regio's schiet de kennis van de sociale kaart te kort. Hierdoor is het mogelijk dat cliënten niet naar de juiste instantie wordt doorverwezen. Hoewel dit in de praktijk niet tot problematische

situaties leidt (omdat bijvoorbeeld altijd overleg kan plaatsvinden met de teamleider) is dit wel een aandachtspunt. Het hoofdkantoor werkt momenteel aan een landelijke sociale kaart, die op regioniveau moet worden gevoed en geactualiseerd.

De verwijzing wordt daarnaast beïnvloed door het eigen oordeel van de vrijwilliger of de cliënt over een bepaalde hulpverlenende instantie. In beide gevallen komt het voor dat de vrijwilliger op zoek gaat naar alternatieven. Teamleiders sturen er bij negatieve ervaringen van de vrijwilliger of cliënt in beginsel op aan niet direct naar alternatieve vormen van hulp te zoeken. Pas als de ervaringen gefundeerd zijn, wordt dit legitiem gevonden. In dergelijke gevallen vindt daarnaast terugkoppeling plaats tussen de teamleider en de hulpverlenende instantie. Maar omdat teamleiders niet bij alle doorverwijzingen zijn betrokken en hierin dus niet altijd kunnen sturen, is dit een aandachtspunt.

4.3 Ten slotte

Vrijwilligers en teamleiders delen de visie dat doorverwijzen bij SHN op een goede manier gebeurt. Zij hechten ook veel belang aan een goede doorverwijzing. Hoewel er wel aandachtspunten zijn in het doorverwijsproces, geven de onderzoeksresultaten geen directe aanleiding om te veronderstellen dat er te weinig wordt doorverwezen. De kanttekening hierbij is dat er op een aantal punten wordt afgeweken van het beleid. Dit roept de vraag op of deze afwijkingen van het beleid wenselijk zijn en of op bepaalde punten (terecht) wordt afgeweken. In dat geval kan een herijking van het beleid worden overwogen. Daarbij is het beleid op een aantal aspecten van de doorverwijzing niet eenduidig.

Op basis van de gesprekken met betrokkenen zijn er geen aanwijzingen gevonden dat er minder wordt doorverwezen dan wenselijk. Dit gegeven staat echter op gespannen voet met de resultaten uit eerder onderzoek, waarin een deel van de cliënten aangaf niet zijn doorverwezen, ondanks dat zij dit wel hadden gewild. Het huidige onderzoek heeft voor dit verschil geen verklaringen kunnen vinden. Wel kan een aantal mogelijke oorzaken worden genoemd. Zo kan het zijn dat cliënten de wens hebben te worden doorverwezen, maar dat er geen sprake is van problematiek waarvoor dit nodig is. Er heeft in dat geval terecht geen verwijzing plaatsgevonden, ook al had de cliënt dit zelf graag gezien. Ook kan het zijn dat een cliënt wel is verwezen, maar dit zelf niet als zodanig heeft ervaren, omdat hij of zij hierin zelf het initiatief heeft genomen. Een andere mogelijkheid is dat de cliënt wel is verwezen, maar het zich niet meer herinnert. Ook kunnen de cijfers uit eerder onderzoek betrekking hebben op zeer specifieke zaken, terwijl in het huidige onderzoek over de verwijzing in algemene zin is gesproken. Aanvullend onderzoek van specifieke zaken (waarbij geen verwijzing heeft plaatsgevonden) zou hierover meer duidelijkheid kunnen geven.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

ONDERZOEKSVRAGEN EN METHODE

Onderzoeksvragen

In het onderzoek zijn de volgende vragen beantwoord:

Met betrekking tot het beleid en de registratie:

1. Hoe wordt het beleid met betrekking tot de doorverwijzing, zoals beschreven in het dienstenhandboek, naar de uitvoeringspraktijk vertaald?

Deze hoofdvraag valt uiteen in de volgende deelvragen:

- Welke opvattingen leven er onder vrijwilligers over de wenselijkheid en de noodzaak van doorverwijzing van slachtoffers naar andere instellingen?
- In hoeverre hebben de opvattingen invloed op de uitvoeringspraktijk?
- Wanneer wordt actief en wanneer wordt passief doorverwezen? Waardoor wordt de keuze voor een van beide vormen bepaald?
- In hoeverre en op welke manier gaan vrijwilligers om met verwachtingen van slachtoffers?
- In hoeverre wordt door vrijwilligers richting slachtoffers aan verwachtingsmanagement gedaan: zijn zij bij de start van de dienstverlening helder over het aanbod en de grenzen die daarbij gelden?
- In hoeverre wordt de dienstverlening op een voor het slachtoffer duidelijke manier afgesloten?
- In welke mate wijken vrijwilligers in hun keuzes met betrekking tot doorverwijzing af van de werkwijze in het Handboek Diensten en wat zijn daarvoor de redenen?
- In hoeverre hebben teamleiders invloed op de doorverwijzing? Zijn er methoden die een grotere dan wel een kleine invloed hebben op keuzes die vrijwilligers maken?
- Wat registreren vrijwilligers al dan niet als doorverwijzing in het registratiesysteem Regas? Welke redenen geven zij hiervoor?

Met betrekking tot het signaleren en uitvoeren van doorverwijzing:

2. In hoeverre is er aanleiding om te veronderstellen dat er minder wordt doorverwezen dan gewenst vanuit het perspectief van de slachtoffers?
3. Wat zijn de redenen dat er niet vaker wordt doorverwezen?

Met als deelvragen:

- Wordt de behoefte aan doorverwijzing bij slachtoffers door de vrijwilligers niet herkend? Waaruit blijkt dat?

- Welke opvattingen en ervaringen hebben de vrijwilligers over de kwaliteit van de dienstverlening van overige instellingen aan slachtoffers? In hoeverre hebben deze invloed op de doorverwijzing?
- Is er een goed beeld van dan wel een gebrek aan kennis over het aanbod van instellingen (sociale kaart)?
- Welke perceptie hebben de vrijwilligers van doorverwijzing als vorm van dienstverlening?
- Hoe gaan vrijwilligers om met een afwerende houding van cliënten?
- Hoe begeleiden de teamleiders hierin?
- Welke aanwijzingen zijn er voor onderregistratie van doorverwijzing? Bestaat er een eenduidig beeld van de definitie van doorverwijzing?

