

Improving the Referral of Victims to Victim Support the Netherlands:

an Explorative Study of a Cooperation Between Medical Health Care
Institutions and Victim Support the Netherlands

Sybrich Zwiers

July 2014

Master Thesis

Master of Victimology and Criminal Justice

Tilburg Law School

Tilburg University

Master's Thesis supervisors: Conny Rijken (Tilburg University)

Esmah Lahlah (Co-reader Tilburg University)

Sonja Leferink (Victim Support the Netherlands)

Abstract

This master thesis will qualitatively and quantitatively research in what way medical institutions like emergency departments and family doctors offices can be a channel for Victim Support the Netherlands to reach more victims. Additionally it will consider which types of cooperation's are possible and are most effective when it comes to reaching more victims.

In order to gain insight into the help-seeking behavior of victims, several theories will be analyzed and recommendations will be done for future research. To understand the perspective of the medical professional regarding a possible cooperation, thirteen of them filled out a questionnaire. Additionally, six experts from the field of victim support have been interviewed in order to gain more knowledge about policies when it comes to victims and victim support.

The conclusion of this research is that medical institutions can in several ways be a channel for Victim Support the Netherlands to reach victims. Options to reach victims through medical institutions are: posters or information brochures in the waiting area of family doctors offices and emergency departments, brochures personally handed out by medical professionals to victims or an automatic system whereby data from victims is being transferred from the medical institutions to VSN. This last option is not the best option for the short term, but I recommend VSN to contact the Consumer Safety Institute to further discuss this option.

For now the best option are the brochures distributed among emergency rooms and family doctors offices, because this option demands the least time and effort from the medical professionals. A pilot can be started to test the effectiveness of placing brochures in medical waiting rooms. To be able to draw conclusions from this pilot, VSN should monitor where 'new' victims come from.

And additionally these brochures can be personally hand out by the medical professionals to victims. However, when it comes to the distribution of brochures by medical professionals, a condition for this to be successful is that the knowledge of the medical professionals about VSN is adequate. From the research can be concluded that the current knowledge about VSN and its services, among medical professionals is not adequate enough for them to be able to inform victims about, and refer victims to VSN. Therefor the most important recommendation of this thesis is that VSN should do more to promote their own product. This promotion should be focused on medical professionals, so that they will be able to inform victims and refer them to VSN. This can be done in the form of brochures or education programs. This should result to a higher inflow of victims at VSN.

Preface

This thesis is the final proof of competence for obtaining the Master of Science degree in Victimology and Criminal Justice from Tilburg University. During the completion of this thesis I was blessed to be surrounded by helpful and inspiring people and I would like to take this opportunity to thank them.

First of all I would like to thank my supervisor, Dr.Mr. Rijken for her support and feedback. Also I would like to thank Dr. Lahlah for being the second reader of this thesis. Furthermore I want to thank Dr. Sonja Leferink from Victim Support the Netherlands for her feedback and guidance and for giving me the opportunity to take a closer look into the world of victim support.

Also, I want to thank my supervisor from my previous internship at the police, Valerie Peeck for introducing me into the world of victims and inspiring me to write this thesis.

Furthermore, I would like to thank all my colleagues at the Ministry of Security and Justice, who gave me the support and time to work on this thesis. I especially want to thank Marieke Dekker-Abels for her feedback and Guus Kramer for giving me the chance to gain work experience at the Ministry during the final phase of my study.

A final thanks goes out to my family and friends for their support. A special thanks is for my uncle Andries Zwiers for his feedback and guidance in the last and definitely most stressful period of the writing process. On that subject; I can not disguise the fact that writing this thesis took some pain and perseverance. But overall, I would describe the last six months as a very challenging and valuable period, with a lot of learning experiences and a satisfactory end result.

Sybrich Zwiers

Amsterdam, juli 2014

Table of Contents

ABSTRACT

PREFACE

LIST OF ABBREVIATIONS	6
1. INTRODUCTION	7
1.1 The Aim of This Thesis	8
1.2 The Relevance of This Thesis	9
1.2.1 The Importance of This Research	9
1.2.2 Victim Rights	10
2. SEEKING HELP AND OFFERING HELP	13
2.1 Victim Support the Netherlands	13
2.2 The Target Group	14
2.2.1 Offer Help in An Earlier Stage	16
2.3 Help Seeking Behavior	16
2.3.1 Cost and Benefits	16
2.3.2 Theory of Planned Behavior	17
2.4 More Than Just a Plaster: The (Possible) Role of Medical Professionals in The Treatment of Victims	21
2.4.1 What Can I Do For You?: Shared Decision Making Between Family Doctors and Victims	22
2.4.2 Information Material	22
2.4.3 Sub Conclusion	24
3. METHODS	26
3.1 Qualitative Research Methods	26
3.1.1 Participants	26
3.1.2 Instruments	27
3.2 Quantitative Research Methods	27
3.2.1 Participants	28
3.2.2 Instruments	28

4. RESULTS	29
4.1 Qualitative Results	29
4.2 Quantitative Results	36
4.2.1 Results Emergency Department Staff	36
4.2.2 Results Family Doctors	38
5. DISCUSSION	41
6. CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS	47
7. APPENDICES	50
7.1 Transcripts Interviews	50
7.2 Results Questionnaire Family Doctors	83
7.3 Results Questionnaire Emergency Department	86
8. REFERENCES	90

List of abbreviations

CSI	Consumer Safety Institute
MSJ	Ministry of Security and Justice
NAGP	National Association of family doctors
NP	National Police
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
TPB	Theory of Planned Behavior
VG	Victim Guide
VOCF	Violent Offences Compensation Fund
VSF	Victim Support Fund
VSN	Victim Support the Netherlands

Chapter 1:

Introduction

When you become a victim of a crime or of a traffic accident this can have a large impact. Not only the crime or accident itself, but also the aftermath. Because often there are not only practical consequences, but also legal and emotional consequences that you might experience. In the Netherlands we have an organization that can help victims with all of these consequences and support them with practically any aspect of their victimization. This organization is Victim Support the Netherlands (*Slachtofferhulp Nederland*, hereinafter VSN) and it is their mission to help and support victims after their victimization. VSN supports them on different levels; they offer practical and legal support and psychosocial, including emotional support.

Unfortunately it seems that not all victims are able to find their way to VSN. Or is it the case that VSN is not able to find all the victims that belong to their target group? And if so, how can VSN increase their efficiency? These are questions that I will try to answer in this Thesis.

When it comes to the referral of victims, the police uses a list that consists out of approximately seventy categories of crimes and when you become a victim of one of these crimes, your data will automatically be transferred to VSN. When this data arrives at VSN, they will first check if this data is correct and complete and if so, they will contact the victim by phone. If it is not possible to reach the victim by phone, a letter will be sent.

If you do not file a police report, you are free to contact VSN yourself. What is striking about this system, is that there must be a lot of victims who, for whatever reason, do not go to the police and, for whatever reason, do not contact VSN, but could still be interested in, and benefit from their support. The question emerged how and where VSN can reach these victims. A plausible option seems to be medical health institutions, since a lot of victims have physical injuries and seek medical care. The medical institutions that are most visited after a crime or traffic accident, are emergency departments and family doctors offices. For that reason these medical health care institutions might be very suitable places for VSN to approach more victims. In this thesis I will try to find out in what way these medical institutions can be a proper channel to reach more victims.

In this thesis I will focus on two types of victims. Victims of traffic accidents and victims of violence in the public area. The reason for this choice is because these victims are the two important target groups for VSN, that also possibly visit the hospital or their doctor with injuries or complaints as a consequence of their victimization.

The structure of this thesis is: After having introduced the subject in the first chapter, I will

discuss several theories in chapter two that can help us understand more about the help seeking behavior of victims and the possible strategies for offering help. Also I will elaborate on the European directive for victims. Furthermore I will discuss the role that medical professionals can take upon themselves in order to refer victims to victim support the Netherlands. After having sketched the theoretical background to which I conducted the research, in chapter three I will elaborate the research methods I have used. In chapter four I will then present the results of that research. In the following chapter, chapter five I will discuss these results, also with regards to the findings of chapter two. In the last chapter you will read my conclusions and recommendations. The appendices will contain more information about the research and its methods.

1.1 The Aim of This Thesis

The purpose of this research is to discover how to get in touch with victims who currently are not reached through the existing channels of VSN. In my research I will focus on medical institutions, like emergency departments and family doctors offices since there are probably a lot of victims to be found there who can possibly benefit from the support of VSN. I will elaborate on this later on. So what I want to find out is if and how it is possible for VSN to provide help in cooperation with medical institutions, like emergency departments and family doctors, so that this ultimately can lead to more victims that receive an offer for support by VSN. The thesis has the following goals:

- Identify the possible obstacles that can obstruct a cooperation between VSN and the emergency departments and family doctors.
- Design different scenario's for a cooperation for VSN to use in its policy making process.
- Formulating recommendations for the intended cooperation.

In order to reach this goal I have developed the following research question:

In what way can medical emergency stations and family doctors' offices be a channel for VSN to reach victims and provide them support?

To be able to answer that question I will need the answer to the following sub questions:

- *What is the amount of victims that currently do not receive victim support?*
- *What improvements are possible regarding the current referral system as used by the police?*
- *Is there a current policy regarding the referring of victims to Victim Support the Netherlands, in the medical health care system, and if there is, what does it entail?*

- *Are medical health care workers capable to recognize victims of crime and traffic accidents and their possible need for support?*
- *Is there enough motivation amongst medical health care workers to inform patients about victims support?*
- *What are the needs of medical health care workers to be able to cooperate with VSN and refer victims of crime and traffic accidents?*
- *How can VSN facilitate a cooperation with medical health care institutions?*

1.2 The Relevance of This Thesis

The social relevance of this research is especially found in the gathering of knowledge and information about how VSN can reach more victims, what can lead to a bigger group of victims that can profit from the support provided by VSN. This is a positive contribution to society, since most of us are or know a victim at one time in their life. Multiple studies have underlined the importance of psychological help or other forms of support for victims. VSN can hopefully help even more victims in the future and contribute to lower numbers of victims that suffer from psychological problems or a Posttraumatic Stress Disorder.

The theoretical relevance lies in the fact that there has been done little research on policies regarding victims in medical health care institutions. Also by using the Theory of Planned Behavior a first attempt is being made to visualize the help-seeking behavior of victims. With this knowledge VSN, should be able to take a closer look at the barriers that victims might experience to look for, or accept help. Perhaps this research can be a first step to an agreement or a system whereby medical institutions automatically, with consent of the victim, redirect victims to VSN. This thesis therefor can contribute to the important task of getting victims the help that they need and deserve.

Finally, the relevance of this thesis can be found in the European directive for the rights, support and protection of victims. According to this directive every victim should have access to victim support services, and this should not depend on filing a police report. Later I will elaborate on the directive, but this thesis and its results might be a small step in the exploration of the possibilities for the development of this accessibility for victims. But first I will elaborate more on the importance of offering support to victims of crime and traffic accidents.

1.2.1 Importance of This Research: Posttraumatic Stress Disorder and Other Consequences

There are around 500.000 people in the Netherlands that have suffered from severe emotional problems after being a victim of a crime. Around 150.000 of these victims experience these

problems over a longer time period. So the chances are high that a large part of this group would be diagnosed with a severe or less severe form of Post traumatic Stress Disorder (Lamet, Wittebrood, 2009). When you look at the numbers it seems that around ten percent of all victims suffer from PTSD (Kleber, 2007).

Victims of violent crimes run the highest risk for developing serious emotional problems. Especially when the crime is committed by someone they know or when it is committed near where they live or work. Victims of crime often experience a decrease in feelings of faith and trust and an increase in feelings of anger and revenge. Especially when people experience severe emotional problems directly after the crime, there is a high chance for these victims to develop a Post traumatic Stress Disorder (Van Dijk, van Mierlo, 2009).

Unfortunately little research has been done among victims of traffic accidents. Although it seems that the attention for this subject is increasing, it is still overshadowed by the attention there is for victims of crimes (Pemberton, Sardeman, 2004). From clinical research it is known that the development of Post traumatic Stress Disorder for victims of traffic accidents is pretty high. The estimates vary from 8 to 40 %. In other countries there are more specifics known about the number of victims of traffic accidents that suffer from Post traumatic Stress Disorder. In Canada, for example 10% of the victims that were helped at the emergency department after their accident suffer from PTSD. An important factor that needs to be considered regarding this group of victims is that this group receives very limited attention, as is also found in the literature. This could very well increase the risk for these victims to develop physiological complaints (Van Dijk, van Mierlo, 2009).

1.3.2 Victim Rights

Now more about the European Directive that can function as a framework wherein this thesis can be placed. On the 25th of October 2012 the European Union adopted the European Directive for the rights of victims that contains laws that should ensure minimum standards on the rights, support and protection of victims. This directive was initiated to establish that victims are acknowledged, cared for and assisted to receive protection, support and access to justice. Important to keep in mind is that this directive is only applicable for victims of crime and does not apply to victims of traffic accidents. However, this directive is relevant for this thesis because it shows the importance of looking for new and different ways to reach and support victims. In this directive is stated that all European member states should ensure that victims have access to support services. This is stated in article 8 of the directive:

Chapter 2, article 8

Right to access victim support services

1. *Member States shall ensure that victims, in accordance with their needs, have access to confidential victim support services, free of charge, acting in the interests of the victims before, during and for an appropriate time after criminal proceedings. Family members shall have access to victim support services in accordance with their needs and the degree of harm suffered as a result of the criminal offense committed against the victim.*
2. *Member States shall facilitate the referral of victims, by the competent authority that received the complaint and by other relevant entities, to victim support services.*
3. *Member States shall take measures to establish free of charge and confidential specialist support services in addition to, or as an integrated part of, general victim support services, or to enable victim support organizations to call on existing specialized entities providing such specialist support. Victims, in accordance with their specific needs, shall have access to such services and family members shall have access in accordance with their specific needs and the degree of harm suffered as a result of the criminal offense committed against the victim.*
4. *Victim support services and any specialist support services may be set up as public or non-governmental organizations and may be organized on a professional or voluntary basis.*
5. *Member States shall ensure that access to any victim support services is not dependent on a victim making a formal complaint with regard to a criminal offense to a competent authority.*

(Directive 2012/29/EU of the European Parliament and of the Council of 25 October 2012 establishing minimum standards on the rights, support and protection of victims of crime, and replacing Council Framework Decision 2001/220/JHA).

This directive should help every European country to implement these rights for victims in their legal system and laws. In this directive is clearly stated that victims should have access to

victims support services without having to pay for it. And it states very clearly that Member States are responsible for the referral of victims to victims support services and that this should not be dependent on the initiative of the victim. Maybe the most important part of this directive is article 8(5), where it is stated that victims have the right to victim support, even if they do not file a formal police report. This is an important aspect of the directive since as stated before, at the moment there are a lot of people who do not go to the police to file a report and therefore do not receive an offer for victim support. But according to this directive if a victim will not make a formal complaint to the police, the member state should ensure that the victim still has access to a victim support service. Currently, these services are available, also if you do not file a report, but this is often totally up to the victim. In my opinion the access to victim support services should be easier and more obvious. This directive actually supports the argument that new channels must be found to reach more victims, to ensure their access to victim support services

Chapter 2:

Seeking and Offering Help

2.1 Victim Support the Netherlands

Victim Support the Netherlands is an organization that offers several forms of support to victims. These victims can be victims of crime, traffic accidents or large calamities. On top of that, VSN also offers support to families of deceased victims, witnesses and others who are involved. The support of VSN is always free, thanks to the Ministry of Security and Justice, municipalities and the Victim Support Fund (*Fonds Slachtofferhulp*, hereinafter VSF). VSN counts at least 1300 trained volunteers and about 350 professionals. These volunteers and professionals work hard to support victims that became a victim of a crime or traffic accident (Slachtofferhulp.nl, n.a., 2014).

The support that VSN offers can be practical support like administrative work or assisting victims during a trial, it can be emotional support like listening to the victim and giving advice or it can be legal support such as helping with a police report, the victim impact statement or getting a compensation for their victimization (Slachtofferhulp.nl, n.a., 2014).

VSN assists around 150.000 victims every year. They come into contact with these victims through different channels. One option is that VSN receives information and personal data of victims from the police. The police automatically shares their data of victims with VSN, so they can contact these victims to offer them support. This is the most used channel to reach victims, it used in eighty-nine percent of the cases. Then there is the option that victims themselves contact VSN through its service line, website or e-mail address. This happens in nine percent of the cases. The last channel to reach victims is through a chain partner, other than the police, like a lawyer or a family doctor. But this only occurs in two percent of the cases (Slachtofferhulp.nl, n.a., 2014).

To increase the inflow of victims through the last named channel; chain partners, VSN also offers educational programs for professionals. This can be done during a meeting or conference or professionals can request a educational meeting whereby VSN will explain more about their organization and its services (Slachtofferhulp.nl, n.a., 2014). Later in this thesis the option of reaching victims through chain partners will be further discussed.

This thesis should function as an exploration of new ways to reach victims, namely via family doctors offices and emergency departments. Furthermore it remains interesting to look at the low percentage of victims who seek help themselves. So after getting a better idea of the scope of the problem, I will shed some light on why victims do not seek help themselves.

2.1 The Target Group

After their victimization, victims can experience all kinds of needs. These needs are mostly dependent on the consequences that a victim experiences after the crime or accident. These consequences can be physical, psychological, financial, social, legal or practical (Ten Boom, Kuipers, 2009). When it comes to psychological consequences, some victims can, as said in the introduction, experience Posttraumatic Stress. Another consequence that victims can experience is depression. A depression is often characterized by feelings of emptiness, sadness, sleeping problems, tiredness and problems with concentration (Elbers, Cuijpers, Akkermans, Bruinvels, 2009). When it comes to physical problems, victims can experience injuries that are a direct consequence of the crime or accident, but the victimization can also exacerbate existing health issues. Financial consequences can also be direct or indirect. An direct financial consequence can occur when a victim gets robbed and an indirect financial consequence can occur when a victim loses his income due to the victimization (Lamet, Wittebrood, 2009). These are just some examples of the wide range of consequences that victims can experience.

According to the study of Van Dijk en van Mierlo there are annually between 300.000 and 650.000 victims of crime that can be included as members for the target group of VSN. The amount of victims of traffic accidents is estimated between 90.000 and 250.000 victims. According to Van Dijk and van Mierlo there are about 100.000 victims of traffic accidents that are treated at the emergency department every year (Van Dijk, van Mierlo, 2009). It is plausible that this group of victims will also deal with emotional, practical and or legal problems. Therefore the minimum amount of victims of traffic accidents that belong to the target group of VSN is 100.000 victims. So in total the target group of VSN consists out of approximately between 400.000 and 750.000 victims every year (Van Dijk, van Mierlo, 2009). This is a wide guess, but more detailed data is not available. As said before, VSN supports around 150.000 victims every year. When it comes to victims of traffic accidents, VSN support around 30.000 victims every year. This is however just a small part of the whole number of victims of traffic accidents, namely 840.000 victims. The inflow of victims at VSN could therefore be much higher (Hendriks, 2014).

So probably there are still a lot of people who do not receive the support they might want or need. And indeed it seems that there are a lot of victims who do want this help, but simply do not receive it. From the International Crime Victims Survey we know that there are still a lot of victims that do not receive any support, but do show an interest in it. According to this survey 40% of the Dutch victims of crime have an interest in receiving support, but only 35% of this group actually has received this support (Van Dijk, van Kesteren, Smits, 2008).

The Consumer Safety Institute is an organization that is specialized in security problems that cause (severe) injuries. Here is some data that the CSI collected:

Traffic accidents with injuries*

	<u>Number</u>
<u>Injuries**</u>	<u>840.000</u>
Medical treated injuries**	380.000
family doctors consults**	190.000
Emergency room treatments***	130.000
Hospitalizations***	33.000
<u>Deceased**</u>	<u>650</u>

* An injury can be treated by multiple handlers.

** Data 2012 / *** Data 2011

(Factsheet CSI july 2013)

The data above comes from the Injury Information System of the CSI. This institute is specialized in the prevention of injuries. Their goal is to prevent injuries, by connecting research and prevention. They collect data and do research on how injuries come about and how they can be prevented (Loket Gezondleven, 2014). The most important source for the consumer safety institute is the Injury Information System. Through that system all the information about treatments at the emergency departments of hospitals is brought to the consumer safety institute. This system registers for example the scope and gravity of the injuries. Not all hospitals participate, but it is a representative sample of hospitals in the Netherlands (letsel informatie systeem, 2014).

The participating emergency departments register the data of a victim and the injuries in their own system. The data from this system will then be anonymously send to the consumer safety institute. The Injury Information System also allows the CSI to conduct follow-up research. A sample of patients can be approached to for example fill in a questionnaire. But also a more specific group of patients can be approached (letsel informatie systeem, 2014). The latter might be an interesting way for VSN to reach victims. When VSN can cooperate with the CSI, it might be able to reach more victims through this Injury Information System. More on this possibility will be discussed further on in this thesis.

In the above scheme we see that the amount of victims of traffic accidents that visit the emergency department is even higher than Van Dijk's estimation of 100.000 victims, being 130.000

victims. From the registrations of CSI we also learn that around 190.000 victims of traffic accidents visit their family doctors office. Important to add, is that there could be injuries counted twice in this scheme, if victims let their injuries treat by multiple handlers. Unfortunately there is not (yet) such a scheme available for victims of crime, but certainly these numbers confirm the expectation that emergency departments and family doctors offices are good places to try to reach more victims.

2.2.1 Offer Help in an Earlier Stage

The medical health care institutions will not only be a channel to find and help victims that were not yet on the radar of VSN. It will also help VSN to help victims in an earlier stage. As stated before, VSN only receives the data of victims after these victims have been to the police. But in some cases this might take a while. There are also victims that do not directly go to the police, but for several reasons wait a couple of days, weeks, months and sometimes even years. For some victims therefor the offer of support from VSN comes too late (Van Dijk, van Mierlo, 2009). So by reaching victims not only through the police but also through the medical institutions VSN will not only be able to find and help ‘new’ victims, but also to help people who are going to police in a later stadium, and reach them in a earlier stage than they would otherwise.

2.3 Help Seeking Behavior

It appears that a lot of victims do not take initiative to pick up the phone or in any other way contact VSN themselves. So it is interesting to discuss some theories that could explain why victims are hesitant to reach out for help. These theories might help us to find the barriers for people to seek help and maybe get an idea how we can get rid of these barriers and make help-seeking look more attractive.

2.3.1 Cost and Benefits

The rational choice theory assumes that victims are rational human beings and therefor make rational choices. It is expected that victims behave in a way that appears to be reasonable for them and logical with regards to the victimization that they experienced (Kaukinen 2002). So the decision for a certain behavior of a victim is based on a calculation that weighs the cost and benefits of such an action. For example when a victim thinks about going to the police, the victim will think about the cost, like telling the story all over again, but also the benefits, like a chance at retaliation. Of course these cost and benefits vary by the type of crime, the victim and its perception of cost and benefits, and his or her situation (Kaukinen 2002).

