

# Rapport

**Cluster Biomedische wetenschappen en  
Extramurale Geneeskunde**  
Sociale Geneeskunde

Huispost 117  
Postbus 9101  
6500 HB Nijmegen

UMC St Radboud Centraal, route 152  
Geert Groteplein 21

T (024) 361 44 20

[www.umcn.nl](http://www.umcn.nl)

## Cliëntprofielen van vrouwen met geweldservaringen in de vrouwenopvang

Auteurs Marit Sijbrandij, Irene Jonker & Judith Wolf

Datum 25 maart 2008



# Inhoudsopgave

1	De ontwikkeling van cliëntprofielen .....	3
1.1	Inleiding.....	3
1.2	Huiselijk geweld.....	3
1.2.1	Omschrijving .....	3
1.2.2	Omvang .....	3
1.2.3	Beschrijving specifieke groepen.....	4
1.2.4	Lokalisering.....	5
1.3	Cliëntprofielen.....	6
1.3.1	Definitie en doel van cliëntprofielen .....	6
1.3.2	Criteria voor cliëntgegevens ten behoeve van het opstellen van cliëntprofielen...6	
1.4	Doel van het project.....	7
1.5	Korte beschrijving van de werkwijze en opzet van het project .....	7
2	Literatuur: aanknopingspunten voor cliëntprofielen.....	9
2.1	Inleiding.....	9
2.2.1	Een conceptueel model voor huiselijk geweld .....	9
2.2.2	Aanknopingspunten voor cliëntprofielen .....	11
2.3	Internationale literatuur over cliëntprofielen .....	11
2.4	Nederlandstalige literatuur over cliëntprofielen .....	14
2.5	Richtlijn cliëntprofielen.....	15
2.6	Zorgzwaartepakketten .....	15
2.7	IJKcliënten.....	16
2.8	Een cliëntenprofiel met psychiatrische grondslag .....	17
2.9	Cliëntprofielen slachtoffers van seksuele uitbuiting.....	18
2.10	Conclusies literatuurstudie .....	18
3	Registratie- en databestanden.....	20
3.1	Inleiding.....	20
3.2	Ontwikkeling en uitzetting vragenlijst.....	20
3.3	Advies en Steunpunten Huiselijk Geweld (ASHG's).....	20
3.4	AWBZ-indicatiesaanvragen en indicatiestellingen van de vrouwenopvanginstellingen21	
3.5	Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).....	22
3.6	Onderzoek Maat en Baat van de Vrouwenopvang .....	23
3.7	Overzicht bronnen en toetsing aan criteria .....	24
3.8	Conclusies registratie- en databestanden .....	24
4	Cliëntprofielen voor de vrouwenopvang; een verkenning .....	25
4.1	Inleiding.....	25
4.2	Achtergrond en werkwijze.....	25
4.3	Resultaten .....	26
4.4	Toetsing cliëntprofielen bij experts .....	29
4.5	Conclusies.....	29
4.5.1	Algemeen .....	29
4.5.2	Overeenkomsten met de literatuur over cliëntprofielen .....	29
4.5.3	Beperkingen van deze studie.....	30
5	Conclusies en aanbevelingen.....	32
5.1	Samenvatting van de resultaten .....	32
5.2	Beperkingen van het huidige project .....	33
5.3	Aanbevelingen.....	33
6	Literatuur.....	35
	Bijlage 1 De OGGZ-ladder als hulpmiddel bij de lokalisering en beschrijving van cliëntprofielen .....	41

Bijlage 2	Inventarisatie registratie vrouwenopvanginstellingen .....	43
Bijlage 3	Cliëntprofielen.....	46
Bijlage 4	Klankbordgroep.....	64

# 1 De ontwikkeling van cliëntprofielen

## 1.1 Inleiding

Het voorkomen en bestrijden van huiselijk geweld staat al jaren hoog op de politieke en maatschappelijke agenda. Geen enkel geweldsdelict maakt zoveel slachtoffers als huiselijk geweld: meer dan veertig procent van de mannen en vrouwen hebben in ons land ooit

te maken gehad met huiselijk geweld (Van Dijk et al., 1997). Jaarlijks doen zich naar schatting in ons land bijna vijfhonderdduizend huiselijk geweldsincidenten voor (Advies en onderzoeksgroep Beke, 2006). Hoewel uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat zowel mannen als vrouwen huiselijk geweld of partnergeweld plegen (Archer, 2000), is ruim tachtig procent van de slachtoffers die aangifte doen van huiselijk geweld vrouw (Advies- en Onderzoeksgroep Beke, 2005). Lichamelijk geweld tegen vrouwen is bovendien gemiddeld ernstiger, en leidt vaker tot behandeling in een ziekenhuis. Ook is geweld tegen vrouwen vaker seksueel van aard dan geweld tegen mannen (Lünnemann, 2005; Wittebrood & Veldheer, 2005). In sommige gevallen is de mishandeling zo ernstig of is het geweld zo bedreigend dat vrouwen, eventueel met hun kinderen, vluchten naar de vrouwenopvang.

Bij vrouwenopvanginstellingen en andere zorgaanbieders, en eveneens bij de lokale en landelijke overheid bestaat grote behoefte aan informatie over de omvang en samenstelling van de groep vrouwen met geweldservaringen. Cliëntprofielen van vrouwelijke slachtoffers van huiselijk geweld kunnen in deze informatiebehoefte voorzien, en kunnen bovendien als basis dienen voor de ontwikkeling van toekomstige interventies.

Dit project werd mede op verzoek van ZonMw uitgevoerd door het Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg van het UMC St Radboud, als voorbereiding op de start van het Kennisprogramma Maatschappelijke Opvang. De doelstelling was om cliëntprofielen te maken van vrouwen met geweldservaringen in de vrouwenopvang en van vrouwelijke slachtoffers van huiselijk geweld in de thuissituatie.

## 1.2 Huiselijk geweld

### 1.2.1 Omschrijving

Onder huiselijk geweld wordt huidig of vroeger fysiek en of seksueel geweld verstaan tussen vroegere of huidige intieme partners, volwassen leden van een huishouding, of volwassen kinderen en een ouder (Sugg et al., 1999). Het gaat hierbij om handelingen ten gevolge waarvan tegen de wil van de ander inbreuk wordt gemaakt op haar/zijn fysieke integriteit en/of pijn of letsel wordt toegebracht (Römkens, 1992). Mishandelde personen kunnen zowel man als vrouw zijn, hetero- of homoseksueel (Sugg et al., 1999). Vormen van huiselijk geweld zijn: partnernishandeling, kindermishandeling en mishandeling van ouderen in de familiesfeer of in de huiselijke sfeer. Naast fysiek of seksueel geweld, wordt ook geestelijk geweld onderscheiden. Geestelijk geweld wordt gekenmerkt doordat een slachtoffer het gevoel heeft constant in gevaar te zijn, macht en controle over haar leven heeft verloren, in de val te zijn gelopen of niet vrij te zijn (Coker et al., 2000). Geestelijk geweld bestaat onder meer uit vernederen, isoleren, persoonlijke eigendommen vernielen en dreigen met geweld of met verlating (Ruiter & Veen, 2005; Mastenbroek, 1995). In dit project zullen wij ons uitsluitend richten op de vrouwelijke volwassen slachtoffers van huiselijk geweld.

### 1.2.2 Omvang

Uit onderzoeksgegevens uit 1997 en 2002 blijkt dat gemiddeld 12% van de Nederlandse volwassene ooit tijdens zijn of haar leven slachtoffer is geweest van geweld door de partner of ex-partner (Wittebrood & Veldheer, 2005). Dit sluit aan bij recent lokaal onderzoek naar geweld achter de voordeur (Goderie & Woerds, 2005). Bij de politie stijgt het aantal meldingen van

huiselijk geweld. Reden hiervoor kan zijn een toegenomen bewustzijn van de problematiek, een betere registratie en het stimuleren van het doen van aangifte (Portegijs et al., 2006). Aan de hand van de politieregistratie huiselijk geweld (Advies- en Onderzoeksgroep Beke, 2005; Advies en onderzoeksgroep Beke, 2006) wordt geschat dat ongeveer 12% van de vrouwelijke slachtoffers van huiselijk geweld aangifte doet bij de politie.

De exacte omvang van het aantal vrouwen en kinderen dat zich meldt bij de vrouwenopvang is niet bekend, omdat het oude registratiesysteem bij de vrouwenopvang vanwege de vele dubbeltellingen geen betrouwbare gegevens leverde. Ook de nieuwe registratiesystemen geven nog geen landelijk betrouwbaar beeld.

### 1.2.3 Beschrijving specifieke groepen

In de literatuur over huiselijk geweld worden uiteenlopende groepen vrouwelijke slachtoffers van huiselijk geweld onderscheiden. Het onderscheid wordt gemaakt op bijvoorbeeld leeftijd of type problematiek. Steeds meer ontstaan er voor deze en andere subgroepen specifieke voorzieningen. Dit betreft onder andere de volgende groepen:

#### *Slachtoffers van eergerelateerd geweld*

Eergerelateerd geweld werd in 2005 door het Ministerie voor Vreemdelingenzaken en Integratie (zie Lünemann et al., 2006) beschreven als elke vorm van geestelijk of lichamelijk geweld gepleegd vanuit een collectieve mentaliteit in reactie op een (dreiging van) schending van de eer van een man of vrouw en daarmee van zijn of haar familie waarvan de buitenwereld op de hoogte is of dreigt te raken. Op de website van Justitie ([www.justitie.nl](http://www.justitie.nl)) worden verschillende vormen van geweld genoemd: van (bedreiging met) eermoord of trotsmoord tot verminking, (bedreiging met) verstoting en uithuwelijking. Kenmerkend aan eergerelateerd geweld is dat de bedreigingen soms niet afkomstig zijn van de partner, maar (ook) van de familie of schoonfamilie. Ook moet worden opgemerkt dat het soms lastig is een onderscheid te maken tussen huiselijk- en eergerelateerd geweld. Als een vrouw het huiselijk geweld ontvlucht, schendt zij mogelijk de eer van de echtgenoot, en is eergerelateerd geweld het gevolg (Bakker, 2005). Bij dreiging met eergerelateerd geweld is het zeer moeilijk om de veiligheidsrisico's in te schatten (Lünemann et al., 2006). Er zijn nog geen cijfers bekend over de omvang van het probleem.

#### *Slachtoffers van loverboys*

Loverboys zijn pooiers die meisjes via verleidingstechnieken inpalmen om hen op den duur in de prostitutie uit te buiten (Derde Rapportage BNRM, 2004). Ze richten zich voornamelijk op meisjes tussen de 12 en 18 jaar, maar ook op meerderjarige meisjes. Nadat een meisje een relatie met hem is aangegaan, duwt hij haar met zachte of harde hand (van emotionele chantage tot fysiek geweld) de prostitutie in (zie o.a. Van Dijke & Terpstra, 2005). Exacte cijfers over het aantal loverboy- slachtoffers zijn niet bekend. Veel meisjes durven niet naar de hulpverlening te stappen en velen doen geen aangifte.

#### *Slachtoffers van vrouwenhandel*

Onder deze subgroep vallen overwegend buitenlandse vrouwen die door middel van (dreiging met) geweld, misleiding of misbruik van overwicht door derden worden gedwongen om in de prostitutie te werken. De vrouwen wonen soms zelfstandig, zijn inwonend of verblijven in bordelen of in een vorm van opvang (Stichting tegen Vrouwenhandel, STV; 2007).

De slachtoffers worden op verschillende manieren geronseld. De handelaars maken gebruik van de kwetsbare sociale en economische situatie van vrouwen en lokken hun slachtoffers door hen in het westen hoge lonen voor te spiegelen. Door een dergelijk aanbod aan te nemen, denken de slachtoffers niet alleen in hun eigen levensonderhoud, maar ook in dat van hun families te kunnen voorzien (ec.europa.eu).

Bij het coördinatiecentrum Mensenhandel, CoMensha (voorheen: de Stichting tegen Vrouwenhandel, STV) melden zich jaarlijks ongeveer 400 slachtoffers van vrouwenhandel

(cijfer 2004). Hiervan wordt vermoed dat dit slechts het topje van de ijsberg is ([www.justitie.nl](http://www.justitie.nl)). Uit analyse van strafdossiers blijkt dat onder de slachtoffers met een allochtone herkomst, de Marokkaanse meisjes een relatief grote groep vormen (Van Dijke & Terpstra, 2005).

#### *Tienermoeders*

Volgens zeer globale schattingen wonen er in Nederland rond de 4000 en 8000 tienermoeders (Nisso, 2001). Tienermoeders hebben vaak een lage sociaaleconomische status, en de geboorte van het kind heeft hier doorgaans geen gunstig effect op (Spivak & Weitzman, 1987). Een relatief groot gedeelte van de tienermoeders woont in de grote steden, waarvan een derde afkomstig is uit een van de vier grote steden. Een aanzienlijk aantal is van allochtone afkomst. Vooral bij Turkse, Antilliaanse en Surinaamse meisjes is het aantal tienermoeders relatief hoog: respectievelijk 31, 40 en 17 per duizend (Nisso, 2001).

### 1.2.4 Lokalisering

Bij de lokalisering en beschrijving van groepen vrouwen in het brede domein van de aanpak van huiselijk geweld kan de OGGZ-ladder (Wolf, 2006) als hulpmiddel dienen (zie bijlage 1). Deze OGGZ-ladder is op theoretische basis ontwikkeld voor de handreiking OGGZ voor gemeenten bij de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). Afhankelijk van waarop de OGGZ-ladder de peilstok wordt geplaatst – op welke trede en bij welke vindplaats – is er sprake van andere profielen en zijn er dus ook andere (combinaties van) soorten interventies en aanbieders nodig. De OGGZ-ladder is geënt op het processen van sociale in- en uitsluiting. Op elke trede van de ladder komen twee dimensies samen, namelijk die van:

- de ernst, complexiteit en duur van problemen;
- de soort en mate van ondersteuning en opvang.

Het brede domein van de aanpak van huiselijk geweld, van preventie tot en met nazorg, omvat de treden nul tot en met vier. De vrouwen met geweldservaringen in de thuissituatie treffen we op trede twee, en vrouwen in de vrouwenopvang op trede drie. Vrouwen met geweldservaringen die voornamelijk zijn aangewezen op straat of op laagdrempelige opvangvoorzieningen, zoals straatprostituees (trede vier), vallen buiten het bestek van dit project. Dit geldt ook voor de kinderen met geweldservaringen, onder andere in de vrouwenopvang verblijvend, omdat naar deze doelgroep in afzienbare tijd onderzoek zal worden uitgevoerd, juist vanwege het vrijwel ontbreken van informatie over deze groep (besloten door de staatssecretaris van VWS tijdens het Algemeen Overleg over de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang op 7 juni 2007). Ook plegers van geweld worden buiten beschouwing gelaten.

De meest kwetsbare vrouwen vinden we in de vrouwenopvang. Op de treden twee en drie komen vrouwen voor die voldoen aan de omschrijving van sociale kwetsbaarheid (Wolf et al., 2001; Wolf et al., 2006), in termen van:

- niet of niet voldoende in staat zijn om in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien (dak boven het hoofd, voedsel, inkomen, sociale contacten, zelfverzorging, etc.);
- meerdere problemen tegelijkertijd hebben, waaronder bijvoorbeeld tekortschietende zelfverzorging, sociaal isolement, vervuiling van woonruimte en of van woonomgeving, gebrek aan vaste of stabiele woonruimte, schulden, psychische problemen en verslavingsproblemen;
- vanuit de optiek van professionele hulpverleners niet de zorg krijgen die zij nodig hebben om zich in de samenleving te handhaven, en
- geen op de reguliere hulpverlening passende hulpvraag hebben - familie, burens en omstanders vragen meestal om hulp – waardoor vaak sprake is van ongevraagde bemoeienis of hulpverlening.

## 1.3 Cliëntprofielen

### 1.3.1 Definitie en doel van cliëntprofielen

Een cliëntprofiel kan worden gedefinieerd als een beschrijving van de kenmerken en zorgbehoeften van specifieke doelgroepen (Wits et al., 2003). Een cliëntprofiel bevat een specifieke combinatie van kenmerken van een categorie (potentiële) cliënten. Deze kenmerken kunnen onder andere betrekking hebben op de gezondheid en leefsituatie van de doelgroep, de ervaren zorgbehoefte van de doelgroep, de relatie van de doelgroep met de zorg (in het heden en verleden), de vindplaats en wijze van contactleggen met de doelgroep en op algemene gegevens zoals geslacht, leeftijd, culturele herkomst, opleiding en omvang van de doelgroep.

Het doel van het bepalen van cliëntprofielen is om binnen een bepaalde populatie, of gebruikers van zorg, verschillende doelgroepen van elkaar te onderscheiden. Voor de verschillende doelgroepen kan het zorgaanbod verder worden gespecificeerd. Ook kunnen voor bepaalde doelgroepen nieuwe interventies worden ontwikkeld. Daarnaast geeft het onderscheid in doelgroepen inzicht in de verschillende manieren waarop deze doelgroepen het beste kunnen worden bereikt.

Er zijn verschillende manieren om te komen tot cliëntprofielen. Meestal bestaat er in de praktijk al een duidelijke indruk over de verschillende doelgroepen die binnen een bepaalde instelling kunnen worden onderscheiden. Op basis van deze indrukken kunnen bijvoorbeeld beschrijvingen van cliëntgroepen worden gemaakt, waarna deze worden getoetst aan de mening van deskundigen, of anderen, zoals de cliënten zelf. Een voorbeeld van cliëntprofielen die op een vergelijkbare wijze tot stand zijn gekomen is de beschrijving van de IJkcliënten Opvang van het CIZ (CIZ, 2007; zie paragraaf 2.7, pagina 16).

Tevens is het mogelijk om op empirische wijze cliëntprofielen te maken. Hiervoor kunnen cliëntgegevens, zoals demografische gegevens, worden geanalyseerd, waarbij door middel van statistische analyse latente groepen of clusters van cliënten worden gevormd. Methoden die hiervoor gebruikt kunnen worden zijn hiërarchische clusteranalyse of latente klasse analyse (McCutcheon, 1987). Deze vormen van doelgroepsegmentatie worden veel gebruikt in het bedrijfsleven en in de marketing (Kinnear & Taylor, 1991). Dezelfde methoden kunnen ook worden toegepast bij het analyseren van cliëntprofielen in de vrouwenopvang. Het voordeel van deze empirische methode boven de eerder genoemde methode is dat deze gebaseerd is op feitelijke gegevens, in plaats van op de subjectieve indruk van professionals. Wel achten wij het van belang om de door statistische analyse verkregen profielen voor te leggen aan experts uit de praktijk, zodat zij kunnen beoordelen of de profielen overeenkomen met de praktijk en om namen en omschrijvingen voor de verschillende clusters te bedenken.

### 1.3.2 Criteria voor cliëntgegevens ten behoeve van het opstellen van cliëntprofielen

Om te beoordelen of beschikbare cliëntgegevens geschikt zijn om te gebruiken voor analyse van cliëntprofielen is het van belang dat de verzamelde gegevens aan een aantal criteria voldoen.

In de eerste plaats is het van belang dat er van *voldoende cliënten* gegevens beschikbaar zijn voor analyse. Hoe groter het gegevensbestand, hoe meer statistische power er is om gecompliceerde modellen te toetsen, en hoe betrouwbaarder de resultaten. Verder is het belangrijk dat voldoende *relevante gegevens* zijn verzameld voor het maken van cliëntprofielen. Wanneer bijvoorbeeld uitsluitend gegevens over sekse en leeftijd van cliënten beschikbaar zijn, kunnen wel profielen worden gemaakt, maar geven deze weinig inzicht in welke zorg voor deze betreffende doelgroepen geïndiceerd is. In paragraaf 2.2.1 “Een conceptueel model voor huiselijk geweld” (zie pagina 9) worden suggesties gedaan welke gegevens van belang zijn bij het opstellen van cliëntprofielen. Tevens is het van belang dat de gegevens *voldoende differentiëren* tussen cliënten. Zo is de variabele sekse voor het bepalen van cliëntprofielen in de vrouwenopvang weinig relevant, aangezien alle cliënten vrouw zijn. Maar ook een antwoord op



de vraag of een cliënte bedreigd is, zal door de meeste cliënten bevestigend worden beantwoord, waardoor deze variabele weinig differentieert.

Ook zijn de *betrouwbaarheid en validiteit* van de verzamelde cliëntgegevens van belang. Gegevens die op objectieve, gestructureerde wijze zijn verzameld verdienen de voorkeur. Zo worden medische en psychologische gegevens in wetenschappelijk onderzoek gewoonlijk verzameld door middel van vragenlijsten of interviews door een onafhankelijke professional. Wanneer gegevens bijv. door de hulpverlener worden verzameld met het doel om een bepaalde vergoeding te aan te vragen, komt de objectiviteit in gevaar, en daarmee ook de betrouwbaarheid en de validiteit van de gegevens. Bij medische gegevens of psychologische gegevens is het van belang dat een arts, respectievelijk psycholoog de gegevens onafhankelijk heeft beoordeeld.