Met betrekking tot de aansluiting op instellingen:

4. In hoeverre worden er door SHN knelpunten ervaren in de relatie met de instellingen waarnaar wordt doorverwezen (maatschappelijk werk, GGZ, huisarts en dergelijke)? Welke knelpunten zijn dat?

Met als deelvragen:

- In hoeverre sluit het aanbod van (langdurige en/of meer gespecialiseerde) hulpverlening naar inhoud en tijd (wachtlijsten) aan bij SHN?
- In hoeverre leiden eventuele wachtlijsten tot verlenging van de dienstverlening door vrijwilligers van SHN?
- In hoeverre worden slachtoffers geconfronteerd met problemen met indicatiestelling?
- In hoeverre worden vrijwilligers, als vertegenwoordiger van het slachtoffer, serieus genomen door (andere) dienstverlenende instellingen? In hoeverre heeft dit invloed op keuzes met betrekking tot doorverwijzing?

Methode

Literatuurstudie

Ter voorbereiding op de groepsgesprekken zijn de beschikbare (beleids)-documenten van SHN en enkele (onderzoeksrapporten) van andere instanties bestudeerd. Daarnaast is gezocht naar algemene literatuur over doorverwijzing vanuit vrijwilligersorganisaties naar professionele organisaties, die ons inzicht kon verschaffen in de problemen die bij verwijzen kunnen optreden. Hierbij is met de zoekmachine *Google* gezocht op de volgende zoektermen:

- '(Door)verwijzing' in combinatie met 'remedial teaching'
- '(Door)verwijzing' in combinatie met 'speciaal onderwijs'
- '(Door)verwijzing' in combinatie met 'zorg'
- '(Door)verwijzing' in combinatie met 'niet-professionals'
- '(Door)verwijzing' in combinatie met 'vrijwilligers'
- '(Door)verwijzing' in combinatie met 'mantelzorg'
- '(Door)verwijzing' in combinatie met 'telefonische hulpdienst'

- '(Door)verwijzing' in combinatie met 'kindertelefoon'.¹

De zoektermen zijn daarnaast nogmaals ingetikt in combinatie met de term 'knelpunten' en de term 'problemen'. Steeds zijn de eerste twintig 'hits' gescand op bruikbaarheid. Verder is nog in de databank van onderzoeks-instituut Nivel gezocht naar rapportages over doorverwijzing vanuit met name de eerste lijn.

Interviews

Ter voorbereiding op de groepsgesprekken hebben daarnaast interviews plaatsgevonden met de directeur beleid van SHN en een senior beleidsmedewerker. In deze interviews is gevraagd naar hun visie op het beleid. Om een eerste indruk te krijgen van de vertaling van het beleid naar de praktijk is daarnaast gesproken met een trainer en een teamleider.

Veldwerk: groepsgesprekken

Er zijn afzonderlijke groepsgesprekken geweest voor vrijwilligers, teamleiders, en trainers en management. De groepsgesprekken met vrijwilligers hebben plaatsgevonden in twee rondes van drie gesprekken: één ronde vóór de gesprekken met teamleiders en één ronde na de gesprekken met teamleiders.

Bij de groepsgesprekken met vrijwilligers en teamleiders is rekening gehouden met een landelijke spreiding. De eerste ronde gesprekken met vrijwilligers heeft plaatsgevonden in regio's Zuid-Oost, Zuid- West en Noord-West. De groepsgesprekken met teamleiders hebben plaatsgevonden in de regio's Zuid-West, Noord en Midden.² In de tweede ronde hebben in de regio's Noord en Oost groepsgesprekken met vrijwilligers plaatsgevonden. In de regio Haaglanden is een tweetal individuele gesprekken gevoerd, omdat het niet mogelijk bleek een groepsgesprek te organiseren.

Er is gesproken met zowel ervaren als minder ervaren vrijwilligers en teamleiders. De aanwezige vrijwilligers hadden gemiddeld zes jaar ervaring. De vrijwilliger met de meeste ervaring doet het werk al veertien jaar, degene met de minste ruim een half jaar.

De aanwezige teamleiders hadden gemiddeld vier jaar ervaring. De teamleider met de meeste ervaring werkt twaalf jaar als teamleider, de teamleider met de minste ervaring een half jaar. Daarnaast heeft een aantal teamleiders eerst als vrijwilliger bij SHN gewerkt.

Per regio waren altijd meerdere kantoren vertegenwoordigd. In totaal is gesproken met 37 vrijwilligers en twaalf teamleiders.

In de eerste serie gesprekken met vrijwilligers is gediscussieerd aan de hand van praktijksituaties, ingebracht door de aanwezigen zelf. We hebben de respondenten gevraagd een beschrijving van een casus naar ons op te sturen.

¹ Dit is gedaan op advies van een medewerker van SHN, die aangaf dat de Kindertelefoon op vergelijkbare wijze werkt.

² Hierbij was ook één vrijwilliger van SHN Haaglanden aanwezig.

Een aantal van deze cases is geselecteerd en deze zijn tijdens de gesprekken aan de orde gekomen. Daarnaast is de verwijspprocedure onder de loep genomen en zijn eventuele knelpunten en persoonlijke opvattingen geïntervieweerd.

In de groepsgesprekken met teamleiders is voortgeborduurd op de eerste gespreksronde met vrijwilligers. De groepsgesprekken waren thematisch ingedeeld, waarbij de verwijspprocedure, de werkwijze van de teamleider en persoonlijke opvattingen aan de orde kwamen.

In de tweede gespreksronde met vrijwilligers is gebruikgemaakt van de zogenaamde 'focused approach'. Hierbij zijn uitkomsten uit de eerdere gesprekken voorgelegd aan respondenten en reacties geïntervieweerd.³

Daarnaast is ook in deze gesprekken de verwijspprocedure met de gesprekspartners doorgenomen en zijn opvattingen en ervaren knelpunten geïntervieweerd.

In het afsluitende groepsgesprek met het management en de trainers werden de belangrijkste bevindingen uit de groepsgesprekken met vrijwilligers en teamleiders gepresenteerd en bediscussieerd.

³ Merton, R.K. en P.L. Kendall (2003). The focused interview. In: Nigel Fielding (ed.) *Interviewing, Volume 1. Sage Benchmarks in Social Research Methods*. London: Sage, pp. 232-260.