This theory is being used for example to explain why people do or do not go the police to file a report. Within the field of criminology it is often assumed that the decision of a victim to report to the police is a rational choice. The cost and benefits are being securely weighted and based upon that the decision is being made. Only when the benefits weigh out the cost a victim will report to the police. But this being a rational choice is not always the case. Sometimes such a decision can also be made as an impulse or emotions can be a part of it. But overall it is being assumed that victims make a rational choice when it comes to filing a police report (Wittebrood, 2006).

When it comes to seeking help, the rational choice theory might also be applicable. Victims might also wonder what the benefits of seeking help are. And does this weigh out the cost? Possible cost can be for example shame, victims can feel ashamed to seek help because it makes them feel weak like they can not handle it themselves. Victims might be afraid to be stigmatized by their environment and do not want to be known as the one with the psychological issues (Hermans, 2010). From the interviews of Jan Van Dijk with victims one female victim stated after being contacted by VSN: 'Suddenly someone called me and wanted to help me because I was a victim, I was shocked, since I did not wanted to recognize I was a victim. I wanted to be strong and not be emotionally weak.' (Van Dijk, van Mierlo 2009).

There are several other reasons why victims do not report their crimes at the police. A lot of victims think that the crime can be better handled in a different manner, for example because they feel that the crime is too small and because they think that the police will not do anything about it. (Gartner & Doob, 1994). The most common heard reason is that people feel like it is a personal matter and that they will deal with it themselves and in another way (Kaukinen, 2002). These reasons might also apply to the choice of seeking or accepting help. Victims might feel like the help will not work or that it is too personal for them to share and that they will and can manage it on their own.

2.3.2 Theory of Planned Behavior

A commonly used model to explain and predict certain behavior is the Theory of Planned Behavior (hereinafter TPB). The most important aspect of this theory is the factor of intent. According to this theory the stronger the intention, the more likely it is that the behavior is being executed. The intention is build on three different factors, namely the attitude towards the behavior, the subjective norm and the perceived control over the behavior (Ajzen, 1991). The most important factor is that of the perceived control over the behavior, in other words how easy or difficult will the execution of this behavior be? The attitude entails the positive of negative thoughts someone experiences about

the behavior. With the subjective norm it is about the social pressure that someone feels to execute certain behavior. The TPB is already linked multiple times before to help-seeking behavior. For example in a study about help-seeking behavior among heart-patients or women with breast cancer (Bish, Ramirez, Burgess & Hunter, 2005). Although seeking help for a disease is not the same as seeking help as a victim of a crime or accident, it might tell us a little more about the behavior of help-seeking.

The theory of Planned Behavior can be used to explain the Help-seeking behavior of victims. Help seeking would then be the planned behavior. The intention would be the most important predictor for this behavior. As said, someone's intention is being shaped by attitude, the subjective norm and the perceived control over the behavior. The attitude in this case would be 'How do I feel about seeking victim support?' The subjective norm would be 'How do others feel about me seeking victims support?' And the perceived control would be 'Am I capable to search and find victims support?'

Attitude

Feelings of self-worth or self-consciousness have a large impact on someone's attitude. Studies that are done on feelings of self-worth and self-esteem have shown that these feelings therefor may play a role in the seeking of help of social support services and its use (Schonert-Reichl, Muller 1996).

In a study of Nadler et al.(1985) they found that people with a high self-esteem were less likely to seek help than people with a low self-esteem. In another more recent study by Schonert-Reich et al. (1995) they found that adolescents with a high self-esteem seek help from their parents, and adolescents with a lower self-esteem were more likely to seek help from mental health professionals (Schonert-Reichl, Muller 1995). Adolescents who seek help from professionals also had lower feelings of self-worth than peers that do not seek help from professionals. A possibility is that adolescents who experience a high level of self-worth feel like they do not need help of a professional, because they feel like they are independent and can handle their own problems. And it might indeed be the case that the behavior of seeking help from a professional poses a threat to the self-esteem of an individual. Research shows that individuals who need help often do not use support services, because for them it represents an idea of not being able to handle your own problems, like you are incapable of doing so (Schonert-Reichl, Muller 1995).

Another aspect that could influence someone's attitude towards help-seeking is someone's self-consciousness. Studies have shown that people who feel very self-conscious might feel barriers

to share personal information with others. In the study of Brown (1978) is found that individuals that seek help have less trouble to discuss their personal problems and emotions with others than individuals who do not seek support. From this study it also becomes clear that women have a greater sense of self-consciousness than man do and therefor are more likely to seek help and support (Schonert-Reichl, Muller 1995). Also it seems that adolescents who decide to not seek help from professionals are more self-conscious than adolescents who do make use of this help. The need for privacy seems to be great for adolescents. In a study done by Dubow et al. (1990) on barriers to seek help among adolescents, is concluded that the more common reasons not to seek help are first of all the anxiety that someone they know will find out that they need help, this might generate feelings of shame. And secondly that the adolescent feels that the problem is too personal for them to share with someone they do not know, again feelings of shame play a role here. These findings show that feelings of self-consciousness and shame are barriers for adolescents when it comes to seeking professional help (Schonert-Reichl, Muller 1995).

Another factor that probably influences the attitudes towards seeking help is the aspect of knowledge. Knowledge is an important aspect in the study as to why people behave in the way they behave. And it is very likely that knowledge is a factor that can inform us about the attitude towards seeking help. If it is true that current views in society contain negative thought about seeking and receiving help, there is a great chance that when people collect more knowledge, this could lead to more positive attitudes and an increase in the willingness to seek help (MacCaffery, Wardle, Waller 2003).

From the study of Cooke and French (2008) it is concluded that the attitude of a person is the biggest predictor for the intention, and thus for the behavior. The attitude of a person towards a certain subject is positively influenced when this person gets actively exposed to this subject (Kwak, Andras, Zinkhan 2009). Active exposure in this case means that a situation is being created whereby a person should actively think about the subject. So in other words, when victims are actively exposed to the subject of victim support and VSN, they will be more likely to seek or accept help.

Perceived Control

Several studies have concluded that the level of self-control that individuals experience is linked to stress and coping behaviors. In a study of control and compliance with interventions among adolescents, was found that adolescents who feel like both their success and failures are a consequence of their own actions, were more interested in mediation than adolescents who believe

they have less control over their actions and behavior (Schonert-Reichl, Muller 1995). So it could be the case that individuals who feel that they are in control over their own actions, are also more likely to take control and perhaps are more likely to act when they feel the desire for support or help. Unlike individuals who do not perceive a high level of control and perhaps are less likely to take control and search for help.

Subjective Norm

An important factor that influences someone's intention to seek help is stigma. People who experience more stigma, also experience a lower intent to seek for help (Vogel, Wade, Haake, 2006). Stigma can be described as a negative reaction to a group of people because of their characteristics, for example having a psychical disorder like PTSD or because of their behavior, like seeking professional help. To make sure you will not be stigmatized, people try to prevent this by attaching their coping styles, by keeping their problems a secret or by not seeking professional help (Vogel, Wade, Hackler, 2007). So the prevention of getting labeled and stigmatized is an important cause of people not seeking help.

When victims experience psychological difficulties, often there are also issues of shame present. Victims often do not want to be seen as the person with a psychological syndrome and are afraid to be stigmatized by their environment (Hermans 2010). People experience a higher intent to seek help when they feel like their family and/or family doctor would approve of this. If people experience support from their social surroundings or know someone who had a positive experience with seeking and receiving help this will increase someone's intent to seek help (Rickwood et al. 1994). Also when people realize that it is not their fault that they have the symptoms they have and that they can be treated, they will be more likely to seek out for help (Rosen, Walter, Casey & Hocking 2000).

There are however a few remarks that can be made regarding the theory of planned behavior. Although this theory can give some insight into why people do or do not seek help, there seems to be room for some improvement, more specifically some expansion. Researchers have done suggestions for some additional variables that would complement the Theory of Planned Behavior. Examples of such variables are: someone's beliefs, past behavior, habits and moral norms. Assumingly, a person might have certain beliefs about a particular behavior, this can therefore have an influence on the behavior. Also when it comes to past behavior and habits, it seems that it can have a large impact on someone's current or future behavior. This argument is based on several studies that show that past behavior is the best predictor for future behavior. Of course past behavior

is not always the cause of current behavior, but when you repeat certain behaviors, there is a chance that this behavior turns into a habit. Another variable that might be a good addition to the TPB is that of moral norms. Moral norms can be described as the perception of someone regarding what is morally correct or incorrect when it comes to a certain behavior. Moral norms are likely to have an impact on the behavior and thus on the intention of a certain behavior (Conner, Armitage, 1998). So although the TPB provides interesting determinants for behavior, it seems that there might be some other determinants that can also have a predicting value for behavior. These variables do not directly discredit the current model of the TPB but are demanding future research.

2.4 More Than Just a Plaster: The (Possible) Role of Medical Professionals in the Treatment of Victims

The reason that victims often do not end up with a professional, like the professionals of VSN is because VSN is mainly dependent on other professionals for the referral of victims. The problem is however that many medical professionals do not notice victims, since they do not recognize the problems that a victim can experience, and therefore victims are often not referred. For example the diagnosis of PTSD is often not recognized by family doctors, while they should and could play a key role in the referral of victims (Van Dijk, van Mierlo 2009).

Medical health care workers should be able to combine medical care with assisting a victim processing a traumatic event at the same time, for example by referring the victim to VSN. A condition for this is that medical health care workers need to understand that their role as a medical professional consists out of more than only providing direct medical care. The current role that medical health care workers seem to take upon them is one of a classical medical professional that uses instrumental interventions when a client comes to them with a complaint. Perhaps this role should be changed to one where a medical health care worker is more involved with the community, where the victim and the medical health care worker both take part in. The medical professional could be an advocate for victims, also outside the walls of his office and provide extended care beyond just the immediate physical care (Hermans 2010). One way to do this could be by taking upon an active role in the referring victims to other organizations to help them get the help and support that they might need.

A visit to the emergency department can make a deep impression on victims and on their family. That is why it is important to offer victims more than just medical care in such an environment. Actually it seems quite strange that in a place where the consequences of being a victim are so clearly present, there is only room for healing physical wounds (Dekker-Groot 2005).

Of course it is inevitable and most important to first take care of the medical needs, but as said before, maybe the role of the medical professional could be expanded when it comes to helping victims.

2.4.1 What Can I Do For You? Shared Decision Making Between Family Doctors and Victims

When a victim visits a family doctor the first words he or she will probably hear are: 'what can I do for you?' or 'how can I help?'. At the beginning of the consult it is important for the family doctor to get a clear image of the complaints of his patient. Often family doctors expect to find wider issues behind the often physical complaint that the client has and in most cases this is also the case. After the nature of the complaint is clear it is important to explore the complaint. In this phase there is an intersection between the demand for help and the possible supply for help. And while in the first phase of the interview the patient was in charge of the interview, in this phase the family doctor can take over and lead the interview. In this phase the family doctor can make a proposal for a possible treatment (van Rijswijk 2000).

Over the latter years there is more attention amongst family doctors for 'shared decision making'. This means that the family doctor involves his patient into the decision of a possible approach of the problem. All possible options and their advantages and disadvantages will be discussed and a joint decision will be made. There are multiple methods designed and used to encourage the process of shared decision making. These methods differ from general leaflets with information, to actively handing them out in the waiting room and encouraging clients to actively participate in the decision making with the family doctor (van Rijswijk 2000). In this process of shared decision making, there could also be room to discuss different possibilities for victims to get help for their complaints. They could for example propose to seek help from VSN and explain the victims about the different sorts of support they have to offer. Other options could be to hand out a brochure with more information or to ask whether the victims agrees to the passing on of his or her personal data to VSN. This are not just options for family doctors, but also for medical health care workers from emergency departments.

2.4.2 Information Material

A possible manner in which medical health care workers can refer victims to VSN is with the help of information material, like posters and brochures. Information material can serve as an instrument to communicate and support the oral communication. Patients that will hear and see information at the same time, will remember this information better. Furthermore, these materials can also be

shown to others and used to talk about with others. This form of written communication can never be a replacement for the oral communication, but it can strengthen and compliment it (van der Burgt, Verhulst 2003).

An important aspect of information material is that it almost never functions on its own. A brochure or brochure should be used as an addition to the spoken message. The most effective way is when the medical health care worker explains what is in the brochure and what is the most important information for the patient. Different aspect can be marked or complimented. In this way the information in the brochure becomes more personal and it will generate more value for the victim. Another important way to bring brochures under the attention of victims is when the caregiver asks about the brochure the next time he or she sees the patient. Questions could be posed as 'what did you think of the information I provided you with? ' or 'did you take any action as a result of the information I gave you?' (van der Burgt, Verhulst 2003). An important remark here is that this could be effective for family doctors since they see the same patients on a regular basis, but not so much for professionals from the emergency departments since they are not likely to see the patients again soon. Anyhow it is very important that the caregiver who has brochures in the waiting room or actively hands them out to victims has information about these brochures and the organization where the brochures come from. And even more important, the caregiver should see the importance of providing (written) patient information, since this could affect the effectiveness of the message. In the study of Tang and Newcomb patients made it clear that when they receive printed information that supports what their caregiver just told them, this helps them on several grounds. It helps with understanding their care, it improves their relationship with the medical professional, it increases their satisfaction with the care and it motivates them to stick with their plans of treatment (Tang, Newcomb, 1998).

When it comes to the information material of VSN, one could say that it is quite extensive. VSN has for example general brochures for victims about how they can pick up the thread after being victimized. Also there are brochures regarding sexual abuse, traffic accidents, legal support and for the family of the victim when the victim deceased (Slachtofferhulp.nl, n.a., 2014).

So the availability of brochures does not seem to be the problem and can also be used to reach victims at the emergency departments and family doctors offices.

If we want to know more about the effectiveness of possible brochures, we can probably best ask this the target group of these brochures. They can best make judgments about the understandability, attractiveness and effectiveness of the material. That is why it is advisable to first test possible information material among a small group of patients. This gives the opportunity to

make the material as attractive and effective as possible (van der Burgt, Verhulst 2003). In the next chapter I will first ask medical professionals what instrument they believe is the most effective and would be willing to work with.

Sub Conclusion

From the literature several themes emerged that are important for the coming chapters. First of all it is clear that there are a lot of victims to be found at medical institutions that are not yet reached by VSN. However, the question regarding the best and most effective way to reach these victims is yet to be answered.

Furthermore the theory of cost and benefits gives us some valuable information about help-seeking behavior of victims. From this study we now know that victims might experience feelings of shame, stigma and doubts when it comes to searching and accepting victim support. Victims are likely to first weigh the cost and benefits before seeking help. Previous studies are mainly focused on possible cost, and not so much on the benefits. But from the literature it also became clear that the more people learn and know about certain options for support, the more likely they will be to accept it. So it might be interesting for VSN to actively promote the benefits of victim support.

Another theory that supports this need for information is the Theory of Planned Behavior. According to that theory victims can experience certain burdens that keeps them from searching and accepting help. Examples of such burdens can be feelings of shame or the fear of stigmatization. One way to get rid of these burdens is to decrease the taboo that rests on receiving professionals help, for example by talking about it or offering more information on the subject. Specifically, more information needs to be spread about VSN. When people have more knowledge about VSN, their attitudes might also positively change. And then when they become a victim, this information might increase their willingness to seek or accept help.

Also the role of the medical professional when it comes to referring victims to VSN is an interesting theme. From the literature it seems that medical professionals often do not recognize patients as victims and therefor almost never refer them to other organizations. Furthermore the literature suggests that medical professionals are often more occupied with the immediate physical treatment, but not with the psychological consequences that a patient can experience after being victimized. It will be interesting to see what insights the research will provide about the role of the medical professionals when it comes to referring victims.

Another idea that emerged during the literature research was that of a pilot. According to the literature the target group can best make judgments about the understandability, attractiveness and

effectiveness of material that is used. During the interviews this will therefor be discussed to further explore the idea of a pilot. But first I will explain more about the participants and instruments that were used in order to conduct the research.

Chapter 3: **Methods**

3. 1 Qualitative Research Methods

The reason to use qualitative research methods is that I wanted to talk to different experts from different organizations about the policy (making), regarding victims and the referring to other organizations. I wanted to learn more about the current policy regarding the support and referral of victims, but also learn more about possible developments in the area of victim support. Furthermore these interviews will bring some insight into possible flaws in the process of victim support and therefor possible improvements. I chose to interview people from different organizations that are all working with victims and victim care. I will elaborate more on the choice of interviewees later on. In order to learn more about these organization and how they work with victims I felt it was necessary to have an in-depth personal interview with no strict guidelines or set questions to lead this interview. I chose to use a qualitative research method so that I could ask in depth-questions and also leave room for the professionals to speak their mind about what they feel is important when it comes to reaching and supporting victims. For the medical professionals, I chose a quantitative research methods, because it allows me to get information from as many as possible respondents. More on that in chapter 3.2.

3.1.1 Participants

The participants for the qualitative research were experts form different organizations on research and policy. The goal of the interviews with the policy experts was to learn more about their organization and policy regarding victims. I chose to interview professionals who on a daily basis think about policy regarding victims and victim support.

The respondents were the experts from different organizations that all work with victims and/or victim support. In total I interviewed 6 experts. The experts that I interviewed are:

Hester Hageman, National Police (*Nationale Politie*, hereinafter NP)

Aafke Pleket, The Violent Offences Compensation Fund (*Het Schadefonds Geweldsmisdrijven*, hereinafter VOCF)

Geert Hendriks, VSN, victims of traffic accidents

Jan van Dijk, INTERVICT and member of the VOCF Commission.

Toine Duffhues, Ministry of Security and Justice (*Ministerie van Veiligheid en Justitie*, hereinafter

MSJ)

Els van Meijel, Consumer Safety Institute (*VeiligheidNL*, hereinafter CSI)

The first interview I had was with Jan van Dijk, an expert on victimization and also writer of several articles used in this thesis. The goal of this interview was to learn more about previous studies on this subject and to make use of his broad knowledge about for example how he thinks a cooperation between the medical healthcare system and VSN can be shaped.

I wanted to talk to Hester Hageman, because I wanted to learn from her how the police deals with victims. Especially about the cooperation between the police and VSN, but also about the policy regarding victims and how this plays out in the daily police work.

The VOCF is an interesting organization, because it deals with the same issues as VSN about how to reach their target group. The goal of this interview is to learn more about their link with VSN and to find out how they reach out to help and inform victims.

Although I already learned a lot from my mentor Sonja Leferink at VSN, I had an interview with Geert Hendriks from VSN, a policy maker at the traffic department. The goal of this interview is to learn more about victims of traffic accidents, and the current policy of VSN and how they can facilitate a cooperation with VSN.

Toine van Duffhues works at the MSJ at the department of victim policy. He could tell me more about the latest developments on victims policies and about the cooperation between the government and chain organizations.

3.1.2 Instruments

The instruments I used for the qualitative part of the research are interviews. I decided to use semi-structured interviews since the purpose of these interviews is to get insight into current policies and to make an inventory of these policies and its effectiveness. Therefore I formulated only a couple of questions I wanted an answer to and in the interview I let the interviewee tell his or her story so that I could learn more about the interviewee's point of view. All the interviews were taped to be able to recall them later. The interviews all had a conversational style character and I did not use a interview schedule.

3.2 Quantitative Research Methods

I chose to use quantitative research methods in order to reach as many respondents as possible. In order to do that I used self-completion questionnaire, that could be filled out on the internet.

3.2.1 Participants

The participants for the quantitative research were both family doctors and staff of different emergency departments. For the family doctors I randomly chose to contact several family doctors offices, all from Amsterdam. In total I contacted around forty family doctors offices. Some offices however have several different family doctors working there. The total amount of family doctors is therefor difficult to know, but I estimate that it should be around seventy family doctors in total. Also I contacted three different associations for family doctors. One of them decided to cooperate, namely the National Association of family doctors (*Landelijke Huisartsen Vereniging*, hereinafter NAGP) agreed to both upload my survey on to their website and to send a notification of this survey to all their members in their monthly newsletter. I do not know how many family doctors have read this newsletter or message on the website so it is not possible to generate a response percentage.

In order to find participants from emergency departments, I called all the hospitals with an emergency department in Amsterdam. In every hospital I had a contact person who was willing to bring my survey under the attention of the employees. Again, I do not know how many employees heard about the survey, so again I can not say what the response percentage is.

In total I had thirteen respondents, of which five were family doctors and eight professionals from emergency departments. This number of participants is a lot less than I aimed for. It turned out even harder than expected to find respondents who were willing to fill in the survey. This might be a sign for the high workload that medical professionals experience.

I am well aware of the disadvantages and weakness of the low number of respondents, this makes it difficult or even impossible to make general assumptions based on the answers of the respondents.

3.2.2 Instruments

The instrument I used was a self-completion questionnaire. I designed a survey that could be filled out through the Internet by clicking on a link that brought the respondents to the website where the questionnaire was published and could be filled out. I chose this way because it seems easier for respondents to fill out and easy for me to receive them back. I made two surveys, one for the family doctors and one for the emergency department staff. They were practically the same, except for some choice of words.

Chapter 4

Results

4.1 Qualitative Research Results

INTERVICT- Jan van Dijk

From the interview with Jan van Dijk several issues emerged. First of all about the question why victims often do not reach out for help. According to Jan van Dijk, victims experience certain thresholds that prevents them from reaching out. Another possibility could be that victims do not have enough information about the possibilities when it comes to getting help.

Another issue that was spoken about was the contacting of victims, but with a special attention to the different target groups. For example whether victims of crime need to be approached differently than victims of traffic accidents. And what about young victims, do teenagers perhaps need a different approach than adults or elderly?

And when victims are being approached at medical institutions the question rises whether these victims are interested at that time. It might be the case that victims feel like they have other more important issues to deal with at that moment, like getting treated physically.

An interesting outcome of the interview was that at the beginning, during the foundation of VSN there have been some efforts to create a cooperation with family doctors. This however turned out to be a difficult process, since this world is a somewhat closed community. Barriers seemed to be that the medical professionals were not positive about the fact that this would lead to more work for them. And also they did not have a clear picture of what was in it for them.

The best option for Jan van Dijk to reach more victims through medical institutions is to use an informative brochure. In this manner we do not ask the medical professionals to do more work and we have the smallest risk to have to deal with resistance from these professionals. An idea that Jan Van Dijk proposed is to create a brochure in cooperation with another victim organization that is looking to reach more victims, namely the VOCF.