Tenslotte moeten de cliëntgegevens *een zo representatief mogelijk beeld* geven van de werkelijke populatie waarvoor de cliëntprofielen bedoeld zijn. Wanneer slechts gegevens van een selecte groep beschikbaar zijn, en zeker wanneer bovendien niet duidelijk is hoe deze selectie tot stand is gekomen, kunnen de daaruit verkregen cliëntprofielen niet zonder meer worden gegeneraliseerd naar de doelgroep waarvoor ze gemaakt zijn. Belangrijke groepen cliënten worden dan wellicht niet geïdentificeerd.

Bij het bespreken van de verschillende bronnen voor cliëntgegevens (zie hoofdstuk 3 Registratie- en databestanden) zal telkens voor iedere bron worden getoetst of deze aan de bovenstaande criteria voldoet.

#### **1.4 Doel van het project**

De doelstellingen van het huidige project zijn:

1. Het maken van een overzicht van bestaande gegevens in Nederland over (groepen) vrouwen met geweldservaringen in de vrouwenopvang en in de thuissituatie en een toetsing van de kwaliteit van deze gegevens;
2. Het -met behulp van deze gegevens- op empirische wijze maken van cliëntprofielen op basis van bestaand materiaal dat voldoet aan de hierboven beschreven criteria;
3. Het toetsen van de verkregen profielen bij experts.

Het ontwikkelen van cliëntprofielen van slachtoffers van huiselijk geweld heeft als langere termijn doel om aanknopingspunten te vinden voor welke interventies voor slachtoffers van huiselijk geweld de komende jaren ontwikkeld, ingevoerd en geëvalueerd kunnen worden.

#### **1.5 Korte beschrijving van de werkwijze en opzet van het project**

Allereerst werd een conceptueel kader voor het ontstaan en in stand houden van huiselijk geweld uitgewerkt en beschreven. Dit conceptueel kader was o.a. van belang om vast te stellen welke kenmerken of variabelen van cliënten van belang zijn om in de analyse van cliëntprofielen op te nemen. Dit conceptueel kader werd getoetst op herkenbaarheid en bruikbaarheid bij experts. Hiervoor werd een klankbordgroep samengesteld, met vertegenwoordigers van de Federatie Opvang, de Vereniging Nederlandse Gemeenten, de Blijf groep Amsterdam, Movisie, de Universiteit van Maastricht, het Verwey-Jonker Instituut, Stichting Toevluchtsoord Groningen, VieJa Utrecht, het Ministerie van VWS, het Centrum Indicatiestelling Zorg en de G4. Voor de precieze samenstelling wordt verwezen naar bijlage 4.

Vervolgens werd op basis van diverse bronnen (internationale literatuur, jaarverslagen, monitorrappages etc.) een overzicht gegeven van wat er bekend is over cliëntprofielen en cliënttypering van slachtoffers van huiselijk geweld.

Verder werden alle bronnen van cliëntgegevens van slachtoffers van huiselijk geweld geïnventariseerd. Hierbij zijn ook de instellingen geraadpleegd. Voor elke bron werd aangegeven in hoeverre deze geschikt is voor analyse van cliëntprofielen. Op basis van deze inventarisatie werden vervolgens de geschikte gegevensbronnen geselecteerd, en werd de toegankelijkheid van deze bronnen onderzocht.

De beschikbare cliëntgegevens werden geanalyseerd met behulp van latente klasse analyse. De methode en resultaten hiervan zijn beschreven in deze rapportage. De verkregen conceptprofielen werden voorgelegd aan experts voor een beoordeling op herkenbaarheid.

Tenslotte werden naar aanleiding van het huidige project aanbevelingen geformuleerd voor toekomstig onderzoek op het gebied van huiselijk geweld en cliëntprofielen.

## 2 Literatuur: aanknopingspunten voor cliëntprofielen

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de relevante internationale en Nederlandstalige literatuur op het gebied van huiselijk geweld en cliëntprofielen van slachtoffers van huiselijk geweld centraal. Hierbij zal eerst aandacht worden besteed aan een conceptueel model voor het ontstaan en in stand houden van huiselijk geweld. Vervolgens zal de internationale wetenschappelijke literatuur op het gebied van cliëntprofielen van slachtoffers van huiselijk geweld worden besproken. Tenslotte zal de Nederlandstalige literatuur op dit gebied aan bod komen.

#### 2.2.1 Een conceptueel model voor huiselijk geweld

Er is een uitgebreide literatuur over de verschillende factoren die van invloed zijn op huiselijk geweld of partnergeweld. Inmiddels is een aantal overzichtsartikelen en meta-analyses verschenen waarin een overzicht wordt gegeven van factoren die van invloed zijn op huiselijk geweld (bijv. Stith et al., 2004; HoltzworthMunroe et al., 1997a; HoltzworthMunroe et al., 1997c; HoltzworthMunroe et al., 1997b; Schumacher et al., 2001; Riggs et al., 2000; Humphreys et al., 2001).

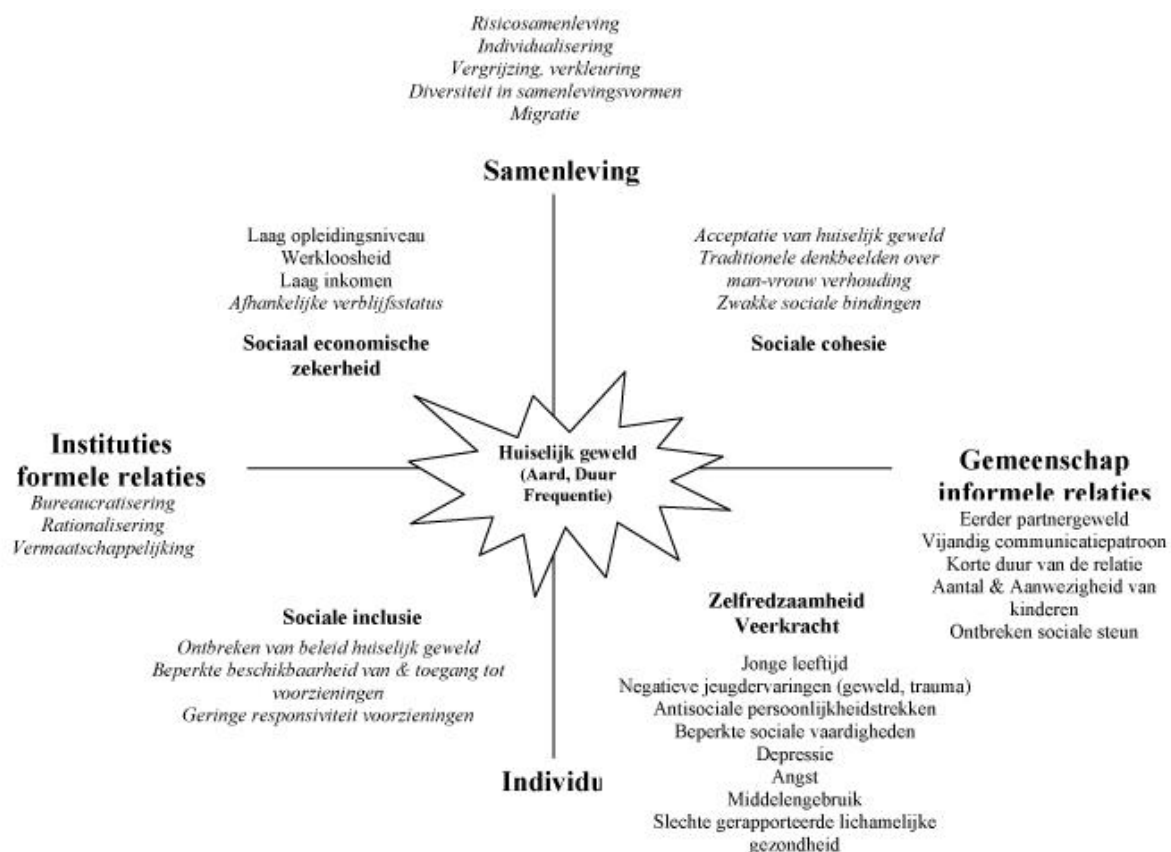
In onderstaand model (zie figuur 1, pagina 12) wordt een model voor huiselijk geweld voorgesteld op basis van het model voor sociale kwaliteit van Maesen & Walker (2005). In dit model wordt ervan uitgegaan dat huiselijk geweld, dat wil zeggen de duur, de ernst en de frequentie ervan worden beïnvloed door verschillende factoren. Deze kunnen worden onderverdeeld in vier dimensies, namelijk factoren in de samenleving, factoren in instituties, persoonlijke factoren van het slachtoffer en de pleger, en factoren in gemeenschappen en relaties. Op het snijvlak van deze vier hoofddimensies bevinden zich vier subdimensies: sociaal economische zekerheid, sociale inclusie, zelfredzaamheid en sociale cohesie. Onder de verschillende subdimensies staan afzonderlijke factoren beschreven. Rechtgedrukt staan de factoren waarvan op basis van onderzoek bekend is dat ze bijdragen aan huiselijk geweld, schuingedrukt staan de factoren waarvan wordt verondersteld dat ze bijdragen aan huiselijk geweld, maar waarvan dit nog niet door middel van onderzoek is aangetoond.

*Sociaal-economische zekerheid*-factoren die van invloed kunnen zijn op huiselijk geweld, zijn bijvoorbeeld opleidingsniveau en het hebben van betaald werk. Uit onderzoek blijkt dat vrouwen met een laag opleidingsniveau een iets hoger risico hebben om slachtoffer te worden van geweld door de partner dan vrouwen met een hogere opleiding (Astin et al., 1995; Babcock et al., 1993; Vivian & Malone, 1997). Hetzelfde geldt voor vrouwen met een lager inkomen (Babcock et al., 1993; Sagrestano et al., 1999; Tollestrup et al., 1999) en vrouwen zonder werk (Barnett & Fagan, 1993). Andere onderzoeken naar partnergeweld lieten echter geen verband tussen huiselijk geweld en opleidingsniveau, inkomen of werk zien (Ratner, 1995; Kyriacou et al., 1999; Jacobson et al., 1994).

*Sociale inclusie*-factoren die de kans op het meemaken of voortdueren van huiselijk geweld of partner geweld vergroten, hebben betrekking op de relatie tussen het slachtoffer en de instituties waarmee slachtoffers van huiselijk geweld te maken krijgen. Voorbeelden van dergelijke sociale inclusie-factoren zijn de mate van bureaucratie in een institutie, de manier waarop het beleid wordt uitgevoerd, drempels die de toegang tot hulpverlenende instanties bemoeilijken, en de mate waarin voorzieningen beschikbaar zijn. Uit onderzoek blijkt dat responsiviteit van instituties voor vrouwen een stimulans is bij het aanpakken van hun situatie (Waldrop & Resick, 2004). Een obstakel bij het bieden van geschikte zorg voor slachtoffers van huiselijk geweld, is dat slachtoffers vaak niet als zodanig herkend worden, ook omdat zij niet altijd zelf expliciet om hulp vragen. De laatste jaren is er daarom een toenemende aandacht voor het effect van screening op huiselijk geweld, bijvoorbeeld in huisartsenpraktijken op de spoedeisende hulp van ziekenhuizen. Hiervoor werden verschillende screeningsinstrumenten ontwikkeld (zie voor een overzicht Nelson et al. (2004). Hoewel uit onderzoek blijkt dat deze

screeningsprogramma's identificatie van het aantal gevallen van huiselijk geweld of partnergeweld doen toenemen (Wathen & MacMillan, 2003; Ramsay et al., 2002) is nog onvoldoende aangetoond in hoeverre de invoering van screeningsprogramma's op huiselijk geweld uiteindelijk leiden tot minder gevallen van huiselijk geweld (Wathen et al., 2006).

Een *sociale cohesie-factor* waarvan is aangetoond dat zij samenhangt met een verhoogde kans op huiselijk geweld is de mate waarin huiselijk geweld geaccepteerd wordt (Faramarzi et al., 2005). Ook wanneer mannen traditionele opvattingen over man-vrouw verhoudingen hebben, blijkt dit de kans op huiselijk geweld te verhogen (Hurlbert et al., 1991; Smith, 1990; Stith & Farley, 1993). Hoewel soms wordt gesuggereerd dat verstedelijking de kans op huiselijk geweld vergroot, werd er in twee grote Amerikaanse bevolkingsonderzoeken geen relatie gevonden tussen verstedelijk en huiselijk geweld (Kessler et al., 2001; Sorenson et al., 1996).



**Figuur 1** Een conceptueel model voor huiselijk geweld (Wolf & Sijbrandij, 2008). Gebaseerd op model Sociale Kwaliteit (Masesen & Walker, 2005)

Factoren binnen gemeenschappen en informele relaties die huiselijk geweld veroorzaken en in stand houden, zijn bijvoorbeeld een vijandig communicatiepatroon tussen de partners (Simons et al., 1993; Jacobson et al., 1994), de aanwezigheid van (meerdere) kinderen in het gezin (Ratner, 1995) en het ontbreken van sociale steun (Ruiz-Perez et al., 2006). Ook komt huiselijk geweld vaker voor bij mensen die eerder slachtoffer waren van partnergeweld, en bij wie de relatie nog niet zo lang duurt. Op individueel niveau speelt ook een jonge leeftijd een rol (Ratner, 1995; Kyriacou et al., 1999) en eerder meegemaakte negatieve jeugdervaringen, zoals geweld of trauma (Bensley et al., 2003). Andere *zelfredzaamheid*-factoren waarvan is aangetoond dat ze de kans op geweld binnen een relatie vergroten zijn antisociale persoonlijkheidstrekken van zowel de dader als het slachtoffer (Kim & Capaldi, 2004; Ehrensaft et al., 2004), angst-en depressieve klachten bij zowel de dader als het slachtoffer (Maiuro et al.,

1988; Hanson et al., 1997; DeMaris & Swinford, 1996) en alcohol- en drugsgebruik (Hanson et al., 1997; Kyriacou et al., 1999). Ook blijkt een slechte ervaren lichamelijke gezondheid geassocieerd te zijn met huiselijk geweld (Bensley et al., 2003; Romans et al., 2007).

Het is van belang op te merken dat van sommige factoren niet duidelijk is in hoeverre zij huiselijk geweld veroorzaken, in stand houden, of een gevolg zijn van het geweld. De reden is dat het meeste onderzoek naar huiselijk geweld cross-sectioneel onderzoek betreft, op basis waarvan geen oorzaak-gevolg relaties kunnen worden gelegd. Idealiter zou huiselijk geweld onderzoek een prospectief design moeten hebben met een voormeting op het moment dat er nog geen sprake is van huiselijk geweld. Het spreekt voor zich dat dergelijk onderzoek gezien de aard en chroniciteit van de problematiek zeer moeilijk uitvoerbaar is.

### 2.2.2. Aanknopingspunten voor cliëntprofielen

Het voorgestelde conceptueel model voor huiselijk geweld geeft verschillende aanknopingspunten voor het maken van cliëntprofielen. In de eerste plaats wordt huiselijk geweld in dit model verondersteld te worden veroorzaakt c.q. in stand gehouden door factoren op verschillende niveaus. Het is ons inziens dan ook van belang om cliëntprofielen niet uitsluitend te baseren op individuele factoren, zoals demografische gegevens, maar hierin zoveel mogelijk ook de factoren op de andere niveaus te betrekken, zoals de relatie van de cliënt met de instituties of bijvoorbeeld haar hulpvraag aan de instelling, de sociale steun die een cliënt in haar omgeving ontvangt, of andere relevante factoren, zoals kenmerken van de relatie met de geweldpleger.

Ook voor het bepalen welke interventies geschikt zijn voor slachtoffers van huiselijk geweld, en voor het bedenken van nieuwe interventies, kan het bovenstaand conceptueel model van belang zijn. Afhankelijk van de niveaus waarop de problematiek van een cliënt zich afspeelt, kan bepaald worden welke interventies nodig zijn. Voor toekomstig onderzoek is het bovendien van belang om na te gaan voor welke problematiek afgebeeld in dit conceptueel kader reeds interventies beschikbaar zijn (bijvoorbeeld angst en depressie), en voor welke problematiek nog interventies ontwikkeld en geëvalueerd moeten worden.

## 2.3 Internationale literatuur over cliëntprofielen

Nagegaan werd wat er in de internationale literatuur bekend is over cliëntprofielen van vrouwelijke slachtoffers van huiselijk geweld. Hiertoe hebben we de volgende literatuur databases doorzocht: PubMed/ Medline, PsychInfo, Cinahl en ISI Web of Science. We hebben artikelen geselecteerd die werden gepubliceerd in de periode van januari 1985 tot oktober 2007 en hebben de volgende zoektermen gebruikt: “profiles”, “correlates”, en “clusters”, alle in combinatie met: “battered women”, “women shelters”, “domestic violence”, “intimate partner violence”, en “multiple abusive relationships”. Dit resulteerde in 81 artikelen, waarvan we er vier als relevant hebben beoordeeld (Snyder & Fruchtman, 1981; Marshall, 1996; Dutton et al., 2005; Simpson et al., 2007). Twee artikelen (Roberts, 2006; Ruiz-Perez et al., 2006) konden we nog toevoegen door het bestuderen van de literatuurlijsten van de gevonden artikelen. We hebben uitsluitend onderzoeken geselecteerd waarin op empirische wijze cliëntprofielen of cliënttyperingen werden onderzocht. Artikelen waarin persoonlijkheidsprofielen werden beschreven hebben we buiten beschouwing gelaten.

In een vroege studie van Snyder & Fruchtman (1981) werd van 119 vrouwen die waren opgenomen in een opvanginstelling voor mishandelde vrouwen gegevens verzameld, waaronder de intake gegevens, sociaaldemografische informatie, de kenmerken van het huiselijk geweld en lichamelijke en psychische klachten. Met behulp van clusteranalyse werden de vrouwen ingedeeld in vijf clusters. Het eerste cluster bestond uit 33 vrouwen en werd gekenmerkt door de relatief stabiele relatie van de vrouwen met de geweldpleger. Seksueel geweld kwam in dit cluster vrijwel niet voor. Opvallend was dat in dit cluster vrouwen gemiddeld vaker zelf geweld gebruikten dan in de andere clusters. Vrouwen in dit cluster gingen bovendien in 90% van de

gevallen weer terug naar de geweldplegende partner na afloop van de opvangperiode. Cluster 2 bestond uit 39 vrouwen die ernstig geweld rapporteerden, vaak ook seksueel van aard. Deze vrouwen gingen meestal niet meer terug naar de geweldpleger. Cluster 3 bestond uit 23 vrouwen die zeer ernstig mishandeld werden. Zij vergelden dit geweld vrijwel nooit. Vaak werden ook de kinderen mishandeld. Deze vrouwen hadden nauwelijks mishandeling in hun jeugd meegemaakt, en gingen het minst vaak terug naar de geweldpleger na de vrouwenopvangperiode. In cluster 4, dat bestond uit 13 vrouwen, was de geweldpleger het minst vaak de echtgenoot. Het geweld in deze groep was het minst ernstig, maar deze vrouwen waren vaak slachtoffer van mishandeling in hun jeugd. Deze vrouwen zochten vaak bescherming voor hun kinderen en bleven slechts kort in de opvanginstelling. Cluster 5-vrouwen, een groep van slechts 11 personen, onderscheidde zich door zeer veel mishandeling in hun jeugd, en andere geweldervaringen als volwassene (naast de mishandeling door de eigen partner). Deze vrouwen gingen vaak terug naar hun partner na de opvangperiode.

De auteurs suggereren dat relatietherapie, gebaseerd op agressiehantering, het meest geschikt is voor vrouwen uit cluster 1, aangezien zij meestal teruggaan naar de partner. De vrouwen in de andere clusters zouden meer baat hebben bij ondersteuning bij het opbouwen van een zelfstandig leven, bijvoorbeeld door hulp bij opleiding en beroepskeuze, en juridische hulp. Terecht merken de auteurs op dat de steekproefgrootte relatief klein is, wat de generaliseerbaarheid van de resultaten bemoeilijkt. Het is de vraag of in een andere, vergelijkbare steekproef met name de kleinste clusters opnieuw worden gevonden.

In een recenter onderzoek van Marshall (1996) bij een groep van 578 vrouwen die zich vrijwillig aanmeldden voor een onderzoek naar slechte of stressvolle heteroseksuele relaties, en allen slachtoffer waren van psychologisch misbruik, werd eveneens clusteranalyse uitgevoerd. In dit onderzoek werd vooral geclusterd op kenmerken van de mishandeling. Vrouwen in cluster 1 ervoeren de ernstigste vormen van psychologisch misbruik, fysiek geweld en seksuele agressie, maar de partners kleineerden de vrouwen niet, noch controleerden zij hun financiën. Cluster 2-vrouwen ervoeren gemiddelde niveaus van fysiek geweld en seksuele agressie, maar hoge niveaus van subtiel psychologisch misbruik. Vrouwen in cluster 3 ervoeren weinig geweld, maar rapporteerden vaak controlerend gedrag van de partner, zoals isolatie en gedwongen geheimhouding. Cluster 4-vrouwen maakten het minst fysiek of seksueel geweld mee, maar des te meer openlijk psychologisch misbruik, zoals kritiek en controlerend gedrag. Cluster 5 en 6 waren vrijwel identiek met hoge niveaus van psychologisch misbruik, en gemiddelde niveaus van fysiek en seksueel geweld. Vrouwen bleken voornamelijk hulp te zoeken bij hoge niveaus van seksueel geweld, en wanneer ze vaak met geweld bedreigd werden.