BIJLAGE 2

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE

In de literatuur over doorverwijzen is weinig bekend over de knelpunten waartegen vrijwilligers aanlopen. Er blijkt met name documentatie beschikbaar over de verwijzing van de ene professionele instantie naar de andere. De inhoudelijke strekking van de documentatie die wij vonden, kan als volgt worden samengevat:

- Documentatie over de doorverwijzing van de huisarts naar de specialist. Met name in relatie tot het te vaak doorverwijzen. Hoe kan ervoor worden gezorgd dat huisartsen minder doorverwijzen?
- Documentatie over doorverwijzen door mantelzorgers naar de hulpverlening/zorg. In het kader van de ontwikkelingen rondom de WMO worden in verschillende gemeenten problemen gesignaleerd rondom de doorverwijzing door mantelzorgers/ouders. Veelal bieden verschillende organisaties hulp aan ouders/mantelzorgers, maar is voor hen onduidelijk wie welk aanbod heeft. In de documenten die we vonden, wordt het belang van een goed overzicht van de sociale kaart benadrukt zodat instellingen en organisaties het aanbod beter op elkaar afstemmen en ouders/mantelzorgers gericht doorverwijzen.
- In een jaarverslag van de Kinder telefoon wordt aangegeven dat de Kinder telefoon in 2007 werkt aan het realiseren van een betere doorverwijzing naar hulp. Dit impliceert dat er knelpunten zijn of dat de verwijzing in elk geval beter kan, maar waarop dit is gebaseerd, wordt uit het document niet duidelijk.
- In een studie van de Universiteit Leuven lezen we dat er rond de instroom van het bijzonder onderwijs problemen worden gesignaleerd die onder meer het gevolg zijn van de afwezigheid van duidelijke doorverwijzingscriteria. In welk type onderwijs een kind terechtkomt, hangt daardoor mede af van de doorverwijzer zelf (bijvoorbeeld interpretatie van bepaalde instrumenten) en van de context (bijvoorbeeld beschikbare types in de regio en de aanbodstructuur van de school). Leerlingbegeleiders geven daarnaast aan dat de drempel van het bijzonder onderwijs volgens hen voor ouders en scholen te hoog is. In die zin gebeuren vele doorverwijzingen te laat.

De zoektocht heeft geen theoretische inzichten of oplossingsrichtingen opgeleverd, maar een aantal van de bovengenoemde knelpunten zijn voor het onderzoek naar de doorverwijzing vanuit SHN evenwel toch interessant:

- onduidelijkheid over het hulpverleningsaanbod;
- onduidelijkheid over verwijscriteria;
- de invloed van de verwijzer op de doorverwijzing en de plek waar de cliënt

uiteindelijk terecht komt;

- de beschikbaarheid van het hulpverleningsaanbod in de regio;
- het ervaren van een hoge drempel bij doorverwijzen.

Bovengenoemde knel- of aandachtspunten spelen mogelijk ook een rol bij de doorverwijzing door SHN. Ook in de voorbereidende gesprekken met de directeur beleid, een beleidsmedewerker, een teamleider en een trainer kwamen deze punten (voor een deel) terug. De gesprekspartners verwachtten dat het onderzoek met name knelpunten zou blootleggen bij de doorverwijzing naar de psychosociale hulpverlening (en in mindere mate in de praktische en juridische hulpverlening) en wel op de volgende terreinen:

- tekortschieten kennis sociale kaart;
- wachtlijsten bij instanties waarnaar wordt doorverwezen;
- personeelwisselingen bij hulpverlenende instanties;
- het moeilijk kunnen loslaten van het cliënt wegens een opgebouwde vertrouwensband.

BIJLAGE 3

OVERZICHT RESPONDENTEN

Vorbereidende fase

Gesprekken met de directeur beleid, een senior beleidsmedewerker, een trainer en een teamleider.

Dataverzameling

Eerste ronde groepsgesprekken met vrijwilligers:

- Regio Zuid-Oost (acht vrijwilligers)
- Regio Zuid- West (zes vrijwilligers)
- Regio Noord-West (vier vrijwilligers)

Tweede ronde groepsgesprekken met vrijwilligers:

- Regio Noord (elf vrijwilligers)
- Regio Oost (vijf vrijwilligers)

Individuele gesprekken met vrijwilligers:

- Regio Midden (twee vrijwilligers)

Groepsgesprekken met teamleiders:

- Regio Zuid-West (drie teamleiders)
- Regio Noord (vier teamleiders)
- Regio Midden, aangevuld met teamleider van regio Haaglanden (vijf teamleiders)

Groepsgesprek trainers en management:

- Regiodirecteuren (drie)
- Trainers (twee)
- Beleidsmedewerker (één)

Individueel gesprek management

- Directeur beleid

BIJLAGE 4

HANDLEIDINGEN EN HANDREIKINGEN

a. (Begeleid) doorverwijzen naar externe partij

Bron: Handboek Diensten Slachtofferhulp Nederland

DIENST: Praktische ondersteuning - Match tussen hulpvraag cliënt en hulpaanbod andere instelling			
Het startpunt voor dit proces is een cliënt die wordt doorverwezen naar een externe partij ¹			
NR	ACTIVITEIT	VERANTWOORDELIJKE	RESULTAAT
1	Informatie verstrekken over doorverwijzingsmogelijkheden	Vrijwillig medewerker	Inzicht in doorverwijzingsmogelijkheden en instemming van cliënt met doorverwijzing
2A	Contact leggen met instelling voor cliënt	Vrijwillig medewerker of teamleider	Aangemelde cliënt bij instelling
2B	Bezoeken van instelling met cliënt	Vrijwillig medewerker	Acceptatie cliënt bij instelling
3	Evaluatie/terugkoppeling met cliënt	Vrijwillig medewerker	Doorverwezen cliënt

Proces: Vervolg dienstverlening aan cliënten

Deelproces: (Begeleid) doorverwijzen naar externe partij

Dienst: Praktisch ondersteunen door het realiseren van een match tussen hulpvraag cliënt en dienstenaanbod andere instelling

¹ Doorverwijzing kan zowel na actieve benadering of intake plaatsvinden als wel na of gedurende het ondersteuningsproces aan de cliënt

Omschrijving

(Begeleid) doorverwijzen naar een externe partij is een proces dat in meerdere fasen van de dienstverlening kan voorkomen: na de actieve benadering of aanmelding en na/gedurende het ondersteuningsproces aan de cliënt.