The Violent Offences Compensation Fund – Aafke Pleket

During the interview it became clear that the VOCF has to a certain degree the same issues when it comes to reaching victims. The main difference is however that VOCF has a much smaller target group than VSN, since only a small part of victims is eligible for a damage restitution, these are mainly victims of grievous abuse, sexual crimes or (an attempt to) manslaughter or murder. Some of

the similarities are that both organizations have trouble with the unfamiliarity of their organization which influences the inflow of victims, and that they both are dependent on chain organizations for the referral of victims. But more importantly, the VOCF is for approximately half of their inflow dependent on the referral of VSN. About half of the victims that end up at the VOCF are referred to them by VSN. So this means that the inflow of victims at VSN has a direct influence on the inflow of victims at the VOCF.

Another influence on the inflow of victims at the VOCF is the amount of education that is given. The VOCF educates professionals on a regular basis, for example the professionals of VSN about what VOCF does and how these professionals can refer victims to their organization. Other organizations that VOCF educates or has educated are lawyer firms, the police and legal expenses insurance organizations. The main goal of these education programs is to keep up the knowledge about VOCF among these professionals so that they can and will refer victims to VOCF. It however has proven to be difficult to keep up this knowledge since not all these professionals deal with the target group on a daily basis. During the past two years these education programs have been put on the back burner, because of other projects, but VOCF now clearly sees a decrease in the inflow of victims.

Besides these regular education programs, VOCF is developing a special program together with VSN that every employee of VSN standardly receives. This program will contain issues like which victims are the target group, how do you fill out and process an application and what documents need to be attached to the application. So for the inflow of victims, VOCF focuses mainly on professionals that can refer the victims to them, instead of focusing directly on the victims. When their knowledge about VOCF is adequate, they will be able to make a good consideration whether to refer the victims.

When it comes to promotion material, VOCF has brochures at VSN and police stations. At several police stations the brochure of VOCF is included in the general brochure that victims receive when they file a police report. Not every police corps hands out these brochures, this is probably dependent on the willingness and motivation of that specific police corps. An important consideration is however what effect this general brochure, with specifics about for example VOCF has on people that just now filed a police report. It could be the case that victims feel overwhelmed by all this information and that they forget, or perhaps want to forget.

Another option is that victims deliberately choose to refuse the help of VOCF. The most heard argument for this is that victims do not feel like a victim and do not want to be treated as if they are pathetic or needy of help. They might feel like they can take care of their own business and do not

need any help, and certainly not from someone they do not know.

The victims that approach VOCF on their own initiative, often find them by searching on the internet. When you google you will find either the website of VOCF or the Victim Guide (*Slachtofferwijzer*, hereinafter VG) that will refer victims to VOCF for a damage restitution.

An important question that both VOCF and VSN struggle with is how to get your message across so that it is clear and attractive for victims. And to make sure that people will gain more knowledge about the organization instead of having an incorrect image of it. Therefore it is important that there is adequate knowledge available and that the professionals see the added value of referring victims. For that last matter VOCF has tried to cooperate with the mental healthcare industry, but the general image from that was that professionals from that field were mainly focused on the mental treatment of the victim. They did not acknowledge the financial aid of VOCF as a part of this treatment and therefore did not recognize the usefulness of referring victims to VOCF. This probably differs per person, but this was the general image. This example shows that while professionals from organizations as VOCF and VSN think from a perspective of needs and rights, the medical world is much more focused on treatments and protocols.

However when there is a clear interest for the other party, the cooperation tends to be easier. For example when the victim is financially challenged and this is a barrier for treatment, the treatment officer will then be happy to refer the victim to VOCF so that they can apply for a damage restitution.

The best option for a cooperation between VSN and the medical healthcare institutions according to Aafke Pleket would be either an active approach linked to an automatic system that shares the data of victims with VSN, similar to what the police does. Or a system whereby medical professionals hand out brochures or hang up posters, but with the adding of explanation. So when a professional hands over such a brochure, he or she also tells something more about the organization and what they can do for the victim. This should lower the barrier for victims to actually reach out for help.

Victim Support the Netherlands, department of victims of traffic accidents – Geert Hendriks

An important reason for this interview was that victims of traffic accidents are a kind of outsiders when it comes to the target group of VSN. With traffic accidents, there are rarely police reports filed. The police only comes to scene when there is an educated guess that there is talk of a crime, like drunk driving or accelerating the speed limit. However, when the police hears about a traffic accident, they make a registration of the event and via the normal route the data of the victims

should end up at VSN. This is however often not the case, perhaps since the police does not always register or register correctly the accident and/or its victims. Clear is however that there is a huge difference between the number of victims of traffic accidents and the number of victim of traffic accidents that come in contact with VSN. One way to decrease this difference is to improve the police registrations. And the other option is to let these victims contact VSN themselves. But in order for them to do that, they have to know VSN, they have to be able to find VSN and they have to know what services VSN offers. One option is to reach victims of traffic accidents through the hospitals where they get a treatment after the accident.

Another issue that emerged during this interview was that it is important to get an idea of how effective different methods are to reach victims. For example, if you want to put brochures in the waiting area, are they actually read by victims? And important is of course what the cost and benefits are. An idea that emerged was to start a pilot in some hospitals to see whether these brochures are actually read or taken home and if this leads to a higher inflow of victims. Therefore it would be important to register how victims have come in contact with VSN and if this really was a (direct) consequence of these information brochures.

Another aspect that emerged was that VSN perhaps deals with a image problem since it seems that most people only know VSN as an organization that offers psychological support, but do not know about the practical and legal help that VSN offers. Besides it seems that victims of traffic accidents do not directly think of themselves as the target group of VSN and when they get run over by a car they might not know that they can knock on doors for psychological, legal and practical help. Although it is truly important that these victims also get help and support and know their rights as a victim.

An important question that emerged was if it is not logical and effective to create a brochure and information that is especially aimed at victims of traffic accidents. This might be more appealing than when there is some general information about VSN. Victims of traffic accidents might feel like they are personally addressed when this brochure is only aimed at victims of traffic accidents. This might increase the chance that these victims act on this offer of help. And when this brochure is also personally handed over by a medical professional with some more oral information, the expectancy of the victim to act on it would increase even more.

However an other point of discussion is whether paper brochures are not old-fashioned. A possible new and more attractive way to approach victims could be by using more digital information. Or in order to limit the load of paperwork a victim receives the information on a small paper card with the website, e-mail and/or telephone number on it.

The National Police, department of victim care – Hester Hageman

During this interview it immediately became clear that the referral of victims to VSN by the police is dependent on a lot of different aspects and therefore it is inevitable that sometimes things go wrong. One of the reasons that the referring does not always work as it should, is the computer system of the NP, the *Basisvoorziening Handhaving*, (hereinafter BVH). This system is not only outdated but also very difficult and not logical to work with. The problem is that the system is not well-ordered or easy to understand. Therefore mistakes are sometimes easily made and victims are not correctly referred to VSN, or not referred at all. Mostly these mistakes occur when information is written in the wrong text field or when certain fields are left empty. So one of the improvements that could be made is to update the computer system and make it easier for police officers to refer victims to VSN. But also to offer the police officers more guidance when it comes to working with this system. The referring of victims to VSN is in itself not very difficult, but BVH makes it very difficult and errors are easily made. So if BVH would be improved this would probably have a huge influence on the inflow of victims at VSN.

In addition it is important for police officers with a managing role to keep on pushing for the themes that are important. If no one stresses what is important or monitors this, the risk occurs that police officers lose sight from important aspects of their duty, like guiding victims and offering them support from VSN. So leadership is very important when you want to see certain things done. What does not make it easier is that the NP is in the middle of a reorganization what causes chaos and does not leave a lot of room for new ideas or new projects.

Another important theme that was discussed was the motivation of the police to help victims. But according to Hester Hageman there are no problems with the motivation. The police is actually very motivated to help and refer victims, but the problem is the system. The difficulty and awkwardness of this system is what is not motivating. And what would also help a lot is if agents would get more clarity about what their role exactly is when it comes to victims. The police should generate more clarity about their role when it comes to helping victims, so that both victims and police officers will know what they can expect. This is however very dependent on the amount of attention that managers in the police corps spend on this topic, both during the education and the daily work.

The knowledge about VSN was also a very important theme that emerged. It seems that now most police officers do not have a lot of knowledge about VSN and the services they offer. For example about the fact that they offer more than just psychological help, but also that they can also

refer victims to other organization if they need more specific support. According to Hester Hageman it is also important to realize that VSN has been through a huge development these last years, but the communication about this has not shared this same growth, so probably a lot of people and chain partners are not aware of the large range of services that VSN provides. So here is a clear task for VSN to advertise their own services. And according to Hester, VSN has a job and responsibility to market and advertise their own products much better.

When it comes to informing the victim with the help of brochures or brochures it becomes clear that there are also some improvements that can be made. For example when a victim filed a police report he or she also receives with a copy of the report a supplement with more information about what happens next but also about organizations that can help, like VSN. However, this appendix is very difficult to read since the level of language is above average, so perhaps for a large group of people too difficult to understand. So one of the projects that the police is going to work on is the understandability and completeness of these documents. And when it comes to brochures it seems like there has been a proliferation of them. And most of them are outdated. It might also be the case to we have outgrown the paper brochures and it is time to do everything online. And perhaps to only have some paper brochures for people who want to, like elderly or people who do not speak the Dutch language and need pictures.

An idea that emerged was that police officers are being informed, perhaps not by workshops since this cost a lot of time that the police does not have. But for example during the daily briefings to have a moment to explain more about VSN, their services and how officers can correctly refer victims to them.

Another very interesting idea is to start a campaign with chain partners, when the new legislation is implemented, to make it known and promote it to the public. This would be a good opportunity for VSN to promote their product and produce knowledge about their organization and its services.

The Ministry of Security and Justice, department of victims policy – Toine Duffhues

From the interview with Toine Duffhues it became clear that there is a need to get all the different organizations that work for victims and their information together. It seems kind of ineffective for a small country like the Netherlands to have several organizations that help victims. And it would be more clear for victims and probably more effective if these organizations could work together and probably even merge into one. But for starters it would be good if there is one information point like a website where all the available information is placed. And VSN might be the right

organization to facilitate this. And on top of this VSN should take on a more active role in the referring of victims to other organizations. And also be more active in advertising this role to the public. When we spoke about the brochures Toine Duffhues proposed to create one brochure with a link to a website like that where information can be found about all kinds of victims organizations. Although for the short-term an existing brochure of VSN can be placed in the waiting rooms in hospitals and a pilot would be a good way to test the effectiveness of this. It would be necessary however to monitor this closely. This is a manner in which you also do not ask extra work of the medical professionals. So you probably do not have to deal with possible repulsion or lack of motivation. It is a relatively simple way to hopefully boost the inflow of victims and improve the knowledge about VSN. Another idea from Toine Duffhues was to have a (small) poster in the waiting room with just the website so that people can immediately look up the website on their phones or write the address of the website down. In this way it is not necessary to keep on placing new brochures in the different hospitals and family doctors offices.

The Consumer Safety Institute – Els van Meijel

The CSI registers data from emergency department since 1997. Currently they receive data from fifteen emergency departments from all over the country.

When it comes to the amount of effort medical professionals need to put into the registration, it differs a lot. That is why the CSI is now working on a renewal of the Injury Information System, so that the professionals only have to put in some check marks and fill out the location and circumstances of the crime or accident. When the data are send to CSI it is all anonymized and can not be traced back to an individual.

CSI also collects data for other organizations. For example a pilot is currently being done whereby the police receives data from CSI with information about victims of violence. Again this information anonymous, but it gives the police insight in where the violence happens and, if so what kind of weapons are being used. Thanks to this information, the police will be able to take preventive measures against violence.

An interesting theme that emerged during the interview was that of the unfamiliarity of VSN. According to Els it could very well be the case that a lot of people do not exactly know what VSN offers. People might have certain ideas about it, but are perhaps not familiar with all the different services they have to offer. Also Els spoke about the role of independence that Victim Support experiences, since they are often dependent on other organizations for the referral of victims and for the promotion of their organization.

At the end of the interview Els did some suggestions when it comes to a cooperation between VSN and the CSI. One option could be that when the CSI collects data of victims of crime and traffic accidents, they feed this back to the hospitals and give them the assignment to contact these victims, for example by a letter whereby they suggest or advise the victim to contact VSN. Another option would be for the hospital to send a letter and ask whether the victim object against the forwarding of his personal information to VSN.

So at the end of the interview we concluded that VSN can definitely benefit from the data that CSI collects and that in the future some form of cooperation could be possible, for example in the shape of a project or pilot.

4.2 Quantitative Results

4.2.1 Results of the Questionnaire For Emergency Department Staff

For almost all the respondents it is always or almost always clear when they are treating a victim. When it comes to the knowledge about VSN, half of the respondents say they have reasonable knowledge about VSN (N=4), but the others admit that their knowledge is moderate (N=4). When the respondents is asked whether they ever refer a victim to VSN the answers vary from seldom (N=6) to never (N=2).

When it comes to the usefulness of referring victims to VSN, there are some doubts. Six of the respondents feel that most, but not all victims benefit from a referral. Two respondents however answered that only some victims, probably not the majority, benefit from a referral to VSN. Surprisingly, when it comes to the motivation and insight in the necessity to help victims, all respondents (N=8) recognize the necessity of referring victims to VSN and also are motivated to do so. So remarkably enough, all respondents are motivated to refer victims to VSN, but not all the respondents feel like this is in the best interest of all victims.

At the end of the questionnaire the respondents are asked what they feel is the most effective way for VSN to reach victims through medical institutions. Furthermore I asked them which of these possibilities they would be willing to work with. The possibilities I proposed were: posters on the wall, brochures in the waiting room, brochures that are being handed out by professionals, personal information from the professional, or a professional that asks victims whether they want to be approached by VSN.

Most respondents (N=7) think that the brochures in the waiting area would be a good option to reach victims, furthermore the respondents agree that it would be a good option to let medical professionals hand out brochures of VSN (N=7). And lastly, the respondents think that it would be

helpful when medical professionals inform victims about VSN and its services (N=7). A less popular option is the one where the professional actively approaches victims and ask them if they want to be approached by VSN (N=5). Surprisingly, the least popular option is the one where VSN uses posters in waiting areas to reach victims (N=3). This could be seen as surprising, since this is an option that does not ask any extra work from the medical professionals. One respondent used the 'something else, namely:' option and came up with the idea that medical professionals should be able to sign up victims for victims support at VSN.

The next question was which of the previous options the respondent would be willing to use in its own work. The answers to these question were almost the same as the answers to the previous question, about the effectiveness of the options. One remarkable result is that one respondent would be willing to use posters in the waiting area, but does not believe that this would an effective way to reach victims.

Also two open-ended questions were included in the questionnaire. The first open-ended question follows from the question: 'How often do you refer victims to VSN? Whereby the options were: 'always/often/sometimes/seldom/never'. The answers to this questions were seldom (N=6) and never (N=2). The open-ended question that follows this question is: Why do you always/often/sometimes/seldom/never refer victims to VSN? Most respondents answered that they do not have enough knowledge about VSN to be able to refer victims to VSN (N=6). Another reason is that professionals do not actively think about VSN when they are treating a victim (N=2). Another reason is that they are mainly focused on fixing the acute physical problems of the patient (N=2). One respondent says that there are brochures for victims in the hospital, but that they are not handed out enough. Another respondent also says that staff of emergency departments may fall short when it comes to the guidance of victims after they have been treated for their physical injuries. One of the reasons for the poor guidance is a lack of time. Two respondents state that emergency department staff always has time issues and more patients waiting. Therefore the (extra) guidance of victims sometimes falls short (N=2).

The second open-ended question is 'What do you need from VSN in terms of information or means in order to be able to refer victims to them? The most heard answer to that question is information (N=7). By information they mean that they would like to receive brochures (N=5) with information about the services of VSN. Others proposed for VSN to organize education or training for professionals when it comes to guiding and referring victims (N=4). One of the respondents proposes that VSN should have one contact person in the hospital, that can pass through information and guidelines from VSN to his or her colleagues. Other suggestions are information brochures for

the victims, that the staff can hand out to them (N=4) and that victims can read later on. This brochure should include an action plan wherefrom victims will know what they can do. Another idea that emerged was that emergency department personal gets one contact person from VSN, to where they can refer victims to (N=1).

4.2.2 Results of The Questionnaire for Family Doctors

When it comes to the recognition of victims, almost all respondents (N=4) say that they almost always know when they are treating a victim, one respondent says that he or she is not always sure (N=1). Almost all respondents (N=4) are acquainted with VSN and its work. Only one respondent says his knowledge is average.

When the respondents are asked how often they refer a victim to VSN the answer differ from 'often'(N=1) to 'never'(N=2), but also sometimes (N=1), and almost never (N=1). About the usefulness of the referral of victims to VSN, all respondents are positive. One respondent feels that it is always useful to refer victims to VSN and the other respondents (N=4) feel that this is useful in not all, but most cases. All the respondents (N=5) think it is important that victims get an offer for help. But not all respondents are willing to make this effort. Only three out of five respondents say that they are willing to help victims if necessary.

At the end of the questionnaire I asked the respondents about what they feel is the most effective way for VSN to reach victims through medical institutions. Furthermore I asked them which of these possibilities they would be willing to work with. The possibilities I proposed were: posters on the wall, brochures in the waiting room, brochures that are being handed out by professionals, personal information from the professional, or a professional that asks victims whether they want to be approached by VSN.

All respondents agree that it is a good idea for family doctors to inform the victim about VSN (N=5). Furthermore most respondents (N=4) think that it would be a good option if family doctors ask whether the victim is all right with being approached by VSN. The less popular options are; brochures that are handed out by the professional (N=2), posters on the wall (N=2) and brochures in the waiting area (N=1).

The next question was which of the previous options the respondent would be willing to use in their own practice. The answers to these questions differed a bit from the answers of the previous question about the possible options and their effectiveness. The results of this questions shows that although two respondents think that posters are a effective way to reach victims, only one respondent is willing to use these posters. It also shows that only one respondent thinks that

brochures in the waiting area would be effective, two respondents would be willing to use this option in their practice. This willingness also occurs with the option of handing out brochures to victims. Two respondents believe that this is an effective option to reach victims, but three respondents would be willing to try this option in their work. For the options of informing victims and active approaching victims the same amount of respondents believe that this is effective and are willing to use this option (N= 5, N=4).

Then there were the two open-ended questions again. The first open-ended question follows from the question: 'How often do you refer victims to VSN? Whereby the options were: 'always/often/sometimes/seldom/never'. The answers to these questions were divers, namely: often (N=1), sometimes (N=1), seldom (N=1) en never (N=2). The open-ended question that follows this question is: Why do you always/often/sometimes/seldom/never refer victims to VSN? The respondent that answered the former question with often, answers this question by saying that he or she does so since a lot of victims deal with psychological issues and he or she expects VSN to have the expertise to help these victims to deal with these issues. The respondent that said he or she sometimes refers a victims to VSN, only chooses to do this when he or she thinks there are clear signs that the victim needs support. And sometimes he or she does mention VSN to other victims. The other respondents that seldom or never refer a victim to VSN devote this to their lack of knowledge when it comes to the services of VSN (N=3). One respondent would like to gain more information about VSN and its employees and learn more about the possibilities of help for victims and the substantive procedure that the employees of VSN follows when it comes to guiding victims.

The second open-ended question is 'What do you need from VSN in terms of information or means in order to be able to refer victims to them? Two respondents want more information to be available for victims. One of the respondents likes to see this in the form of a brochure, another respondent sees more in informing patients through a website. This respondent also feels it is important that victims are called, instead of having to call themselves because of possible money problems victims might experience. Other respondents (N=3) are interested in being informed themselves so that they can pass on information to their patients. This information needs to be about what services VSN offers (N=1), but there is a demand to learn more about the referral process and about employees of VSN. Several respondents want an oversight of telephone numbers and names of contact persons of VSN who they can call for information and referring a victim (N=3). One respondent opted that it would be best if every family doctors office has its own contact person.

Chapter 5

The Discussion

After the presentation of the results, we can now discuss these results with regards to the sub questions I posed to answer in this thesis, namely:

- *What is the amount of victims that currently do not receive victim support?*
- *Are there improvements possible regarding the current referral system of victims to VSN as used by the police?*
- *Is there a current policy regarding the referring of victims in the medical health care system, and if there is, what does it entail?*
- *Are medical health care workers capable to recognize victims of crime and traffic accidents and their possible need for support?*
- *Is there enough motivation amongst medical health care workers to offer victims support?*
- *What are the needs of medical health care workers to be able to cooperate with VSN and refer victims of crime and traffic accidents?*
- *How can VSN facilitate a cooperation with medical health care institutions?*

In the following section I will discuss the answers to these question, that emerged from the literature and the research.

From previous research it became clear that there are between 400.000 and 750.000 victims every year that belong to the target group of VSN. Yearly VSN supports around 150.000 victims, so that leaves a minimum of 250.000 and maximum of 600.000 victims that do not receive support from VSN yet. Registrations at the emergency department facilitated by CSI show that there are around 22.000 victims of crime being helped at the emergency departments annually. For traffic accidents there are 130.000 victims. So annually there are more than 150.000 victims visiting the emergency departments in the Netherlands. And another 190.000 victims of traffic accidents visit their family doctor. So clearly there are a lot of victims to be found in medical institutions that belong to the target group of VSN. Perhaps there is some overlap with victims who also visit the police and receive an help-offer from VSN, but still there are a lot of victims out there for VSN to reach.

When it comes to BHV, the current referral system from the police to VSN, there are definitely some improvements possible that should positively influence the inflow of victims. From

the interview with the police, it became clear that the current system of referring victims to VSN is ready for some change. Not only the actual ICT system, but there is also some profit to gain when it comes to the mindset and knowledge of the police officers. BHV is outdated, the system is too difficult to use and not efficient because of its redundancy. The system is not user-friendly, what causes police officers to register incorrectly and make errors in the registration. Because of this, it happens that victims are not being referred, or referred correctly to VSN when according to the criteria they should have been. Secondly the officers also need more guidance and monitoring when it comes to working with the referral system, so that the risk at an error will be inclined. This guidance should also entail motivation from supervisors that are willing to empathize the utility and importance of the referring of victims. And lastly, the knowledge among police officers needs to be improved. There is a basic knowledge present among most officers, but there is room for improvements. The better an officer can explain the services that VSN can provide, the higher the chances that the victim will have a positive attitude towards victim support. This knowledge could be transferred and updated through workshops, but because of the constant shortage of time at the police it might be an idea to present this information during a briefing that police officers attend on a daily basis.

From the research it became clear that for almost all respondents it is obvious when they are treating a victim. Also they recognize the added value of helping victims and are motivated to do so. But surprisingly, not all respondents feel like referring a victim to VSN is in the best interest of the victim. This surprising outcome may have occurred, because some respondents are not sure if the referring to VSN is useful, but nevertheless are willing to give it a try. Nevertheless, the referral of victims to VSN does almost never happen. Perhaps because there does not seem to be a policy standard at the hospitals or at the family doctors offices, when it comes to the referral of victims to other organizations. Another reasons that the respondents shared for the lack of referring to VSN is that the respondents always lack time and the next patient is often already waiting to be helped. So they have a limited time for every patient, even when the patient is a victim. Another reason is that the respondents do not have enough knowledge about VSN and their services to refer victims on a regular basis. The family doctors state to have a reasonable knowledge about VSN, but the staff of the emergency departments has fewer knowledge about VSN. Halve of them admits to have a moderate level of knowledge about VSN. Also because of this lack of knowledge the option of referring to VSN is not something they think about during their daily work. The last reason is that the respondents are often focused on the immediate medical treatment and getting a victim physically up and running again.