De resultaten van deze studie kunnen lastig worden vertaald naar slachtoffers van huiselijk geweld. Allereerst omdat niet duidelijk is of de vormen van psychologisch misbruik ernstig genoeg zijn om onder de door ons eerder beschreven omschrijving van huiselijk geweld te vallen (zie pagina 3). Omdat de steekproef is gebaseerd op vrijwillige aanmelding is niet helemaal duidelijk waarop de selectie van deelnemers is gebaseerd en hoe deze zich verhoudt tot andere slachtoffers van psychologische mishandeling.

In een onderzoek van Dutton en collega's (Dutton et al., 2005) werden de gegevens verzameld van in totaal 406 -voornamelijk Afro-Amerikaanse- vrouwelijke slachtoffers van partnergeweld. De groep bestond uit 68 vrouwen uit een opvanginstelling voor mishandelde vrouwen, 220 vrouwen die een tijdelijk contactverbod bij de rechtbank aanvroegen, en 118 vrouwen die een rechtszaak voerden in verband met huiselijk geweld. De verzamelde gegevens betroffen demografische gegevens, kenmerken van het geweld, de vraag of men van plan was terug te keren naar de partner en gegevens over de psychische gezondheid, namelijk posttraumatische stressklachten, depressie en kwaliteit van leven, en vragen over de subjectief ervaren dreiging van de partner. De onderzoekers voerden een clusteranalyse op de geweldvariabelen uit, en vonden drie onderliggende profielen.

Profiel 1 werd gekenmerkt door gemiddelde niveaus van fysiek geweld, psychologische mishandeling en stalking, maar weinig seksueel geweld. De relatie met de geweldpleger duurde bij de vrouwen in dit profiel korter dan in de andere profielen, en vrouwen hadden vaker een

Afro-Amerikaanse achtergrond dan in de andere profielen. Een kwart van de vrouwen wilde de relatie met de geweldpleger voortzetten. Deze vrouwen rapporteerden een hogere kwaliteit van leven dan de vrouwen in de andere profielen.

Profiel 2 kenmerkte zich door hoge niveaus van fysiek geweld, psychologische mishandeling en stalking en een laag niveau van seksueel geweld. Het percentage vrouwen dat de relatie met de geweldpleger wilde voortzetten was met 16% kleiner dan in profiel 1, maar groter dan in profiel 3. Profiel 2-vrouwen rapporteerden meer symptomen posttraumatische stress-stoornis (PTSS) en depressie dan de profiel 1-vrouwen.

Profiel 3 werd gekenmerkt door hoge niveaus van alle vormen van geweld. Deze deelneemsters waren vaker afkomstig uit een vrouwenopvanginstelling dan de vrouwen met de overige profielen, en van hen wilde 5% de relatie met de geweldpleger voortzetten. Profiel 3-vrouwen hadden meer symptomen van posttraumatische stress-stoornis (PTSS) en depressie dan de vrouwen in de overige twee profielen.

Hoewel de onderzoeksgroep in deze studie groot is, is de wijze waarop de steekproef tot stand is gekomen een beperking. Men kan zich afvragen of de drie profielen niet voornamelijk zijn gebaseerd op de drie verschillende plekken waar de deelnemers werden benaderd. De auteurs suggereren dat de profielen wellicht huiselijk geweld slachtoffers in verschillende stadia in hun leven weerspiegelen, een hypothese die verder niet werd getoetst. Indien deze veronderstelling juist is, dan zou een doel kunnen zijn om de vrouwen vroegtijdig een interventie aan te bieden, zodat de ontwikkeling naar profiel 3 voorkomen kan worden.

Roberts (2006) maakte een indeling van slachtoffers van huiselijk geweld naar niveaus van ernst en duur van het geweld. De onderzoekspopulatie bestond uit een groep vrouwen die in de gevangenis verbleef na moord of doodslag op de echtgenoot (n=105), vrouwen die op het politiebureau aangifte deden van huiselijk geweld (n=105), vrouwen uit drie verschillende vrouwenopvanghuizen (N=105), en een groep mishandelde vrouwen die zich zelf hebben aangemeld (N=186). Alle vrouwen werd een diepte interview afgenomen, waarbij aandacht werd besteed aan de ernst en duur van het geweld, de als meest ernstig ervaren gebeurtenis, de opgelopen verwondingen naar aanleiding van het geweld en kritieke incidenten en keerpunten waarop het slachtoffer de partner probeerde te verlaten of een dodelijke uitkomst het gevolg was.

Na kwalitatieve analyse kon een indeling worden gemaakt in vijf categorieën slachtoffers: Niveau 1 (N=94) betrof slachtoffers van kortdurende mishandeling, namelijk korter dan 1 jaar. Vrouwen in dit profiel hadden meestal een korte relatie en waren meestal scholieren van de middelbare school of studenten. Niveau 2 (N=104) had betrekking op een gemiddelde duur van de mishandeling, variërend van een paar maanden tot 2 jaar. Deze vrouwen woonden meestal samen met de mishandelende partner. Niveau 3 (N=38) betrof langdurige mishandeling met tussenpozen. Hier was sprake van ernstig geweld. Deze vrouwen zijn meestal getrouwd, en hebben kinderen. De kinderen zijn vaak een reden om de echtgenoot niet te verlaten. Meestal betroffen dit vrouwen uit de hogere sociaal-economische klasse. Niveau 4 (N=160) had betrekking op chronische en voorspelbare mishandeling. Het ging hierbij om ernstig en frequent geweld, dat vaak wordt vooraf gegaan door alcohol- en of drugsgebruik. Meestal betroffen het getrouwde vrouwen met kinderen. Niveau 5 (N=105) tenslotte betrof slachtoffers van geweld, die uiteindelijk de partner doodden. Meestal ging het hierbij om langere relaties. Een groot deel van de vrouwen werd voor het plegen van moord of doodslag op de partner zelf ook met de dood bedreigd. Deze vrouwen hebben vaak psychische klachten, zoals een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) of een depressie. Deze categorie betreft meestal vrouwen en partners uit de lagere sociaaleconomische klasse.

De auteur stelt op basis van deze indeling in niveau's een stappenplan voor waarmee forensische specialisten en hulpverleners de ernst en het risico van het geweld voor slachtoffers kunnen beoordelen. Ook wordt hierin nagegaan hoe groot de kans is dat een slachtoffer zich aan het geweld onttrekt. Een beperking van dit onderzoek is de wijze waarop de onderzoeksgroep werd samengesteld, namelijk uit een paar zeer specifieke populaties. Het is zeer goed mogelijk dat het includeren van een grote groep vrouwen die de partner had omgebracht voor vertekening heeft gezorgd in de totale onderzoeksgroep. Ook kunnen geen conclusies worden getrokken

over de omvang van de verschillende niveaus's, aangezien de deelnemers niet random werden geselecteerd.

In een onderzoek van Ruiz-Perez et al. (2006) werd bij 1402 random geselecteerde vrouwelijke huisartspatiënten een vragenlijst afgenomen, waarin werd geïnformeerd naar partnergeweld, sociaal-demografische kenmerken en gezondheid.

Een derde (N=445) van deze vrouwen bleek te maken te hebben gehad met partnergeweld. Ruiz-Pérez en collega's deelden deze patiënten op basis van de aard van het partnergeweld in vier verschillende categorieën in. Categorie 1 bestond uit vrouwen die uitsluitend geestelijk mishandeld werden; categorie 2 bestond uit vrouwen die lichamelijk en geestelijk mishandeld werden; deze vrouwen bleken het meest geneigd om de relatie met de partner te beëindigen, professionele hulp te zoeken en/ of aangifte bij de politie te doen van mishandeling. Categorie 3 bestond uit vrouwen die geestelijk en seksueel mishandeld werden. Categorie 4 bestond uit vrouwen die zowel lichamelijk, geestelijk als seksueel mishandeld werden. Opgemerkt moet worden dat de categorieën in dit artikel niet werden bepaald op basis van statistische analyse.

Tenslotte vonden we een onderzoek van Simpson en collega's, waarin kenmerken van geweld dat partners jegens elkaar gebruikten met behulp van latente klasse analyse in categorieën werden verdeeld (Simpson et al., 2007). In totaal deden aan dit onderzoek 273 paren mee, die zich hadden aangemeld voor relatietherapie. De resultaten lieten zien dat de paren in drie clusters uiteenvielen: paren die geen geweld gebruikten, paren die weinig geweld gebruikten, en paren die matig tot ernstig geweld gebruikten. Hoewel dit onderzoek aanwijzingen geeft voor de methoden die kunnen worden gebruikt voor het bepalen van cliëntprofielen, is het de vraag in hoeverre deze resultaten van toepassing zijn op huiselijk geweldsslachtoffers. Deze vielen in dit onderzoek vrijwel allemaal in het derde cluster, aangezien in de overige twee clusters geen tot weinig geweld werd gebruikt.

## **2.4 Nederlandstalige literatuur over cliëntprofielen**

Om goed zicht te krijgen op de beschikbare literatuur in het Nederlandse taalgebied over huiselijk geweld en over cliëntprofielen is ook een literatuursearch in de Nederlandstalige literatuur en in rapporten en beleidsnotities verricht. Er is gezocht in de collectie van het Trimbos-instituut, vanaf het jaar 1990 op de volgende trefwoorden: vrouwenmishandeling, geweld + gezinnen, seksueel geweld, vrouwenhulpverlening + (seksueel geweld of geweld). Als titelwoorden zijn gehanteerd: huiselijk geweld, seksueel geweld, huiselijk en seksueel geweld, seksueel en huiselijk geweld, seksueel en huiselijk geweld, vrouwenhandel, zorgprofiel\*, cliëntprofiel\*, loverboys, eerwraak. Het resultaat betrof 147 referenties, waarvan:

- 87 studies betrekking hadden op seksueel geweld (nl. signalering, behandeling/ hulpverlening, gevolgen, registratie, beleid);
- 43 studies betrekking hadden op huiselijk geweld/ geweld in relaties/ geweld in gezinnen (nl. ervaringen, achtergronden, aard en omvang, beleidsnota's, behandeling/ hulpverlening, juridisch proces, literatuurstudies, gevolgen van het geweld);
- 17 studies betrekking hadden op overige onderwerpen (bijvoorbeeld op daderhulpverlening, partnerdoding, vrouwenhandel, weerbaarheid, vrouwenhulpverlening, satanisch misbruik).

Daarnaast is gezocht in de catalogus van het NIZW op de thesaurustermen: eerwraak (1), huiselijk geweld (48), partnermishandeling, vrouwenmishandeling (3), seksueel geweld (19). Tevens is de website van het Nederlands Jeugdinstituut ([www.nji.nl](http://www.nji.nl)) bezocht evenals die van huiselijk geweld ([www.huiselijkgeweld.nl](http://www.huiselijkgeweld.nl)), het Verwey-Jonker instituut ([www.verwey-jonker.nl](http://www.verwey-jonker.nl)), de Rutgers Nisso Groep ([www.rutgersnissogroep.nl](http://www.rutgersnissogroep.nl)), Advies- en Onderzoeksgroep Beke ([www.beke.nl](http://www.beke.nl)), Movisie ([www.movisie.nl](http://www.movisie.nl)) en in de database 'Seksueel misbruik en geweld' op het trefwoord: geweld in intieme relaties. Daarnaast is er ook op Google gezocht. Via de sneeuwbalmethode zijn andere relevante studies en rapporten gevonden.



Via [www.overheid.nl](http://www.overheid.nl) is gezocht naar kamerstukken met betrekking tot huiselijk geweld.

De meeste gevonden studies en rapporten waren gericht op de praktijk en bestaan uit beschrijvingen van instellingen, ervaringen van vrouwen of zetten een bepaalde behandeling of hulpverleningsmethodiek uiteen. Er werden weinig (landelijke) wetenschappelijke studies gedaan naar huiselijk geweld. Zo is over cliëntprofielen ook weinig geschreven. In dit rapport wordt op meerdere plekken de gevonden literatuur over huiselijk geweld, mishandeling en de verschillende type slachtoffers benoemd. De relevante studies die wij gevonden hebben over cliëntprofielen worden hieronder toegelicht.

## **2.5 Richtlijn cliëntprofielen**

Het IVO heeft samen met de universiteit van Maastricht een richtlijn ontwikkeld voor de verslavingszorg (Wits et al., 2003). Het dient als handvat voor instellingen om zelf een doelgroepanalyse uit te voeren om de zorg te ontwikkelen of te verbeteren. Hierbij wordt uitgegaan van de zorgbehoefte van de doelgroep. Een cliëntprofiel is niet bedoeld om toe te passen op individueel niveau, zoals bij de indicatiestelling wel het geval is.

De gegevens in een cliëntprofiel hebben betrekking op de problematiek en de zorgbehoefte van de doelgroep. De volgende thema's komen in het profiel aan bod:

1. Gezondheid en leefsituatie (middelengebruik, lichamelijke en geestelijke gezondheid, financiën, wonen, dagbesteding, sociale contacten, politie/ justitie);
2. De ervaren zorgbehoefte van de cliënt;
3. De relatie van de cliënt met de zorg (in het heden en verleden);
4. De vindplaats en de wijze van contact leggen met de doelgroep;
5. Algemene gegevens (zoals geslacht, leeftijd, culturele herkomst, opleiding, omvang van de doelgroep).

Bij het opstellen van een cliëntprofiel moet worden nagegaan wat de aanleiding is, wat precies het probleem is en in welk opzicht de geboden zorg niet goed aansluit bij de zorgbehoefte van de cliënt. Een goede afbakening van de doelgroep als ook het formuleren van het interventiedoel en mogelijk concrete behandeldoel is essentieel voor het invullen van het cliëntprofiel.

## **2.6 Zorgzwaartepakketten**

Voor de verschillende AWBZ-sectoren zijn zorgzwaartepakketten (ZZP's) ontwikkeld. Een ZZP is een volledig pakket van zorg dat aansluit op de kenmerken van de cliënt en het soort zorg dat de cliënt nodig heeft. Het Centrum Indiciestelling Zorg (CIZ) gebruikt deze ZZP's bij het vaststellen van de (omvang van de) aanspraak van een cliënt op AWBZ- ofwel langdurige zorg in die gevallen waar de zorg gepaard gaat met verblijf ([www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)).

De basisstructuur is opgebouwd aan de hand van de volgende onderdelen uit de zorgzwaartescorelijst:

1. begeleidingsbehoefte (beperkingen bij sociale redzaamheid en participatie);
2. verzorgingsbehoefte (beperkingen bij persoonlijke zorg (ADL) en mobiliteit);
3. verplegingsbehoefte (noodzaak van verpleging);
4. gedragsregulering (noodzaak van begeleiding en behandeling bij probleemgedrag);
5. cognitieve/psychische aspecten;
6. benodigde setting van zorglevering;
7. aard psychiatrische problematiek.

Per ZZP worden er drie onderdelen onderscheiden: cliëntprofiel, functies en tijd per cliënt per week en verblijfskenmerken.

Het cliëntprofiel binnen het ZZP bestaat uit de volgende componenten:

1. Inhoudelijk korte beschrijving van de cliëntgroep;
2. Sociale redzaamheid (zelfregie, dag- en nachtritme, onderhouden van sociale relaties, deelnemen aan het maatschappelijk leven, invullen van de dag, vaardigheden om het huishouden te voeren);
3. Cognitieve/ psychische functies (concentratie, geheugen en denken, motivatie en psychosociaal welbevinden);
4. Aard van het begeleidingsdoel (stabilisatie en continuering van de situatie, dan wel ontwikkelingsgericht);
5. ADL (persoonlijke verzorging);
6. Mobiliteit;
7. Gedragsproblematiek;
8. Psychiatrische problematiek (actief of passief, rol in dagelijks leven, reactie medicatie);
9. Beperkingenbeeld
10. Zorgverlening (volgens afspraak en direct oproepbaar, in nabijheid te leveren);
11. Dominante grondslag (psychiatrische aandoening, psychische stoornis).

In het ZZP is aangegeven welke functies en tijd per cliënt per week van toepassing zijn op de componenten woonzorg, dagbesteding en behandeling.

## **2.7 IJkcliënten**

In samenwerking met vertegenwoordigers van de zorgaanbieders, het CIZ, het bureau HHM en de Federatie Opvang is het Instrument IJkcliënten ontwikkeld (CIZ, 2007). “IJkcliënten” zijn beschrijvingen van cliënten en cliëntsituaties, op basis waarvan een bepaalde hoeveelheid zorg aan wordt toegekend. Het belangrijkste doel van dit instrument is het vergroten van eenduidigheid in indicatiestelling. Een ijkcliënt is een uitgebreide (anonieme) beschrijving van een reële cliënt. De beschrijving bestaat uit de volgende onderdelen:

- een schets van de voorgeschiedenis;
- een gedetailleerde beschrijving van eventueel aanwezige hulp van anderen;
- een beknopte omschrijving van eventueel aanwezige hulp van anderen;
- het doel (aard en termijn).

De beschrijvingen van ijkcliënten worden gemaakt door vertegenwoordigers van instellingen voor Opvang die aan de betreffende cliënten zorg verlenen. De volgende leefgebieden worden beschreven:

1. Huisvesting
2. Relaties en Sociale redzaamheid
3. Dagelijks functioneren
4. Financiële situatie
5. Lichamelijk functioneren
6. Psychisch functioneren
7. Politie, Justitie en veiligheid
8. Verslavingsproblemen

In de werkwijze indicatiestelling maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en opvang (zwerf)jongeren is de zorgzwaarte als volgt:

*Tot en met 23 jaar*

*Vanaf 24 jaar*

Ernst van de problematiek  
**Niveau 1**  
Matige MO-problematiek  
**Niveau 2**  
+ ernstige sociale problematiek  
  
**Niveau 3**  
+ ernstige gedragsproblematiek

Ernst van de problematiek  
**Niveau 1**  
Matige MO-problematiek  
**Niveau 2-A**  
+ ernstige sociale problematiek  
Niveau 2-B  
+ mogelijke doorstroom/ leerbaarheid  
**Niveau 3**  
+ ernstige gedragsproblematiek

## 2.8 Een cliëntenprofiel met psychiatrische grondslag

Wegelin (2004) heeft een cliëntprofiel ontwikkeld op basis van gegevens van cliënten uit drie vrouwenopvangvoorzieningen (Toevluchtsoord Groningen, Stichting vrouwenopvang Eliashuis te Amsterdam en De Bocht in Goirle). Naast een korte uiteenzetting van het profiel van de vrouwen worden ook de klachten, het functioneren, de levensgeschiedenis, de hulpverleningsgeschiedenis, somatiek & geneesmiddelengebruik en persoonskenmerken uiteenzet. Vervolgens is er een onderverdeling gemaakt volgens de DSM IV, een classificatie voor psychische stoornissen (American Psychiatric Association, 1994). De DSM-IV bestaat uit vijf assen:

- As 1 Klinische stoornis (bijv. depressie)
- As 2 Persoonlijkheidsstoornissen (bijv. afhankelijke persoonlijkheidsstoornis)
- As 3 Lichamelijke aandoeningen (relevant voor het begrijpen of behandelen van een psychische stoornis) (bijv. migraine)
- As 4 Psychosociale en omgevingsfactoren (bijv. scheiding, werkeloosheid)
- As 5 Algehele beoordeling van het functioneren (Global Assessment of Functioning Scale, GAF) uitgedrukt op een schaal van 0 tot 100 ([www.hulp.gids.nl/ziektebeelden](http://www.hulp.gids.nl/ziektebeelden))

Uit het opgestelde cliëntprofiel van Wegelin (2004) bleek dat vrouwen jonger dan 35 jaar zijn en in twee van de drie gevallen zij één tot drie jonge kinderen meenamen naar de instelling. De helft van de vrouwen was allochtoon. De vrouwen vertoonden angst- en spanningsklachten en hadden depressieve klachten. Zij konden zich moeilijk concentreren en hadden flashbacks van het geweld. Niet zelden ging dit gepaard met slaapproblemen en nachtmerries. Vrouwen hadden last van overmatige moeheid en zijn rusteloos. Onzekerheid over zichzelf, overmatig prikkelbaar zijn en ruzie zoeken kwam ook voor bij deze groep. Vrouwen hadden moeite om uit bed te komen en een dagritme op te pakken. Ongeveer de helft van de groep vrouwen had een posttraumatische stress stoornis (PTSS), voor een derde geldt dat zij trekken hadden van een persoonlijkheidsstoornis. Veel cliënten scoorden veelvuldig op as III van de DSM, namelijk lichamelijke klachten als hoofdpijnen, verkoudheid, problemen met maag-darmkanaal, menstruatiestoornissen en urineweginfecties evenals spierspanningspijnen (met name in nek en rug). Vrijwel alle cliënten hadden problemen met de ex-relatie en familie, opvoedingsproblemen, problemen in verband met wonen, problemen met financiën en problemen met justitie (i.v.m. verblijfsvergunningen etc.).