Verwijzing vindt plaats als er een hulpvraag is, welke een meer specialistische en professionele aanpak behoeft en die niet in het dienstenaanbod van Slachtofferhulp Nederland is opgenomen. Het is van groot belang dat medewerkers de reden van het (begeleid) doorverwijzen aan de cliënt uitleggen.

Activiteit 1

Informatie verstrekken over doorverwijzingmogelijkheden

Vrijwillig medewerker

Bij deze activiteit wordt de cliënt geïnformeerd over de doorverwijzingsmogelijkheden die op de hulpvraag van toepassing zijn. Hierbij kan gebruikgemaakt worden van de regionale en landelijke sociale kaart. Zie voor meer informatie de sociale kaart.

Opmerking:

Voor de activiteiten 2a en 2b geldt, dat deze niet per definitie (achtereenvolgens) plaats hoeven te vinden. Het kan zijn dat er contact wordt gelegd met de instelling waar de cliënt vervolgens alleen naar toe gaat. Andersom kan uiteraard ook; de cliënt legt zelf contact met de instelling en de vrijwillige medewerker gaat mee ter ondersteuning.

Activiteit 2a

Contact leggen met instantie voor cliënt

Vrijwillig medewerker of teamleider

De vrijwillig medewerker neemt met de cliënt de doorverwijzingsmogelijkheden door. Daarna kan er een beslissing worden genomen over een verwijzing naar de juiste instelling. De vrijwillig medewerker of de teamleider neemt vervolgens contact op met deze instantie.

Activiteit 2b

Bezoeken van instelling met cliënt

Vrijwillig medewerker

De vrijwillig medewerker vergezelt de cliënt tijdens de afspraak met de instelling en ondersteunt de cliënt daar waar nodig/wenselijk. In de meeste gevallen fungeert de vrijwillig medewerker als 'een extra paar ogen en oren' en vult aan waar dat nodig mocht zijn.

Activiteit 3

Evaluatie/terugkoppeling met cliënt

Vrijwillig medewerker

In deze activiteit wordt nagegaan of de instelling waarnaar verwezen is, voldoet aan de verwachtingen van de cliënt en/of een andere actie ondernomen dient te worden.

In geval van een doorverwijzing naar een instelling waar de cliënt zonder begeleiding van de vrijwillige medewerker is geweest, kan het heilzaam zijn na te gaan of het om een juiste doorverwijzing gaat en te vragen naar de ervaringen van de cliënt.

Ook indien sprake is van een begeleide doorverwijzing, is evaluatie van belang. Het kan zijn dat de cliënt niet alle informatie die uit het gesprek met de instelling naar voren is gekomen, paraat heeft. Als vrijwillig medewerker kun je de blanco fragmenten voor hem/haar aanvullen.

Hand-out Verwijzen

Verwijzen en “wijzen op” is een van de belangrijkste taken van slachtofferhulp.

Een slachtoffer heeft meestal te maken met een scala aan instellingen.

Bijvoorbeeld: er wordt bij iemand ingebroken en hij gaat naar de politie, daarna wordt hij benaderd door bureau **Slachtofferhulp**.

Intussen heeft hij ook zijn verzekeringsmaatschappij ingeschakeld in verband met de schade. Als er een dader wordt gepakt krijgt hij te maken met het afd. **Schadebemiddeling van het parket** en een **Officier van Justitie van het Openbaar Ministerie** en wellicht ook met de **rechtbank**.

Een slachtoffer kan, afhankelijk van hetgeen hem of haar overkomen is, ook te maken krijgen met artsen, specialisten, medische onderzoeken, letselschadespecialisten, de media, een advocaat, de werkgever, hulpverlenings- en/ of uitkeringsinstanties, etc.

Contact met de ene instelling vloeit vaak voort uit het contact met een andere instelling. Soms wil of moet een slachtoffer zelf contact opnemen met een instelling, soms vindt begeleide verwijzing plaats door slachtofferhulp.

Hierbij kun je denken aan een advocaat, een traumaspecialist, maatschappelijk werker, letselschade-expert, het Schadefonds, een woningbouwvereniging, de sociale dienst etc.

Verwijzen/ wijzen op de mogelijkheden van andere instellingen behoort tot de dagelijkse praktijk van Slachtofferhulp. Verwijzen heeft te maken met weten waar de **grenzen** van Slachtofferhulp liggen, maar ook, weten waar je eigen grenzen liggen.

In sommige gevallen is duidelijk dat moet worden doorverwezen, bijvoorbeeld bij ernstig letsel of voor het voeren van een civiele procedure waarvoor het slachtoffer een advocaat nodig heeft. Hiervoor beschik je eenvoudigweg niet over de noodzakelijke juridische kennis en bevoegdheid om die taak voor het slachtoffer op je te nemen.

De grens bij de verwerking van een schokkende gebeurtenis is wat lastiger aan te geven, aangezien dit een persoonlijk proces is dat mede afhankelijk is van meerdere factoren.

Als grens kan aangehouden worden:

1. Aanhoudende en niet verbeterende klachten /stressreacties die op zich een normale reactie vormen na een eenmalige schokkende gebeurtenis. Bij de training Gestructureerde Opvang wordt hierop nader ingegaan.
Het gaat hierbij om **éénmalige schokkende** gebeurtenissen, waarbij geen sprake is van overlijden, ernstig fysiek letsel of verkrachting, want:

- Bij nabestaanden kan het verwerkingsproces langer duren.
 - Bij slachtoffers met ernstig lichamelijk letsel gaat de aandacht vaak eerst naar lichamelijk herstel en begint de psychische verwerking pas daarna.
 - Bij slachtoffers van verkrachting vraagt de opvang om specifieke vaardigheden en zal al snel worden doorverwezen naar gespecialiseerde traumahulpverlening.
2. Problemen die niet het gevolg zijn van het slachtofferschap d.w.z. problemen die iemand al had voor het misdrijf of ongeval (waardoor hij via de politie bij slachtofferhulp terecht kwam).
3. Problemen die het gevolg zijn van meermalig slachtofferschap. Denk dan bijvoorbeeld aan incest, mishandeling, etc. Meestal is er gespecialiseerde hulpverlening nodig om het trauma alsnog te verwerken.
- Meermalig slachtofferschap kan ter sprake komen als je al een band hebt met het slachtoffer. Het slachtoffer is bijvoorbeeld binnengekomen ten gevolge van een inbraak en gaandeweg blijkt dat zij / hij ook slachtoffer is (geweest) van incest, mishandeling etc. De ontstane vertrouwensrelatie kan het verwijzen bemoeilijken en je in de verleiding brengen het contact aan te houden.