The main thing that the respondents point out when it comes to means they need from VSN in order to be able to refer victims, is knowledge. The unfamiliarity of VSN seems to be the biggest barrier in order to reach more victims. It seems that most respondents know VSN, but do not know what services they offer and how they can reach them. Because VSN is so dependent on chain organizations for the referral of victims, it might be smart to develop the education of VSN more towards professionals so that their knowledge is high enough to be able to refer victims to VSN. This can for example be done by workshops for medical professionals. VSN already offers educational programs for professionals, but it might be a good idea to extend these program and use it on a more regular basis. The demand for more knowledge is specifically needy when it comes to how to refer a victim to VSN, but also about the services VSN provides for victims. Now many people know VSN only for the psychological help they offer and do not for the practical and legal support they provide. When the knowledge is higher among medical professionals this might also increase their notion of the added value that lies in the referring of victims to VSN. And this should also increase the inflow of victims at VSN. Another organization that deals with the same issues of unfamiliarity is the VOF. This organization gives workshops to professionals on a regular basis and they noticed that when they put these education programs on the back burner, their inflow of victims also decreased. Now it is not scientifically proven that this is a causal relation, but it could be an indicator for an effective strategy to reach victims. So this unfamiliarity poses a challenge for VSN to really promote their product and to spread knowledge about their organization and services.

When it comes to the reaching of victims through the medical institutions several options have been discussed with the respondents of the questionnaire and the interviewees. The option that came out as the most effective, also considering the cost and benefits is the information brochure. This brochure can have a conventional form and lay-out, but this might be worth reconsidering. It might be interesting to see whether a digital brochure would be better and more fitting in a increasingly digital world. Another option could be small cards with just the VSN website on it or perhaps a telephone number for people who do not use the internet. On the website the victim can find all the relevant information and can also search for more information if needed. When it comes to a brochure, another aspect that needs reconsidering is the target group of VSN. Is it desirable to have one brochure for all the target groups or is it desirable to differentiate in age or type of crime. VSN has different brochures for different crimes, so it might be good to use one brochure for crime victims and one for victims of traffic accidents. Or perhaps a separate brochure could be used that is appealing to adolescents. As said the possibility of digital information needs further exploration, since it seems that more and more people use the Internet to find information.

An important remark that should be made about these brochures is that it would be probably much more effective if these brochures are handed out, with explanation from a medical professional. In this case the chances are higher that the victims will seriously consider to act upon it, than when the brochures are passively spread through waiting areas. The option of posters is also discussed in the research and surprisingly this was not a popular option among the medical professionals. This could be regarded as surprising, because this option will not increase the workload for the medical professionals. They however feel like a poster will not be an effective manner to reach victims. Despite the distrust in the effectiveness of a poster, most respondent would be willing to hang them in their practice, to at least give it a try.

Another option that is frequently discussed during the research is that of an automatic referral system, as is now used at the police. Through this system the contact information of a victim is being automatically referred to VSN and they will then contact the victim as soon as possible. This would probably be the best option when it comes to the inflow of victims. There are however multiple challenges when it comes to the implementation of such a system. First of all this option will ask a lot of time from the medical professionals. It will take time before everyone is adopted to the system and before it turns self-evident. And also the issues of privacy can be an issue here.

Therefore a cooperation with CSI could offer a solution. CSI already has a cooperation with several hospitals in the Netherlands from who they receive anonymous data from about accidents and crimes and its victims. CSI is able to make a selection of that data and ask the hospital to contact these victims. Mostly this is used to let these victims fill in a questionnaire, but in this case it could also be used to make these victims an offer of help. One option can be that victims receive a letter with the contact information of VSN and a request or advise to contact them. Another option can be that victims receive a letter that announces a call from VSN, but with the explanation that they can object to that call if they want to.

Several findings from the research correspond with findings from the literature. In the theoretical section the theory of cost and benefits is discussed. From that theory we can conclude that it is likely when victims are thinking about searching for help or accepting help, they first weigh the cost and the benefits. Possible cost that victims experience can be: shame, stigma, privacy and doubts whether victim support will work for them. The literature is providing possible costs but in order for victims to also see the benefits they need to know what victim support entails. So it is important for victims to be well informed about their possibilities so that they will not make a certain choice just because the benefits are unknown. The importance of gaining knowledge of VSN

became clear in the discussion of the literature as well during the research.

The need for information also emerged when discussing the Theory of Planned Behavior. From that theory is concluded that victims experience certain barriers when they consider to look for support. Barriers can be for example feelings of shame or the fear of being stigmatized by your environment. A solution to diminish these barriers is to try to get rid of the taboo that rests on getting professional help. One way to do this is to get more information out there about professional help. Or in this case to get more information out about VSN. If it is true that current views in society contain negative thoughts about seeking and receiving help, there is a great chance that when people collect more knowledge, this leads to more positive attitudes and an increase in the willingness to seek and accept help.

Another theme that emerged during the research and also is accounted for in the literature is the role of the medical professional. In the literature I found that medical professionals often do not recognize victims and therefor also not refer them to chain organizations. However, almost all the respondents claimed to always or almost always know when they are treating a victim. Also they claimed this was not connected to the choice of referring a victim to VSN. Furthermore, it seems that medical professionals, namely professionals from the emergency department often take a role upon themselves that only focuses on the immediate physical treatment and not on the psychological or practical problems that victims experience. It would help the victim if medical professionals also take upon an active role in the referring victims to other organizations, like VSN so that they will receive the support they need.

Another interesting aspect that I found in the literature and that was also named several times in the interviews, is the idea of a pilot. According to the literature the target group of certain pilot can best make judgments about the understandability, attractiveness and effectiveness of the material that is used. It would therefor be a good option for VSN to start a pilot with a small group of medical institutions whereby different ways of informing victims can be tested. This gives the opportunity to make the information material as attractive and effective as possible. More about my recommendations for VSN, can be found in the last chapter of this thesis. First I will talk about the limitations of this study and subsequent present my recommendations for future research.

When it comes to the limitations of this study I consider the following aspects: First of all, I recognize that the respondents are not a valid representation of the average medical professional. The respondents are likely to be interested in the topic of victims and victim support and were therefor willing to fill out the survey or participate in an interview. The largest limitation is probably the number of medical professionals that filled out the questionnaire. The response was very

disappointing, in spite of the broad distribution of the questionnaire and the different ways to do so; personal approaches, advertising in medical newsletters and advertising on websites of communities of interest and the sending of repeated reminders. The results of the questionnaire are therefore not representative, but can still give us an insight into the possible barriers and possibilities of a cooperation between medical institutions and VSN.

Considering future research I recommend the following: First of all it is important that more research gets done on the need for help and the help-seeking behavior of victims. But also on the possible reasons for victims to accept or deny an offer for help. So the second recommendation is a study on feelings of shame and fear of stigmatization that victims might feel when it comes to accepting or denying professional help. Also more research is needed on the relationship between help-seeking, knowledge and attitudes. More insight in this, can lead to a solid approach to stimulate the help-seeking behavior among victims. Furthermore, it is interesting to learn more about the way victims receive, interpret and remember information directly after their victimization. Future research needs to be done in that area, because little is known about that and it can tell us more about effective ways to approach victims.

Also I recommend that research gets done on the possibility of a pilot. This can perhaps be done in cooperation with CSI, so that VSN can benefit from their existing contacts and data. But VSN can also start a pilot on its own. This pilot can be the distribution of brochures at emergency departments and family doctors offices and monitoring, as far as possible, the inflow of victims. The willingness and knowledge of the medical professionals can influence the success of this pilot, and therefore I recommend that these professionals follow an educational program at the start of a pilot.

Chapter 6

Conclusion and recommendations

After analyzing the theory, the results of the research and answering the sub questions, it is now time to answer the main question of this thesis, namely: *'In what way can medical emergency stations and family doctor offices be a channel for VSN to reach victims and offer them support?'*

The answers to that question is that medical institutions can in several ways be a channel for VSN to reach victims. In order to let this succeed, there are however a few burdens that VSN needs to overcome. The main burden is that the knowledge about VSN can, on the moment be too low among medical professionals. This is true for the respondents, so this can also be the case for more medical professionals. The improvement of this knowledge is a very important condition in order to make the referral of victims by medical professionals to VSN succeed. This can be done for example by providing them education programs or workshops that teaches them more about VSN, their services and how the medical professionals can refer victims to VSN. Another less time consuming option would be if the medical professionals would receive written information, for example in the form of a brochure from where they can read all the necessary information they need in order to be able to refer victims to VSN. When the knowledge of the medical professional is adequate they will be able to inform victims about, and refer them to VSN.

Besides improving the knowledge of the medical professionals, there are several other options when it comes to reaching victims through medical institutions: Posters can be put on the walls of waiting rooms of family doctors offices and emergency departments so that victims can read information from there. Information brochures can be placed in waiting rooms of family doctors offices and emergency departments so that interested victims can read these brochures and take them home. Furthermore, medical professionals can personally hand out these brochures to their patients accompanied with oral explanation about VSN. A condition for this option to be successful, is however as mentioned in the paragraph above, that the knowledge of the medical professionals about VSN is adequate.

After careful considerations these are my recommendations; First of all my recommendation when it comes to the current referring system of the police. The police is critically looking at the BVH system where through they refer victims to VSN. When certain improvements can be made to this system, like making it easier to work with for police officers, this can give a boost to the inflow of victims at VSN. I recommend VSN to watch these developments closely, facilitate when

necessary and keep on communicating about these developments with perhaps now and then even a little pressure. But more importantly I recommend that VSN updates the current knowledge of police officers that deal with victims on a daily basis. It is extremely important for them to have sufficient and up to date knowledge about VSN and why victims can profit from their services, in order to facilitate an optimal referring process.

When it comes to the possible cooperation between VSN and medical health care institutions I recommend the following; after thoughtfully weighing the cost and benefits I recommend to go with the option that causes the least work for the medical professionals. For the long-term it would be better to choose the option that is most effective, but when you want something that is simple and fast to organize this is the best option. For long-term however a comprehensive cooperation with internalized policy and protocols would be ideal. Possibilities like shared decision making and a cooperation with CSI need further research in order to accomplish such a cooperation. But because this takes time I recommend that for now we need to work with the means that are at our disposal; brochures.

In this way VSN will be able to reach more victims without troubling other parties for extra time and work. In order to learn whether this option is an effective one, I recommend that VSN starts a pilot with a small group of medical institutions. When VSN monitors where 'new' victims come from and get their information from, careful conclusions can be drawn about the effectiveness of placing brochures in medical waiting rooms. When there are medical professionals who want to put in some more effort and time and hand out brochures with some extra oral information, they are of course more than welcome to do so.

Furthermore I recommend that VSN initiates a meeting with CSI to talk about what they can mean for each other. CSI has existing contacts with the medical health care institutions and has data that can be very valuable for VSN in order to reach more victims.

Concluding I would like to present the most important recommendation. VSN should consider to work harder on the promotion of their product. My recommendation is that VSN will expend their current education programs and aim their training specifically at (medical) professionals and other chain partners who deal with victims on a regular basis. When their knowledge is at a sufficient level, they will be more capable to inform and refer victims to VSN. Getting rid of the unfamiliarity seems to be a condition to be able to reach more victims. Also VSN should get rid of the image of being an organization that only provides psychological support. This education can be for example done in the form of workshops or written education, like brochures.

To conclude, when more people will learn about the great work that VSN does, the more

great work VSN can actually do. And at the end of the day we are all working towards the same goal; getting the victim up and running again. If we can combine the immediate physical care that a victim needs with the support a victim might need, we will be able to accomplish that goal.

Chapter 7
Appendix 1
Transcripts Interviews

Interview Aafke Pleket VOF 01-05-2014 43 minuten

Spreker 1: Sybrich Zwiers

Spreker 2: Aafke Pleket

2:

wij hebben ongeveer hetzelfde probleem, slachtoffers kennen ons meestal niet, we zijn afhankelijk van andere ketenpartner vooral die slachtoffers wijzen op het schadefonds. En we hebben ook wel eens gedacht aan huisartsen en ziekenhuizen enzo, maar wij hebben dan ook nog eens dat slachtoffers die daar komen, ook maar een beperkt deel interessant is voor het schadefonds. We willen ook niet dat er heel veel mensen worden benaderd door het schadefonds, maar dat er heel veel mensen een afwijzing krijgen. Want dit is vaak een teleurstelling en dat kan heel erg nadelig werken voor die slachtoffers, want je hebt natuurlijk een verwachting en daar wordt je dan in teleurgesteld.

1:

ja, want uiteindelijk is de groep ook weer niet zo heel groot toch, die aanspraak kan maken?

2;

Nee, gemiddeld hebben we nu 7 a 8.000 aanvragen per jaar, dus dat is maar een heel beperkte doelgroep. *Dit gaat om geweldsmisdrijven met ernstig letsel dus dan moet je denken aan zware mishandeling, bedreigingen, zedenmisdrijven, moord doodslag* en het meeste ongeveer de helft krijgen we binnen via shn, , daarnaast ook wel van andere ketenpartners, maar vooral van shn. En daarnaast ook wel van rechtsbijstand, advocatuur.

1: en geldt dat voor elk soort geweld, ook huiselijk geweld of uitgaansgeweld?

2:

Ja nou de criteria is dat het ernstig lichamelijk geweld moet zijn dus of lichamelijk geweld of psychisch

1: en hoe..

2:

ja we hebben een letsellijst. We werken met acht schalen en daar is echt gewoon nou je kan het ook op de website zien nou echt als je oogkas is gebroken val je in die schaal, als je blijvend invalide bent geworden val je in die schaal, dus je kan dat echt per geval bekijken.

1:

oke en dat heeft ook weer te maken met de hoogte van de vergoeding?

2:

ja, want die schalen, bijvoorbeeld schaal 1 dan krijg je 1000 euro aan immateriële schade, even uit m'n hoofd gezegd. Bijvoorbeeld schaal 8 blijvend letsel zoals blijvend invalide, krijg je 10.000

1:

en kijken jullie dan ook naar psychisch letsel?

2:

ja

1: want ik kan me voorstellen dat iemand met klein lichamelijk letsel toch ook veel psychisch letsel kan hebben

2:

ja, bijvoorbeeld als je bedreigt wordt met een wapen bijvoorbeeld bij een roofoverval of iets dergelijks, dan gaan we ervan uit dat alleen al die bedreiging, dat voor ernstig psychisch letsel zorgt, dus ook al is er geen psychisch letsel, die mensen krijgen dan wel een uitkering, maar dat is dan alleen voor psychisch letsel. Want je kan ervan uitgaan dat het zo heftig is dat als je een pistool tegen je hoofd krijgt, dat we geen bewijs meer nodig hebben dat je dan psychisch letsel hebt.

1:

en zijn er dan nog schalen?

2:

dat valt dan ook in schalen, dus alles valt weer in een specifieke letselcategorie.

2:

mensen moeten het wel onderbouwen, bijvoorbeeld dat ze in behandeling zijn bij een psycholoog of psychiater. Dat is voor ons het bewijs dat je psychisch letsel hebt, anders ga je niet in behandeling. En soms vragen we dan ook aan die psycholoog om daar informatie over te geven, wat de klachten zijn bijvoorbeeld, is er sprake van pts, of wat dan ook en aan de hand daarvan zijn een paar schalen en zeg maar bij de meest eenvoudige is het zoveel behandelingen, en heb je zoveel behandelingen nodig dan zit je weer een schaal hoger. Maar het kan heel ingewikkeld zijn, ook iemand karakter speelt mee of als iemand net een relatiecrisis zit of net is gescheiden of een naaste is verloren, dan zal een redelijk eenvoudig misdrijf al meer impact hebben omdat je al minder stabiel bent. Maar vandaar dat we ook regelmatig zon rapportage opvragen.

1:

oké, en 7.000 aanvragen zei je?

2:

iets meer ja,

1: en hoeveel wordt daar ook echt van uitgekeerd ook? Want inderdaad want als mensen shn al zo slecht kennen, dan is het schadefonds waarschijnlijk nog lastiger te vinden.

2:

ja inderdaad, als shn een groot deel van hun doelgroep niet bereikt, dan betekent dat dat wij ook een heel groot deel van onze doelgroep missen, omdat ja meeste krijgen we via shn binnen. Kijk dit is de instroom, dus de laatste twee jaren is het wat lager.

1:

en hebben jullie dan een idee hoe dat komt?

2: *nou een groot deel komt omdat we minder voorlichting geven. Omdat we juist zo afhankelijk zijn van ketenpartners geven we regelmatig voorlichting, bijvoorbeeld bij shn. Doen we dat niet, dan zie je de instroom dalen.*

1: *en hebben jullie dat bewust gedaan?*

2: *ja we hebben ons bezig gehouden met andere projecten. Als je met heel veel projecten bezig bent en daar heb je mensen voor nodig en de instroom blijft ook heel hoog dan betekenen het dat je de productie niet kan weg werken wat betekent dat de wachtlijsten en doorlooptijden enorm oplopen. En dat is niet leuk voor so want dan krijgen ze heel lang geen reactie en het is niet leuk voor de medewerkers. Dus we hebben de afgelopen twee jaar de voorlichting wat beperkt uitgevoerd, maar we gaan nu wel weer ermee aan de slag.*

1:

want jullie geven dan bijvoorbeeld voorlichting aan medewerkers van shn?

2:

bijvoorbeeld de casemanagers zijn laatst hier geweest, van de ernstige geweld en zedenmisdrijven n van moord en doodslag hebben we ze ook een keertje gehad. En nou dat zijn belangrijke mensen voor ons maar ook gewoon als een bureau vraagt goh we willen een keertje toelichting, dan gaan we daar ook gewoon heen. We gaan nu ook bij een grote rechtsbijstand verzekeraars langs, en laatst bij een bijeenkomst van de advocatuur. Binnenkort doe ik er een paar bij de politie, dus ja dat is heel verschillend. En bij de een is wat meer te halen als bij de ander.

1:

Omdat ze..? de motivatie niet hebben..?

2:

Nou ja, nee het is vooral sommige medewerkers van shn hebben wel de vrij eenvoudige zaken en niet de zware zaken. En het zijn vooral de zware zaken die in aanmerking komen voor een uitkering. Dus als je maar heel weinig te maken hebt met mensen die in aanmerking komen voor het schadefonds, dan is het ook heel lastig om die kennis op orde te houden.

Want sommige mensen die hebben er bijna dagelijks mee te maken en andere 2 of 3 keer per jaar. Dus het is ook wel een uitdaging om die kennis op peil te houden zeg maar.

1:

en hoe zit die samenwerking precies in elkaar, want het gaat dus gewoon op basis van nou als iemand een so heeft onder z'n hoede en die denkt dat is een kandidaat voor het sgm dan verwijst ie die door of is er een automatisch systeem?

2:

nou, in die zin op het moment dat shn belt, dus het eerste contact dat ze hulp aanbieden, dan noemen ze al het sgm, zo van nou ja we kunnen helpen bij verzekeringen, bij voegen in het strafproces of bij een aanvraag voor een uitkering bij het sgm, dus daar noemen ze het al. Nou vervolgens komt er dus eventueel vervolghulp, dat er dus een gesprek komt met iemand van shn en daar wordt altijd gekeken, van is dit so komt die in aanmerking voor een uitkering van het schadefonds. Zoja, dan wordt dit ook besproken en dan kan een slachtoffer kiezen van vul ik het zelf in, laat ik me helpen, of laat ik diegene optreden als gemachtigde, bijvoorbeeld omdat het so dat prettiger vindt, dus het komt wel heel vaak aan bod, maar er is een gebrek aan kennis, er zijn natuurlijk heel veel vrijwilligers en medewerkers maar vooral vrijwilligers en er is een hoog verloop dus wat wij aan het doen zijn, naast de standaard voorlichting, is om een training te ontwikkelen samen met shn en die standaard aan medewerkers aan te bieden zodat ze echt een dag training krijgen van hoe doe je dat met zon aanvragen en wie komen er in aanmerking, welke stukken moet je bijvoegen, waar moet je opletten dat soort dingen. We hopen daardoor het kennispeil gewoon op niveau te houden

1:

dus jullie richten je vooral op mensen die slachtoffers kunnen doorverwijzen dan ook de slachtoffers zelf?

2: *ja, ja we doen bijvoorbeeld wel op social media, maar dat is fat staat echt in de kinderschoenen.*

1:

en wat doen jullie dan?

2:

ja, facebook en twitteren, maar het zijn toch cht vooral de ketenpartners en lotgenotenverenigingen, want we hebben regelmatig contact met nabestaandenverenigingen, daar hebben we contacten mee en via die weg proberen we ook wel het sgm bekend te maken bij slachtoffers, maar het is zon kleine groep, goddank, van mensen die in aanmerking komen, het is niet te doen om de hele samenleving op de hoogte te brengen. Het is wel een keer geweest, toen hebben we met het bus door het land getoerd en overal in het centrum staan, folders uitdelen, mensen aanspreken etc. en gewoon iedereen die het wilde horen uitleggen, van jo wat is her schadefonds, nou dat heeft geleid tot een veel hogere instroom,

maar ook een veel hoger percentage dat we moesten afwijzen, je haalt toch heel veel kansloze aanvragen binnen. En naja dat is voor die mensen niet leuk maar voor ons ook niet prettig, dus daarna hebben we gezegd dat we ons vooral gaan richten op de professionals en de semi-professionals die de slachtoffers langs zien komen en die willen we dan opleiden of voorlichten zodat zij een goede inschatting kunnen maken of zij die mensen eventueel wel moeten doorverwijzen. Dus ja we zijn ook wel een beetje zoekende nog van hoe kunnen we meer mensen bereiken, want ja we zijn toch nog wel afhankelijk van ketenpartners en je ziet het in de cijfers, als we het even op een laag pitje zetten en het keldert gewoon. En ja we zijn onderdeel van het departement dus als on ze cijfers niet zo heel positief zijn krijgen we gewoon gedoe met het departement. De stas kan er weer op aangesproken worden in de tweede kamer en aangezien hij slachtoffers heel belangrijk vindt, kunnen ze natuurlijk aan hem vragen, ja maar meneer Teeven, u zegt wel dat u het zo belangrijk vindt, maar het sgm weten de mensen niet te bereiken er zijn toch wel meer mensen die er voor in aanmerking komen, dus daar moeten we wel steeds aandacht voor hebben.

1:

ja, oké. Want hebben jullie bijvoorbeeld ook folders of posters

2:

ja, ja

1:

En waar zijn die bijvoorbeeld, waar liggen die?