Mede naar aanleiding van het landelijke onderzoek van Wolf et al. (2006) heeft Stichting Toevluchtsoord besloten om ook over het jaar 2006 de problematiek en de aanpak van vrouwen met geweldservaringen binnen de stichting zorgvuldig te beschrijven. In 2004 dacht men dat ongeveer de helft van de vrouwen te kampen heeft met psychiatrische problematiek. Het vermoeden was dat dit nog wel eens vele malen hoger zou kunnen liggen. Ditmaal is door Wegelin (2007) een overzicht gemaakt van de diagnoses van de vrouwen die gebruik hebben gemaakt van de hulp van stichting Toevluchtsoord, als ook de afgenomen intelligentietests in 2006, de adviesgesprekken in dit jaar en de aangeboden behandeling (Wegelin, 2007). De

diagnosen werden afgenomen bij 68 cliënten die langer dan de eerste crisisperiode verbleven binnen Toevluchtsoord. Bij 65 cliënten werd psychiatrische problematiek aangetroffen. Bij 36 vrouwen ging het om een stoornis in het angstspectrum, voornamelijk een post traumatische stress stoornis (PTSS). Eveneens hoog scoorden de stemmingsstoornissen, zoals depressie. Een duidelijk beeld van persoonlijkheidsstoornissen werd niet gevonden. Een enkel gesprek werd onvoldoende geacht om tot definitieve vaststelling te komen. Het vermoeden bestaat dat de vrouwen onder gezondere omstandigheden qua persoonlijkheid goed kunnen functioneren. Qua lichamelijke gezondheid werd bij de groep vrouwen hoofdzakelijk spanningsklachten aangetroffen, waarvan hoofdpijn vaak een uitvloeisel was. Wat betreft psychosociale problematiek bleek logischerwijs dat vrijwel alle vrouwen problemen hadden met de (ex-) partner en/of familie en ook woonproblemen (zij konden immers niet thuis wonen). Financiële problemen scoorden hoog; veel vrouwen hadden schulden. Voorts bleek dat 13 van de 68 vrouwen grote taalproblemen hadden. Zij spraken weinig of geen Nederlands waardoor zij in isolement leefden. Negen vrouwen vreesden eerwraak van de (ex-) partner en of familie waardoor hun functioneren werd belast.

## **2.9 Cliëntprofielen slachtoffers van seksuele uitbuiting**

De Stichting tegen Vrouwenhandel heeft een ketenaanpak ontwikkeld tegen mensenhandel (Stichting tegen Vrouwenhandel (STV), 2007). Centraal staat dat er resultaatgericht samengewerkt wordt voor slachtoffers (en daders) die slachtoffer zijn van seksuele en economische uitbuiting. Hierbij wordt gewezen op het belang dat ketenpartners hetzelfde beeld hebben bij de cliëntgroep voor wie en met wie ze werken. De cliëntprofielen van de STV hebben betrekking op:

- het gedrag van de cliënt en de aard van sociale relaties;
- de problematiek en de ontwikkelperspectieven;
- eigen verantwoordelijkheid en eigen regie;
- aard van de zorgbehoeften
- de relatie van de cliënt met hulpverlening, justitie en/ of inburgering; en
- de vindplaats en de wijze van contact leggen ofwel bejegening.

De profielen van slachtoffers van seksuele uitbuiting zijn nog in ontwikkeling.

## **2.10 Conclusies literatuurstudie**

De zoektocht naar literatuur over cliëntprofielen van slachtoffers van huiselijk geweld liet zien dat zowel in de internationale als Nederlandstalige literatuur relatief weinig informatie over cliëntprofielen van slachtoffers van huiselijk geweld beschikbaar is.

Na verdere bestudering van de gevonden internationale artikelen (Snyder & Fruchtman, 1981; Marshall, 1996; Dutton et al., 2005; Roberts, 2006; Ruiz-Perez et al., 2006; Simpson et al., 2007) blijkt dat de gevonden cliëntprofielen tussen de studies sterk verschillen. Dit komt doordat de onderzoeksgroepen in de studies verschillend van samenstelling zijn, en verschillende soorten cliëntkenmerken werden gebruikt om profielen op te baseren. Hoewel er geen eenduidig beeld naar voren kwam uit dit literatuuroverzicht, bood het enkele aanknopingspunten voor het huidige project, namelijk inzicht in soortgelijke typologieën van cliënten en onderverdelingen in afzonderlijke cliëntgroepen op basis van cliëntkenmerken.

De Nederlandstalige literatuur gaf met name inzicht in de opbouw, de structuur en het doel van cliëntprofielen. Hierin werden geen empirisch ontwikkelde cliëntprofielen aangetroffen, maar cliëntprofielen ontwikkeld op basis van consensus, zoals het instrument IJkcliënten (CIZ, 2007). De zorgzwaarte pakketten (ZZP's) werden ontwikkeld voor individuele toepassing voor het vaststellen van aanspraak op zorg en de Richtlijn voor het maken van cliëntprofielen voor de gehele doelgroep (Wits et al., 2003). Margreet Wegelin (Wegelin, 2004; Wegelin, 2007) is –voor zover ons bekend– de enige die cliëntprofielen heeft ontwikkeld op

basis van gegevens van cliënten in de vrouwenopvangvoorzieningen. Zij heeft zich hierbij vooral gericht op een beschrijving van de psychiatrische problematiek van de cliënten van de deelnemende vrouwenopvanginstellingen.

Omdat op basis van de literatuur geen eenduidige cliëntprofielen kunnen worden vastgesteld, concluderen we bovendien dat de analyse van cliëntprofielen bij voorkeur uitgevoerd dient te worden met een analysemethode waarbij geen a-priori aannamen omtrent de clusterindeling nodig zijn.

## **3 Registratie- en databestanden**

### **3.1 Inleiding**

Om op empirische wijze cliëntprofielen te kunnen maken, is het van belang om over gegevens van cliënten te beschikken. In paragraaf 1.3.2 Criteria voor cliëntgegevens ten behoeve van het opstellen van cliëntprofielen (zie pagina 6) werd reeds aangegeven aan welke criteria deze gegevens zouden moeten voldoen om geschikt te zijn voor het maken van cliëntprofielen.

In dit hoofdstuk zal systematisch worden beschreven welke bestanden met cliëntgegevens van slachtoffers van huiselijk geweld beschikbaar zijn, en welke hiervan geschikt zijn voor het maken van cliëntprofielen.

### **3.2 Ontwikkeling en uitzetting vragenlijst**

Om zicht te krijgen op de verschillende registratie en databestanden, zijn door het Onderzoekscentrum Maatschappelijke Zorg van het UMC St Radboud diverse activiteiten uitgevoerd. In de zomer van 2007 is een vragenlijst verstuurd aan twaalf vrouwenopvanginstellingen, te weten:

- De Bocht (Goirle)
- Neos (Eindhoven)
- Vrouwenopvang Overijssel (Zwolle)
- Fier Fryslân (Leeuwarden)
- Toevluchtsoord Groningen
- Vrouwenopvang Amsterdam (nu: Blijf Groep)
- Valkenhorst (Breda)
- Hera (Arnhem)
- Stichting Arosa (Rotterdam)
- Stichting Wende (Den Haag)
- Vrouwenopvang Utrecht (nu: VieJa)
- Perspektief (Delft)

De vragen hadden betrekking op het Advies- en Steunpunt Huiselijk geweld en over de registratie van gegevens van AWBZ-indicatiestellingen (zie bijlage 2). Tien instellingen hebben gehoor gegeven aan deze oproep om informatieverstrekking. In dit hoofdstuk wordt uiteengezet hoe we de gegevens gebruikt hebben.

Verder werd geïnventariseerd in hoeverre bij andere instellingen gegevens beschikbaar zijn voor analyse van cliëntgegevens. Door het betrekken van experts bij dit gedeelte van het project, die waren vertegenwoordigd in een klankbordgroep (zie paragraaf 1.5, pagina 9), konden verschillende instanties worden benaderd.

### **3.3 Advies en Steunpunten Huiselijk Geweld (ASHG's)**

Een belangrijke bron van informatie vormen de registratie bij de Advies- en Steunpunten Huiselijk Geweld. Doel van de ASHG's is een bijdrage te leveren aan het stoppen van huiselijk geweld, onder meer tussen (ex)partners. De ASHG's zijn aangehaakt bij onder meer het algemeen maatschappelijk werk, GGD-en of de vrouwenopvang. Voor de registratie is een aanmeldformulier ontwikkeld, maar gebruik ervan is niet verplicht gesteld (Jansen e.a., 2006).

De vragen die betrekking hadden op de ASHG's zijn de volgende:

- of de instelling een ASHG heeft;
- of er een registratie bijgehouden wordt;
- welke gegevens er geregistreerd worden;

- hoe er geregistreerd wordt (in welk programma);
- over welke jaren er geregistreerd is;
- of de instelling de gegevens ter beschikking wil stellen voor analyse;
- of er een voorbeeld van het registratieformulier gestuurd kan worden.

Negen van de tien instellingen hebben een ASHG. Het blijkt dat al deze voorzieningen cliëntgegevens registreren. De manier waarop dit gebeurt verschilt echter. Zeven instellingen gebruiken Regas en één instelling gebruikt het Evita registratiesysteem. Daarnaast wordt het door het UMC St Radboud ontwikkelde formulier gebruikt en het Via-desk systeem. Sommige instellingen registreren in twee systemen.

In eerste instantie leken de data van de ASHG's zich goed te lenen voor analyse van cliëntprofielen. De aantallen cliënten (grootte van de onderzoeksgroep) zijn per instelling redelijk groot en daardoor is de onderzochte groep wellicht representatief. De relevantie van de gegevens bleek niet voldoende. Dit komt omdat er vaak te weinig gegevens worden geregistreerd om cliëntprofielen op te kunnen baseren. Er worden bij de instellingen bovendien verschillende gegevens geregistreerd. De gegevens zijn niet betrouwbaar en valide genoeg voor analyse. Of er voldoende differentiatie is tussen de gegevens van de cliënten is ons niet bekend. De conclusie betreffende de gegevens van de ASHG's is dat analyse van de gegevens ten behoeve van het verkrijgen van cliëntprofielen niet zinvol is.

### **3.4 AWBZ-indicatieaanvragen en indicatiestellingen van de vrouwenopvanginstellingen**

In deze paragraaf gaan wij nader in op de AWBZ-aanvragen en indicatiestellingen. In principe vraagt een cliënt zelf een indicatie voor zorg uit de AWBZ aan, maar gezien de kenmerken van cliënten in de opvang wordt de aanvraag in de praktijk gedaan door een medewerker van de opvang (namens de cliënt). De gegevens in deze paragraaf hebben betrekking op de vrouwen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld en om deze reden in de vrouwenopvang verblijven.

In de vragenlijst die wij de vrouwenopvanginstellingen gestuurd hebben, waren ook vragen opgenomen over deze AWBZ-indicatieaanvragen en AWBZ-indicatiestellingen. De volgende vragen zijn aan de instellingen voorgelegd:

- Zijn er bij de instelling AWBZ-indicatieaanvragen en indicatiestellingen uitgevoerd?
- Zo ja, is de instelling bereid om de gegevens beschikbaar te stellen voor nadere analyse?
- Bij welke voorzieningen van de instelling zijn er bij vrouwen AWBZ-indicatieaanvragen en indicatiestellingen uitgevoerd?
- Over welke volledige jaren zijn er bij de voorziening gegevens in het kader van de AWBZ verzameld?
- Zijn er over alle vrouwen bij deze voorziening AWBZ-gegevens beschikbaar?
- Zo ja, hoeveel vrouwen zijn dit ongeveer?
- Zo nee, over welke vrouwen zijn wel en over welke vrouwen zijn geen AWBZ-gegevens beschikbaar? (op basis waarvan is de selectie gemaakt?)
- Wat is bij de voorziening de verhouding tussen het aantal vrouwen met en zonder AWBZ-gegevens?

Uit de vragenlijst bleek dat alle benaderde vrouwenopvanginstellingen AWBZ-indicatieaanvragen voor de vrouwen. Dit betekent dat de onderzoeksgroep groot genoeg is en de data geschikt zijn om te gebruiken voor de analyse van cliëntprofielen. Ook de relevantie van de gegevens is aangetoond. Nadeel is echter dat de instellingen op verschillende tijdstippen AWBZ-indicatie voor de cliënten aanvragen en slechts bij drie instellingen wordt voor alle vrouwen AWBZ aangevraagd. Bij de overige instellingen is veelal de duur van verblijf van de vrouw bepalend voor de aanvraag. Veelal wordt bij deze instellingen de aanvraag gedaan na de

crisisperiode. Hoewel de medewerker van de vrouwenopvanginstelling de gegevens voor de AWBZ heel nauwgezet in kaart brengt, hebben wij toch enige twijfel over de betrouwbaarheid en validiteit van de gegevens. De aanvragen hebben immers een specifiek doel, namelijk het verkrijgen van AWBZ gelden voor de cliënt. Per instelling is er een andere aanvrager en iedere aanvrager interpreteert op eigen wijze, wat de betrouwbaarheid niet ten goede komt. Vanaf augustus 2007 is het nodig om voor de psychische problematiek een oordeel van een GZ-psycholoog of psychiater aan de indicatieaanvraag toe te voegen. De gegevens die vanaf dat moment zijn verzameld zijn mogelijk betrouwbaarder en meer valide.

Een bijkomende moeilijkheid is dat er over de vrouwen in de opvang vaak alleen over het kalenderjaar 2006 gegevens beschikbaar zijn. Twee instellingen hadden ook gegevens over het jaar 2005, maar bij een instelling zijn de gegevens vanaf 2006 gedigitaliseerd. Of er voldoende differentiatie is tussen de gegevens van de cliënten is ons niet bekend. De geregistreerde gegevens geven waarschijnlijk wel een representatief beeld van de bereikte groep vrouwen in de betreffende voorziening. Samenvattend kan gesteld worden dat de verschillen in de wijze van registreren, de periode van registreren en de verschillen in de aanvragen maakt dat de AWBZ gegevens tussen de instellingen niet zijn te vergelijken.

Van de instellingen die hebben meegewerkt aan het invullen van de vragenlijst, viel ons op dat bij de organisatie Fier Fryslân, in Friesland, over meerdere jaren data beschikbaar zijn. Deze instelling registreert vanaf 1 juli 2007 met behulp van de Registratie Front Office. Voor die tijd werd er geregistreerd in Regas, maar dat bleek met de komst van het ASHG niet toereikend te zijn. Fier Fryslân vraagt als een van de weinige instellingen voor alle vrouwen zorg vanuit de AWBZ aan. Als we de criteria voor het opstellen van cliëntprofielen bekijken in relatie tot de gegevens van Fier Fryslân, dan valt op dat zowel de grootte van de onderzoeksgroep als de relevantie van de gegevens en de representativiteit positief zijn. Over de differentiatie kunnen we evenmin als bij de overige vrouwenopvanginstellingen een uitspraak doen. Wat betreft de betrouwbaarheid en validiteit van de gegevens gaat hetzelfde op als bij de andere vrouwenopvanginstellingen. Ook hier zijn de gegevens met een bepaald doel verzameld. Omdat de gegevens uitsluitend afkomstig zijn uit een gedeelte van Nederland, namelijk Friesland, is het mogelijk dat deze niet representatief zijn voor de rest van de cliënten in vrouwenopvanginstellingen.

Het feit dat er over een lange periode gegevens beschikbaar zijn en er voor alle vrouwen AWBZ is aangevraagd, maakt dat de gegevens van Fier Fryslân interessant zijn om nader te onderzoeken. Om deze reden is contact gezocht met Fier Fryslân met de vraag of wij een beoordeling mochten maken van de bruikbaarheid voor analyse van de gegevens ten behoeve van dit project. Overeengekomen is dat als de gegevens bruikbaar zijn deze geanonimiseerd voor analyse beschikbaar worden gesteld. Uiteindelijk is gebleken dat de looptijd van het project te kort was om de gegevens te bewerken en bruikbaar te maken voor analyse.

### **3.5 Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)**

Het CIZ is het orgaan dat vaststelt of een zorgvrager recht heeft op AWBZ. De voorwaarden om in aanmerking te komen voor zorg vanuit de AWBZ zijn vastgelegd in wet- en regelgeving. Voor cliënten in de opvang zijn afspraken vastgelegd waarbij de zorgaanbieders in de opvang, met instemming van de cliënt, deels de verantwoordelijkheid voor het aanvragen van zorg kunnen overnemen.

In het najaar van 2007 heeft het CIZ een vernieuwde werkwijze voor de indicatiestelling in de opvang geïntroduceerd, waaronder ook de vrouwenopvang valt. Normaliter vraagt een cliënt zelf een indicatie voor zorg vanuit de AWBZ aan, maar in de praktijk wordt de aanvraag met instemming van de cliënt vaak gedaan door een medewerker van de opvanginstelling. Om eenduidigheid te krijgen in de indicatiestelling is een aantal zogenoemde 'ijkcliëntbeschrijvingen' ontwikkeld, waarover eerder in dit rapport is geschreven.

Voor dit project is contact gezocht met het CIZ om na te gaan of en in hoeverre cliëntgegevens bruikbaar zijn voor het opstellen van cliëntprofielen. Uit dit contact kwam naar voren dat het CIZ over een enorme database beschikt waardoor aan het eerste criterium voor het



opstellen van cliëntprofielen, namelijk de grootte van de onderzoeksgroep voldaan kan worden. Wat betreft de relevantie van de gegevens zijn wij ietwat terughoudend. De gegevens komen van de vrouwenopvanginstellingen en zijn opgesteld met het doel om AWBZ gelden voor de cliënten te verkrijgen. Dit maakt de gegevens wat beperkt van aard en wellicht ook minder betrouwbaar en valide. Een lastig punt is dat gegevens afkomstig van vrouwenopvanginstellingen niet afzonderlijk kunnen worden geselecteerd uit de database. Omdat vrouwenopvanginstellingen meestal onderdeel uitmaken van grotere koepelorganisaties is het ingewikkeld om mishandelde vrouwen te onderscheiden van bijvoorbeeld dakloze vrouwen. Na veelvuldig contact met het CIZ en het daadwerkelijk bekijken van de data, blijkt dat analyse in principe mogelijk is. Maar gezien de enorme investering die gedaan moet worden om de gegevens voor analyse bruikbaar te maken, was het niet realistisch om dit uit te voeren voor dit kortdurende project. Op basis van het bovenstaande willen we een eventuele toekomstige analyse van de gegevens van het CIZ aanbevelen.

### **3.6 Onderzoek Maat en Baat van de Vrouwenopvang**

Onderzoekers van het Trimbos-instituut en het UMC St Radboud hebben in opdracht van het ministerie van VWS onderzoek gedaan naar vraag en aanbod in de vrouwenopvang. Het rapport *Maat en Baat van de Vrouwenopvang* (Wolf et al., 2006) geeft inzicht in het profiel van de bereikte groep vrouwen in de vrouwenopvang. Tevens wordt duidelijk waaruit het aanbod in de eerste opvang en de vervolgoopvang van de opvangvoorzieningen bestaat en in hoeverre dit aansluit bij de hulpvraag van vrouwen. Het onderzoek bestaat uit onder andere 218 interviews met vrouwen bij achttien vrouwenopvangvoorzieningen verspreid over het land. Deze vrouwen werden random geselecteerd, met als doel een zo representatief mogelijke onderzoeksgroep samen te stellen. Voorafgaand aan het interview werden vrouwen gescreend om te kijken of de vrouw aan de gestelde criteria voldeed, te weten:

- Leeftijd: 18 jaar of ouder
- Geboorteland: in Nederland geboren of in het buitenland geboren
- Reden van verblijf: mishandeling door (ex-)partner of anderen
- Fase van verblijf: crisisopvang of vervolgoopvang.

Bij de onderzochte vrouwen werden onder meer de volgende voor dit project relevante variabelen gemeten:

- Achtergrondvariabelen, waaronder demografische kenmerken, opleidingsniveau en werk
- verblijfsvergunning, uithuwelijking, religie van cliënte en partner, etniciteit en nationaliteit cliënte en partner
- Financiële situatie, waaronder schulden
- Problemen van de partner, zoals alcohol- en drugsproblemen en aanwezigheid psychische problemen (ja/ nee)
- Kenmerken van het geweld (o.a. seksueel geweld, loverboy-problematiek, vrouwenhandel) en duur van het geweld
- Psychische gezondheid, waaronder alcohol- en drugs- en medicijngebruik de afgelopen 10 dagen; depressie (Center for Epidemiological Depression Scale, CES-D), posttraumatische stress-symptomen (Schokverwerkingslijst, SVL);
- Zelfredzaamheid en veerkracht, waaronder persoonlijke effectiviteit (Algemene Competentie Schaal, ALCOS) en zelfwaardering (Rosenberg Self Esteem Scale, RSE);
- Steun van mensen in omgeving
- Zorgbehoeften en ontvangen hulp per leefdoel

Aangezien hier een relatief grote groep vrouwen is benaderd bij verschillende instelling verdeeld over het land, lenen de data zich er goed voor om te gebruiken voor analyse van

cliëntprofielen. Een ander positief punt is dat er zeer veel relevante gegevens werden verzameld, die voldoende differentiëren tussen de deelnemers. De gegevens zijn voldoende betrouwbaar en valide voor analyse, aangezien de gegevensverzameling werd uitgevoerd met behulp van gevalideerde vragenlijsten, door onafhankelijke onderzoeksmedewerkers. Het feit dat de steekproef door random selectie werd geselecteerd maakt dat deze onderzoekgroep een representatieve afspiegeling geeft van de groep vrouwen in de vrouwenopvang.