Indien iemand zich op eigen initiatief tot het bureau Slachtofferhulp wendt gelden dezelfde regels, in een eerste gesprek moet dit duidelijk gemaakt worden.

Om te voorkomen dat iemand zich als een probleemgeval van het kastje naar de muur gestuurd voelt is het van groot belang dat je aan het begin direct duidelijk maakt dat jij erop gericht bent hem of haar zo goed mogelijk te helpen. Dit houdt in dat je iemand steunt, informatie geeft en wijst op de mogelijkheden van andere instellingen.

Eigen grenzen

De grens van Slachtofferhulp Nederland weten is één, je eigen grens weten en ook trekken is twee.

Als je merkt dat het verhaal van je cliënt je zo raakt dat je zelf van de kaart raakt is het verstandig dit met je teamleider te bespreken. Als je de behoefte voelt om over je eigen ervaringen te gaan vertellen, wees dan alert! Het gaat om de cliënt en niet om jou.

Ook kan een sterke antipathie of een grote sympathie een ongezonde invloed hebben op het contact met een cliënt, bespreek dit altijd met je teambegeleider.

Om goed te kunnen verwijzen moet je een aantal zaken helder hebben:

1. Wees eerlijk over je eigen beperkingen/ grenzen en wees ervan overtuigd dat je de cliënt een dienst bewijst door erover te beginnen.
2. Wek nooit verwachtingen die je niet waar kunt maken
3. Vertel je cliënt eerlijk en onomwonden waarom jij denkt aan een verwijzing en naar welke instelling. Overval hem of haar er niet mee. Maak iemand ook niet bang door te zeggen dat zijn problemen zo moeilijk zijn dat hij maar beter naar een psychiater kan gaan. Geef aan dat de ondersteuning door slachtofferhulp / jou afgesloten moet worden.
4. Overleg altijd met je teamleider als je iemand wilt verwijzen.
5. Win van tevoren informatie in over de instelling(en) waarnaar je wilt verwijzen en informeer naar de mogelijkheden van dat moment zodat je je cliënt ook goed kunt informeren.. Spreek echter nooit met een instelling over je cliënt voordat je daarvoor toestemming hebt van je cliënt.
6. Laat de keuze aan de cliënt, hij of zij beslist uiteindelijk of hij er wel of niet op ingaat. Laat iemand er eventueel nog eens rustig over slapen en maak zonodig nog een extra afspraak om het er over te hebben.
7. Vraag ook altijd na of je cliënt al eerder met andere hulpverleners contact heeft gehad en hoe dat contact verlopen is.
8. Bied, indien de situatie dat rechtvaardigt, aan om mee te gaan naar een eerste gesprek om de drempel te verlagen en steun te bieden tot een ander het overneemt.
9. Check altijd of een verwijzing naar tevredenheid is verlopen door na een week of 3 eens op te bellen.

d. Handleiding ‘Gestructureerde Opvang’

Bron: Handboek Diensten 2007 Slachtofferhulp Nederland

Proces: Vervolg dienstverlening aan cliënten
Deelproces: Gestructureerde opvang (zie proceskaart P5B05.1)
Dienst: Emotionele ondersteuning door een bijdrage te leveren aan een goede verwerking van een *eenmalige* schokkende gebeurtenis.

Omschrijving

Gestructureerde Opvang is een dienst van Slachtofferhulp Nederland, die als doel heeft het stimuleren van ‘een gezonde verwerking’ en het vroegtijdig signaleren van mogelijke verwerkingsproblemen. De opvang die daar aan ten grondslag ligt, gaat uit van het opvangmodel zoals ontwikkeld door het Instituut voor Psychotrauma (IVP) en wordt toegepast in die situaties waarin, in de beleving van de cliënt, sprake is geweest van een schokkende situatie met de volgende kenmerken: onverwacht, ontwrichtend, machteloos en levensbedreigend.

Opvangmodel

Het opvangmodel bestaat uit 4 gesprekken. Het is van belang dat het gehele verwerkingsproces van het slachtoffer door de vrijwilliger wordt gevolgd. Dit betekent dat je in deze situaties een *aanbod doet voor een serie gesprekken* en niet na elk gesprek vraagt of iemand een vervolgspraak wil.

Van belang is te kijken naar het eerste opvangmoment na datum delict. Dit kan (waar mogelijk) de dag van de gebeurtenis zijn, anders de dag daarna of later. Dit opvangmoment is bepalend voor waar je met cliënt insteekt in dit opvangmodel.

Gedurende twee maanden dient de verwerking gevolgd en besproken te worden: je checkt aan de hand van de checklists van het IVP of de verwerking op een gezonde manier verloopt of dat de verwerking stagneert en zich een Post Traumatisch Stress Syndroom (PTSS) ontwikkelt.

Een gestructureerd opvanggesprek vindt plaats in een face to face contact, waarbij de cliënt de mogelijkheid krijgt het gehele verhaal in detail te vertellen.

** Voor meer informatie over de (fasen van) gestructureerde opvang zie de reader welke is uitgereikt bij de Training Gestructureerde Opvang.*

Activiteit 1:

Gesprek op de dag van het incident (komt voor indien we door netwerkpartners gevraagd worden acute hulp te verlenen):

Vrijwillig medewerker

Het doel van dit gesprek is: het creëren van condities waaronder de verwerking op gang kan komen. Je doet dit in eerste instantie door het bieden van veiligheid en structuur.