2:

ja, dat is een mooie. Je mag er eentje meenemen. We hebben die verspreid onder shn, dat zij m mee kunnen geven. Hij zit bij een aantal politiekorpsen ook in de aangifte map of er zit een stukje tekst in met de verwijzing naar de site.

1:

en waarom zit er dan bijvoorbeeld bij het ene korps wel een folder en de ander niet?

2:

ja, de politie zou het landelijk hetzelfde moeten werken, maar dat doen ze niet. Dus het ene korps pakt het op de ene manier aan en de andere weer anders.

1: oké, en ligt dat niet aan de bereidheid om..

2:

ook wel hoor, ook hoe belangrijk ze slachtofferbeleid vinden, dus als het geen topprioriteit vinden, dan zullen ze niet zo snel geneigd zijn om actie te ondernemen en om het schadefonds onder de aandacht te brengen.

1:

nee..

2:

dus ja dat verschilt gewoon, maar ik heb niet het idee dat het heel veel uitmaak, omdat je bent net slachtoffer geworden, en je bent doet aangifte en dat is al best wel heftig dan krijg je een map mee van nou je hebt aangifte gedaan, met allerlei verwijzingen, waar je hulp kunt vinden, waar je informatie kunt vinden, en dat is hel veel ik heb die mappen wel eens gezien en dat is gewoon zon lijst met linken naar websites en ik kan me best voorstellen dat dat voor heel veel slachtoffers gewoon te veel is en dat je het gewoon vergeten bent of wilt vergeten. En er zijn ook best wat mensen die geen uitkering willen, dat of de gedachte van de dader moet het betalen en ander hoeft ik het niet, dus alleen de dader betaalt anders niemand. Je hebt nu die voorschotregeling, we doen een vergelijking met het cib en als daar een match uitkomt en er zijn bepaalde regels dat in principe een uitkering voor de zelfde schade wordt niet dubbel vergoed dus dat gaan we dan berekenen, en het cib gaat verhalen bij de dader en wij verrekenen dat, het so heeft er geen last van, hij krijgt in principe een voorschot van ons. Ook omdat een zaak zo jaren kan duren. En als er dan een veroordeling komt ene de dader krijgt een schadevergoedingsmaatregel opgelegd dan vindt die verrekking plaats. Dus dat is om te voorkomen dat so eerst een aantal jaren moeten wachten op de uitkomst van de rechtszaak en dat was eerder dus wel zo, dat so echt jaren moesten wachten, en nu kiezen ze er wel voor om de dader eerst aansprakelijk te stellen en als dat niet lukt kom ik wel naar jullie en er zijn dus ook slachtoffers die zeggen naja ik wil mijn handje niet ophouden. Ik wil geen aanvraag indienen. Die mensen heb je ook, dat is het leven, je kan ook een keertje pech hebben, en ik heb dikke pech gehad en daar hoeft de samenleving niet voor op te draaien.

1:

en wat zou dat nou zijn, is dat uit trots of schaamte dat ze niet als slachtoffer gezien willen worden, of niet als zielig?

2:

nou, niet als zielig denk ik. Ja toch een beetje van ik heb dat niet nodig, ik red me wel. En ik denk dat dat ook mee speelt bij slachtoffers die geen hulp willen van shn, zo van ik red me wel, ik heb daar geen anderen voor nodig, en zeker geen onbekenden. En dat hebben wij hier ook. Het is geen super grote groep maar je moet er wel rekening mee houden, dat een del van de mensen kun je die wel bereiken, maar die zullen dat nooit willen,

1:

Ja, nou bij shn had ik dat idee ook al, dat er mensen zijn die denken ik los het zelf wel op en ik heb geen psycholoog nodig. En toen dacht ik ja bij het sgm is het misschien anders, omdat je daar wat concreets kan halen namelijk geld. Dus dan zou je eerder verwachten dat ze die trots of schaamte opzijschuiven daarvoor.

2:

ja dat kan. Er zijn natuurlijk ook genoeg mensen die hier wel aankloppen maar die niet bij shn zijn geweest. Maar ja ik denk dat het deel ook dezelfde groep is die zegt ik red mezelf wel en daar heb ik de overheid niet bij nodig.

2:

De boodschap van shn is natuurlijk wat makkelijker, je hebt veel minder dat je mensen moet gaan afwijzen.

1:

ja dat is waar, hoogstens doorverwijzen naar een andere ketenpartner.

2:

ja het is wel altijd de vraag, hoe kan je je boodschap zo maken dat je goed overkomt, zodat je geen verkeerd beeld schetst. Want zoals bij shn is ook dat toch wel veel mensen die denken ja ik hoef geen zakdoekje, en ik heb familie waarbij ik kan uithuilen. Die dus een heel beperkt beeld hebben van wat shn kan bieden. Die niet weten dat ze meer doen dan emotionele ondersteuning bieden, en dat is wel heel lastig denk ik om dat goed over te brengen. Als je alleen maar een poster hebt of een folder ergens, dus dat blijft lastig.

1:

daarom wil ik bijvoorbeeld ook weten hoe een huisarts er tegenover staat om niet alleen een folder in de wachtkamer te hebben liggen, maar ook om na een gesprek geheel kort even wat over shn te vertellen, over wat zij jou kunnen bieden,

2:

ja als huisartsen daar de toegevoegde waarden van inzien, voor slachtoffers.

1:

ik vraag me ook wel af hoe effectief bijvoorbeeld die folders zijn in de wachtkamer, omdat er misschien al zoveel liggen, hoe breng je dan nog jouw boodschap goed over en zorg je dat jouw folder wordt opgepakt door slachtoffers?

2:

ja ik denk dat het geen kwaad kan om je boodschap zo vaak mogelijk te herhalen. Bij de politie er iets over horen, bij de huisarts en bij het ziekenhuis. En na drie keer denken ze dan misschien toch wel, he dit is toch wel interessant.

1:

wij hebben er ook wel eens over gedacht om met de koepel van huisartsen te gaan praten. En wat we gaan doen is wel eens met de GGZ eens gaan kijken , bijvoorbeeld jeugdbescherming maar het is ook wel weer heel erg lastig omdat de mensen bij de GGZ bijvoorbeeld die zijn heel erg gericht op behandeling. En een uitkering van schadefonds dat zien zij niet als een onderdeel van de behandeling. Terwijl wij zo iets hebben van een financiële tegemoetkoming kan ook helpen bij het herstel. Wij geven geld, maar we erkennen ook slachtoffers in het slachtofferschap. Van jou is iets overkomen en iemand heeft jou iets aangedaan, dat erkennen we en op basis van je letsel geven we je dan een bijdrage en in die zin kan het dan wel bijdragen aan je herstel. Maar die GGZ wereld, zeg maar die kijkt daar toch wel iets anders tegenaan.

1:

en waarom zou die terughoudendheid er zo erg zijn? Want oké ze denken dat het niet bijdraagt aan de behandeling, maar

2:

ik denk gewoon voor hun praktisch extra werk, waarvan zij het nut niet in zien.

1:

ja want jullie vraag was, of ze jullie vaker konden noemen, of..?

2:

ja of gewoon eens tijdens de behandeling, dat als de behandelaar er achter komt dat er sprake is van schade of dat ze al door hebben van ie man is echt slachtoffer van een ernstig delict met veel letselschade dat het dan interessant is om ons te noemen, maar eigenlijk alles wat niet te maken heeft met de behandeling, houden ze buiten de deur en dat zal heel erg per behandelaar verschillen maar dat is wel het beeld wat ik er van heb gekregen.

1:

oké, omdat het dus veel werk is..

2:

ja en ze zien er het nut niet van is. Ik denk dat zij het zien van ja ik ben bezig met het psychische herstel en zij zien dan een tegemoetkoming in de schade zien ze niet als onderdeel van het psychische herstel.. terwijl wij het idee hebben dat het wel zo is, maar goed. Dat is denk ik ook een kwestie van beter uitleggen wat we doen en waarom we het doen. Daar willen we nog wel mee aan de slag.

2: ken je het centra seksueel geweld? Daar zijn we nu ook mee bezig om een soort protocol mee af te spreken om dat ze in specifieke gevallen dat er altijd standaard een aanvraag wordt ingediend, want dat valt bijna allemaal in onze doelgroep. En daar merk je dat ze wel een eigen doel hebben, omdat sommige mensen het eigen risico een drempel is om zich aan te melden bij dat centrum, nou en dan is het dus voor dat centra interessant om direct te zeggen want ja je bent slachtoffer en je hebt letsel dus je komt in aanmerking voor een uitkering van het schadefonds.

1:

als er dus toch een duidelijk belang is voor de andere partij om door te verwijzen, gaat het toch ineens een stuk vlotter..

2: ja, dan wordt het makkelijker. Absoluut.

Dus ja er speelt van alles mee. In principe doet iedereen het voor het belang van het slachtoffer, maar er spelen natuurlijk allerlei verschillende belangen mee. En verhoudingen.

1: en ik heb het idee dat het medische wereldje toch net even wat afgeslotener is van de buitenwereld.

2:

ja, een vriendin van mij werkt in het ziekenhuis en die zegt ook het is een gesloten wereld, dus dat maakt het lastig.

1: weet je ook hoeveel slachtoffers op eigen initiatief contact met jullie opnemen?

2:

nou dat is maar een hele kleine groep, misschien maximaal 5 procent. We hebben op ons aanvraagformulier ook een vraag van hoe weet u van het bestaan van het schadefonds en dus we hebben een beetje een beeld van hoe ze hier komen.

1: en heb je een idee hoe ze bij jullie komen?

2: ja googelen, of van vrienden of familie of vanuit je werk. Dat soort. Maar het is geen grote groep. Als je gaat googelen kom je wel op het schadefonds, maar dan moet je wel goed zoeken. Je hebt bijvoorbeeld ook de slachtofferwijzer van het slachtofferfonds, nou daar staan we ook. Dus via die manier, als je gaat googelen en je komt op de slachtofferwijzer kom je ook wel op die manier bij het schadefonds.

2:

ja en we benaderen dus wel redelijk rechtstreeks via lotgenotengroepen. We gaan daar een keer per jaar heen. En wat we wel eens doen bij vereniging van het vermoorde kind en dat we ene presentatie verzorgen, en dat zijn allemaal nabestaande dus

1:

maar is dat dan niet allang onderling besproken

2:

ja je hoopt natuurlijk dat dat als een lopend vuurtje erdoorheen gaat, maar zeker nabestaanden hebben een dusdanig ingewikkelde problematiek dat ze het als het ware echt wel 10 of 20 keer moeten horen voordat ze ermee aan de slag gaan. De casemanager doet ook altijd een aanvraag, ja tenzij de nabestaanden het echt niet wil maar dat is standaard de werkwijze voor hun, en via de verenigen bereik je ook wel meer mensen, omdat niet iedereen met een casemanager aan de slag gaat en het kan ook zijn dat we lotgenotengroepen weer nabestaanden tegenkomen die al voor het casemanager schap slachtoffer zijn geworden.

1:

Wat ik me ook kan voorstellen bij hele ernstige misdrijven en je bent bijvoorbeeld in een ziekenhuis dat je dan je overladen kunt voelen met informatie. Kan me voorstellen dat veel zo iets hebben van ik wil gewoon naar huis.

2:

ja zeker als je in het ziekenhuis bent ben je daar om een goeie reden en ben je daar vooral mee bezig. Maar ik kan me voorstellen dat je op dat moment niet mee bezig bent, maar als je dan thuis bent en je voelt je iets beter dat je dan die informatie nog een gaat doorlezen en dan wel denkt van hey, zeker shn in z'n vroeg stadium is niet verkeerd. Maar voor sgm is het denk ik wel anders omdat ze pas later bezig gaan houden met de financiële gevolgen, bijvoorbeeld de ziekenhuisrekeningen, of je eigen bijdrage voor je therapie of iets dergelijks, dus dat komt vaak op een later moment.

1:

wat is volgens jou nou de meeste effectieve manier om slachtoffers te bereiken? Bijv. een folder, of doorverwijzing systeem.

2:

ik denk ook wel de variant als de professional er iets ver vertelt en een advies geeft over wat ze voor jou kunnen betekenen, en tegelijkertijd een folder meegeven ik denk dat dat iets minder als actieve benadering effectief is, maar het brengt veel meer op dan een folder of een poster. Want ja het moet het slachtoffer maar opvallen zo'n folder en diegene moet dan ook wel een flinke drempel over om ten eerste te besluiten dit is iets voor mij en dan ook nog te gaan bellen. Terwijl als een professional zegt hier kan je wat aan hebben, dit is een goed idee voor jou, dan zullen meer mensen gaan bellen. Je hebt wel een toelichting nodig. Ik weet dat er een link is tussen huisartsen en die psychologen centra dan wordt je digitaal aangemeld, dat kan ook. De huisarts bespreekt het met de patiënt, vindt je het goed als ik je aanmeld, en dan kan het shn zelf bellen naar het slachtoffer, maar de huisarts moet het wel toelichten.

Interview Geert Hendriks beleidsmedewerker verkeer, slachtofferhulp Nederland

30.18 minuten 12-05-2014

Spreker 1: Sybrich

Spreker 2: Geert

Spreker 2:

nou ik ben dus Geert Hendriks en ik ben beleidsmedewerker verkeer. En ik hou me bezig met verkeersslachtoffers en een van de onderwerpen waar ik me mee bezig hou is de instroom van verkeersslachtoffers bij slachtofferhulp Nederland. *De politieregistratie loopt al jaren terug, er worden steeds minder slachtoffers geregistreerd door de politie. Er wordt zelden aangifte gedaan bij verkeersongevallen dus verkeersongevallen is een beetje een vreemde eend in de bijt. Als politie bij een verkeersongeval komt dan maken ze daar een registratie van, dat zou moeten. En dan komen die gegevens wel weer via de normale route, via de edp (de elektronische data p) zou het dan bij slachtofferhulp terecht moeten komen. We zien dat als we kijken naar de hoeveelheid slachtoffers van verkeer en de aantallen van verkeersongevallen die bij slachtofferhulp in beeld komen dat is er nog een heel groot verschil tussen. Een van mijn wensen is dat omhoog te brengen, hetzij via de politie, dat er dus beter geregistreerd word, nou dat is een heel lastig traject. En een andere optie is om verkeersslachtoffers zelf in contact te laten komen met slachtofferhulp Nederland, maar dan moeten we ze ons wel weten te vinden, ze moeten ons kennen, ze moeten weten dat ook voor verkeersslachtoffers ondersteuning bied. En een van de dingen waar ik aan heb zitten denken was dus om bij ziekenhuizen bij spoedeisende hulp, daar komen vrij veel verkeersslachtoffers daar terecht, met letsel, om hen op de hoogte te brengen van slachtofferhulp en als ze daar behoefte aan hebben, dat ze ons kunnen benaderen. Alleen ja dat is op dit moment nog een vaag idee van mij en naja toen ik hoorde dat jij je bezig houdt met spoedeisend hulp slachtoffers dacht ik hey, daar moet ik meer van weten. En hoe goed die spoedeisende hulp benaderbaar zijn en voelen ze d'r wel voor.*

1:

ik probeer dus te kijken op wat voor manier zou slachtofferhulp slachtoffers kunnen bereiken. Het mooiste zou bijvoorbeeld zijn als ze net zo'n systeem zouden hebben als bij de politie.

2:

ja en hoe zie je dat dan voor je? Concreet.

1:

nou bijvoorbeeld dat wanneer een verpleegkundige een gesprek heeft met het slachtoffer dat ze dan vragen, net als dat ze dat bij de politie doen, van heeft u behoefte aan slachtofferhulp of eigenlijk heeft u er bezwaar tegen als slachtofferhulp contact met u opneemt. En dat ze dan dit via het computersysteem wordt doorgegeven aan slachtofferhulp. Maar goed dit zal wel extra werk opleveren voor die medewerkers bovenop wat ze al allemaal moeten doen,. Maar ik heb zoiets van het minste werk zou zijn die folders in de wachtkamer, en waar ik ook aan zit te denken is aan workshops. Zoals bijvoorbeeld het schadefonds geweldsmisdrijven, die hebben een soortgelijke problematiek van hoe bereik ik mijn doelgroep nou, die geven workshops aan professionals om ze te vertellen, van waar vind je ons nou en hoe verwijst je slachtoffers door. Zoiets zou voor slachtofferhulp ook een optie kunnen zijn. Misschien wel soortgelijke workshops geven op de eerste hulp afdeling.

2:

ja als je dan inderdaad die verpleger als die slachtofferhulp in beeld hebben, dan zouden zij in een gesprek op een gegeven moment kunnen aangeven van hey deze persoon heeft misschien wel even wat extra ondersteuning nodig.

2:

wat betreft folders zou je ook eigenlijk moeten onderzoeken hoe effectief die zijn. Hoe worden folders gelezen en wat voor effect heeft dat. En of dat wat oplevert, maar je moet ergens beginnen he. Maar je moet ook kijken van ja wat zijn de kosten en wat zijn de baten, maar dat zou ook weer bijvoorbeeld in een pilot in een aantal ziekenhuizen geprobeerd kunnen worden. En dan zou het heel mooi zijn als je kunt beginnen in ziekenhuizen waar CSI al wat contacten heeft. Ik weet ook vrij recentelijk had CSI ook in flevoland een project lopen, ook over verkeersongevallen, ongevallen.nu maar dat is een stille dood gestorven, omdat daar ook niet zo heel veel uitkwam en dat was ook in een poging om verkeersslachtoffers die dan bij een seh in flevoland zich melden die kregen dan een kaartje met daarop het verzoek om naar een website te gaan en de gegevens van hun ongeval daar achter te laten, want zij willen natuurlijk de ongevallenregistratie op een hoger peil houden. Dus ze dachten dan kunnen we vragen om die slachtoffers dat zelf thuis rustig te laten doen, maar dat blijkt dus mensen doen dat niet. Nee, nee dat was echt een poging die ze hebben ondernomen, waar ik ook wel heel erg in geïnteresseerd was natuurlijk.

1:

misschien ook omdat daar dan niks inzit voor het slachtoffer zelf. Ik kan me voorstellen dat als je een hulpaanbod krijgt dat dat interessanter is dan dat je zelf wat moet doen en niks krijgt

2:

ja dat is ook de insteek die ik toen had, maar ik hoorde eigenlijk te laat van die proef. Maar ik dacht ook als je de mensen kan aanbieden dat ze praktische en/of emotionele ondersteuning krijgen door ons dan heeft dat ook weer een wervende werking op het invullen van die gegevens. En er is nu ook weer een ander project op het gebied van verkeersslachtoffers ook met dat meer over letselongevallen dat ze die mensen zelf via een app op de telefoon willen registreren en daar heb ik ook al contact mee, ook met het aanbod van ja als je ons in die app noemt dan is het voor slachtoffers weer wat aantrekkelijker. Dat ze weten waar ze terecht kunnen en dat het niet alleen is om gegevens te geven, maar ook dat er wat tegenover staat dat ze hulp willen dat ze dan bij ons terecht kunnen.

1:

en is daar wat uitgekomen?

2:

Naja, ook daarvan, dat is een traject wat ook al heel lang liep, in ontwikkeling ook met de politie, de bond van verzekeraars en een adviesbureau en die zaten al in een eindfase, dus ik heb daar wel contact mee gezocht en ze vonden het wel interessant en ze wilden er ook wel over verder praten maar het oorspronkelijke idee was al zover gevorderd dat ze daar niet nu mee konden gaan spelen. Maar misschien in het vervolg dat we dat toch ergens in kunnen steken, met allerlei organisaties die ook mee doen, dus daar zou ik heel mooi bij passen vind ik.

1:

en wat ik ook vermoed is dat veel slachtoffers slachtofferhulp kennen als dat ze daar psychologische hulp krijgen en dat ze denken, ja dat heb ik niet nodig, terwijl ze misschien niet weten dat het ook voor praktische hulp is en juridische hulp.

2:

ja, dat klopt ja wat dat betreft hebben we nog een imago probleem denk ik ja en dat geldt ook voor verkeersslachtoffers, het is niet het type slachtoffer dat meteen denkt aan oh slachtofferhulp is er ook voor mij. Dat is meer met ernstige geweldsmisdrijven of een grote calamiteit, of een vliegtuig dat ergens uit de lucht komt vallen, daar is slachtofferhulp vrij snel in beeld. Maar ja als je omver wordt gereden door een auto dan denken de mensen daar inderdaad niet aan.

1:

en zijn er ook ideeën waarom de instroom van verkeersslachtoffers zo is teruggelopen?

2:

nou op zich de instroom is op dit moment wel redelijk stabiel, we hebben ongeveer 30.000 diensten per jaar die we voor verkeer uitzetten, maar als je dat vergelijkt met het aantal, nou we hebben ongeveer 650 verkeersdoden we hebben tussen de 20 en 30.000 ziekenhuis gewonden plus nog eens meer dan 130.000 spoedeisende hulpzaken en we helpen niet alleen de slachtoffers zelf maar ook de nabestaanden, betrokkenen, getuigen dus dat als je dat bij elkaar telt heb je zeg maar 200.000 mogelijkheden dan is dat een relatief klein aantal. Ook al is het redelijk stabiel en licht stijgend er zijn nog zoveel verkeersslachtoffers, getuigen, nabestaanden waarmee wij niet in contact komen, dat daar nog een hoop te winnen valt, denken we.

1:

want zijn er nog andere wegen die worden bewandeld om slachtoffers te bereiken?

2:

Ja, de zelfmelders he, mensen die toch op een gegeven moment gaan zoeken of via via horen van denk daar eens aan. Ik geloof dat 90 procent van de instroom politie is en 10 procent dat zijn de mensen die via een andere route bij ons binnenkomen.

1:

ik vroeg me af als slachtoffers zelf bellen, wordt er dan ook gevraagd hoe ze aan jullie contactgegevens zijn gekomen, via de website o.i.d.

2:

dat weet ik niet, als ze zelf bellen dat komen ze binnen bij de CSL, de centrale service lijn. En ik weet niet of daar een standaard vraag zit, het zou natuurlijk ook via de website kunnen, of ze kunnen het daar vanaf halen en zelf bellen. Nee dat weet ik niet.

1;

En zit je ook aan huisartsen te denken, of alleen aan de spoedeisende hulp? Want ik dacht zelf dat vooral verkeersslachtoffers ook wel bij de huisarts melden, omdat zij misschien na een langere termijn toch wel klachten ervaren of dat ze toch wel erg last houden van hun rug.