### 3.7 Overzicht bronnen en toetsing aan criteria

Hieronder wordt schematisch weergegeven in hoeverre de verschillende gegevensbronnen voldoen aan de door ons vooraf opgestelde criteria (Tabel 2).

<b>Tabel 2:</b> Criteria voor gegevens voor cliëntprofielen in relatie tot gegevensbronnen (+/-)				
Gegevensbronnen	Criteria			
	Groote onderzoeksgroep	Relevantie gegevens	Betrouwbaarheid & validiteit	Representatief beeld
Gegevens ASHG's	+	-	-	+
Gegevens Registratie AWBZ-gegevens VO-instellingen	+	+	+ / -	+
Registratie Fier Fryslân	+	+	+ / -	onbekend
Gegevens CIZ	+	+/-	+ / -	+
Gegevens Maat & Baat	-	+	+	+

### 3.8 Conclusies registratie- en databestanden

De inventarisatie van gegevens in registratie- en databestanden voor het opstellen van cliëntprofielen leidt tot de conclusie dat van de algemene huiselijk geweld slachtoffers voorlopig nog geen geschikte gegevens beschikbaar zijn voor de analyse van cliëntprofielen. Wanneer de registratie van deze gegevens verbetert, zou toekomstige analyse interessante inzichten kunnen opleveren.

Wat betreft de gegevens van de vrouwenopvanginstellingen, concluderen we dat met name de gegevens van Fier Fryslân geschikt zijn voor analyse. Ook is analyse van de enorme database van het CIZ een interessante optie voor de toekomst, mits het mogelijk blijkt vrouwenopvang cliënten te selecteren. Helaas is het gezien de korte tijdsduur van het huidige project, en de beperkte middelen niet mogelijk geweest deze data-analyse uit te voeren.

De gegevens van Maat en Baat in de Vrouwenopvang (Wolf et al., 2006) lijken voorlopig het meest geschikt voor analyse van cliëntprofielen, aangezien dit gegevensbestand in vergelijking met de andere bronnen het meest aan de door ons opgestelde kwaliteitscriteria voldoet. Daarnaast is het bestand voor de projectgroep goed toegankelijk. Om deze reden kunnen voorlopig uitsluitend cliëntprofielen worden opgesteld van de in de vrouwenopvang verblijvende cliënten.

In het volgende hoofdstuk zal de methode en de resultaten van de analyse van cliëntprofielen worden beschreven.

## 4 Cliëntprofielen voor de vrouwenopvang; een verkenning

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen de resultaten worden besproken van een verkennend onderzoek naar cliëntprofielen van vrouwen in de vrouwenopvang op basis van de gegevens verzameld voor het onderzoek Maat en Baat in de Vrouwenopvang (Wolf et al., 2006).

### 4.2 Achtergrond en werkwijze

Voor het onderzoek Maat en Baat in de Vrouwenopvang (Wolf et al., 2006) werden onder andere 218 interviews gehouden met vrouwen bij achttien vrouwenopvangvoorzieningen verspreid over het land. De 218 deelnemende vrouwen waren gemiddeld 32 jaar. Meer dan de helft was van niet Nederlandse herkomst (Surinaams, Marokkaans, Turks). De vrouwen waren laag opgeleid en hadden een lage arbeidsparticipatie. Vrouwen vonden de eigen lichamelijke gezondheid redelijk; over de psychische gezondheid waren zij minder te spreken. Ruim twee derde van de vrouwen in de crisisopvang rapporteerde matige tot ernstige depressieve klachten, waarbij vooral de in het buitenland geboren vrouwen er slechter aan toe waren. Daarnaast bleek dat meer dan 80% van de geïnterviewde vrouwen posttraumatische stressklachten had. Het medicijngebruik onder deze groep lag vele malen hoger dan bij een vergelijkbare groep uit de Nederlandse bevolking. De bereikte groep vrouwen gaf aan het meest behoefte te hebben aan hulp bij huisvesting, financiën, psychische gezondheid, veiligheid en weerbaarheid. Voor een uitgebreide beschrijving van de werkwijze en resultaten wordt verwezen naar Wolf et al. (2006).

De verzamelde gegevens werden geanalyseerd met behulp van latente klasse analyse (McCutcheon, 1987). Dit is een analyse methode waarmee cliënten kunnen worden verdeeld in verschillende clusters of klassen, zonder dat a-priori aannamen over de clusterindeling nodig zijn. Een ander voordeel van latente klasse analyse is dat zowel dichotoom verdeelde variabelen (ja/nee) als continu verdeelde variabelen (bijv. op een schaal van 0 tot 60) kunnen worden gebruikt.

De volgende variabelen werden gebruikt als clustervariabelen in de latente klasse analyse:

- Demografische kenmerken: leeftijd, aantal kinderen, religie, etnische achtergrond cliënte, migratie (autochtoon/ allochtoon 1<sup>e</sup>/ 2<sup>e</sup> generatie).
- Sociaal-economische kenmerken: hoogte schulden in euro's;
- Aard van de mishandeling: mishandeld door de mannelijke partner (ja/ nee), mishandeld door een bekende (ja/ nee)
- Extra indicaties aanmelding vrouwenopvang: dakloosheid (ja/nee);
- Lichamelijke en psychische gezondheid: ervaren lichamelijke gezondheid (schaal 1=vreselijk tot 7=prima); depressieve symptomen (Center for Epidemiological Studies Depression Scale, CES-D; Radloff, 1977); posttraumatische stress-symptomen (Schokverwerkingslijst, SVL; Horowitz et al., 1979); zelfwaardering (Rosenberg Self Esteem Scale, RSE; 1981); Persoonlijk effectiviteit (Algemene Competentie Schaal, ALCOS; Bosscher & Smit, 1998), gebruik slaapmiddelen afgelopen 30 dagen (ja/ nee); gebruik kalmeringsmiddelen afgelopen 30 dagen (ja/ nee);
- Kenmerken van de omgeving: etnische achtergrond partner, etnische achtergrond gelijk tussen partners, gemiddelde duur relatie met partner (in jaren), cliënte voelt momenteel zich bedreigd door partner (ja/ nee), cliënte voelt momenteel zich bedreigd door schoonfamilie (ja/ nee), gemiddeld aantal gerapporteerde steunbronnen in omgeving.
- Overige: eerder in vrouwenopvang geweest (ja/ nee).

Daarnaast werd van de volgende variabelen onderzocht hoe ze verdeeld waren over de gevonden clusters: opleidingsniveau, duur van de relatie totdat het geweld startte, seksueel

geweld (ja/ nee), ander soort mishandeling (ja/ nee), uithuwelijking (ja/ nee), medicatiegebruik, alcohol- en drugsgebruik van de partner en zorgbehoeften per leefdomein

Achtereenvolgens werd geanalyseerd in hoeverre een 1-cluster model, en vervolgens een 2 tot maximaal een 10-cluster model de onderzoeksgegevens goed weerspiegelen. Als criterium voor een goed passend model werden de volgende fit indices berekend: het Bayesian Information Criterion (BIC), Akaike Information Criterion (AIC), Akaike Information Criterion 3 (AIC3) en het Consistent Akaike Information Criterion (CAIC). Hoe lager de waarden van deze fit indices, hoe beter het model de onderzoeksgegevens weerspiegelt. Recent werd aangetoond dat het model met de laagste AIC3 hierbij de voorkeur verdiend (Andrews & Currim, 2003). Latente klasse analyse werd uitgevoerd met behulp van Latent Gold (Vermunt & Magidson, 2005).

### 4.3 Resultaten

Uit de latente klasse analyse kwam naar voren dat voor de 5 of 6-cluster indeling de onderzochte criteria voor model fit het gunstigste uitvielen (Tabel 3). Aangezien AIC3 de laagste waarde had bij het 6-cluster model, hebben we besloten dat een 6-cluster indeling onze onderzoeksgegevens het beste weerspiegelde.

Tabel 3: overzicht fit-criteria voor 1 tot 10 cluster modellen

Criterium	Aantal clusters									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
BIC*	19050,04	18463,82	18391,18	18412,50	<b>18461,09</b>	18528,50	18687,49	18743,40	18932,10	19046,17
AIC**	18721,74	18000,14	17792,12	17678,06	17591,28	<b>17523,31</b>	17546,92	17467,44	17520,77	17499,46
AIC3***	18818,74	18137,14	17969,12	17895,06	17848,28	<b>17820,31</b>	17883,92	17844,44	17937,77	17956,46
CAIC****	19147,04	18600,82	18568,18	18629,50	<b>18718,09</b>	18825,50	19024,49	19120,40	19349,10	19503,17

\*BIC=Bayesian Information Criterion; \*\*AIC=Akaike Information Criterion; \*\*\*AIC3= Akaike Information Criterion 3;

\*\*\*\*CAIC= Consistent Akaike Information Criterion

Cluster 1 bestond uit 62 vrouwen met een relatief hoge leeftijd (gemiddeld 35,9 jaar). De meeste vrouwen in dit profiel, dat we “*Nieuwkomers*” hebben genoemd, zijn eerste generatie allochtone vrouwen. Ongeveer de helft van deze vrouwen zijn moslima’s, de anderen hebben een andere religie, geen religie, of zijn katholiek. Deze vrouwen zijn afkomstig uit allerlei verschillende landen, waaronder ook Marokko, Turkije en het Caribische gebied. Van een klein percentage kwamen de huwelijken tot stand door middel van uithuwelijking, ongeveer de helft van de relaties zijn gemengd, in de meeste gevallen is de partner Nederlands. De relaties van deze vrouwen duurden lang, gemiddeld zo’n 10 jaar. Vrijwel alle vrouwen werden mishandeld door hun mannelijke partner, een gedeelte voelt zich door hem nog steeds bedreigd. Een derde van deze vrouwen werd ook seksueel mishandeld. Een klein gedeelte van de partners gebruikt problematisch drugs of alcohol.

Vergeleken met de overige groepen rapporteren deze vrouwen meer psychische klachten dan de vrouwen in de profielen 2 (“Autochtone vrouwen”), 5 (“Moeilijke meiden”) en 6 (“Grote schulden”). Zij hebben symptomen die wijzen op een matige depressie, veel posttraumatische stress-symptomen, en een in vergelijking met de normale populatie gemiddelde zelfwaardering en persoonlijke effectiviteit. Deze vrouwen hebben in vergelijking met de andere clusters weinig schulden. Desondanks willen vrijwel alle vrouwen in dit cluster graag hulp bij het veranderen van hun financiële situatie. Ook het veranderen van de woonsituatie is een belangrijke behoefte, hulp bij het verbeteren van veiligheid, dagbesteding en bij het verbeteren van de psychische gezondheid. Opvallend is dat meer dan 80% hulp wenst bij huishouden en zelfverzorging, terwijl daaraan in de overige profielen nauwelijks behoefte bestaat. Meer dan de helft wil bovendien hulp bij sociale contacten en de helft bij de lichamelijke gezondheid.

Cluster 2 hebben we “*Autochtone vrouwen*” genoemd en bestond uit 49 vrouwen met een relatief hoge leeftijd (gem. 34,9 jaar). De vrouwen in dit profiel hebben vrijwel allemaal een Nederlandse achtergrond en een Nederlandse partner. Ze zijn in de meeste gevallen niet religieus of katholiek.

Zij zijn mishandeld door hun partner, met wie ze een lange relatie hadden. Een derde van deze vrouwen werd ook seksueel mishandeld. Bijna de helft van de partners gebruikt problematisch alcohol of drugs (of beide). Meer dan de helft van de vrouwen voelt zich nog steeds bedreigd door hun partner, een kwart voelt zich bovendien bedreigd door de familie of schoonfamilie.

In vergelijking met de profielen 1 (“Nieuwkomers”), 3 (“Eerwraak en uithuwelijking”) en 4 (“Psychiatrische problematiek”) beoordelen deze vrouwen hun psychische gezondheid duidelijk minder negatief. Hun lichamelijke gezondheid vinden ze redelijk, ze rapporteren een lichte depressie, maar veel posttraumatische stress-symptomen. In vergelijking met de andere profielen ontvangen deze vrouwen relatief veel sociale steun. In vergelijking met de algemene populatie is hun persoonlijke effectiviteit gemiddeld.

De zorgbehoeften van deze vrouwen komen grotendeels overeen met die in de overige clusters, en hadden vooral betrekking op het verbeteren van de woonsituatie, de veiligheid, de financiële situatie, de psychische gezondheid en het versterken van de weerbaarheid en eigen kracht.

Cluster 3, dat bestond uit 38 vrouwen, hebben we de naam “*Eergerelateerd geweld*” gegeven. De vrouwen in dit cluster waren met een gemiddelde leeftijd van 23,7 jaren significant jonger dan in de andere clusters (met uitzondering van cluster 5 “Moeilijke meiden”, waarin de vrouwen een vergelijkbare leeftijd hadden).

Dit profiel bestaat grotendeels uit moslima’s afkomstig uit Marokko/ Noord Afrika of Turkije/ Centraal Azië, die net als cluster 1 als eerste generatie naar Nederland zijn geëmigreerd. Opvallend in dit cluster is dat 40% van de vrouwen niet werd mishandeld door de partner, maar door een bekende. Daarbij voelt 40% zich tijdens het verblijf in de vrouwenopvanginstelling nog bedreigd door de familie of schoonfamilie, terwijl slechts een kleine minderheid zich bedreigd voelt door de partner. Dit doet vermoeden dat eerwraak-problematiek in dit cluster mogelijk een rol speelt. Een derde van de vrouwen in dit cluster geeft aan uitgetrouwde te zijn aan een partner met dezelfde etnische achtergrond. Het geweld betrof in veel gevallen ook seksueel geweld. De vrouwen in dit profiel zijn in vergelijking met vrijwel alle andere profielen het meest geïsoleerd: zij ontvangen de minste sociale steun.

Verder valt op dat deze vrouwen significant meer symptomen van depressie en PTSS rapporteren dan de profielen 2 (“Autochtone vrouwen”), 5 (“Moeilijke meiden”) en 6 (“Grote schulden”). Het klachtenniveau is vergelijkbaar met de profielen 1 (“Nieuwkomers”) en 4 (“Psychiatrische problematiek”). Deze vrouwen hebben symptomen die een ernstige depressie en een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) doen vermoeden. De vrouwen gebruiken zelf nauwelijks alcohol of medicijnen. De zelfwaardering is lager dan in de andere clusters, met uitzondering van cluster 4 (“Psychiatrische problematiek”).

De zorgbehoeften van de vrouwen uit dit profiel hadden voornamelijk betrekking op het verbeteren van de woonsituatie, financiële situatie, psychische gezondheid, veiligheid en lichamelijke gezondheid.

Cluster 4 (26 vrouwen) kreeg de naam “*Psychiatrische problematiek*”. Vrouwen in dit profiel zijn afkomstig uit Nederland of uit verschillende andere landen, echter niet uit Marokko/ Noord Afrika en Turkije/ Centraal Azië. Deze vrouwen zijn katholiek, protestant of niet-religieus. Deze vrouwen worden allemaal mishandeld door de partner, in veel gevallen ook seksueel. Een derde van deze vrouwen heeft dakloosheid als extra reden om in een vrouwenopvanginstelling te verblijven.

De partners van deze vrouwen zijn meestal afkomstig uit Nederland, in een enkel geval uit een overig land (niet uit Marokko/ Noord Afrika en Turkije/ Centraal Azië) of uit Suriname/ Caribische gebied. Net als in cluster 1 betreft de helft “gemengde relaties”, tussen partners uit verschillende landen. Iets meer dan een derde van de vrouwen voelt zich nog bedreigd door de

partner, echter niet door de familie of schoonfamilie. Opvallend is dat ongeveer een derde van de vrouwen aangeeft graag ondersteuning te willen bij het verbeteren van de relatie met de geweldplegende partner. Dit doet vermoeden dat in dit profiel –meer dan in de andere profielen- beide partners hebben bijgedragen aan de escalatie die heeft geleid tot een verblijf in de vrouwenopvang.

Het meest opvallend in dit profiel is de ernst van de psychiatrische problematiek van de vrouwen. Niet alleen hebben deze vrouwen –samen met de profielen 1 (“Nieuwkomers”) en 3 (“Eergerelateerd geweld”)- de hoogste scores op depressie (ernstige depressie) en posttraumatische stress-stoornis (zeer veel symptomen), ook is het gebruik van medicijnen, zoals antidepressiva, kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen in dit profiel relatief hoog. Ook gebruiken enkele vrouwen in dit cluster antipsychotica. Verder hebben deze vrouwen een significant lagere zelfwaardering dan alle andere profielen, en een lage persoonlijke effectiviteitscore.

Evenals de vrouwen in de andere profielen hebben deze vrouwen vooral behoefte aan het verbeteren van de woonsituatie, de financiële situatie en de psychische gezondheid. Ook geven ze aan graag hulp te ontvangen bij het versterken van de weerbaarheid en de eigen kracht.

Cluster 5 gaven we de naam “*Moeilijke meiden*”. De vrouwen in dit cluster zijn samen met de vrouwen uit profiel 3 “Eergerelateerd geweld” duidelijk jonger dan in de andere clusters; de gemiddelde leeftijd is 26,2 jaar. Deze vrouwen zijn niet afkomstig uit Nederland, maar uit verschillende landen waaronder Suriname, de Antillen of het Caribisch gebied, Marokko & Noord Afrika, of overige landen (niet uit Turkije/ Centraal Azië). De meeste vrouwen zijn moslim of katholiek.

Zij werden meestal mishandeld door de partner, en in een derde van de gevallen ook door een bekende. Driekwart van de partners is afkomstig uit een ander land dan de vrouw, meestal uit Nederland, Suriname, de Antillen of het Caribische gebied, maar soms ook uit Marokko/ Noord Afrika of overige landen. Slechts een derde voelt zich nog bedreigd door de ex-partner, een kwart door de familie of schoonfamilie. Het is mogelijk dat zich in dit profiel, net als in profiel 3, een (klein) aantal gevallen van eerwraak bevinden. Een derde van deze vrouwen heeft dakloosheid als bijkomende indicatie om in een vrouwenopvanginstelling te verblijven.

Dit profiel onderscheidt zich –samen met profiel 2 en 6- van de overige profielen in de relatief milde psychische klachten. Zij hebben relatief weinig depressieve symptomen, en gebruiken nauwelijks alcohol, cannabis of medicijnen. Zij rapporteren veel PTSS-symptomen, maar minder dan in de profielen 1, 3 en 4. Hun persoonlijke effectiviteit en zelfwaardering is gemiddeld, maar duidelijk hoger dan in de profielen 1, 3 en 4.

Als belangrijkste zorgbehoefte geven deze vrouwen aan graag hulp te wensen bij het verbeteren van de woonsituatie en de financiële situatie. Deze vrouwen geven aan geen hulp te willen bij huishouden of zelfverzorging, net als in profiel 6.

Het zesde cluster tenslotte bestond uit 19 vrouwen, en gaven we de naam “*Grote schulden*”. Vrouwen in dit cluster waren gemiddeld 37,2 jaar oud. Driekwart van deze vrouwen gaf aan al eerder in de vrouwenopvang te zijn geweest. De meesten kwamen uit Nederland of overige landen (echter niet uit Marokko, Noord Afrika, Turkije, of Centraal Azië). De partner, die de vrouw in alle gevallen mishandelde, kwam in de meeste gevallen uit hetzelfde land als de cliënte. Een kwart van deze vrouwen gaf aan ook seksueel geweld meegemaakt te hebben. Het meest opvallend aan dit profiel zijn de hoge schulden van de vrouwen, gemiddeld zo’n 44 duizend euro. Dit was significant hoger dan in alle andere profielen, die onderling niet significant verschilden wat betreft hoogte van de schulden.

Verder viel op dat de vrouwen in dit profiel –samen met profiel 2 en 5- relatief milde psychische klachten rapporteerden. Zij lijken een lichte depressie te hebben, veel PTSS-symptomen, maar minder dan in de profielen 1, 3 en 4. Hun persoonlijke effectiviteit en zelfwaardering is gemiddeld, maar net als in profiel 5 duidelijk hoger dan in de profielen 1, 3 en 4. Deze vrouwen gebruiken soms wel antidepressiva, echter geen kalmeringsmiddelen en nauwelijks slaapmiddelen.

Wat betreft hun zorgbehoeften kan worden opgemerkt dat deze overeenkomen met die in profiel 5 (*“Moeilijke meiden”*) en vooral betrekking hebben op het verbeteren van de woonsituatie en de financiële situatie. Ook is hulp bij het verbeteren van de psychische gezondheid voor deze vrouwen, evenals in de andere profielen een belangrijke behoefte.

Opgemerkt moet worden dat de slachtoffers van vrouwenhandel verdeeld waren over clusters 3 (N=2), 1 (N=1) en 5 (N=1), en de slachtoffers van loverboys of gedwongen prostitutie verdeeld waren over clusters 2 (N=2), 3 (N=2), 5 (N=1) en 6 (N=1)

#### **4.4 Toetsing cliëntprofielen bij experts**

De verkregen conceptprofielen werden door een klankbordgroep, met vertegenwoordigers van de Federatie Opvang, de Vereniging Nederlandse Gemeenten, de Blijf groep Amsterdam, Movisie, de Universiteit van Maastricht, het Verwey-Jonker Instituut, Stichting Toevluchtsoord Groningen, VieJa Utrecht, het Ministerie van VWS, het Centrum Indicatiestelling Zorg en de G4 (zie bijlage 4) beoordeeld. De cliëntprofielen werden door de experts in deze groep als zeer herkenbaar beoordeeld.