- Laat het slachtoffer delen van het verhaal vertellen, maar bevroeg geen details
- Bied emotionele ondersteuning door het slachtoffer terug te geven wat het verhaal bij jou oproept. Bijvoorbeeld: 'jee, wat een schrik' (resoneren)
- Geef het slachtoffer informatie over mogelijke reacties: zoals huilbuien, nachtmerries e.d; geef aan dat niet iedereen daar last van krijgt, maar dat het kan. Men zal dan minder schrikken als het gebeurt
- Ga na of er praktische zaken geregeld moeten worden; hoe komt het slachtoffer thuis, moet er vervoer geregeld worden, is er iemand thuis of moet er iemand gewaarschuwd worden (bij ernstige gebeurtenissen kan het beter zijn als iemand de eerste nacht niet alleen is)
- Maak een afspraak voor de volgende dag. Het is van belang om een afspraak te maken voor een persoonlijk gesprek en niet voor een telefoongesprek

Activiteit 2

Gesprek 1/2/3 dagen later (afhankelijk van melding door politie)

Vrijwillig medewerker

In het verwerkingsproces begint iemand na de eerste verdoving langzaam te beseffen wat hem/haar overkomen is. Dan begint de periode waarin herbeleving en ontkenning elkaar afwisselen. De feiten worden als het ware gekoppeld aan de gevoelens. Bij dat proces help je door gedetailleerd door te vragen (reconstrueren van de gebeurtenis met ruimte voor de gevoelens). De accenten van het gesprek liggen op:

- Verhaal laten vertellen: details navragen, structureren
- Feiten en emoties met elkaar verbinden; doorvragen over gevoel bij de feiten die het slachtoffer vertelt, bijvoorbeeld: 'wat ging er in u om toen dat gebeurde?'
- Emotioneel ondersteunen
- Navragen hoe de reacties thuis waren
- Informatie geven over mogelijke reacties de komende tijd
- Nagaan hoe het verder gaat met werken
- Nieuwe afspraak maken voor een persoonlijk gesprek twee weken later

Activiteit 3

Gesprek 2 weken later

Vrijwillig medewerker

Na twee weken vinden sommige mensen in de omgeving van een slachtoffer doorgaans dat het leven weer zijn gewone gang moet gaan. Dit kan

consequenties hebben voor het verwerkingsproces van de cliënt. Het is dus van belang om juist in deze fase hieraan aandacht te besteden. Indien de cliënt er niet aan toe is gekomen zijn/haar verhaal in detail te vertellen, dient dat in dit gesprek aan de orde te komen.

Inhoud van het gesprek:

- (Stukken van) het verhaal laten vertellen met aandacht voor:
 - gedachten
 - beelden, geuren, geluiden
 - eventuele dromen
- Hoe verloopt de verwerking (peildatum); heeft de cliënt last van lichamelijke of psychische klachten?
- Informatie geven (psycho-educatie; alleen zeggen dat het normale reacties zijn op een abnormale gebeurtenis is onvoldoende; geef uitleg waarom het zo werkt (zie bijlage uitleggen en geruststellen)
- Navraag doen over thuis- en werksituatie
- Afspraak maken voor een volgende afspraak over twee weken

Opmerking

Noteer in je verslag welke klachten de cliënt heeft en hoe vaak ze voorkomen; dit heb je in een volgend gesprek nodig om te zien of de klachten afnemen.

Activiteit 4

Gesprek 2 maanden later

Vrijwillig medewerker

Dit is het laatste gesprek waarin je de opvang afrondt.

- Checken hoe het met de verwerking is:
- Indien sprake is van een goede verwerking:
 - is het goed om dit ook samen met de cliënt vast te stellen
 - wordt er betekenis gegeven aan de gebeurtenis
 - vragen naar veranderingen in privé-leven, werksituatie en/of in de persoonlijke waarden naar aanleiding van de gebeurtenis
- Indien sprake is van geen normale verwerking:
 - is het goed om ook dit samen met de cliënt vast te stellen
 - is verwijzen noodzakelijk

Tot slot:

Het kan zijn dat er naast of na deze dienst nog een andere dienst verleend wordt, bijvoorbeeld voegen of begeleiding bij een rechtszaak. Dan sluit je het contact met je cliënt nog niet af, maar ga je verder met de andere dienst.

e. Handleiding 'Emotionele ondersteuning anders dan Gestructureerde Opvang'

Bron: Handboek Diensten 2007 Slachtofferhulp Nederland

Proces:	Vervolg dienstverlening aan cliënten
Deelproces:	Emotionele ondersteuning anders dan gestructureerde opvang.
Dienst:	Emotionele ondersteuning door een bijdrage te leveren aan herstel van de emotionele gevolgen van een schokkende gebeurtenis die <i>niet</i> als levensbedreigend is ervaren.

Omschrijving

Emotionele ondersteuning is een dienst van Slachtofferhulp Nederland die wordt aangeboden na een gebeurtenis (misdrijf/verkeersongeval) die bij het slachtoffer een behoorlijke emotionele impact heeft.

In 2 à 3 gesprekken wordt een bijdrage geleverd aan het herstel van de emotionele impact/gevolgen. Het verschil met de gestructureerde opvang is dat de gebeurtenis geen traumakenmerken heeft: levensbedreigend, onverwachts, ontwrichtend, machteloosheid.

De functie van deze dienst is slachtoffers rust en ruimte te bieden om hun verhaal te vertellen, met als doel ondersteuning te bieden aan het verwerkingsproces, het tijdig signaleren van een eventueel stagnerende verwerking en in dat geval doorverwijzen naar de professionele hulpverlening.

In ieder gesprek kunnen de volgende activiteiten plaatsvinden:

1. Verhaal laten vertellen, actief luisteren en structuur aanbrengen (volgens de 4 G's)
2. Naar aanleiding van het gesprek ingaan op mogelijke reacties op de gebeurtenis en indien nodig informatie verstrekken over de verwerking(sreacties)
3. Afronding van de dienst emotionele ondersteuning

Activiteit 1

Verhaal laten vertellen, actief luisteren en structuur aanbrengen. Werk hierbij volgens de 4 G's.

Vrijwillig medewerker

Gebeurtenis

Vraag wat er is gebeurd, luister actief en vat samen

Gevoel

Ga na wat de gebeurtenis voor de cliënt betekent, welke gevoelens er spelen en vat samen.

Gedachten

Vraag hoe de cliënt denkt over de gebeurtenis, welke gedachten spelen er door het hoofd van de cliënt en vat samen.

Gevolgen

Inventariseer welke gevolgen de gebeurtenis heeft (inclusief gevoelens en gedachten) en op welke terreinen. Vat samen.

Activiteit 2

Naar aanleiding van het gesprek ingaan op mogelijke reacties op de gebeurtenis en indien nodig informatie verstrekken over de verwerking(sreacties)

Vrijwillig medewerker

Kenmerkend voor deze activiteit is het uitleg geven over de verwerkingsreacties die er zijn of die zich mogelijk nog voor kunnen doen. Hiermee worden de mogelijke klachten van de cliënt in een kader geplaatst en genormaliseerd.