2:

nou de gedachte is wel dat ik het een beetje probeer af te pellen he, van de dodelijke ongevallen die zijn bij de politie allemaal wel in beeld. Dan heb je nog een hele grote groep ziekenhuisopnames daar valt nog een hoop te winnen voor ons maar dat ja dat zou kunnen. En de volgende stap is dus de spoedeisende hulp, mensen die echt letsel hebben bij een verkeersongeval en een acuut geval, zoals een gebroken arm, ja ga je dan meteen naar de huisarts of ga je naar de spoedeisende hulp dus mijn gedachte was meer van ja dat is de volgende stap, na de ziekenhuisopnames dat je bij de spoedeisende hulp terecht komt en bij huisartsen, ja dan heb je het inderdaad meer over de lichtere gevallen en de mensen die na verloop van tijd problemen houden en ja dat is ook interessant maar ja i mijn gedachten zou je dus eerst naar de spoedeisende hulp, *omdat ja zeker bij letselzaken ja die moeten ook wel geholpen worden en is het belangrijk dat ze even op het goede spoor worden gezet, zowel fysiek als psychisch maar ook juridisch. Want ja er is je wel wat overkomen, en je hebt bepaalde rechten en daar moet wel goed naar gekeken worden en wij kunnen daarbij ondersteunen, en vandaar dat mijn gedachten uitgingen naar de spoedeisende hulp afdelingen.*

2:

als het om slachtofferhulp gaat je hebt dus de geweldslachtoffers en de verkeersslachtoffers dat zijn dan de twee grootste groepen. Als je inzet op de bekendheid van slachtofferhulp voor de mensen die bij de spoedeisende hulp komen, *kijk ik zou natuurlijk het liefste hebben dat dat een folder is of informatie die puur gaat over verkeersongevallen. En als je dat*

meekrijgt dat als daar heel groot op staat verkeersongeval en ik krijg het in m'n handen van een verpleegkundige dan zal ik dat sneller gaan lezen , ook al staat er slachtofferhulp Nederland op, dan wanneer er staat slachtofferhulp Nederland kan je helpen, dan denk je ja dat zal wel

1:

ja zeker natuurlijk voor die verkeersslachtoffers

2:

dus dat je dan toch richter het onderwerp van verkeer aanbiedt.

1:

want bestaan die nu wel, van die speciale folders voor verkeersslachtoffers?

2:

er is een folder die over verkeersslachtoffers verkeersongevallen gaat maar die volgens mij al weer redelijk bejaard. En het punt is ook dat we eigenlijk minder naar papieren folders willen en eigenlijk meer naar digitale informatie dus ja, misschien zou je dan wel een klein kaartje moeten hebben met alleen de website en het telefoonnummer en de broodnodige informatie erop maar ja dat moet je dan weer n je handen gedrukt krijgen, lijkt mij. Want als het weer ergens ligt dan is het wel erg klein, of je zal een hele grote poster moeten doen met een bakje eronder met de kaartjes eronder, van verkeersongeval, hier is informatie of een telefoonnummer.

1

ik had daar nog niet aan gedacht, wel aan folders, maar niet aan aparte folders voor aparte doelgroepen zoals de verkeersslachtoffers.

2:

ja, ik denk dat je dan verkeersslachtoffers mist. Dat denk ik. En ja misschien moet dat ook nog wel blijken maar dat is wel mijn eerste gedachte.

1:

nog even ter verheldering, als er nu een verkeersongeval gebeurt dan komt de politie er meestal wel bij?

2:

nou nee, nee ze komen er alleen maar bij als er letsel is als er zware gewonden zijn er bij lichte gewonden, daar komen ze in principe al niet voor, of er moet heel duidelijk sprake zijn van een mogelijk strafbaar feit. Dus als er een vermoede is van alcohol verbruik of drugsgebruik of van extreem hard rijden dan komt de politie wel ter plaatse en als het goed is moeten ze dan een proces verbaal opmaken of een kenmerken melding plus en ja via dat traject zouden die gegevens dan ook bij slachtofferhulp terecht moeten komen.

1:

ook als er geen aangifte is?

2:

ja een formele aangifte is dan niet nodig nee. De politie maakt dan volgens mij in hun registratie. Voorheen was het zo dat ze het slachtoffer moesten vragen of zij slachtofferhulp wilden en dan moesten ze een vinkje zetten. Tegenwoordig staat dat vinkje automatisch op ja en wordt dat vinkje weggehaald als de mensen aangeven dat ze geen contact willen met ons. Dus dat is op zich wel een verbetering maar ja als de politie maar bij een zeer beperkt aantal ongevallen ter plaatse is en een registratie opstelt dan ja dan mis je wel veel.

2:

en we zijn ook gewoon heel afhankelijk van personen.

1:

van hoe bereid zij zijn om slachtoffers door te verwijzen?

2:

ja we hebben bijvoorbeeld wel gehoord dat er 200 familieagenten bijkomen dus dat is op zich wel een hele goeie zaak. Wij hebben een project casemanagement in het verkeer in Groningen en Friesland lopen waarbij we ondersteuning bieden aan nabestaanden van verkeersslachtoffers.

1:

en dat is een pilot?

2:

ja dat is een pilot, dat loopt 2 jaar dus in januari begonnen, dus nog anderhalf jaar door en daarin werken we ook vrij nauw samen met de familieagenten en dan zie je wel dat die mensen die zijn heel erg betrokken en die zijn enorm fanatiek en daar heb je echt wat aan als organisatie omdat ja zij weten gewoon exact hoeveel dodelijke ongevallen er gebeuren en wie het betreft en wie de nabestaanden zijn. En die contacten zijn zo belangrijk dus als we straks 200 familieagenten erbij krijgen ja dat is voor ons ook, dan moeten we die contacten dan ook gaan leggen en onderhouden, maar zo krijg je ook wel de betere informatie. Dus dat zou wel eens als een boost kunnen geven aan de ondersteuning aan nabestaanden en ja slachtoffers van ernstige verkeersongevallen, dat is wel de toplaag hè en ik ben nu ook zoekende naar de minder ernstige ongevallen waarbij mensen toch misschien wel behoefte hebben aan meer ondersteuning en hulp. Maar ja er is dus van alles in ontwikkeling.

Interview NP Hester Hageman 12-05 41: 12 min.

Spreker 1: Sybrich Zwiers

Spreker 2: Hester Hageman

2:

De automatische doorverwijzing van slachtoffers naar Slachtofferhulp Nederland hangt van zoveel factoren af, dat het wel logisch is dat dat niet helemaal vlekkeloos verloopt.

1:

Ik had begrepen dat bij ongeveer 70 delict codes slachtoffers automatisch doorverwezen worden.

2:

nee, niet automatisch, hangt nog wel van bepaalde rol af, of een vraag in beeld komt of mensen bezwaar hebben tegen doorgifte van gegevens, die is niet gekoppeld aan de rol aangever. En dat zijn dingen die zijn al jaren bekend, alleen moet het bij de juiste mensen tussen de oren komen dat de opdracht moet worden gegeven om het systeem aan te passen. En ik denk dat het nieuwe implementatietraject 'recht doen aan slachtoffers' hierbij wel gaat helpen. En dat het nu een gezicht krijgt van wat zijn nou de verbeterpunten en die moeten dan ook landelijk doorgevoerd worden. En dan kom ik automatisch aan bij het tweede project waar ik mee bezig ben, en daardoor sloeg ik ook aan bij jouw onderzoek en dat is binnen dat implementatieproject van de slachtoffercategorie zonder verdachte. We zitten nog heel erg van wat is nou de scope van dat traject en gaan we ons ook richten op de slachtoffers die niet bij de politie of bij slachtofferhulp of bij een van de ketenpartners in beeld komen. We hebben er nu voor gekozen dat niet te doen, omdat het anders veel te groot wordt maar wel hadden we bedacht dat er in kaart moet worden gebracht van wat betekent het nou voor de slachtoffers die niet bekend zijn bij slachtofferhulp of bij de politie. En er zijn een aantal maatregelen die staan al vast die geïmplementeerd moeten worden.

1:

en wat houdt dat project precies in?

2:

En we moeten in kaart brengen wat er eventueel daarnaast nog nodig is. Want die maatregelen die geïmplementeerd moeten worden is gewoon nieuwe wetgeving, dus dat moet beleid worden. Waarbij je bij de politie natuurlijk heel erg te maken hebt met, nou ja het is heel lastig om slachtofferzorg te implementeren bij de politie.

1:

Waar ligt dat aan?

2:

nou bij de indeling van processen, we hebben alles in verschillende processen ingedeeld. Je ziet dat heel veel taken, heel vaak zitten we in de intake, het allereerste hulp aan hen die behoeven, artikel 3 politiewet. En dan denkt men vaak dat is de eerste hulp en daarna moet iemand anders het van ons overnemen, dus dan zit je echt in het intakeproces of in de noodhulp en je ziet dat het daar over het algemeen goed geregeld is en dat slachtoffers daar ook wel over tevreden zijn. Dat doet de Nederlandse politie best wel aardig, ook al zijn er altijd dingen die niet zo goed gaan. Maar het probleem zit in de follow-up, dat zit dan in een ander proces, in het proces opsporen en mensen zien het informeren van

betrokkenen in een strafzaak niet als slachtofferzorg. Terwijl als je kijkt waar slachtoffers behoefte aan hebben is dat vooral aan behoefte van informatie en vervolg van de zaak, waar staat het nou

1:

en dat gebeurt nu vaak niet? Of te weinig?

2:

Nou in Amsterdam hebben we voor de niet-delictscategorieën zonder geweld, eenvoudige diefstal en hele vervelende dingen maar niet met de hoge impact zoals geweld, daar hebben we een aangifte-volg service en dan kunnen mensen inloggen met digiD en kunnen ze zelf kijken hoe staat het met m'n zaak, en dit wordt landelijk onderzocht hoe we dit landelijk kunnen uitzetten. En als mensen dan nog vragen hebben dan kunnen ze bijvoorbeeld bellen met het slachtofferloket. En als ze hun e-mailadres hebben ingevuld bij de aangifte krijgen ze ook een e-mail als er iets is veranderd in hun zaak. Maar als je het dan hebt over de delicten met een hoge impact dan zijn er wel richtlijnen dat mensen binnen 24 uur een eerste bericht moeten krijgen, maar er wordt niet heel erg gestuurd op een afloopbericht bijvoorbeeld. En daarin gaat nog wel heel veel mis, daarin moeten we wel echt de hand in eigen boezem steken van je ziet zeker in de tijd van reorganisatie dat overal waar niet actief op gestuurd wordt verslonst een beetje, dus echt sterk leiderschap en echt het meenemen in een monitor dat zijn wel essentiële elementen die moeten worden meegenomen in het implementeren. De visie als we dat opschrijven dat we slachtoffers beter bejegenen, dat moeten we dat ook echt gaan doen en moeten leidinggevende daar ook echt op gaan sturen.

1:

en is het zo dat dat nu vaak niet gebeurt en waarom dan niet?

2:

Nou nu denk ik dat het heel erg te maken heeft met de reorganisatie.

1:

dat er minder motivatie is daardoor of dat het chaotischer is?

2:

er is veel, we doen allemaal dingen maar het is best wel chaotisch op dit moment bij de politie. En ik denk wel dat we er klaar voor zijn om sommige dingen te doen bij de politie maar het is lastig om nu met dingen te komen. Dat was een paar jaar geleden al met projecten voor administratieve lastenverlichting, nou daar had iedereen wel oren naar, maar als je dan tegelijkertijd komt met ja we moeten slachtoffers beter gaan registreren, ja dan wordt je zo omver geblazen door een project dat zegt ja we gaan niks extra's meer doen. En dat heeft ook met leiderschap te maken. Waar worden nou de juiste prioriteiten gesteld en de juiste keuzes gemaakt.

1:

en denk je niet zo dat het zo is dat de politie in het algemeen minder met slachtoffers bezig is omdat ze dat minder belangrijk vinden?

2:

Nou dat wordt wel gezegd maar ik denk dat de politie ontzettend veel met so bezig is. Ik denk dat een groot deel van ons werk bestaat uit met so bezig zijn, alleen met bepaalde processen ds bijvoorbeeld de noodhulp of intake is alleen maar met slachtoffers en daarin vind je ok wel vaak gehoor als het gaat om verbeterpunten en wat zijn eigenlijk de behoefte van slachtoffers en zouden we niet beter moeten aansluiten daarbij. Maar de zorg is vooral in andere processen zoals opsporing want hoeveel past binnen de opsporing en er zijn ook veel collega's binnen de opsporing die zeggen je zit soms zo diep in een zaak dan moet je je niet teveel met slachtoffers bezig houden want dan gaat die zaak je raken. Want ja je ziet natuurlijk een hoop, en kijk in de noodhulp kan je je afsluiten want je geeft m weer aan een ander maar binnen de opsporing ben je soms maanden met een zaak bezig en als je dan teveel met een slachtoffers bezig bent dan is het heel moeilijk om die afstand te bewaken. Er zijn ook collega's die daar in doorslaan en als tegenreactie doen ze dan helemaal niks. Dus het is nog heel erg zoeken naar wat hoort nou wel of niet binnen de opsporing en wie moet dan wat doen. Daar zijn nog wel ontwikkelingen in te verwachten. Dus daar zijn wel als politie nog niet helemaal uit hoe we dat proces moeten inrichten en daar zijn nu wel juist een knelpunt omdat slachtoffers aangeven van ja ik doe wel aangifte maar ik hoor niks wel. Maar om dan de conclusie te trekken dat de politie niet slachtoffergericht is, als je kijkt naar onze taakstelling is juist hulp verlenen en opsporen dus dat is echt tweedelig. Maar we hebben dat opgeknipt in processen. Maar dwars door de processen zit je met je contact met je klant. Dus de tijd is wel rijp om veel meer klantgericht te gaan werken maar we zitten ook midden in een reorganisatie, dus dat is heel lastig om dat nu voor elkaar te krijgen.

En ik denk dat collega's ook veel behoefte hebben aan duidelijkheid en daar zijn we ook niet sterk in geweest tot nu toe omdat goed te omschrijven van wat hoort nou wel bij de politie en wat niet. Dus er zijn ook veel collega's die te ver doorgaan of juist niets doen en denken ja dat is mijn taak niet en ik heb niets met die mensen te maken.

Bovendien zijn collega's ook niet opgeleid om met zoveel emotie om te gaan. En in de noodhulp worden ze daar ook mee geconfronteerd, maar dat zijn korte momenten. En wat ook lastig is dat het vaak in de beginfase nog helemaal niet duidelijk is van wie is nou de dader en wie is nou het slachtoffer. Dus het is ook veel waarheidsvinding, wie heeft er nou gelijk. Stel er is een vechtpartij en ze rennen allemaal naar het politiebureau, en de gene die als eerste is wordt geregistreerd als slachtoffer.

1:

En hoe zit het dan bij het registreren van die slachtoffers en de doorverwijzing?

2:

nou vaak worden slachtoffers nog geregistreerd als aangever en niet als slachtoffer en als dat zo wordt geregistreerd gaan die gegevens sowieso niet door. Alleen wanneer je de juiste rol aangeeft komt er een scherm waarin staat wenst u informatie over de verdere verloop van de zaak. En ook wordt dan de vraag gesteld of iemand bezwaar heeft tegen het doorgeven van zijn gegevens aan slachtofferhulp. En iemand kan dan bezwaar maken. Maar eigenlijk missen we dan de rol van slachtoffer.

1:

maar is het slachtoffer dan niet de rol van benadeelde?

2:

nou dat zien de collega's toch echt anders, die zien dat meer dat ze benadeeld zijn omdat er iets weg is. Immateriële schade denken ze niet zo snel je bent benadeeld want er is niets weggenomen. Dat is dus iets waar meer aandacht aan geschonken moet worden. In opleidingen maar ook in instructies of werkprocedures. Dus dat hangt van rol af en van de maatschappelijke klasse en het bezwaar moet op nee staan. En er wordt niet meer gevraagd wilt u slachtofferhulp maar heeft u bezwaar tegen doorgifte van gegevens dat is de vraag. Dus wij stellen niet meer de vraag of mensen hulp willen, dat doet slachtofferhulp. Die heeft de actieve benadering. Nu kunnen wij sowieso mensen doorverwijzen waarvan wij denken die hebben slachtofferhulp nodig. Die geef je dan de rol slachtofferhulp en die gegevens gaan dan ook automatisch door, maar er zijn gewoon niet veel collega's die dat weten. Toen wij overgingen op een nieuw systeem, bhv zijn er wel allerlei cursussen gegeven, maar het is maar net waar de instructeur de nadruk op legt. En wat zijn de consequenties van wat iemand invoert weten ze dat wel. Bijvoorbeeld soms voert een collega een telefoonnummer in een verkeerde balkje in en dan krijgt slachtofferhulp niet dat telefoonnummer door maar dan zeggen ze ja ik heb het toch geregistreerd. Er staat gewoon een telefoonnummer bij.

1:

Denk je dat agenten het ook ervaren als extra werk en er wellicht niet zoveel zin in hebben?

2:

ik denk dat ze het heel graag zouden willen doen als ze weten wat de consequenties zijn en als het wat makkelijker zou zijn. Nu is het systeem niet gebruikersvriendelijk en dat frustrereert. Ik vind gewoon dat collega's niet voldoende ondersteund worden met hun ICT. Als je dat op een bepaalde manier bouwt inclusief het slachtofferdossier en dat is gebruikersvriendelijk dan is het geen enkel probleem. Vaak weten ze het gewoon niet. Ik wil af van de discussie dat de politie het niet wil, heel veel collega's willen het wel. En die zijn ook echt bij de politie gaan werken omdat ze mensen willen helpen. Maar dan moet het wel makkelijk gemaakt worden. Het hele systeem is niet meer van deze tijd en is veel te ingewikkeld en als je een ding vergeet en het heeft zulke consequenties, en als je dat vertelt dat is het niet wat ze hebben beoogd. Dus zoveel werk is het niet dat automatische doorverwijzen maar het is gewoon geen logisch en makkelijk systeem, maar met een paar simpele aanpassingen, zal de instroom al enorm kunnen verbeteren.

1:

denk je dat er nu veel slachtoffers hup van shn mislopen hierdoor?

2:

ik denk wel dat het in korte tijd veel vooruit is gegaan, omdat we consequent collega's er op wijzen wat de consequenties zijn als je iemand niet de rol van benadeelde geeft. Dat is wel steeds meer bekend aan het maken. Maar ik denk dat er nog wel steeds te veel slachtoffers gemist worden. Dus we zijn nu wel aan het kijken landelijk van ja hoe kunnen we dat nou doen. En sommige dingen wil je wel registreren voor slachtofferhulp maar je wil niet dat die terecht komen in het zaak dossier.

1:

omdat de dader het anders kan zien?

2:

ja bijvoorbeeld. Met telefoonnummers bijvoorbeeld. Maar we vinden eigenlijk dat de gegevens die we registreren om slachtofferdiensten aan te kunnen bieden dat je dat los zou moeten zien van het zaak dossier.

1:

en denk je dat alle collega's wel genoeg kennis hebben van slachtofferhulp Nederland? Weten ze bijvoorbeeld ook dat shn ook praktische en juridische hulp schenkt en niet alleen psychisch?

2:

ja en ook dat ze weer kunnen doorverwijzen naar andere instanties is vaak niet bekend. ik denk dat bepaalde rollen van slachtofferhulp wel onderbelicht zijn ja, maar ook binnen slachtofferhulp zelf. Ik denk dat er veel meer kennis moet komen van de sociale kaart in de gemeente ook van wat voor diensten zijn er allemaal voor slachtoffers waar ik ze ook mee kan helpen. Ik denk dat collega's dat niet helemaal goed op een rijtje hebben nee. Ik denk dat daar de ontwikkeling best wel gescheiden is gegaan van de keten. Shn heeft een enorme slag gemaakt in de afgelopen tien jaar en dat is onvoldoende bekend, dus wat betreft het implementatietraject zou het echt meegenomen moeten worden. En mensen vragen ook vaak van ja waarom zouden mijn gegevens doorgeven moeten worden? En ja als je dat niet kan uitleggen dat ga je al de batenbrug op, dus dan zeggen mensen oh dat hoeft ik allemaal niet, doe maar bezwaar. Zo gaat dat dan.

1:

en wordt er nu wel gewerkt aan een beter ICT systeem?

2:

er zijn nu allerlei analyses aan de gang van hoeveel zou dat dan kosten omdat nu nog te doen.

1:

dat is natuurlijk een immens werk en kost veel geld en tijd?

2:

ja, dus dat ik geloof dat het zo langzamerhand wel, eerst hadden ze gezegd het kan niet want het hele programma ligt al vast. Maar ja door de context werden ze toch gedwongen om slachtofferzorg punten mee te nemen, dus de beslissing of dat nog wordt aangepast die valt geloof ik in juni en daarnaast zitten we gewoon te kijken moeten we niet iets buiten bvh ombouwen voor de keten.

1:

als een soort apart slachtofferdossier?

2:

ja dat wel de gegevens eruit worden gehaald maar om het gewoon simpeler te maken voor iedereen. Dus dat moet allemaal wel verbeteren. En we zijn ook aan het kijken hoe zouden we het dan kunnen verbeteren. Gewoon op het moment dat je een zaak hebt om al gelijk de aangifte door te mailen, dat kan allemaal. Maar ja ook daarvan krijg je terug het ene so heeft een paar dagen nodig en de ander wilde het juist sneller.

1:

dat vraag ik me ook wel af als er net iets is gebeurt en je gaat aangifte doen en het is allemaal heel veel

2:

ja zit je dan te wachten op iemand die vraagt waar heb je behoefte aan, nee dan wil je misschien wel gewoon naar huis en even rust in je kop. Of even een nachtje te slapen.

1:

dus misschien wordt het aanbod wel juist te snel gedaan?

2:

ja en dan zeggen mensen nee, want wij doen dat aanbod van shn wel heel vroeg in het proces. Misschien moeten we dat wel in de nazorg doen of nog een keer. Of dat je zegt je vraagt het aan het begin en aan het einde nog een keer. Heeft u nou contact gehad met slachtofferhulp, nee? Zou u dat toch alsnog niet willen want ze kunnen u toch wel goed helpen.

1:

want zijn er bijvoorbeeld folders die worden meegegeven na een aangifte?

2:

ja we hebben standaard algemene informatie die ook wordt uitgedraaid bij de aangifte als aanhangsel bij de aangifte, we hadden vroeger wel folders maar die worden in Amsterdam volgens mij niet meer gebruikt, ik zie ze niet meer. Er is landelijk ook nog wel een aangifte map maar daar staat hetzelfde in als in het aanhangsel.

1:

en wat staat daar op?

2:

nou dat je contact op kan nemen met shn, dat je zelf kan bellen, de contactgegevens, iets over het slachtofferloket en over het openbaar ministerie wat die doen, gewoon wat algemene informatie. Eigenlijk alles wat wij verplicht zijn om te vertellen vanuit de wijzer slachtofferzorg staat daarin. Maar je moet eigenlijk wel bovengemiddeld Nederlands kunnen om te begrijpen wat daar nou instaat.

1:

en heb je het idee dat dat wel wordt gelezen door slachtoffers?