#### **4.5 Conclusies**

##### **4.5.1 Algemeen**

Uit deze eerste verkenning van cliëntprofielen komt in de eerste plaats naar voren dat het uitvoeren van deze empirische methode op een gegevensbestand van vrouwenopvangcliënten goed uitvoerbaar is. Deze methode leverde zoals verwacht een aantal afzonderlijke cliëntprofielen op, met een relatief helder onderscheid tussen de profielen. Wij concluderen dat deze methode voor doelgroepenanalyse in de vrouwenopvang veelbelovend is, en bevelen het gebruik van deze methode ook aan voor de maatschappelijke opvang. Zo zouden bijvoorbeeld de gegevens van jaarlijkse monitorrapportages kunnen worden gebruikt voor onderzoek naar (verschuivingen in) doelgroepen. Om dit mogelijk te maken, is het van belang dat de juiste gegevens worden verzameld. Op basis van deze studie bevelen wij aan dat tenminste die gegevens worden verzameld, die in onze studie bleken bij te dragen aan de clusterindeling. Dit betrof alle clustervariabelen die worden beschreven in paragraaf 4.2 (zie pagina 25).

Een tweede bevinding betreft de door ons gevonden clusterindeling. Op basis van een vooraf gesteld methodologisch criterium (namelijk de AIC3, zie paragraaf 4.2, pagina 25) bleek de 6-cluster structuur superieur aan de andere structuren. Deze zes clusters hebben we de volgende namen gegeven: 1. Nieuwkomers, 2. Autochtone vrouwen, 3. Eergerelateerd geweld, 4. Psychiatrische problematiek, 5. Moeilijke meiden en 6. Grote schulden. Een belangrijk verschil tussen de clusters betrof de mate van psychische klachten, die in de profielen 1, 3 en 4 veel hoger bleek dan in de profielen 2, 5 en 6. Ook verschilden de clusters wat betreft etnische en religieuze achtergrond, en was er een cluster waarin met name de financiële schulden zeer hoog waren (cluster 6).

##### **4.5.2 Overeenkomsten met de literatuur over cliëntprofielen**

Vergelijking van onze resultaten met de eerder beschreven publicaties over cliëntprofielen (zie hoofdstuk 2: Literatuur: aanknopingspunten voor cliëntprofielen) is lastig, aangezien de onderzochte doelgroepen niet in alle gevallen vergelijkbaar zijn met de onze.

Dutton en collega's vonden in twee van de drie profielen vrouwen met symptomen van posttraumatische stress-stoornis (PTSS) en depressie (Dutton et al., 2005). In onze studie vonden wij bij alle vrouwen symptomen van PTSS en depressie, deze waren het ernstigst in de profielen 1, 3 en 4. Ook identificeerden Dutton en collega's een profiel (profiel 1, zie pagina 11) van vrouwen met een Afro-Amerikaanse achtergrond, bij wie het geweld vaak relatief kort

duurde, en minder vaak seksueel van aard was. Deze vrouwen hadden een iets hogere kwaliteit van leven dan andere vrouwelijke slachtoffers van huiselijk geweld. Het is mogelijk dat dit profiel overeenkomsten vertoont met de door ons gevonden profielen 5. “Moeilijke Meiden” en 6. “Grote schulden”.

(Wegelin, 2004) trof ook vrouwen met depressieve klachten, zoals concentratieproblemen. In haar studie bleek de helft van de vrouwen last te hebben van posttraumatische stress stoornis (PTSS). In haar tweede publicatie, waarin zij een overzicht geeft van de psychiatrische problematiek van cliënten van stichting Toevluchtsoord trof Wegelin zelfs bij 65 van de 68 vrouwen psychiatrische problematiek aan, waarbij het meestal ging om stemmingsstoornissen en PTSS (Wegelin, 2007). Opvallend is dat zij in deze studie ook een groep vrouwen trof met financiële problemen. In onze studie is dat ook het geval. Vrouwen in cluster 6 (n=19) hebben te kampen met hoge schulden. Eveneens constateerde Wegelin (2007) vrouwen (n=9) met angst voor eerwraak van de (ex-)partner en of familie. In onze analyse bevinden deze vrouwen zich waarschijnlijk in cluster 3 (n=38), samen met vrouwen die uitgetrouwd zijn.

### 4.5.3 Beperkingen van deze studie

Dit onderzoek heeft een aantal beperkingen. Ten eerste willen wij erop wijzen dat het een verkennend onderzoek betreft, uitgevoerd op slechts één steekproef. Het is nodig om de gevonden 6-clusterindeling opnieuw, bij voorkeur in een grotere, onafhankelijke steekproef te valideren, voordat kan worden overgegaan tot het formuleren van interventiedoelen of beleidsmaatregelen.

Een algemene beperking is dat deze profielen uitsluitend vrouwen beschrijven die in de vrouwenopvang verblijven. Door het ontbreken van geschikte registratiegegevens kon op de korte termijn waarin dit project moest plaatsvinden geen gegevens van een bredere groep van huiselijk geweld slachtoffers worden geanalyseerd. Aangezien veel instellingen ook een hulpaanbod hebben voor deze bredere groep cliënten, verdient het aanbeveling om in vervolgonderzoek ook de vrouwen die niet in de vrouwenopvang terecht komen te includeren.

Een andere beperking is dat op basis van deze studie geen uitspraken kunnen worden gedaan over de grootte van de verschillende clusters. Daarvoor is een veel grootschaligere survey onder vrouwen in de vrouwenopvang nodig.

Ook is het mogelijk dat sommige groepen, die binnen de vrouwenopvang afzonderlijke groepen vormen, in deze 6-cluster indeling niet naar voren zijn gekomen. Zo werden de loverboy-slachtoffers in deze studie verdeeld over de verschillende clusters, wat wellicht te maken heeft met de beperkte grootte van deze groep. Het is mogelijk dat in een vervolgstudie met meer loverboy-slachtoffers deze groep cliënten wel in een apart cluster terecht zullen komen.

Tevens moet worden opgemerkt dat in het onderzoek “Maat en Baat in de Vrouwenopvang” (Wolf et al., 2006) alleen de vrouwen zijn geïncludeerd die mishandeld werden en 18 jaar of ouder waren. Jongere vrouwen, of vrouwen die om andere redenen in de vrouwenopvang verbleven hebben niet meegedaan, en komen daarom niet voor in de gevonden clusters. Het is daarom niet uitgesloten dat in de huidige clusterindeling relevante groepen uit beeld zijn gebleven, die wel aparte aandacht behoeven, bijvoorbeeld in het kader van interventieontwikkeling.

Ook zijn de gegevens verzameld in 2004 en 2005. Het is mogelijk dat de vrouwen die destijds in de vrouwenopvang verbleven verschillen van vrouwen die momenteel in de vrouwenopvang verblijven. Inmiddels wordt immers aan steeds meer vrouwen buiten de vrouwenopvang hulp aangeboden, zodat momenteel wellicht een ernstiger groep in de vrouwenopvang verblijft dan ten tijde van het onderzoek van Wolf et al (Wolf et al., 2006).

Tenslotte willen wij erop wijzen dat sommige problemen van cliënten wellicht onderbelicht zijn gebleven in de huidige clusterindeling. Zo hebben wij geen informatie over mogelijke integratie of taalproblemen. Ook hebben we weinig informatie over de mate van veiligheid, en de ernst van het geweld. Daarnaast is er weinig bekend over de relatie met de partner en over de partner zelf. We hebben bovendien alleen (subjectieve) informatie over



alcohol- en drugsgebruik de afgelopen 10 dagen, toen de vrouwen in de meeste gevallen al in de vrouwenopvang verbleven, en weten niets over het gebruik in de maanden of jaren daarvoor. Het verdient aanbeveling om een toekomstige studie meer informatie te verzamelen over deze kenmerken van de cliënte en haar partner.

## 5 Conclusies en aanbevelingen

### 5.1 Samenvatting van de resultaten

De doelstelling van het huidige project was om op empirische wijze cliëntprofielen te maken van vrouwelijke volwassen slachtoffers van huiselijk geweld in de thuissituatie en in de vrouwenopvang, en deze te toetsten bij experts.

Om vast te stellen welke cliëntkenmerken van belang zijn bij het opstellen van cliëntprofielen, werd eerst een conceptueel kader vastgesteld. In dit conceptueel kader, gebaseerd op het model van sociale kwaliteit van (Maesen & Walker, 2005) wordt huiselijk geweld verondersteld te worden veroorzaakt door factoren in de samenleving, in instituties en organisaties, persoonlijke factoren van het slachtoffer en de pleger, en factoren in gemeenschappen en relaties. Ook factoren die samenhangen met sociaal-economische zekerheid, sociale inclusie, zelfredzaamheid en sociale cohesie dragen in dit model bij aan huiselijk geweld. Op basis van dit model achten we het van belang dat bij het opstellen van cliëntprofielen idealiter kenmerken vanuit alle in het model voor huiselijk geweld beschreven dimensies worden meegenomen.

Vervolgens werden de resultaten van een literatuurstudie naar cliëntprofielen en cliënttypering van slachtoffers van huiselijk geweld in de internationale en Nederlandstalige literatuur beschreven. In de internationale onderzoeksliteratuur werd een klein aantal onderzoeken naar cliëntprofielen gevonden. Uit deze onderzoeken blijkt o.a. dat de gevonden cliëntprofielen tussen de studies sterk verschillen, aangezien de onderzoeksgroepen in de studies verschillend van samenstelling zijn, en verschillende soorten cliëntkenmerken werden gebruikt om profielen op te baseren. In de Nederlandstalige literatuur werden geen empirisch ontwikkelde cliëntprofielen aangetroffen, maar cliëntprofielen gebaseerd op meningen van experts (CIZ, 2007), een richtlijn voor het maken van cliëntprofielen (Wits et al., 2003), en beschrijvingen van psychiatrische problematiek van cliënten van drie vrouwenopvanginstellingen (Wegelin, 2004; Wegelin, 2007). Hoewel er geen eenduidig beeld naar voren kwam uit dit literatuuroverzicht, bood het enkele aanknopingspunten voor het huidige project, namelijk inzicht in reeds beschreven typologieën van cliënten en onderverdelingen in afzonderlijke cliëntgroepen op basis van cliëntkenmerken.

Een inventarisatie van de verschillende beschikbare bronnen van cliëntkenmerken liet een aantal verschillende bronnen zien, waaronder de registratiegegevens van de Advies en Steunpunten Huiselijk Geweld (ASHG's), de intake- en AWBZ-gegevens van de vrouwenopvanginstellingen, de AWBZ-gegevens van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en de gegevens verzameld in het kader van het onderzoek "Maat en baat van de vrouwenopvang" (Wolf et al., 2006). Van deze bronnen werd beoordeeld in hoeverre deze voldoende cliënten gegevens bevatten, in hoeverre de gegevens relevant, betrouwbare en valide waren en in hoeverre de gegevens representatief waren voor de gehele populatie van slachtoffers van huiselijk geweld, of voor een deelpopulatie, zoals vrouwen die in vrouwenopvanginstellingen verblijven. Geconcludeerd werd dat voorlopig alleen de intake- en registratiegegevens van de vrouwenopvanginstelling Fier Fryslân, de AWBZ-gegevens van het CIZ en de onderzoeksgegevens van (Wolf et al., 2006) in aanmerking komen voor nadere analyse. De beperkte looptijd van het huidige project bracht met zich mee dat uitsluitend de onderzoeksgegevens van Wolf et al. (2006) op deze korte termijn konden worden geanalyseerd. Het gevolg hiervan is onder meer dat wij voor dit project uitsluitend cliëntprofielen voor in de vrouwenopvang verblijvende cliënten hebben kunnen maken niet voor de bredere doelgroep van slachtoffers van huiselijk geweld.

Latente klasse analyse op de gegevens van "Maat en Baat" (Wolf et al., 2006) liet zien dat de 218 vrouwelijke deelnemers, die ten tijde van het onderzoek allen in de vrouwenopvang verbleven, werden verdeeld over zes clusters. Deze zes clusters weerspiegelden de volgende zes cliëntprofielen: 1. Nieuwkomers, 2. Autochtone vrouwen, 3. Eergerelateerd geweld, 4. Psychiatrische problematiek, 5. Moeilijke meiden en 6. Grote schulden. Belangrijke

verschillen tussen de clusters betroffen de mate van psychische klachten, die in de profielen 1, 3 en 4 veel hoger bleek dan in de profielen 2, 5 en 6, en de verschillen in etnische en religieuze achtergrond. Ook was er een cluster waarin met name de financiële schulden zeer hoog waren (cluster 6).

De verkregen conceptprofielen werden door een klankbordgroep, met vertegenwoordigers van de Federatie Opvang, de Vereniging Nederlandse Gemeenten, de Blijf groep Amsterdam, Movisie, de Universiteit van Maastricht, het Verwey-Jonker Instituut, Stichting Toevluchtsoord Groningen, VieJa Utrecht, het Ministerie van VWS, het Centrum Indicatiestelling Zorg en de G4 (zie bijlage 4) beoordeeld. De cliëntprofielen werden door de experts in deze groep als zeer herkenbaar beoordeeld. In overleg met de klankbordgroep werden bovendien de namen voor de clusters bedacht.

## **5.2 Beperkingen van het huidige project**

De volgende beperkingen van het huidige project zijn van belang bij het interpreteren van de resultaten. Een aantal methodologische beperkingen van de analyse van cliëntprofielen werden reeds genoemd in paragraaf 4.4.3 (pagina 30). Hieronder zullen slecht een paar algemene beperkingen worden genoemd.

Een beperking is dat de huidige cliëntprofielen uitsluitend informatie verschaffen over cliënten die in de vrouwenopvang verblijven en niet over slachtoffers van huiselijk geweld in het algemeen. De reden is dat de registratiebestanden van de Advies en Steunpunten Huiselijk Geweld te weinig relevante gegevens bevatten om te analyseren. Omdat sommige vrouwenopvang instellingen zich ook bezighouden met het bieden van hulp aan vrouwen in de thuissituatie, achten wij het van belang dat in toekomstig onderzoek de profielen van vrouwen in de thuissituatie wel worden geanalyseerd. Dit is ook van belang voor het ontwikkelen van effectieve preventieprogramma's.

Een tweede beperking is dat we in verband met de korte looptijd van het project slechts een gegevensbestand konden analyseren, namelijk dat van het onderzoek "Maat en baat in de vrouwenopvang" (Wolf et al., 2006). Het zou zeer relevant zijn om de profielen in een veel groter gegevensbestand opnieuw te toetsen, zodat kan worden uitgesloten dat de huidige profielen toevallig zijn gevonden, of samenhangen met specifieke kenmerken van deze steekproef.

## **5.3 Aanbevelingen**

Dit project levert een aantal duidelijke aanwijzingen op voor het in de toekomst opstellen van cliëntprofielen in het brede domein van huiselijk geweld en voor toekomstig onderzoek naar huiselijk geweld en de vrouwenopvang.

Een belangrijke opbrengst van het huidige project is dat we een strategie hebben voorgesteld voor het opstellen van cliëntprofielen, een strategie die haalbaar en uitvoerbaar bleek. Deze methode bleek voor professionals uit de praktijk bruikbare en herkenbare cliëntprofielen op te leveren. Voor de praktijk is de door ons voorgestelde methode om te komen tot cliëntprofielen goed toepasbaar. Instellingen, die geïnteresseerd zijn in de samenstelling en eigenschappen van hun doelgroepen, kunnen op hun eigen registratiegegevens doelgroepenanalyse uitvoeren, bijvoorbeeld met behulp van de door ons gebruikte latente klasse analyse. Het analyseren van gegevensbestanden om meer te weten te komen over doelgroepen is in het bedrijfsleven al zeer gebruikelijk.

Dit project levert bovendien een aantal duidelijke aanwijzingen voor toekomstig onderzoek naar de vrouwenopvang en de maatschappelijke opvang op. Reeds genoemd werd de noodzaak om profielen te analyseren van slachtoffers in het bredere domein van huiselijk geweld, ook met het oog op het ontwikkelen van preventieprogramma's. Een andere belangrijke aanbeveling betreft het valideren van de door ons gevonden cliëntprofielen in een onafhankelijke onderzoekspopulatie, zoals de gegevens van Fier Fryslan, of het CIZ.

Verder is onderzoek naar de screening en diagnostiek van cliënten bij binnenkomst in de vrouwenopvang relevant. Zo kan worden onderzocht hoe op efficiënte en valide wijze bij binnenkomst kan worden vastgesteld tot welke doelgroep een specifieke cliënt behoort en welk aanbod deze cliënt vervolgens zou moeten worden gedaan.

Bovendien achten wij onderzoek naar de effectiviteit van interventies in de vrouwenopvang noodzakelijk. Zo zou kunnen worden overwogen om specifieke interventies voor afzonderlijke doelgroepen te ontwikkelen, zoals voor de slachtoffers van eerwraak en uithuwelijking, en vrouwen met psychiatrische problematiek. Dergelijke initiatieven worden in de praktijk reeds genomen. Effectonderzoek –bij voorkeur gerandomiseerd en gecontroleerd- naar innovatieve, maar ook bestaande interventies is voor het veld van groot belang. Hierbij moet het design van de studies zorgvuldig overwogen worden, zodat voor het veld meer kennis beschikbaar komt over wat werkt en wat niet werkt. Binnen dergelijk onderzoek kan, mits de onderzochte groepen groot genoeg zijn, vervolgens ook worden onderzocht welke factoren (bijvoorbeeld kenmerken van cliënten, werkers, of van de interventie zelf) samenhangen met een gunstig effect van een bepaalde interventie (zogenoemde mediërende factoren).

Bovendien zou het zinvol zijn om de door ons toegepaste strategie voor empirische toetsing van cliëntprofielen ook toe te passen op andere relevante doelgroepen, bijvoorbeeld daklozenpopulaties. Zo kan bijvoorbeeld worden onderzocht in hoeverre de onderverdeling in IJkcliënten zoals ontwikkeld door het CIZ (CIZ, 2007) empirisch wordt ondersteund. Ook met het oog op toekomstige interventieontwikkeling zou een dergelijk onderzoek zeer zinvol zijn.

## 6 Literatuur

- The self-concept: Social product and social force. (1981). In M. Rosenberg & H. Turner (Eds.), *Social Psychology: Sociological perspective* (pp. 593-624). New York: Basic Books.
- Advies en onderzoeksgroep Beke (2006). *Binnen zonder kloppen. Omvang, aard en achtergronden van huiselijk geweld in 2005 op basis van landelijke politiecijfers*. Politie.
- Advies- en Onderzoeksgroep Beke (2005). *Huiselijk geweld : de voordeur op een kier : omvang, aard en achtergronden in 2004 op basis van landelijke politiecijfers*. Arnhem: Politie.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (Fourth ed.) Washington DC.
- Andrews, R. L. & Currim, I. S. (2003). A comparison of segment retention criteria for finite mixture logit models. *Journal of Marketing Research*, 40, 235-243.
- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychol.Bull.*, 126, 651-680.
- Astin, M. C., Ogland-Hand, S. M., Coleman, E. M., & Foy, D. S. (1995). Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: comparisons with maritally distressed women. *J.Consult Clin.Psychol.*, 63, 308-312.
- Babcock, J. C., Waltz, J., Jacobson, N. S., & Gottman, J. M. (1993). Power and violence: the relation between communication patterns, power discrepancies, and domestic violence. *J.Consult Clin.Psychol.*, 61, 40-50.
- Bakker, H. (2005). *Eergerelateerd geweld in Nederland; een bronnenboek*. Utrecht.
- Barnett, O. W. & Fagan, R. W. (1993). Alcohol-Use in Male Spouse Abusers and Their Female Partners. *Journal of Family Violence*, 8, 1-25.
- Bensley, L., Van Eenwyk, J., & Wynkoop, S. K. (2003). Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *Am.J.Prev.Med.*, 25, 38-44.
- Bosscher, R. J. & Smit, J. H. (1998). Confirmatory factor analysis of the General Self-Efficacy Scale. *Behav.Res.Ther.*, 36, 339-343.
- CIZ (2007). *IJK-cliëntbeschrijvingen opvang ten behoeve van Indicatiestelling AWBZ in de Opvang*. Driebergen: Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), Hoofdkantoor.
- Coker, A. L., Smith, P. H., Bethea, L., King, M. R., & McKeown, R. E. (2000). Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch.Fam.Med.*, 9, 451-457.
- DeMaris, A. & Swinford, S. (1996). Female victims of spousal violence - Factors influencing their level of fearfulness. *Family Relations*, 45, 98-106.
- Dutton, M. A., Kaltman, S., Goodman, L. A., Weinfurt, K., & Vankos, N. (2005). Patterns of Intimate Partner Violence: Correlates and Outcomes. *Violence Vict.*, 20, 483-497.