Activiteit 3

Afronding van de dienst emotionele ondersteuning

- Indien sprake is van een goede verwerking:
 - is het goed om dit ook samen met de cliënt vast te stellen
 - wordt er betekenis gegeven aan de gebeurtenis
 - vragen naar veranderingen in privé-leven, werksituatie en/of in de persoonlijke waarden naar aanleiding van de gebeurtenis
- Indien sprake is van een gestagneerde verwerking
 - is het goed om ook dit samen met de cliënt vast te stellen
 - is verwijzen noodzakelijk.

Indien naast of na deze dienst nog andere diensten in gang zijn gezet, dan wordt alleen deze dienst afgesloten en ga je verder met de andere dienst.

Theorie: Grenzen / Afsluiten / Verwijzen

GRENZEN

Vanuit slachtoffer

hulp is niet langer adequaat
kan zelf verder

Vanuit doelstelling Slachtofferhulp

- buiten de doelgroep
 - relatieproblemen (wel: stalking en geweld)
 - buurtoverlast
 - opvoedingsproblematiek
 - psychiatrische problematiek
 - bijv. kinderen van dader: reclassering / maatschappelijk werk
 - voorbeeld: inval bij dader
- emotioneel: kortdurend, niet procesmatig, eenmalige gebeurtenis
- materieel/juridisch: informatie en advies, eenvoudige schade zelf, zodra iets ingewikkelder in overleg met of verwijzen
- overstreden positie slachtoffer. In dat geval: correcte informatie geven en advies waar hij / zij terecht kan voor verdere ondersteuning

Vanuit medewerker: persoonlijke grenzen

soort hulp (er kan uitsluiting zijn van bepaalde soorten problematiek)
bejegening door slachtoffer
persoonlijke affiniteit of antipathie (match)

Grenzen van de hulp

- Vanaf begin aangeven: dit is wat we kunnen. Belangrijk om hierover duidelijk te zijn.
- Geen valse verwachtingen wekken.
- Aangeven dat je (nu of op het moment dat dat nodig is) behulpzaam wilt zijn bij het zoeken naar de juiste instelling.
- Iemand moet bij de hulp gebaat zijn
- Ervoor waken dingen los te maken waar je verder niets mee kunt
 - mocht dat gebeuren: benoemen, nagaan of er hulp is / geweest, eventueel verwijzen (hulp bij)
- Wat kan medewerker zelf aan.
- Bejegening door slachtoffer
 - kan soms gevolg zijn van gebeurtenis, iemand is even uit balans. Als op jou persoonlijk gericht (bijv. verwijt / boosheid dat je zaken niet kunt doen) gesprek beëindigen / doorgeven aan teamleider
 - Wees bewust dat je met verschillende soorten mensen te maken krijgt. Niet ieders manier van spreken hoeft de jouwe te zijn.
 - wees alert op informatie die je van derden krijgt en waarvan het de vraag is of jij het moet vertellen:
 - bijvoorbeeld: slecht nieuws politie: moet de politie vertellen. Jij kunt als achterwacht fungeren.

AFSLUITEN

Wanneer er een contact is met een slachtoffer is er ook altijd een moment van afsluiten.

Bij de afsluiting zijn er 2 mogelijkheden:

- of het slachtoffer kan zonder de medewerker verder
- of de grens van slachtofferhulp wordt bereikt en het slachtoffer wordt verwezen.

Afsluiting vindt plaats:

a- Bij een eenmalig telefonisch gesprek vindt de afsluiting plaats aan het einde van het (intake) gesprek. De medewerker kan dit op verschillende manieren doen. (zie theorie actieve benadering)

b- Bij een schriftelijk contact staat in de brief vermeld dat het slachtoffer indien gewenst contact kan opnemen met het bureau (0900 – 0101)

c- Bij een persoonlijk bezoek is de afsluiting door de medewerker gecompliceerder. Wanneer de medewerker én het slachtoffer er samen over eens zijn dat de begeleiding kan worden beëindigd kan er ook werkelijk worden afgesloten. Afsluiting mag nooit voor een slachtoffer een verrassing zijn. Eigenlijk begint de afsluiting al bij het eerste gesprek. In het gesprek vóór het laatste gesprek wordt nadrukkelijk aangegeven dat het volgende gesprek het laatste gesprek is. Valkuilen hierbij kunnen zijn:

- *Het slachtoffer brengt nieuwe feiten in om het hulpverleningscontact in stand te houden.*
- *Het slachtoffer wenst niet te worden verwezen, omdat er vooroordelen zijn bij het slachtoffer over de hulpverleningsinstanties.*
- *Het slachtoffer wenst niet te worden verwezen, omdat de noodzaak daarvan niet wordt ingezien. “Bij jou voel ik mij al stuk beter, kunnen we niet nog een paar gesprekken voeren”.*

LET OP: In bovenstaande beschreven situaties wordt afgesloten (verwezen), omdat het in stand houden van de hulpverleningssituatie niet in het belang is van het slachtoffer. Het is dan de verantwoordelijkheid van het slachtoffer of er verdere hulp wordt gezocht.

VERWIJZEN

- Aangeven dat problematiek bij andere instelling thuis hoort.
- Dat sla.offerbhulp niet over de benodigde deskundigheid beschikt om iemand hierin verder te begeleiden. (voorbeeld huisarts / specialist: de huisarts weet van alles een beetje, de specialist weet over weinig veel)
- Dat we samen mee kunnen helpen om te kijken wie de begeleiding wel kan bieden, informatie over de instelling te verstrekken en eventueel te helpen bij de verwijzing.