2:

Ik denk dat dat te ingewikkeld is. Dus ook binnen het landelijk implementatietraject, al die informatie moet een bepaalde toets hebben van begrijpelijkheid en er is nu wel ook gezegd van dat moet een bepaald niveau hebben en anders moet het eruit. Dus dat gaat het komende jaar wel gebeuren ook die brieven worden getoetst aan compleetheid en begrijpelijkheid. En er wordt ook wel gekeken naar doelgroepen en hoe die moeten worden geïnformeerd zoals zwakzinnigen en kinderen. En we hebben ook helemaal geen materiaal voor 13-jarigen. Bestaat helemaal niet. En de folders die er zijn niet te begrijpen en veel is veranderd. Dus daar is een hoop winst te behalen.

1:

dus verder liggen er geen folders

2:

Nou veel zijn onduidelijk of verjaard. En er is echt een wildgroei ontstaan aan folders. En we willen graag een landelijk product. We moeten zorgen dat de info op internet up to date is en dat je voor mensen die toch nog een folder willen, want die tijd ligt eigenlijk wel achter ons, maar er zijn wel mensen die wel iets willen hebben. Ouders of juist jongeren of informatie in plaatjes voor mensen die bijvoorbeeld slecht Nederlands spreken zodat mensen toch geïnformeerd worden over wat zijn nou je rechten. En die doorverwijzing naar slachtofferhulp moeten we nou wel aan gaan pakken want dat is wel een langlopende kwestie en er gaan de wildste verhalen rond over dat agenten daar geen zin in hebben aar ik ben ze nog net tegengekomen hoor. Ik denk dat het echt een kwestie is van niet weten of geen zin hebben in het proces. Ze willen wel helpen maar ze willen het makkelijk en direct. Maar ik denk eerder dat het te onbekend is wat slachtofferhulp doet dan dat ze er geen zin in hebben. Doorverwijzen naar slachtofferhulp dat vinden collega's wel hun taak, daar zit het m niet in houding of cultuur.

1:

en is er bijvoorbeeld controle op het doorverwijzen?

2:

nee dat is er niet, er worden wel eens inventarisaties gedaan en ik heb zelf een monitor ingebouwd en weet dat het in het ene corps meer gebeurt dan in het andere en ik weet dat dat vooral te maken heeft met het management dat als ze er een keer naar vragen dan denken ze ja daar moet ik ook op letten en dan zie je ook dat het beter gaat dus het heeft zin dat monitoren. En ook om het te vragen, je moet het gewoon vragen aan collega's van heb je dat even teruggekoppeld en als dat onderdeel is van je werk dan gaat het beter. Eigenlijk zou je na een aangifte, vroeger werd dat gecontroleerd, maar nu is er een screenen maar dan is de aangifte al opgenomen en is de aangever al weer weg. Dan zou je eigenlijk dan moeten kijken of de juiste rollen wel zijn toegekend, dus heel dicht bij de mensen of het we is goed gegaan, dat komt het wel meer tussen de oren.

1:

dus hier hadden we het al over gehad maar ik vroeg me af of ze het als een last zien om door te verwijzen

2:

wel hoe het nu georganiseerd is, maar niet het doorverwijzen zelf. Hoe het nu georganiseerd is daarmee helpen we de collega's niet om het ook goed te doen. De werklust daarvoor is nu te hoog. Het is te ingewikkeld gemaakt

1:

dus daar zit een heel groot verbeterpunt?

2:

ja zeker. En ook als je ze dan doorverwijst wat kan je dan van de ketenpartner verwachten? Dat je ook goed op de hoogte bent. Dus daar moeten we elkaar ook beter over informeren, van wat zijn onze taken nou richting die slachtoffers. We moeten ook veel helderder krijgen van wat is het aanbod van slachtofferzorg en wie speelt er allemaal een rol in. Want dan kun je nog beter doorverwijzen.

1:

en denk je dat het een goed idee zou zijn als er bijvoorbeeld workshops gegeven zouden worden door slachtofferhulp Nederland aan de politie, van dit doen wij, dit kan je meegeven aan de slachtoffers

2:

ja dat denk ik wel. Maar ja workshops dan, je zou dat kort en krachtig kunnen doen in briefings ofzo. Als er workshops worden gegeven zou dat keten breed moeten zijn, want dat is een hele investering. Dan ben je mensen toch een paar uur kwijt en die hebben we niet. Dus dan zou je dat moeten integreren in bestaande bijeenkomsten en daar zit de winst denk ik, anders krijg je dat bij de lijnen niet voor elkaar. Om daar in te breken in dat proces. En ik denk dat slachtofferhulp veel meer reclame zou moeten maken voor het eigen product. Omdat ze een hele ontwikkeling hebben meegemaakt, maar dat dat een beetje uit het zicht van de politie is gegaan.

1:

En op wat voor manier zie je dat voor je

2:

nou er zou een hele gezamenlijke campagne gestart moeten worden, dat het ook goed aansluit bij de werkvloer. Maar daar heb ik niet zo een twee drie een antwoord op. Maar ik denk dat we dat volgend jaar moeten doen als er een wetgeving komt dan kan je meteen alles meepakken. Er moet wel een of andere campagne komen, en daar moet slachtofferhulp meegenomen worden. Maar het gaat gewoon steeds beter worden de komende jaren, ik heb daar wel vertrouwen in.

Maar ik ben wel benieuwd naar de ideeën om slachtofferhulp wat breder op de kaart te zetten om nieuwe doelgroep te bereiken ik denk dat dat heel verstandig is. Ik denk dat je dat heel algemeen zou moeten doen. Zo van slachtofferhulp is beschikbaar maar ook dat je verwijst naar sites waar je een overzicht kan vinden. Ook voor jongeren zijn er bijvoorbeeld allerlei sites waar je kan chatten. Dus er is nog wel een hoop winst te behalen denk ik.

Interview Slachtofferbeleid, MSJ, Toine van Duffhues

07-05 24.30 minuten

spreker 1: Sybrich Zwiers

spreker 2: Toine van Duffhues

1:

Wat wij gaan doen is de algemene informatie in beeld brengen, van waar wordt dat dan allemaal verstrekt, waar zit dat dan allemaal. Wij weten dat er diverse organisaties zijn die informatie erop hebben staan dus dan kan je gewoon via internet als mogelijk slachtoffer kan er altijd naar kijken. De meest belangrijke is op dit moment nog altijd wel de slachtofferwijzer. Van het fonds slachtofferhulp en er zitten verwijzingen in van als je slachtoffer bent van, dan kan je verder klikken en kom je zo verder in het systeem. Zo ga je dan verder het systeem in als je dat wilt. We zijn wel aan het kijken, want dit is wel deels door de overheid gesponsord maar we hebben zoiets van ja dat willen we zelf in eigen hand hebben, dat de overheid dat heeft. Dus we hebben de vraag neergelegd bij de communicatiemedewerkers van de slachtofferketen en die hebben gezegd ja dat lijkt ons ook beter en die zijn nu aan het onderzoeken of slachtofferhulp Nederland niet zo'n rol kan pakken.

1:

Vergelijkbaar met zo'n slachtofferwijzer?

2:

ja precies.

1:

Dus dat shn actiever gaat doorverwijzen naar andere ketenpartners?

2:

ja, dat ze dus dat actief doorverwijzen, maar dat ze zich ook meer bekend maken als zodanig. In het regeerakkoord staat dat ook dat er 'de' slachtofferorganisatie moet zijn. Omdat het toch eigenlijk een beetje vreemd is dat we meerdere slachtofferorganisaties hebben in zo'n klein land als Nederland. Die drie cjb, shn en sgm, is dat niet handig om dat bij elkaar te brengen om een organisatie te maken en dan is het ook handig als een ingang. Wat een portaal heeft en een internetwebsite. Die gedachte zit er en dat willen we ook zeker doen.

Maar er speelt ook nog, die algemene informatie waar leg je die nou neer. Waar leg je brochures neer enzo. Nou dat zouden we dus mee kunnen gaan nemen, van denk eens aan de eerste hulp posten enzo of andere posten, als jij nog ideeën hebt ofzo. Al is het meer zo'n verwijzing folder, want stel je bent slachtoffer en je wilt eens kijken op slachtofferwijzer.nl of slachtofferhulp Nederland, dan kunnen mensen als ze willen toch een eerste ingang vinden die ze andere misschien niet zo makkelijk zouden vinden. En dat zouden we eigenlijk nu al kunnen doen.

1:

dat zou inderdaad relatief makkelijk kunnen nu omdat het geen extra werk oplevert voor de verpleegkundige of de huisarts. Gewoon een folder neerleggen met meer informatie.

2:

ja, en diegene die het pakt die pakt het en die denkt hey dat is voor mij van toepassing en een ander pakt het niet.

1:

en dat is nog wel een vraag hoor, van hoe effectief zou dat nou zijn zo'n folder.

2:

ja ik zou het liefste een algemene folder hebben waar alle info in staat. Dus niet een aparte folder van de politie en van het om enzo. Kijk mensen die hebben waarschijnlijk toch al wel aangifte gedaan maar ik denk dat het dan handiger is om slachtofferhulp Nederland te nemen, al moeten we even dubben wat het beste kan.

1:

want staan al die organisaties daar wel positief tegenover, zoals bijvoorbeeld sgm?

2:

nou ja daar ligt dus een onderzoek op, daar zitten allerlei gevolgen aan vast dus dat is nog niet gezegd dat het gebeurt maar het zal weer heel fijn zijn, ik zou het wel toejuichen en het is ook niet voor niks dat het regeerakkoord daar iets van zegt. Dat komt niet uit de lucht vallen maar of het echt gaat lukken dat moeten we even afwachten. Maar los daarvan we hebben nu een hele grote slachtofferorganisatie die heet slachtofferhulp Nederland en hebben zij foldermateriaal dat ze daar neer zouden kunnen leggen?

1:

ja zij hebben folders over hun eigen organisatie natuurlijk met meer informatie voor het slachtoffer.

2:

maar verwijst dat naar een website?

1:

ja dat hebben ze wel, maar dat ligt niet echt ergens, dat kan wel opgevraagd worden

2:

ja dan zou je dat met hun moeten overleggen van of je dat daar niet neer mag leggen. Dat je 20 per post ofzo en dan eens kijken hoe het gaat en dat dan eens te monitoren. Dat zou natuurlijk gewoon kunnen maar als je actief wil benaderen als shn dan krijg je misschien last met privacywetgeving.

1:

Nou ik zat dan te denken aan zo'n zelfde systeem als bij de politie zodat er wordt gevraagd of het slachtoffer er bezwaar tegen heeft als zijn gegevens worden doorgegeven aan shn.

2:

Ja maar dan ga je dus extra werk vragen he van die mensen en dan kan je tegen weerstand aan lopen, zo van ja maar we hebben al zoveel werk.

Ik weet niet hoe je dat wilt doen of je bijvoorbeeld een pilot wilt doen dat je dat nog kan volgen of iets. Dan kan je bijvoorbeeld zeggen ik leg het in tien ziekenhuizen neer en ik ga eens kijken wat er nou gebeurt. Maar dan moet je ook duidelijk hebben hoe die slachtoffers aan de informatie zijn gekomen om te meten of het daardoor komt. Of ze de info via internet hebben of dat ze dat dus uit het ziekenhuis hebben. Want ja je kunt ook nog een vervolgstudie doen van wat heeft dat nou voor effect en hoe loopt dat nou een beetje.

1:

Ja ik hoop natuurlijk dat deze scriptie daar een aanzet voor is.

2:

en wat je ook kan doen, ik kom eigenlijk zelden in ziekenhuizen, even afkloppen godzijdank, maar misschien hebben ze daar ook van die wandborden, dan hoeft je maar eenmalig een plaatje te maken die je dan als je slachtoffer bent geworden dat er staat denkt u dan ook aan, puntje puntje en dan de website. Dan hoeft je niet elke keer de folder neer te leggen dan hangt het daar en als mensen denken ja ja dan kunnen ze dat even overschrijven en dan gaan ze daar zelf naar toe en de meeste tikken het misschien gelijk in zo van wat is dat nou. Dat zou al voldoende kunnen zijn.

1:

en weet je toevallig hoe slachtofferwijzer zichzelf bekend maakt aan het grote publiek? Hebben die advertenties of?

2:

ja ze hebben wel momenten dat ze dat doen, landelijke evenementen of bijeenkomsten en het staat ook wel eens in kranten en volgens mij sturen ze ook regelmatig brieven uit dat ze bestaan, maar ook om donaties te vragen. Maar we zijn nu toch wel aan het kijken in de keten of we die algemene informatie toch niet moeten gaan verbeteren.

1:

want heb je ook aanwijzingen dat die informatie nu niet voldoende is?

2:

dat kun je moeilijk meten dus dat kan ik zo niet zeggen. Ik weet wel dat bijvoorbeeld sgm echt wel aan de weg aan het timmeren is om zich toch wat meer bekend te maken. En daarin hebben ze ook zoiets van hoe presenteert je je nou. En ze zijn ook een filmpje aan het maken wat je dan op het internet kan zien. Dan presenteert het wat makkelijker. Sommige mensen houden niet van lezen en die moeten het meer zien.

1:

ja per doelgroep kan dat natuurlijk wel verschillen.

2:

ja nou dat zie je wel verschuiven inderdaad. Wij werken wel met meerdere kanalen met multi-channeling heet dat. Maar het is langzaam maar zeker neemt het internet gebeuren neemt het over. Maar goed er zijn ook altijd nog mensen die met brieven willen en die het willen lezen die zijn er ook nog wel. En dus met foldertjes. Maar een slimme truc is dan wel dat je een folder ophangt, die permanent hangt dus dat je niet al teveel informatie erop zet want dat je moet je dan telkens veranderen als er weer iets verander maar gewoon dat je op de website kan kijken, dat is eigenlijk wel het idee.

1:

en wat bijvoorbeeld het sgm mij vertelde was, dat ze ook bepaalde workshops organiseren. Bijvoorbeeld voor advocaten om ze te informeren over sgm. Dat lijkt me ook een goeie optie voor shn om ook de ketenpartners beter te informeren om weer door te verwijzen.

2:

ja er lopen ook allerlei lijntje bij opleidingen. Bijvoorbeeld de advocatuur begint ook steeds meer te zien dat er ook slachtoffers zijn naast de daders, of eigenlijk verdachte moet ik zeggen als ze nog niet zijn veroordeeld. Dus dat begint ook wel te lopen. En nu wordt dat toch breder. En je ziet wel langzaamaan een verschuiving met meer aandacht voor de slachtoffers.

Nee ik zou zeggen als jij iets gedaan kan krijgen bij slachtofferhulp op dit gebied dan zou ik zeggen doen, echt doen. En slim doen vooral.

1:

wat bedoel je met slim doen?

2:

Nou dat het mensen zo min mogelijk werk kost. Want daar hebben ze broertje dood aan. Iedereen zit al met krapte financieel en wat dan ook. Dus maak het zo eenvoudig mogelijk. En ongetwijfeld zal het in het ene ziekenhuis beter werken dan in het andere, want de een heeft er ook wel ogen en oren naar en de anderen helemaal niet. Maar ik denk dat er kansen liggen en die kan jij uitputten dus dat zou ik zeker doen.

Interview CSI, Els van Meijel

04-06 36.46 minuten

Spreker 1: Sybrich Zwiers

Spreker 2: Els van Meijel

2:

Ik ben senior adviseur bij CSI, ik hou me bezig met de registraties op de spoedeisende hulp, niet inhoudelijk maar dat het aansluiten van nieuwe ziekenhuizen goed verloopt en dat soort dingen. En ik ben ook bezig met onderzoeken die te

maken hebben met geregistreerde gegevens, bijvoorbeeld een van de dingen die wij hier doen is het kijken naar psychotraumatische gevolgen van letsel en dat is ook waar ik op aan het promoveren ben. Dat is waar wij nu mee bezig zijn en daar proberen we ook subsidie voor te krijgen om daar een vorm aan te geven. Het lastige daar aan is dat er voor psychische gevolgen, er is geen infrastructuur voor in ziekenhuizen.

1:

Oké, nou ik ben vooral heel geïnteresseerd in de registraties in de ziekenhuizen, hoe dat werkt en hoe het verloopt.

2:

ja, nou ik heb in ieder geval deze voor je (folder), dit sturen wij naar spoedeisende hulpen, eens in de zoveel tijd, een nieuwsbrief. En wat wij ook doen zijn pilot projecten, om te kijken om uit te testen of bepaalde dingen landelijk goed zouden kunnen werken en dat proberen we eerst regionaal uit, en dat doen we dus in 1 of 2 of 6 ziekenhuizen en dan krijgen mensen ook, dit soort informatie ligt dan op de spoedeisende hulp.

1:

want de registratie op de eerste hulp is dat ook een pilot?

2:

nee, wij registreren al heel erg lang, vanaf 1997 en dat gebeurt in 15 spoedeisende hulpen en dat zijn voldoende gegevens om representatief te zijn voor Nederland.

1:

En dat zijn ziekenhuizen door het hele land verspreid?

2;

Ja, maar die ziekenhuizen die doen daar aan mee, en daar wordt eigenlijk vanuit hun eigen systeem, nu is dat nog niet helemaal zo, maar de bedoeling is om het helemaal vanuit hun eigen systeem te laten komen, zodat ze nog maar een minimale inspanning hoeven te leveren. Om aan die registratie te voldoen, want ze moeten al veel registreren.

1:

want hoe gaat het nu dan? Hebben ze er veel werk aan?

2:

dat wisselt. Want we hebben een paar vormen van registratie. De basis manier daar hoeven ze eigenlijk niets voor te doen, een vinkje ergens in te zetten. Maar er zijn ook aanvullende systemen, en we zijn nu bezig om het hele LIS te vernieuwen en dan hoeven ze bijna niks meer te doen behalve een toedrachtomschrijving en een locatie. Maar een toedracht dat gaat dan door een automatisch software programma en dat wordt gecodeerd in ons systeem dus dat hoeven ze ook niet meer zelf te doen. Daar zijn we mee bezig. We registreren een aantal records, en in die zin verschillen wij in wat jij misschien zou willen, alles is anoniem. Wat bij ons terug komt zijn patiënt gegevens die je niet kunt herleiden naar een persoon. Zijn allemaal records, geanonimiseerd. Het enige wat wij weten is welk ziekenhuis en een aantal

dingen van het ongeluk, dus welk soort ongeval, op welke dag het gebeurt is, welk dagdeel, hoe oud diegene is, dat komt allemaal in de registratie. De toedracht en het soort letsel, de specialist die behandeld heeft, is diegene opgenomen of naar huis dat soort zake. Dus het is best een uitgebreide registratie.

1:

oké, en jullie doel daarvan is vooral denk ik in kaart brengen van wat er gebeurt, hoe en waar?

2:

nou veiligheid NL is een organisatie die zich richt op het voorkomen van ongelukken en letsel. We hebben echt een preventieve opdracht en om dat te weten moet je eerst weten wat er gebeurt en vaak ook waar het gebeurt, maar in ieder geval wat er gebeurt en bij welke groepen mensen. We hebben ook onderzoek gedaan die gericht is op verplaatsingsongelukken bij ouderen. Daar is onlangs een rapport over geschreven. En dan zie je dus dat je uit dat enorme blok van data je conclusies kan trekken, bijvoorbeeld dat ouderen de meeste kans lopen om daar en daar een ongeluk te krijgen.

1:

en op basis daarvan ontwikkelen jullie nieuwe campagnes?

2:

ja, of we doen het voor een andere organisatie. Het regionaal orgaan verkeersveiligheid bijvoorbeeld. Die hebben dan een bepaalde, die willen wel weten in welke plekken gebeuren nou de ongelukken en met wie dan. En dan kunnen zij daar gericht op werken. Die pilot in Cardiff daar zijn we nu in Amsterdamse ziekenhuizen mee bezig om dat ook te doen. Dus dat de politie daar zich helemaal op kan richten, om preventief maatregelen te kunnen nemen.

1:

Dus jullie zijn als het ware de tussenschakel toch?

2:

Ja, wij faciliteren dat eigenlijk, door middel van de registratie.

1:

en dat komt dus al bij jullie anoniem binnen?

2:

klopt, wij mogen ziekenhuis gegevens niet op naam naar buiten, nooit. Dat mag gewoon niet. Door de privacywetgeving. Dus in die zin als jij vraagt om gegevens van slachtoffers dan zal je die niet op die manier krijgen. Wat ze natuurlijk wel zouden kunnen doen is een bepaalde groep mensen die slachtofferhulp dan zou willen bereiken om die iets te sturen of mee te geven of aan te geven, waar op staat misschien heeft u baat bij slachtofferhulp. Dat zou het ziekenhuis kunnen doen, maar wij niet. En jullie dus ook niet, want je ziet ze niet. Privacy is dan ook echt heilig, wat dat betreft.

2:

want wat is nou de rol van slachtofferhulp in het hele proces? Dat ze de wegwijzen naar hulp of dat ze eerste opvang bieden?

1:

ja meer een combinatie van die twee. Het is vaak niet enkel een kwestie van eerste hulp, vaak begeleiden ze slachtoffers het hele proces. Maar als blijkt dat een slachtoffer behoefte heeft aan meer specifieke hulp kan slachtofferhulp doorverwijzen naar andere hulpinstanties. Dat verschilt natuurlijk per slachtoffer.

2:

Dus ondersteunen en eventueel verwijzen.

1:

ja inderdaad.

2:

En geven jullie ook verlichting aan slachtoffers?

1:

Nou Slachtofferhulp geeft niet heel veel voorlichting aan slachtoffers. Wel via de website bijvoorbeeld, en er zijn ook wel projecten geweest in het verleden zoals bijvoorbeeld een reclamespotje op de radio. Maar dat is zo ontzettend duur.

2:

Want ik denk eigenlijk aan voorlichting als ik die beschrijving zo hoor van begeleiding, maar ook verwijzing, dan zou ik zeggen dan zou ik ook voorlichting verwachten in dat pakket. Van als iemand beroofd is wat kan je dan doen, behalve de praktische zaken als aangifte. Ik kan me voorstellen dat ze dan ook zouden voorlichten over hoe je daar verder mee om kan gaan.

1:

Ja ik denk ook dat dat wel iets is wat slachtofferhulp meer mee zou kunnen doen. En bijvoorbeeld het schadefonds geweldsmisdrijven en wat hun wel doen, en wat ik wel interessant vind, is dat ze niet direct de slachtoffers voorlichten, maar juist de professionals die met slachtoffers werken. Dus bijvoorbeeld advocaten, aan medische professionals etc. dat zou natuurlijk ook een goede optie zijn. Ik denk dat als huisartsen en verplegers meer weten over slachtofferhulp en er meer over horen dat ze veel eerder geneigd zullen zijn om tegen een slachtoffer te zeggen, goh het zou goed zijn als je eens contact zoekt met slachtofferhulp.

2:

ja want ik denk dat dat wel een issue is, dat heel veel mensen niet weten wat slachtofferhulp doet. Je hebt er misschien een idee bij maar dan merk je toch, bijvoorbeeld ik had niet nagedacht over die praktische hulp, want je weet wel dat je

psychische hulp kan krijgen, dus ik had even niet gedacht aan slachtofferhulp Nederland in een andere rol. En ja je bent als slachtofferhulp natuurlijk ook afhankelijk van andere organisaties, en of zij je organisatie goed kunnen verkopen.