- Ehrensaft, M. K., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2004). Clinically abusive relationships in an unselected birth cohort: men's and women's participation and developmental antecedents. *J.Abnorm.Psychol.*, *113*, 258-270.
- Faramarzi, M., Esmailzadeh, S., & Mosavi, S. (2005). A comparison of abused and non-abused women's definitions of domestic violence and attitudes to acceptance of male dominance. *Eur.J.Obstet.Gynecol.Reprod.Biol.*, *122*, 225-231.
- Goderie, M. & Woerds, S. t. (2005). *Meten van geweld achter de voordeur : verslag van de pilots lokale Vrouwenveiligheidsindex*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Hanson, R. K., Cadsky, O., Harris, A., & Lalonde, C. (1997). Correlates of battering among 997 men: family history, adjustment, and attitudinal differences. *Violence Vict.*, *12*, 191-208.
- HoltzworthMunroe, A., Bates, L., Smutzler, N., & Sandin, E. (1997a). A brief review of the research on husband violence .1. Maritally violent versus nonviolent men. *Aggression and Violent Behavior*, *2*, 65-99.
- HoltzworthMunroe, A., Smutzler, N., & Bates, L. (1997b). A brief review of the research on husband violence .3. Sociodemographic factors, relationship factors, and differing consequences of husband and wife violence. *Aggression and Violent Behavior*, *2*, 285-307.
- HoltzworthMunroe, A., Smutzler, N., & Sandin, E. (1997c). A brief review of the research on husband violence .2. The psychological effects of husband violence on battered women and their children. *Aggression and Violent Behavior*, *2*, 179-213.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom.Med.*, *41*, 209-218.
- Humphreys, J., Parker, B., & Campbell, J. C. (2001). Intimate partner violence against women. *Annu.Rev.Nurs.Res.*, *19*, 275-306.
- Hurlbert, D. F., Whittaker, K. E., & Munoz, C. J. (1991). Etiological characteristics of abusive husbands. *Mil.Med.*, *156*, 670-675.
- Jacobson, N. S., Gottman, J. M., Waltz, J., Rushe, R., Babcock, J., & Holtzworth-Munroe, A. (1994). Affect, verbal content, and psychophysiology in the arguments of couples with a violent husband. *J.Consult Clin.Psychol.*, *62*, 982-988.
- Kessler, R. C., Molnar, B. E., Feurer, I. D., & Appelbaum, M. (2001). Patterns and mental health predictors of domestic violence in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Int.J.Law Psychiatry*, *24*, 487-508.
- Kim, H. K. & Capaldi, D. M. (2004). The association of antisocial behavior and depressive symptoms between partners and risk for aggression in romantic relationships. *J.Fam.Psychol.*, *18*, 82-96.
- Kinney, T. C. & Taylor, J. R. (1991). *Marketing Research; an applied approach*. (4th Ed. ed.) New York: Mc Graw Hill.
- Kyriacou, D. N., Anglin, D., Taliaferro, E., Stone, S., Tubb, T., Linden, J. A. et al. (1999). Risk factors for injury to women from domestic violence against women. *N.Engl.J.Med.*, *341*, 1892-1898.

- Lünnemann, K. D., Tan, S., & Woerds, S. t. (2006). *Ernstig bedreigde vrouwen in de vrouwenopvang; Onderzoek naar veiligheidsrisico's en de mogelijkheden van onderduikadressen*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Lünnemann, K. D. B. M. Y. (2005). *Geweld binnen en buiten; aard, omvang en daders van huiselijk en publiek geweld in Nederland*. Meppel: Boom.
- Maesen, L. J. G. v. d. & Walker, A. C. (2005). Indicators of Social Quality: Outcomes of the European Scientific Network. *European Journal of Social Quality*, 5.
- Maiuro, R. D., Cahn, T. S., Vitaliano, P. P., Wagner, B. C., & Zegree, J. B. (1988). Anger, hostility, and depression in domestically violent versus generally assaultive men and nonviolent control subjects. *J.Consult Clin.Psychol.*, 56, 17-23.
- Marshall, L. L. (1996). Psychological abuse of women: Six distinct clusters. *Journal of Family Violence*, 11, 379-409.
- Mastenbroek, S. (1995). *De illusie van veiligheid: voortekenen en ontwikkeling van geweld tegen vrouwen in relaties*. Utrecht: Jan van Arkel.
- McCutcheon, A. L. (1987). *Latent Class Analysis*. Thousands Oaks (CA): Sage Publications.
- Movisie (2007). *Factsheet huiselijk geweld: feiten en cijfers*. Utrecht: Movisie.
- Nelson, H. D., Nygren, P., McInerney, Y., & Klein, J. (2004). Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U. S. Preventive Services Task Force. *Ann.Intern.Med.*, 140, 387-396.
- Nisso (2001). *Factsheet tienermoeders in Nederland*. Utrecht: Nisso.
- Portegijs, W., Hermans, B., & Lalta, V. (2006). *Emancipatiemonitor 2006. Veranderingen in de levenswijze en levensloop*. Den Haag.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measures*, 1, 385-401.
- Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y. H., Davidson, L. L., & Feder, G. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ*, 325, 314.
- Ratner, P. A. (1995). Indicators of exposure to wife abuse. *Can.J.Nurs.Res.*, 27, 31-46.
- Riggs, D. S., Caulfield, M. B., & Street, A. E. (2000). Risk for domestic violence: factors associated with perpetration and victimization. *J.Clin.Psychol.*, 56, 1289-1316.
- Roberts, A. R. (2006). Classification Typology and Assessment of Five Levels of Woman Battering. *Journal of Family Violence*, 21, 521-527.
- Romans, S., Forte, T., Cohen, M. M., Du, M. J., & Hyman, I. (2007). Who is most at risk for intimate partner violence? A Canadian population-based study. *J.Interpers.Violence*, 22, 1495-1514.
- Römkens, G. M. F. (1992). *Gewoon geweld? : omvang, aard, gevolgen en achtergronden van geweld tegen vrouwen in heteroseksuele relaties*. Amsterdam ; Lisse: Swets & Zeitlinger.

- Ruiter, C. d. & Veen, V. (2005). *Het Haarlemse project Geweld in het gezin. Ervaringen van ketenpartners, medewerkers en cliënten*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Ruiz-Perez, I., Plazaola-Castano, J., & del Rio-Lozano, M. (2006). How do women in Spain deal with an abusive relationship? *J.Epidemiol.Community Health*, 60, 706-711.
- Sagrestano, L. M., Heavey, C. L., & Christensen, A. (1999). Perceived power and physical violence in marital conflict. *Journal of Social Issues*, 55, 65-79.
- Schumacher, J. A., Slep, A. M. S., & Heyman, R. E. (2001). Risk factors for male-to-female partner psychological abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 255-268.
- Simons, R. L., Johnson, C., Beaman, J., & Conger, R. D. (1993). Explaining Womens Double Jeopardy - Factors That Mediate the Association Between Harsh Treatment As A Child and Violence by A Husband. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 713-723.
- Simpson, L. E., Doss, B. D., Wheeler, J., & Christensen, A. (2007). Relationship violence among couples seeking therapy: common couple violence or battering? *J.Marital Fam.Ther.*, 33, 270-283.
- Smith, M. D. (1990). Patriarchal ideology and wife beating: a test of a feminist hypothesis. *Violence Vict.*, 5, 257-273.
- Snyder, D. K. & Fruchtmann, L. A. (1981). Differential patterns of wife abuse: a data-based typology. *J.Consult Clin.Psychol.*, 49, 878-885.
- Sorenson, S. B., Upchurch, D. M., & Shen, H. (1996). Violence and injury in marital arguments: risk patterns and gender differences. *Am.J.Public Health*, 86, 35-40.
- Spivak, H. & Weitzman, M. (1987). Social barriers faced by adolescent parents and their children. *JAMA*, 258, 1500-1504.
- Stichting tegen Vrouwenhandel (STV) (2007). *Ketenaanpak tegen mensenhandel. Resultaatgericht samenwerken voor slachtoffers (en daders) van seksuele en economische uitbuiting*. Amersfoort: Stichting tegen Vrouwenhandel (STV).
- Stith, S. M. & Farley, S. C. (1993). A Predictive Model of Male Spousal Violence. *Journal of Family Violence*, 8, 183-201.
- Stith, S. M., Smith, D. B., Penn, C. E., Ward, D. B., & Tritt, D. (2004). Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 10, 65-98.
- Sugg, N. K., Thompson, R. S., Thompson, D. C., Maiuro, R., & Rivara, F. P. (1999). Domestic violence and primary care. Attitudes, practices, and beliefs. *Arch.Fam.Med.*, 8, 301-306.
- Tollestrup, K., Sklar, D., Frost, F. J., Olson, L., Weybright, J., Sandvig, J. et al. (1999). Health indicators and intimate partner violence among women who are members of a managed care organization. *Prev.Med.*, 29, 431-440.
- Van Dijk, T., Flight, S., Opperhuis, E., & Duesmann, B. (1997). *Huiselijk geweld: aard, omvang en hulpverlening*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Van Dijke, A. & Terpstra, L. (2005). *Loverboys: feiten en cijfers*. Amsterdam.



- Vermunt, J. K. & Magidson, J. (2005). *Latent GOLD 4.0 User's Guide*. Belmont Massachusetts: Statistical Innovations Inc.
- Vivian, D. & Malone, J. (1997). Relationship factors and depressive symptomatology associated with mild and severe husband-to-wife physical aggression. *Violence Vict.*, 12, 3-18.
- Waldrop, A. E. & Resick, P. A. (2004). Coping among adult female victims of domestic violence. *Journal of Family Violence*, 19, 291-302.
- Wathen, C. N. & MacMillan, H. L. (2003). Interventions for violence against women: scientific review. *JAMA*, 289, 589-600.
- Wathen, C. N., MacMillan, H. L., & Jamieson, E. (2006). Screening for intimate partner violence. *Am.J.Prev.Med.*, 31, 453.
- Wegelin, M. (2004). *Vrouwen binnen de Vrouwenopvang in Nederland: een clientenprofiel met psychiatrische grondslag*. Amersfoort: Stichting Vrouwenopvang Nederland.
- Wegelin, M. (2007). *Psychiatrische problematiek bij clienten van stichting Toevluchtsoord in 2006*. Groningen: Stichting Toevluchtsoord.
- Wits, E. G., Knibbe, R. A., Verveen, J., & Meulders, W. (2003). *Richtlijn voor het opstellen van cliëntprofielen in de verslavingszorg*. Rotterdam: Instituut Voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving (IVO).
- Wittebrood, K. & Veldheer, V. (2005). Partnergeweld in Nederland: een secundaire analyse van Intomart-onderzoeken naar huiselijk geweld. *Tijdschrift voor criminologie*, 47, 3-23.
- Wolf, J. (2006). *Handreiking OGGZ in de WMO*. In: *Gereedchapskist Wmo*. Den Haag.
- Wolf, J., Bransen, E., & Nicholas S. (2001). Mensen in de marge; kenmerken van sociale kwetsbaarheid. *Justitiële Verkenningen*, 27, 19-38.
- Wolf, J., Jonker, I., Nicholas, S., Meertens, V., & Te Pas, S. (2006). *Maat en baat van de vrouwenopvang. Onderzoek naar vraag en aanbod*. Amsterdam.

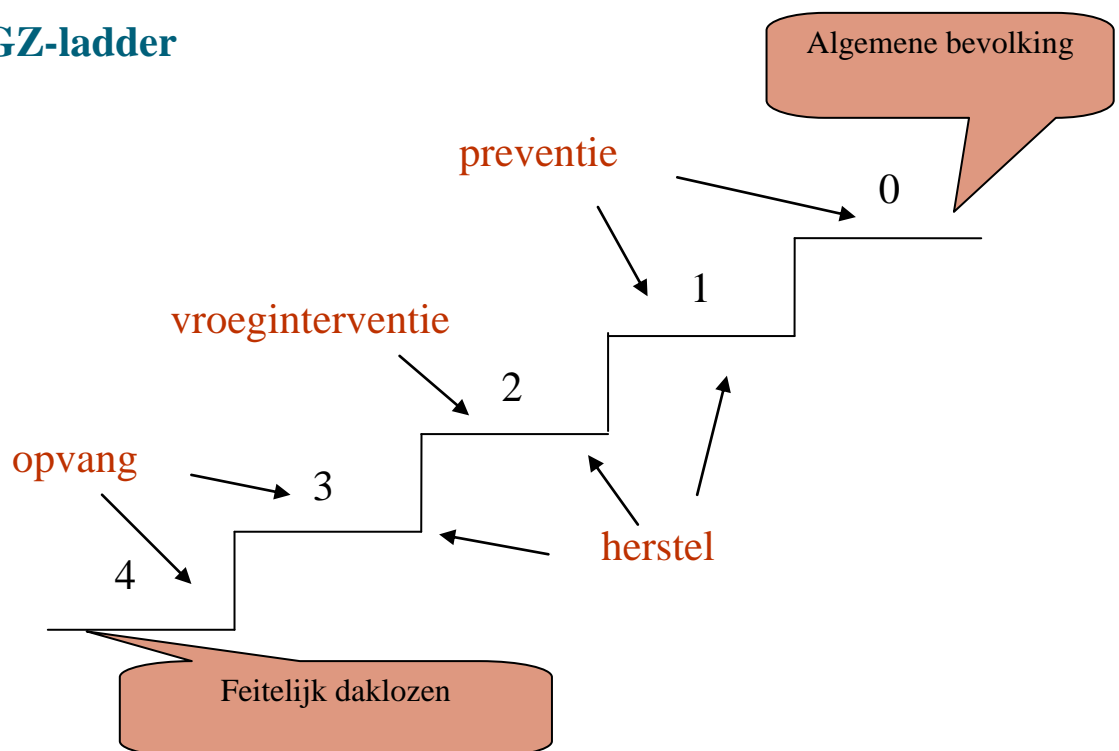
## **Bijlagen**

## Bijlage 1 De OGGZ-ladder als hulpmiddel bij de lokalisering en beschrijving van cliëntprofielen

De OGGZ-ladder (Wolf, 2006) is geënt op het eerder beschreven proces van sociale in- en uitsluiting van kwetsbare burgers en bestaat uit vijf treden. Op elke trede van de ladder komen twee dimensies samen, namelijk die van:

- De ernst, complexiteit en duur van problemen, uit te drukken in een risicoprofiel;
- De gewenste en benodigde ondersteuning en opvang tijdens de verschillende fases van in- en uitsluiting.

### OGGZ-ladder



De *nulde trede* stelt in gemeenten de lokale bevolking voor. Doorgaans is er op deze trede sprake van een adequate interactie tussen individu en omgeving, van relatief goede gezondheid en actieve maatschappelijke participatie. Zelfzorg en mantelzorg voldoen, ook bij en na tegenslag. Interventies op dit niveau (collectieve preventie) bestaan onder meer uit voorlichting en gezondheidsbevordering.

Bij de *eerste trede* gaat het om uiteenlopende risicogroepen waarbij sprake is van een stagnerende interactie tussen individu en omgeving, een haperende zelfredzaamheid en verminderd welzijn. Desondanks blijven de problemen, vaak ook vanwege omgevingssteun, (nog) binnen de perken. Preventieve activiteiten, ook op het individu gericht, kan verder achterop raken helpen voorkomen.

Op de *tweede trede* bewegen mensen bij wie de problemen in ernst en zwaarte toenemen, zich uitstrekken over meer en meer leefgebieden en langer aanhouden. Steun uit de omgeving staat meer en meer onder druk en kan op termijn verdwijnen. De kwaliteit van leven neemt af. Situaties kunnen van tijd tot tijd vanwege opstapelende problemen, ingrijpende

levensgebeurtenissen en (chronische) stress escaleren. Op deze trede zijn er ook kwetsbare mensen die weer proberen aan te haken en te herstellen na vanwege hun meervoudige problemen aangewezen te zijn geweest op institutionele zorg. Crisisinterventie en langdurige zorg aan huis zijn nodig om uitval en terugval te voorkomen.

De *derde trede* komt in beeld als kwetsbare personen aangewezen raken op institutionele zorg (opvang, psychiatrisch ziekenhuis, gevangenis) vanwege uiteenlopende, vaak meervoudige problemen. Het verblijf is in principe tijdelijk, maar kan ook langdurig zijn.

Op de *vierde trede* hebben kwetsbare personen de bodem van het bestaan geraakt. Zij voorzien niet in eigen onderdak, maar kunnen of willen evenmin gebruik maken van opvangvoorzieningen. Deze zogenaamde feitelijk dakloze mensen overnachten op straat, vinden tijdelijk onderdak bij vrienden of familie, of komen bij de nachtopvang. Hier is zorg op straat van belang.

Op de bovenste treden van de ladder is er vooral samenhang met de Wmo-prestatievelden één tot en met vier (het bevorderen sociale samenhang en leefbaarheid, op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden, het geven van informatie, advies en cliëntenondersteuning, het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers). Op de treden een en twee bestaat er daarnaast ook overlap met de prestatievelden vijf en zes (het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem en het verlenen van voorzieningen aan deze groepen). Prestatieveld zeven, de maatschappelijke opvang, valt vooralsnog vrijwel samen met de treden drie en vier. Daarentegen is het beleid ter bestrijding van huiselijk geweld ook op de hogere treden van de ladder te lokaliseren. Samenhang is er, vooral op de lagere treden, ook met het verslavingsbeleid (negende prestatieveld).

## Bijlage 2 Inventarisatie registratie vrouwenopvanginstellingen

Naam instelling:

Naam contactpersoon:

<b>vraag</b>	<b>ASHG</b>	<b>antwoord</b>
1.	Heeft de instelling een ASHG? Ja/ Nee	
1a	Zo ja, hoeveel?	
2.	Wordt er een registratie bijgehouden?	
2a	Welke gegevens worden geregistreerd?	
2b	Vanaf wanneer wordt er geregistreerd? (Noem aub maand en jaar)	
2c	Hoe wordt er geregistreerd (in Regas of ander databestand of softwareprogramma)?	
2d	Over welke jaren bestaan er gegevens die beschikbaar zijn voor analyse?	
3.	Wil de instelling de gegevens beschikbaar stellen voor gegevensanalyse?	
4.	Als er registratie wordt bijgehouden kunt u ons dan een voorbeeld sturen van het registratieformulier?	
<b>vraag</b>	<b>AWBZ-indicatieaanvragen en AWBZ- indicatiestellingen bij de instelling</b>	
1.	Zijn er bij uw instelling bij vrouwen AWBZ-indicatieaanvragen en indicatiestellingen uitgevoerd?	
2.	Zo ja, is uw instelling in principe bereid om deze gegevens voor nadere analyse beschikbaar te stellen?	
3.	Bij welke voorzieningen van uw instelling zijn er bij vrouwen AWBZ- indicatieaanvragen en indicatiestellingen uitgevoerd?	
	<b>Geef hierna aub per voorziening de volgende informatie over de AWBZ- indicatiestellingen</b>	

<b>vraag</b>	<b>Voorziening 1: AWBZ-gegevens</b>	<b>Geef naam en typering van voorziening</b>
1.	Over welke volledige jaren (bijvoorbeeld 2006) zijn er bij de voorziening gegevens in kader van AWBZ verzameld?	
2.a	Zijn er over <b>alle vrouwen</b> bij deze voorziening AWBZ-gegevens beschikbaar (formuleer A en B)?  Zo ja, hoeveel vrouwen zijn dit ongeveer?	
2b	Zo nee, over welke vrouwen zijn wel en over welke vrouwen zijn geen AWBZ-gegevens beschikbaar? (anders gevraagd: op basis waarvan is de selectie gemaakt)	
	Wat is bij de voorziening de verhouding tussen het aantal vrouwen met en zonder AWBZ-gegevens?	

<b>vraag</b>	<b>Voorziening 2: AWBZ-gegevens</b>	<b>Geef naam en typering van voorziening</b>
1.	Over welke volledige jaren (bijvoorbeeld 2006) zijn er bij de voorziening gegevens in kader van AWBZ verzameld?	
2.a	Zijn er over <b>alle vrouwen</b> bij deze voorziening AWBZ-gegevens beschikbaar (formuleer A en B)?  Zo ja, hoeveel vrouwen zijn dit ongeveer?	
2b	Zo nee, over welke vrouwen zijn wel en over welke vrouwen zijn geen AWBZ-gegevens beschikbaar? (anders gevraagd: op basis waarvan is de selectie gemaakt)	
	Wat is bij de voorziening de verhouding tussen het aantal vrouwen met en zonder AWBZ-gegevens?	

<b>vraag</b>	<b>Voorziening 3: AWBZ-gegevens</b>	<b>Geef naam en typering van voorziening</b>
1.	Over welke volledige jaren (bijvoorbeeld 2006) zijn er bij de voorziening gegevens in kader van AWBZ verzameld?	

2.a	Zijn er over <b>alle vrouwen</b> bij deze voorziening AWBZ-gegevens beschikbaar (formuleer A en B)?  Zo ja, hoeveel vrouwen zijn dit ongeveer?	
2b	Zo nee, over welke vrouwen zijn wel en over welke vrouwen zijn geen AWBZ-gegevens beschikbaar? (anders gevraagd: op basis waarvan is de selectie gemaakt)	
	Wat is bij de voorziening de verhouding tussen het aantal vrouwen met en zonder AWBZ-gegevens?	

vraag	Voorziening 4: AWBZ-gegevens	Geef naam en typering van voorziening
1.	Over welke volledige jaren (bijvoorbeeld 2006) zijn er bij de voorziening gegevens in kader van AWBZ verzameld?	
2.a	Zijn er over <b>alle vrouwen</b> bij deze voorziening AWBZ-gegevens beschikbaar (formuleer A en B)?  Zo ja, hoeveel vrouwen zijn dit ongeveer?	
2b	Zo nee, over welke vrouwen zijn wel en over welke vrouwen zijn geen AWBZ-gegevens beschikbaar? (anders gevraagd: op basis waarvan is de selectie gemaakt)	
	Wat is bij de voorziening de verhouding tussen het aantal vrouwen met en zonder AWBZ-gegevens?	