Het verwijzingsproces

- wil het slachtoffer verwezen worden?
- formuleer samen met het slachtoffer een heldere hulpvraag?
- geef een goed en helder beeld van de instantie waar naar verwezen wordt

Moment van verwijzen: Direct na het eerste contact in geval van:

- personen die niet tot onze doelgroep behoren
- heftige problematiek zoals
 - zeer heftige reacties
 - direct specialistische en deskundige hulp noodzakelijk is
 - incest
 - huiselijk geweld (zie training huiselijk geweld)
 - mishandeling en ernstige verwondingen
 - verkeersongeval met gecompliceerde materiële schade en/ of ernstig letsel
 - langere tijd in het ziekenhuis bij problemen met aansprakelijkheid whiplas
 - tegenpartij is in het buitenland verzekerd

Uitleg over het waarom van de verwijzing

- niet doorverwijzen kan het SH schade berokkenen omdat onze hulpverlening tekort schiet
- grens vrijwilliger / Slachtofferhulp is bereikt

Bespreken van de verwijzing

- bij aanvang al melden wat wij kunnen doen en dat er verwezen kan worden
- hoe staat de cliënt tegenover verwijzen? Zijn er obstakels?
- komt de cliënt er voor uit óf is deze angstig om opnieuw bij een andere hulpverlener te moeten beginnen?
- heeft de cliënt ooit eerder contact gehad met een andere hulpverleningsinstantie
- **neem de tijd en geef cliënt de ruimte, maak eventueel een afspraak met medewerker**

Begeleid verwijzen

Begeleid verwijzen houdt in dat samen met het slachtoffer gekeken wordt naar welke hulpverleningsinstantie het slachtoffer wordt verwezen en dat de medewerker er op toeziet dat de verwijzing ook daadwerkelijk plaatsvindt. Dit kan betekenen dat de medewerker zelf het contact legt met de hulpverleningsinstantie en indien gewenst bij het intakegesprek aanwezig is. Ook hier geldt: Indien het slachtoffer de verwijzing zelf tot stand kan brengen heeft dit de voorkeur. Het slachtoffer werkt dan zelf aan het herstel.

BIJLAGE 5

DOORVERWIJZING PER DELICT

Doorverwijzing per delict, actieve doelgroep

Delict	Dienst	Aandachtspunt	Dienstenaanbod/activiteit
Woninginbraak	Praktisch	Slachtoffer heeft vragen die wellicht door de verdachte/dader kunnen worden beantwoord	Doorverwijzen naar SIB voor slachtoffer-dadergesprek
	Juridisch	Slachtoffer is verzekerd tegen inbraak	Doorverwijzen naar externe partij: schade verhalen via verzekering
Geweldsdelict	Praktisch	Slachtoffer heeft lichamelijk letsel Slachtoffer heeft vragen die wellicht door de verdachte/dader kunnen worden beantwoord	Doorverwijzen naar huisarts, eerste hulp Doorverwijzen naar SIB voor slachtoffer-dadergesprek
	Juridisch	Slachtoffer is verzekerd	Doorverwijzen naar verzekeraar
Huiselijk geweld	Praktisch	Slachtoffer heeft lichamelijk letsel Hulpvraag die een meer specialistische en professionele aanpak behoeft en niet in het dienstenaanbod van SHN is opgenomen Vragen over veiligheid/uithuisplaatsing	Doorverwijzen naar huisarts, eerste hulp (Begeleid) doorverwijzen naar externe partij (Begeleid) doorverwijzen Contact opnemen met AMW of andere instanties
	Praktisch	Sprake van lichamelijk letsel	Doorverwijzen naar huisarts, eerste hulp
Stalking	Praktisch	Sprake van trauma of gestagneerd verwerkingsproces	Doorverwijzen naar instantie voor geestelijke gezondheidszorg
	Juridisch	Slachtoffer heeft vragen die wellicht door de verdachte/dader kunnen worden beantwoord	Doorverwijzen naar SIB voor slachtoffer-dadergesprek
Seksueel geweld	Praktisch	Sprake van lichamelijk letsel	Doorverwijzen naar huisarts, eerste hulp
	Praktisch	Slachtoffer heeft vragen die wellicht door de verdachte/dader kunnen worden beantwoord	Doorverwijzen naar SIB voor slachtoffer-dadergesprek
Oplichting en (pinpas)fraude	Praktisch	Slachtoffer heeft vragen die wellicht door de verdachte/dader kunnen worden beantwoord	Doorverwijzen naar SIB voor slachtoffer-dadergesprek
Verkeersslachtoffers met letsel	Praktisch	Slachtoffer ligt in ziekenhuis	Doorverwijzen naar externe partij

Delict	Dienst	Aandachtspunt	Dienstenaanbod/activiteit
Nabestaanden verongelukte verkeersslachtoffers	Juridisch	Onduidelijkheden over procedures ziekteverzuim, arbeidsre-integratie en arbeidsongeschiktheid	Doorverwijzen naar externe partij
		Slachtoffer heeft vragen die wellicht door de veroorzaker kunnen worden beantwoord	Doorverwijzen naar SIB voor slachtoffer-veroorzakergesprek
	Praktisch	Onduidelijkheden over de letselschadeprocedure	Doorverwijzen naar externe partij: begeleiding verhalen van schade via verzekering
		Slachtoffer heeft vragen die wellicht door de veroorzaker kunnen worden beantwoord	Doorverwijzen naar SIB voor slachtoffer-dadergesprek
Veroorzakers verkeersongevallen met letsel of dodelijke afloop		Aanvragen voorzieningen als huishoudelijke hulp of regelen andere praktische zaken	Doorverwijzen naar externe partijen
		Is rechtshulpverlening gewenst?	Doorverwijzen naar externe partij
		Onduidelijkheden over procedures ziekteverzuim, arbeidsre-integratie en arbeidsongeschiktheid	Doorverwijzen naar externe partij
		Aanvragen voorzieningen als huishoudelijke hulp of regelen andere praktische zaken	Doorverwijzen naar externe partijen
		Moeite of angst om weer deel te nemen aan het verkeer	Doorverwijzen naar externe partij
		De veroorzaker wil graag in contact komen met het slachtoffer of de nabestaanden	Doorverwijzen naar externe partij: slachtoffer-veroorzakergesprekken bij SIB

BIJLAGE 6

SAMENSTELLING VAN DE BEGELEIDINGSCOMMISSIE

De begeleidingscommissie van dit onderzoek bestond uit de volgende personen:

- Mevrouw dr. R.M. Letschert, INTERVICT (voorzitter).
- Mevrouw drs. A. ten Boom, ministerie van Justitie, Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatiecentrum.
- Mevrouw mr. H.M.J. Ezendam, ministerie van Justitie, Directie Sanctie- en Preventiebeleid, later opgevolgd door de heer mr. A. Doeser, ministerie van Justitie, Directie Sanctie- en Preventiebeleid.
- Mevrouw dr. S. Leferink, Slachtofferhulp Nederland.