1:

Ik denk dus wel dat slachtofferhulp daar naar moet kijken, of ze niet nog te onbekend zijn. Niet alleen voor slachtoffers, maar ook voor professionals. En voor mensen die slachtofferhulp wel kent, dat het wellicht een beetje eenzijdige kennis is, dat mensen een beeld hebben van psychische hulp en ik denk dat sommige slachtoffers dat ook wel afschrikt, omdat ze denken 'ja doe ik heb geen psycholoog nodig, komt wel goed, ik kan het wel alleen'.

2:

Nou soms is dat natuurlijk ook zo, maar je wilt je richten op mensen die niet genoeg steun hebben. Maar wat jij dus zoekt is een manier waarop slachtofferhulp meer slachtoffers kan bereiken. En je noemt dan bijvoorbeeld via de slachtoffers, dus met folders bijvoorbeeld in de wachtkamer of waar dan ook en je kunt ook de andere weg bewandelen en dat is via professionals.

Ik zou even moeten nadenken, ook met collega's in hoeverre dat vanuit het LIS zou kunnen. Want dan moet het via een omweg. Want dat doen wij wel eens. Met vervolgonderzoeken. Dus dan komt vanuit het ziekenhuizen komt de bulk data naar ons. En dan selecteren wij bijvoorbeeld op leeftijd, geslacht en soort ongeluk voor een vervolgonderzoek. Dat koppelen we terug naar het ziekenhuis, die en die nummers moeten jullie aanschrijven vanuit het ziekenhuis en een vragenlijst sturen of een brief of wat dan ook. En dat doen ze dan ook, en die anonieme gegevens die komen dan weer terug, dus dat zijn anonieme gegevens, dat ze het invullen.

1:

Want wat vraagt het ziekenhuis dan precies van diegene?

2:

nou ik zal een voorbeeld geven, want het is heel lastig om daar in algemene zin over te praten, maar we zijn nu bezig met mensen die licht traumatisch hersenletsel oplopen bij een ongeluk, dus bijvoorbeeld een hersenschudding. Die hebben toch nog best vaak gevolgen, zoals concentratieproblemen. Nou dat is voor een deel in kaart gebracht hier bij CSI, wat wij nu willen gaan doen is om te proberen in een pilot hoe werkt dat nou, regionaal zo'n ziekenhuis op deze manier teruggekoppeld krijgt nou die en die mensen moeten een brief krijgen. In dit geval staat er in die brief, beste meneer/mevrouw, u heeft een ongeluk gehad, of uw kind heeft een ongeluk gehad, waarbij u hoofdletsel heeft opgelopen zoiets, heeft u er bezwaar tegen als u gegevens worden doorgegeven aan bijvoorbeeld JGZ, iemand die uit de ketenzorg die kinderen dan kan gaan volgen. Stel dat ze dan bij de schoolarts komen, staat in het systeem een vinkje dan zien die hulpverleners dat diegene ooit een ongeluk heeft gehad met licht traumatisch hersenletsel, dus dat betekent dat als een kind concentratieproblemen heeft, dat het daar mee kan samenhangen. Dus dan breng je informatie in de ketenzorg. Zoiets misschien is dat nog een optie. Maar dan is tijd wel een probleem. Want dat duurt wel langer, dan dat jullie wensen denk ik. Maar ik denk maar gewoon hardop, Sybrich wat er eventueel zou kunnen, maar ik denk dat dit wat veel tijd zou vragen.

1:

en hoeveel tijd hebben we het dan over?

2:

Dat weet ik niet, dat weet ik niet. Daar komt bij dat wij 15 ziekenhuizen hebben, maar niet de landelijke dekking. Dus wij kunnen heel veel informatie genereren, en onderzoeksgegevens maar het is nog wat anders als, wij hebben niet alle ziekenhuizen zijn bij ons aangesloten. Dat is op termijn wel de bedoeling, maar dat is nu niet het geval.

1:

Maar dan zou het dus eventueel kunnen dat het ziekenhuis een brief stuurt naar slachtoffers van geweld of van verkeersongevallen van 'vindt u het erg als wij u gegevens doorgeven?'

2:

Ja dat zou kunnen, maar dat ligt er helemaal aan hoe dat privacy geregeld wordt. Bij ons is het zo geregeld dat kijk hier als mensen dit krijgen dan staat er uw gegevens worden geanonimiseerd doorgegeven aan CSI, in het registratiesysteem, als u daar bezwaar tegen heeft dan moet u dat doorgeven. En dan wordt dat record eruit gehaald.

1:

en dat geven ze door via internet, of?

2:

Nee dat staat hier gewoon allemaal in (folder), dus dat kan je dan via het ziekenhuis doen.

1:

wan deze folder krijgen ze dus altijd mee?

2:

ja dit krijgen ze dan mee, dat ligt in de wachtkamer. Maar hoe het precies gaat met uitreiken, dat weet ik niet hoor.

1:

Want er is natuurlijk ook een mogelijkheid is als er zo'n folder wordt meegegeven dat er dan een klein hoekje staat, heeft u behoefte aan hulp; www.slachtofferhulp.nl

2:

ja, dat zou kunnen. Maar dan nogmaals, wij beslaan niet alle ziekenhuizen. Maar ik snap wel wat je bedoelt. Maar het is interessant. En ik denk dat slachtofferhulp heel veel kan hebben aan onze gegevens als het gaat om aantallen, wat er voorkomt en ja ook landelijk gegenereerd, maar die zijn gewoon te zien op onze website. Maar het is een interessante vraag die jij wilt beantwoorden in je onderzoek. En ik ben ook wel heel benieuwd naar waar je op uit komt.

1:

Nou ik zal het doorsturen als het klaar is. En ik hoop gewoon dat het een opzet kan zijn, of een eerste stap voor slachtofferhulp om hier verder mee aan de slag te gaan.

2:

want als jullie vraagstelling is, hoe bereiken we alle slachtoffers dan weet ik dat even niet goed. Dit zeg ik omdat wij met een steekproef van ziekenhuizen werken. Maar ik ga ook eens nadenken over wat er eventueel samen eens een keer kan, door iets uit te proberen.

Ik kan je nu niet concreet iets beloven, maar ik zal in ieder geval gewoon eens kijken voor de projecten die we doen, of gaan doen wat de mogelijkheden zijn, maar ik beloof gewoon echt niks. Want wij werken meestal wel samen met een flink aantal partijen, maar bij elk project ligt het eraan wat de uitkomst moet zijn. Dus dat ligt eraan of we er ook nog anderen bij betrekken en wie dan.

Appendix 2

Results Questionnaire Family Doctors

Is het voor u altijd duidelijk wanneer u met een slachtoffer te maken heeft...

altijd		0 (0 %)
vaak		4 (80 %)
soms		1 (20 %)
zelden		0 (0 %)
nooit		0 (0 %)

n = 5

5

In hoeverre bent u bekend met het werk van Slachtofferhulp Nederland?

helemaal		0 (0 %)
redelijk		4 (80 %)
matig		1 (20 %)
nauwelijks		0 (0 %)
helemaal niet		0 (0 %)

n = 5

5

Zou u meer willen doen om uw patiënten die slachtoffer zijn geworden t...

Ja, omdat:		2 (40 %)
Nee, omdat:		1 (20 %)
Anders, namelijk:		2 (40 %)

n = 5

5

Vindt u het belangrijk dat slachtoffers extra hulp en ondersteuning aangebo...

ja, omdat:		5 (100 %)
nee, omdat:		0 (0 %)
anders, namelijk:		0 (0 %)

n = 5
5

Hoe vaak verwijst u patiënten die slachtoffer zijn geworden door naar ...

altijd		0 (0 %)
vaak	■	1 (20 %)
soms	■	1 (20 %)
zelden	■	1 (20 %)
nooit	■	2 (40 %)

n = 5
5

Denkt u dat uw patiënten die slachtoffer zijn geworden gebaat zullen z...

altijd	■	1 (20 %)
vaak	■	4 (80 %)
soms		0 (0 %)
zelden		0 (0 %)
nooit		0 (0 %)

n = 5
5

Wat is volgens u de meest effectieve manier voor Slachtofferhulp Nederland ...

posters aan de muur	■	2 (40 %)
informatiefolders in de wachtkamer	■	1 (20 %)
informatiefolders die worden meegegeven door de huisarts	■	2 (40 %)
de huisarts die het slachtoffer informeert over Slachtofferhulp Nederland	■	5 (100 %)
de huisarts die het slachtoffer vraagt of hij/zij benaderd wil worden door Slachtofferhulp Nederland.	■	4 (80 %)

geen van bovenstaande		0 (0 %)	
anders, namelijk:		0 (0 %)	
			n = 5
			# 14

Welke van onderstaande opties zou u eventueel willen invoeren in uw huisart...

posters aan de muur		1 (20 %)	
informatiefolders in de wachtkamer		2 (40 %)	
informatiefolders meegegeven door de huisarts		3 (60 %)	
de huisarts die het slachtoffer informeert over Slachtofferhulp Nederland		5 (100 %)	
de huisarts die het slachtoffer vraagt of hij/zij benaderd wil worden door Slachtofferhulp Nederland		4 (80 %)	
geen van bovenstaande		0 (0 %)	
anders, namelijk:		0 (0 %)	
			n = 5
			# 15

Legenda:

n = aantal respondenten dat de vraag heeft gezien

= aantal ontvangen antwoorden

Results open-ended questions

	Kunt u de reden aangeven waarom u slachtoffers altijd/vaak/soms/zelden/nooit een slachtoffer doorverwijst naar Slachtofferhulp Nederland?	Wat heeft u nodig aan informatie of voorzieningen om slachtoffers door te kunnen verwijzen naar Slachtofferhulp Nederland?
respondent 1	niet bekend met de mogelijkheid	foldertje om mee te geven aan patient
respondent 2	alleen op indicatie dringend verwijzen, ik meld wel het bestaan ervan bij anderen	internet en een terugbelmogelijkheid voor patienten (ivm vaak geen geld hebben)
respondent 3	Slachtoffers hebben bijna altijd psychische klachten nadien. Het lijkt me dat Slachtofferhulp de expertise in huis heeft om te helpen.	Meestal gaat het via de politie. Graag zou ik een overzicht hebben van adressen, telefoonnummers en de hulp die er geboden wordt. Het is mij niet duidelijk wat voor mensen, met wat voor opleidingen, er in dienst zijn.
respondent 4	Toch de onbekendheid met wat ze kunnen betekenen	meer informatie over doorverwijzing en wat slachtofferhulp kan doen
respondent 5	obekendhied en weet ook niet wat opleidingsniveau van slachtofferhulpmedewerkers is. nik zou graag de inhoud van de hulpmogelijkheden weten. de inhoudelijke procedure die de hulpverlener volgt.	namen van personen die personen in Ermelo kunnen helpen vaste groep medewerkers

Results questionnaire Emergency Department

Is het voor u altijd duidelijk wanneer u met een slachtoffer te maken heeft...

altijd		4 (40 %)
vaak		6 (60 %)
soms		0 (0 %)
zelden		0 (0 %)
nooit		0 (0 %)

n = 10
10

In hoeverre bent u bekend met het werk van Slachtofferhulp Nederland?



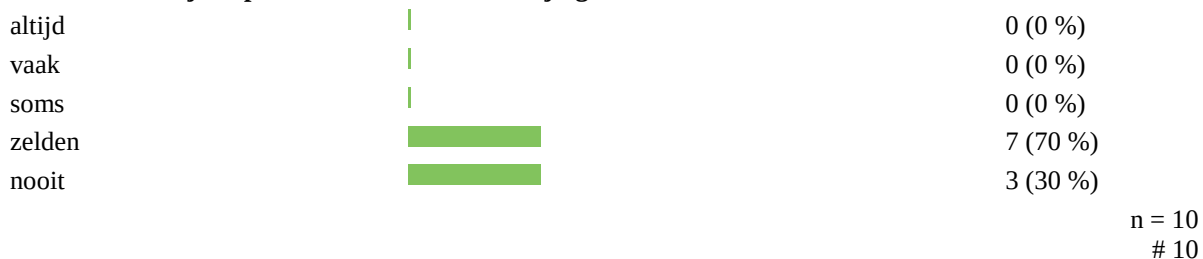
Zou u meer willen doen om uw patiënten die slachtoffer zijn geworden t...



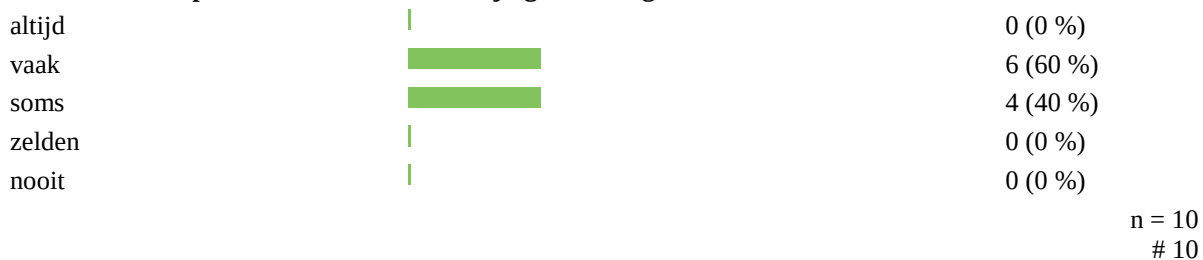
Vindt u het belangrijk dat slachtoffers extra hulp en ondersteuning aangebo...



Hoe vaak verwijst u patiënten die slachtoffer zijn geworden door naar ...



Denkt u dat uw patiënten die slachtoffer zijn geworden gebaat zullen z...



Wat is volgens u de meest effectieve manier voor Slachtofferhulp Nederland ...

posters aan de muur		4 (44.44 %)
informatiefolders in de wachtkamer		8 (88.89 %)
informatiefolders die worden meegegeven door het personeel van de SEH		8 (88.89 %)
SEH-personeel dat het slachtoffer informeert over Slachtofferhulp Nederland		7 (77.78 %)
SEH-personeel dat het slachtoffer vraagt of hij/zij benaderd wil worden door Slachtofferhulp Nederland.		6 (66.67 %)
geen van bovenstaande		0 (0 %)
anders, namelijk:		3 (33.33 %)
		n = 9 # 36

Welke van onderstaande opties zou u eventueel willen invoeren op de spoedei...

posters aan de muur		5 (50 %)
informatiefolders in de wachtkamer		8 (80 %)
informatiefolders die worden meegegeven door het SEH- personeel		8 (80 %)
SEH-personeel dat het slachtoffer informeert over Slachtofferhulp Nederland		7 (70 %)
SEH-personeel dat het slachtoffer vraagt of hij/zij benaderd wil worden door Slachtofferhulp Nederland		6 (60 %)
geen van bovenstaande		0 (0 %)
anders, namelijk:		3 (30 %)
		n = 10 # 37

Legenda:

n = aantal respondenten dat de vraag heeft gezien

= aantal ontvangen antwoorden

	Kunt u de reden aangeven waarom u slachtoffers altijd/vaak/soms/zelden/nooit een slachtoffer doorverwijst naar Slachtofferhulp Nederland?	Wat heeft u nodig aan informatie of voorzieningen om slachtoffers door te kunnen verwijzen naar Slachtofferhulp Nederland?
respondent 1	Ik denk dat de medewerkers alhier niet voldoende op de hoogte zijn van het doel en de mogelijkheden van het inschakelen van slachtofferhulp. We hebben wel foldertjes, maar deze worden mijns inziens te weinig meegegeven.	Misschien zou iemand in contact kunnen treden met mij of 1 van mijn cfollega's zodat wij een 'aandachtsvelder' kunnen creëren en deze het team op de hoogte stelt van de mogelijkheden.
respondent 2	Proces is onvoldoende bekend en niet goed ingericht. Verpleging heeft geen ruimte voor extra taken of extra registratie.	Folder en 2 x klinische les aan medewerkers.
respondent 3	Zit niet in mijn gedachten systeem. Vaak gericht op acute Li h. Klachten. Zit niet in mijn gedachten systeem. Vaak gericht op acute Li h. Klachten.	Info folders, 1 ste contactpersoon waarnaar direct kan worden verwezen. Info folders, 1 ste contactpersoon waarnaar direct kan worden verwezen.
respondent 4	Zit niet in mijn gedachten systeem. Vaak gericht op acute Li h. Klachten.	Info folders, 1 ste contactpersoon waarnaar direct kan worden verwezen.
respondent 5	Zit niet in mijn gedachten systeem. Vaak gericht op acute Li h. Klachten.	Info folders, 1 ste contactpersoon waarnaar direct kan worden verwezen.
respondent 6	Wij zijn vooral medisch bezig en vaak wacht de volgende patient weer, begeleiding indeze schiet ook door ons als vpk tekort	Duidelijke folders, met sappenplan wat mensen kunnen doen en wat ze kunnen verwachten.
respondent 7	Denk er gewoon niet aan; onvoldoende op de hoogte van wat jullie precies kunnen bieden	folders Informatie over wat er precies aan hulp geboden kan worden
respondent 8	niet heel bekend op seh.	voorlichting vanuit slachtofferhulp naar verpleging seh zodat wij patienten kunnen informeren over slachtofferhulp. folders om mee te geven zodat patienten alles nog rustig na kunnen lezen.
respondent 9	niet echt bekend op de seh	extra informatie naar de verpleegkundigen, folders voor de personeel
respondent 10	Ik heb er geen idee van.	Informatie over wanneer slachtoffer door gewezen kunnen worden, op welke manier ik kan door verwijzen en een informatie folder voor de slachtoffers op de SEH.

References

Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

Bish, A., Ramirez, A., Burgess, C., Hunter, M. (2005). Understanding why women delay in seeking help for breast cancer symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*. 58, 321-326.

Burgt, van der M., Verhulst, F. (2003). Doen en blijven doen. Voorlichting en compliancebevordering door paramedici. Springer Uitgeverij, Houten.

Conner, M., Armitage, C. J. (1998). Extending the theory of planned behavior: A review and avenues for further research. *Journal of Applied Social Psychology*, 28, 1429–1464.

Dekker-Groot, L. (2005). Alleen pleisters plakken? Psychosociale hulpverlening bij de Spoedeisende Hulp in ziekenhuizen. *Maatwerk* 06, 98–101.

Dijk, J.J.M van, Kesteren, J.N van & Smit, P. (2008). Criminal Victimization in International Perspective, Key findings from the 2004-2005 ICVS and EU ICS. Den Haag; Boom Juridische Uitgevers.

Dijk, J.J.M van & Mierlo, F van (2009). Leemten in de slachtofferhulpverlening: Resultaten van een verkennend, kwalitatief onderzoek onder verschillende categorieën gedupeerden van ingrijpende gebeurtenissen. Intervict, Tilburg.

Directive 2012/29/EU of the European Parliament and of the Council of 25 October 2012 establishing minimum standards on the rights, support and protection of victims of crime, and replacing Council Framework Decision 2001/220/JHA.

Elbers, N. A., Cuijpers, P., Akkermans, A. J., & Bruinvels, D. J. (2009). Het slachtoffer centraal vanuit psychologisch perspectief. In *Crossing the Rubicon*.

brochures van Slachtofferhulp Nederland (2014). Retrieved June 30, 2014, from <http://www.slachtofferhulp.nl/Over-Ons/Werkwijze/brochures-van-Slachtofferhulp-Nederland/>

Health Promotion in the Netherlands. (2014). Retrieved June 20, 2014, from <http://www.loketgezondleven.nl/algemeen/english/health-promotion-in-the-netherlands/accident-and-injury-prevention-consument-en-veiligheid/>

Hermans, F.H.I.M. (2010). Trauma en beschaving: een historisch-sociologisch onderzoek naar de opkomst en verbreiding van de zorg voor slachtoffers van schokkende gebeurtenissen. Boom uitgeverij, Amsterdam.

Kaukinen, C. (2002). The help-seeking decisions of violent crime victims: An examination of the direct and conditional effects of Gender and the Victim-Offender Relationship. *Interpersonal Violence*. 17: 432-456.

Kleber, R. (2007). Trauma: Dilemma's in kennis en toepassing. Weg van het trauma. De oratie van Prof.dr. Rolf J. Kleber. Utrecht: Universiteit Utrecht

Kwak, H., Andras, T.L., Zinkhan, G.M. (2009). Advertising to “active” viewers: Consumer attitudes in the US and South Korea. *International Journal of Advertising*, 21(8).

Letsel-informatie-systeem-LIS. (2014). Retrieved June 20, 2014, from <http://www.veiligheid.nl/onderzoek/ltsel-informatie-systeem-lis>

Lamet, W.& Wittebrood, K. (2009). Nooit Meer Hetzelfde; Gevolgen van misdrijven voor slachtoffers , Sociaal Cultureel Planbureau, Den Haag.

Mccaffery, K., Wardle, J., Waller, J.O. (2003). Knowledge, attitudes and behavioral intentions to the early detection of colorectal cancer in the United Kingdom. *Preventive Medicine*. 36(5), 525-535.

Over ons. (2014). Retrieved June 28, 2014, from <http://www.slachtofferhulp.nl/Over-Ons/>

Pemberton, A. & Sardemann, R. (2006). Verkeersslachtoffers. Een victimologisch essay. Verkeersrecht.

Rijswijk, van R. (2000). Zegt u het eens? De huisarts en vraaggestuurde zorg. In: Klant in Polderland. Opiniërende artikelen over de dilemma's rond en mogelijkheden van vraagsturing in het Hollandse landschap van de sociale zekerheid, arbeidsbemiddeling en gezondheidszorg. Amsterdam/ Utrecht. 28-31.

Rosen, A., Walter, G., Casey, D., & Hocking, B. (2000). Combating psychiatric stigma: An overview of contemporary initiatives. *Australian Psychiatry*, 8, 19 –26.

Schonert-Reich, K.A., Muller, J.R. (1996). Correlates of help-seeking in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*. 25(6), 705-731.

Tang, P.C., Newcomb, C. (1998). Informing patients: A guide for providing patients health information. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 5(6), 563-570.

Ten Boom, A. & Kuijpers, K.F. (2008). Behoeften van slachtoffers van delicten: een systematische literatuurstudie naar behoeften zoals door slachtoffers zelf geuit. Den Haag, WODC; Universiteit van Tilburg.

Vogel, D. L., Wade, N. G., & Haak, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counselling Psychology*, 53, 325–337.

Vogel, D. L., Wade, N. G., Wester, L., & Hakler, A. H. (2007). Perceived Public Stigma and the Willingness to Seek Counseling: The Mediating Roles of Self-Stigma and Attitudes Toward Counseling. *Journal of Counseling Psychology*. The American Psychological Association 2007, 54(1), 40 –50.

Wittebrood, K. (2006). Slachtoffers van criminaliteit: Feiten en achtergronden. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.