**Bij meer voorzieningen kopieer aub voorgaande blok en vul in.**

**HARTELIJK BEDANKT VOOR UW MEDEWERKING!!!**

## Bijlage 3 Cliëntprofielen

<b>Profiel 1 (N=62, 28%) “Nieuwkomers”</b>	
<b>Demografische kenmerken</b>	
Gem. Leeftijd (jaren)*	35,9 (SD=6,9)
Gem. aantal kinderen*	1,9 (SD=1,3)
<i>Opleiding<sup>#</sup></i>	
HAVO, VWO of MBO	42%
MAVO, LTS of VMBO	26%
Lagere school	23%
Geen opleiding	8%
HBO of Universiteit	2%
<i>Religie cliënte*</i>	
Moslim	43%
Anders	22%
Geen	21%
Katholiek	13%
Protestant	0%
<i>Etnische achtergrond cliënte*</i>	
overige landen	45%
Marokko & Noord Afrika	23%
Turkije & Centraal Azië	21%
Suriname, Antillen & Caribische gebied	11%
Nederland	0%
<i>Migratie</i>	
Allochtoon, 1e generatie	88%
Allochtoon, 2e generatie	12%
Autochtoon	0%
Uitgehuwelijkt <sup>#</sup>	17%
<b>Sociaal-economische kenmerken</b>	
Gemiddelde schuld in euro's*	€ 889 (SD=1610)
Betaald werk gedurende laatste 12 maanden <sup>#</sup>	44%



<b>Aard van de mishandeling</b>	
Mishandeld door mannelijke partner*	95%
Mishandeld door bekende*	10%
Slachtoffer vrouwenhandel <sup>#</sup>	2%
Slachtoffer loverboy en/ of gedwongen prostitutie <sup>#</sup>	0%
Seksueel geweld <sup>#</sup>	36%
<b>Reden aanmelding vrouwenopvang</b>	
Geen huisvesting/ dakloos*	12%
Zwangerschap <sup>#</sup>	0%
<b>Lichamelijke en psychische gezondheid</b>	
Ervaren lichamelijke gezondheid (schaal: 1=vreselijk tot 7=prima)*	4,3 (SD=1,8)
Gem. score depressie (CES-D)*	27,6 (SD=10,1)
Gem. score posttraumatische stress (SVL)*	46,2 (SD=12,9)
Zelfwaardering (RSE)*	30,7 (SD=4,2)
Persoonlijke effectiviteit (ALCOS)*	41,8 (SD=6,4)
Gebruik slaapmiddelen afgelopen 30 dagen*	12%
Gebruik kalmeringsmiddelen afgelopen 30 dagen*	17%
Gebruik antidepressiva afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	5%
Gebruik pijnstillers afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	48%
Gebruik antipsychotica afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	2%
Gebruik alcohol afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	2%
Gebruik cannabis afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	3%
<b>Kenmerken omgeving</b>	
<i>etnische achtergrond partner*</i>	
Marokko & Noord Afrika	18%
overige landen	24%
Turkije & Centraal Azië	24%
Nederland	23%
Suriname, Antillen & Caribische gebied	11%
Etnische achtergrond gelijk tussen partners*	55%
Gem. duur relatie met partner (jaren)*	10,3 (SD=7,0)
Gem. duur relatie met partner tot start geweld (jaren) <sup>#</sup>	4,6 (SD=5,6)
Cliënte voelt zich bedreigd door partner*	40%
Cliënte voelt zich bedreigd door (schoon-)familie*	5%
Gemiddeld aantal gerapporteerde steunbronnen in omgeving*	2,6

<b>Overige</b>	
Eerder in vrouwenopvang geweest*	40%
<b>Zorgbehoeften</b>	
<i>Wil hulp bij:</i>	
Verbeteren woonsituatie	92%
Verbeteren financiële situatie	92%
Dagbesteding	74%
Verbeteren relatie met geweldpleger	10%
Contact met anderen	57%
Huishouden of zelfverzorging	86%
Veiligheid	81%
Lichamelijke gezondheid	55%
Psychische gezondheid	74%
Versterken weerbaarheid en eigen kracht	69%
Zingeving	31%
Kinderen	67%

## Profiel 2 (N=49, 22%) “Autochtone vrouwen”

### Demografische kenmerken

Gem. Leeftijd (jaren)\* 34,9 (SD=9,7)

Gem. aantal kinderen\* 1,9 (SD=)

#### *Opleiding*<sup>#</sup>

MAVO, LTS of VMBO 49%

Lagere school 20%

HAVO, VWO of MBO 16%

HBO of Universiteit 12%

Geen opleiding 2%

#### *religie cliënte*\*

Geen 56%

Katholiek 30%

Anders 12%

Protestant 2%

Moslim 0%

#### *etnische achtergrond cliënte*\*

Nederland 100%

overige landen 0%

Marokko & Noord Afrika 0%

Turkije & Centraal Azië 0%

Suriname, Antillen & Caribische gebied 0%

#### *Migratie*

Autochtoon 100%

Allochtoon, 1e generatie 0%

Allochtoon, 2e generatie 0%

Uitgehuwelijkt<sup>#</sup> 0%

### Sociaal-economische kenmerken

Gemiddelde schuld in euro's\* € 1622  
(SD=2048)

Betaald werk gedurende laatste 12 maanden<sup>#</sup> 39%

<b>Aard van de mishandeling</b>	
Mishandeld door mannelijke partner*	94%
Mishandeld door bekende*	15%
Slachtoffer vrouwenhandel <sup>#</sup>	0%
Slachtoffer loverboy en/ of gedwongen prostitutie <sup>#</sup>	4%
Seksueel geweld <sup>#</sup>	29%
<b>Reden aanmelding vrouwenopvang</b>	
Geen huisvesting/ dakloos*	4%
Zwangerschap <sup>#</sup>	2%
<b>Lichamelijke en psychische gezondheid</b>	
Ervaren lichamelijke gezondheid (schaal: 1=vreselijk tot 7=prima)*	4,8 (SD=1,4)
Gem. score depressie (CES-D)*	19,5 (SD=8,9)
Gem. score posttraumatische stress (SVL)*	37,3 (SD=17,5)
Zelfwaardering (RSE)*	32,1 (SD=4,6)
Persoonlijke effectiviteit (ALCOS)*	43,9 (SD=9,0)
Gebruik slaapmiddelen afgelopen 30 dagen*	11%
Gebruik kalmeringsmiddelen afgelopen 30 dagen*	23%
Gebruik antidepressiva afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	8%
Gebruik pijnstillers afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	43%
Gebruik antipsychotica afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	0%
Gebruik alcohol afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	4%
Gebruik cannabis afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	0%
<b>Kenmerken omgeving</b>	
<i>etnische achtergrond partner*</i>	
Nederland	81%
overige landen	7%
Marokko & Noord Afrika	5%
Turkije & Centraal Azië	5%
Suriname, Antillen & Caribische gebied	2%
Etnische achtergrond gelijk tussen partners*	81%
Gem. duur relatie met partner (jaren)*	11,1 (SD=9,5)
Gem. duur relatie met partner tot start geweld (jaren) <sup>#</sup>	3,7 (SD=4,8)
Cliënte voelt zich bedreigd door partner*	52%
Cliënte voelt zich bedreigd door (schoon-)familie*	23%
Gemiddeld aantal gerapporteerde steunbronnen in omgeving*	3,2

<b>Overige</b>	
Eerder in vrouwenopvang geweest*	38%
<b>Zorgbehoeften</b>	
<i>Wil hulp bij:</i>	
Verbeteren woonsituatie	86%
Verbeteren financiële situatie	69%
Dagbesteding	45%
Verbeteren relatie met geweldpleger	16%
Contact met anderen	27%
Huishouden of zelfverzorging	10%
Veiligheid	71%
Lichamelijke gezondheid	31%
Psychische gezondheid	67%
Versterken weerbaarheid en eigen kracht	61%
Zingeving	12%
Kinderen	51%

## Profiel 3 (N=38, 17%) “Eergerelateerd geweld”

### Demografische kenmerken

Gem. Leeftijd (jaren)\* 23,7 (SD=3,1)

Gem. aantal kinderen\* 0,7 (SD=0,7)

#### *Opleiding*<sup>#</sup>

Lagere school 32%

HAVO, VWO of MBO 29%

MAVO, LTS of VMBO 24%

Geen opleiding 16%

HBO of Universiteit 0%

#### *religie cliënte*\*

Moslim 73%

Anders 21%

Geen 6%

Katholiek 0%

Protestant 0%

#### *etnische achtergrond cliënte*\*

Marokko & Noord Afrika 41%

Turkije & Centraal Azië 40%

Suriname, Antillen & Caribische gebied 8%

Nederland 5%

overige landen 5%

#### *Migratie*

Allochtoon, 1e generatie 71%

Allochtoon, 2e generatie 24%

Autochtoon 5%

Uitgehuwelijkt<sup>#</sup> 35%

### Sociaal-economische kenmerken

Gemiddelde schuld in euro's\* € 1414  
(SD=2254)

Betaald werk gedurende laatste 12 maanden<sup>#</sup> 45%

<b>Aard van de mishandeling</b>	
Mishandeld door mannelijke partner*	59%
Mishandeld door bekende*	46%
Slachtoffer vrouwenhandel <sup>#</sup>	5%
Slachtoffer loverboy en/ of gedwongen prostitutie <sup>#</sup>	5%
Seksueel geweld <sup>#</sup>	42%
<b>Reden aanmelding vrouwenopvang</b>	
Geen huisvesting/ dakloos*	7%
Zwangerschap <sup>#</sup>	11%
<b>Lichamelijke en psychische gezondheid</b>	
Ervaren lichamelijke gezondheid (schaal: 1=vreselijk tot 7=prima)*	3,5 (SD=1,7)
Gem. score depressie (CES-D)*	32,7 (SD=9,3)
Gem. score posttraumatische stress (SVL)*	53,4 (SD=11,4)
Zelfwaardering (RSE)*	25,5 (SD=5,2)
Persoonlijke effectiviteit (ALCOS)*	39,1 (SD=7,9)
Gebruik slaapmiddelen afgelopen 30 dagen*	12%
Gebruik kalmeringsmiddelen afgelopen 30 dagen*	0%
Gebruik antidepressiva afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	9%
Gebruik pijnstillers afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	46%
Gebruik antipsychotica afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	0%
Gebruik alcohol afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	3%
Gebruik cannabis afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	3%
<b>Kenmerken omgeving</b>	
<i>etnische achtergrond partner*</i>	
Marokko & Noord Afrika	50%
Turkije & Centraal Azië	39%
Suriname, Antillen & Caribische gebied	11%
Nederland	0%
overige landen	0%
Etnische achtergrond gelijk tussen partners*	94%
Gem. duur relatie met partner (jaren)*	4,9 (SD=2,3)
Gem. duur relatie met partner tot start geweld (jaren) <sup>#</sup>	1,8 (SD=1,9)
Cliënte voelt zich bedreigd door partner*	12%
Cliënte voelt zich bedreigd door (schoon-)familie*	41%
Gemiddeld aantal gerapporteerde steunbronnen in omgeving*	2,0

<b>Overige</b>	
Eerder in vrouwenopvang geweest*	60%
<b>Zorgbehoeften</b>	
<i>Wil hulp bij:</i>	
Verbeteren woonsituatie	100%
Verbeteren financiële situatie	89%
Dagbesteding	62%
Verbeteren relatie met geweldpleger	5%
Contact met anderen	44%
Huishouden of zelfverzorging	19%
Veiligheid	74%
Lichamelijke gezondheid	69%
Psychische gezondheid	78%
Versterken weerbaarheid en eigen kracht	63%
Zingeving	38%
Kinderen	46%



## Profiel 4 (N=26, 13%) “Psychiatrische problematiek”

### Demografische kenmerken

Gem. Leeftijd (jaren)\* 32,4 (SD=7,9)

Gem. aantal kinderen\* 1,5 (SD=1,0)

#### *Opleiding*<sup>#</sup>

MAVO, LTS of VMBO 39%

HAVO, VWO of MBO 35%

Lagere school 23%

HBO of Universiteit 4%

Geen opleiding 0%

#### *religie cliënte*\*

Katholiek 45%

Protestant 26%

Geen 20%

Anders 9%

Moslim 0%

#### *etnische achtergrond cliënte*\*

Nederland 60%

overige landen 32%

Suriname, Antillen & Caribische gebied 8%

Marokko & Noord Afrika 0%

Turkije & Centraal Azië 0%

#### *Migratie*

Autochtoon 60%

Allochtoon, 1<sup>e</sup> generatie 36%

Allochtoon, 2<sup>e</sup> generatie 4%

Uitgehuwelijkt<sup>#</sup> 0%

### Sociaal-economische kenmerken

Gemiddelde schuld in euro's\* € 7068  
(SD=6681)

Betaald werk gedurende laatste 12 maanden<sup>#</sup> 32%

<b>Aard van de mishandeling</b>	
Mishandeld door mannelijke partner*	100%
Mishandeld door bekende*	7%
Slachtoffer vrouwenhandel <sup>#</sup>	0%
Slachtoffer loverboy en/ of gedwongen prostitutie <sup>#</sup>	0%
Seksueel geweld <sup>#</sup>	39%
<b>Reden aanmelding vrouwenopvang</b>	
Geen huisvesting/ dakloos*	34%
Zwangerschap <sup>#</sup>	0%
<b>Lichamelijke en psychische gezondheid</b>	
Ervaren lichamelijke gezondheid (schaal: 1=vreselijk tot 7=prima)*	3,9 (SD=1,9)
Gem. score depressie (CES-D)*	34,5 (SD=8,1)
Gem. score posttraumatische stress (SVL)*	52,1 (SD=10,0)
Zelfwaardering (RSE)*	21,8 (SD=3,4)
Persoonlijke effectiviteit (ALCOS)*	36,2 (SD=7,1)
Gebruik slaapmiddelen afgelopen 30 dagen*	35%
Gebruik kalmeringsmiddelen afgelopen 30 dagen*	42%
Gebruik antidepressiva afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	23%
Gebruik pijnstillers afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	58%
Gebruik antipsychotica afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	12%
Gebruik alcohol afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	8%
Gebruik cannabis afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	4%
<b>Kenmerken omgeving</b>	
<i>etnische achtergrond partner*</i>	
Nederland	65%
overige landen	19%
Suriname, Antillen & Caribische gebied	12%
Turkije & Centraal Azië	4%
Marokko & Noord Afrika	0%
Etnische achtergrond gelijk tussen partners*	54%
Gem. duur relatie met partner (jaren)*	6,1 (SD=5,3)
Gem. duur relatie met partner tot start geweld (jaren) <sup>#</sup>	3,0 (SD=3,7)
Cliënte voelt zich bedreigd door partner*	38%
Cliënte voelt zich bedreigd door (schoon-)familie*	0%
Gemiddeld aantal gerapporteerde steunbronnen in omgeving*	2,5

<b>Overige</b>	
Eerder in vrouwenopvang geweest*	25%
<b>Zorgbehoeften</b>	
<i>Wil hulp bij:</i>	
Verbeteren woonsituatie	100%
Verbeteren financiële situatie	92%
Dagbesteding	62%
Verbeteren relatie met geweldpleger	35%
Contact met anderen	58%
Huishouden of zelfverzorging	23%
Veiligheid	58%
Lichamelijke gezondheid	58%
Psychische gezondheid	89%
Versterken weerbaarheid en eigen kracht	85%
Zingeving	46%
Kinderen	60%

## Profiel 5 (N=24, 11%) “Moeilijke meiden”

### Demografische kenmerken

Gem. Leeftijd (jaren)\* 26,2 (SD=5,0)

Gem. aantal kinderen\* 1,1 (SD=0,9)

#### *Opleiding<sup>#</sup>*

HAVO, VWO of MBO 33%

MAVO, LTS of VMBO 29%

Lagere school 21%

HBO of Universiteit 8%

Geen opleiding 8%

#### *religie cliënte\**

Moslim 43%

Katholiek 30%

Anders 14%

Geen 13%

Protestant 0%

#### *etnische achtergrond cliënte\**

Suriname, Antillen & Caribische gebied 37%

Marokko & Noord Afrika 31%

overige landen 27%

Turkije & Centraal Azië 4%

Nederland 0%

#### *Migratie*

Allochtoon, 1e generatie 59%

Allochtoon, 2e generatie 40%

Autochtoon 0%

Uitgehuwelijkt<sup>#</sup> 5%

### Sociaal-economische kenmerken

Gemiddelde schuld in euro's\* € 4947  
(SD=6291)

Betaald werk gedurende laatste 12 maanden<sup>#</sup> 33%

<b>Aard van de mishandeling</b>	
Mishandeld door mannelijke partner*	90%
Mishandeld door bekende*	26%
Slachtoffer vrouwenhandel <sup>#</sup>	4%
Slachtoffer loverboy en/ of gedwongen prostitutie <sup>#</sup>	4%
Seksueel geweld <sup>#</sup>	30%
<b>Reden aanmelding vrouwenopvang</b>	
Geen huisvesting/ dakloos*	31%
Zwangerschap <sup>#</sup>	4%
<b>Lichamelijke en psychische gezondheid</b>	
Ervaren lichamelijke gezondheid (schaal: 1=vreselijk tot 7=prima)*	4,8 (SD=1,5)
Gem. score depressie (CES-D)*	15,1 (SD=6,0)
Gem. score posttraumatische stress (SVL)*	31,1 (SD=17,0)
Zelfwaardering (RSE)*	34,6 (SD=3,5)
Persoonlijke effectiviteit (ALCOS)*	48,8 (SD=7,2)
Gebruik slaapmiddelen afgelopen 30 dagen*	0%
Gebruik kalmeringsmiddelen afgelopen 30 dagen*	4%
Gebruik antidepressiva afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	8%
Gebruik pijnstillers afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	46%
Gebruik antipsychotica afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	0%
Gebruik alcohol afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	4%
Gebruik cannabis afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	4%
<b>Kenmerken omgeving</b>	
<i>etnische achtergrond partner*</i>	
Nederland	37%
Suriname, Antillen & Caribische gebied	36%
overige landen	11%
Marokko & Noord Afrika	10%
Turkije & Centraal Azië	6%
Etnische achtergrond gelijk tussen partners*	25%
Gem. duur relatie met partner (jaren)*	6,7 (SD=3,7)
Gem. duur relatie met partner tot start geweld (jaren) <sup>#</sup>	2,4 (SD=2,9)
Cliënte voelt zich bedreigd door partner*	33%
Cliënte voelt zich bedreigd door (schoon-)familie*	25%
Gemiddeld aantal gerapporteerde steunbronnen in omgeving*	2,9

<b>Overige</b>	
Eerder in vrouwenopvang geweest*	46%
<b>Zorgbehoeften</b>	
<i>Wil hulp bij:</i>	
Verbeteren woonsituatie	83%
Verbeteren financiële situatie	75%
Dagbesteding	54%
Verbeteren relatie met geweldpleger	9%
Contact met anderen	25%
Huishouden of zelfverzorging	0%
Veiligheid	50%
Lichamelijke gezondheid	46%
Psychische gezondheid	58%
Versterken weerbaarheid en eigen kracht	58%
Zingeving	17%
Kinderen	40%

## Profiel 6 (N=19, 9%) “Grote schulden”

### Demografische kenmerken

Gem. Leeftijd (jaren)\* 37,2 (SD=8,1)

Gem. aantal kinderen\* 2,3 (SD=1,2)

#### *Opleiding*<sup>#</sup>

MAVO, LTS of VMBO 37%

HAVO, VWO of MBO 32%

Lagere school 26%

HBO of Universiteit 5%

Geen opleiding 0%

#### *religie cliënte*\*

Anders 35%

Katholiek 34%

Protestant 15%

Geen 10%

Moslim 5%

#### *etnische achtergrond cliënte*\*

Nederland 64%

overige landen 25%

Suriname, Antillen & Caribische gebied 10%

Marokko & Noord Afrika 0%

Turkije & Centraal Azië 0%

#### *Migratie*

Autochtoon 64%

Allochtoon, 2e generatie 20%

Allochtoon, 1e generatie 16%

Uitgehuwelijkt<sup>#</sup> 5%

### Sociaal-economische kenmerken

Gemiddelde schuld in euro's\* € 44.653  
(SD=48.307)

Betaald werk gedurende laatste 12 maanden<sup>#</sup> 42%

<b>Aard van de mishandeling</b>	
Mishandeld door mannelijke partner*	100%
Mishandeld door bekende*	0%
Slachtoffer vrouwenhandel <sup>#</sup>	0%
Slachtoffer loverboy en/ of gedwongen prostitutie <sup>#</sup>	5%
Seksueel geweld <sup>#</sup>	26%
<b>Reden aanmelding vrouwenopvang</b>	
Geen huisvesting/ dakloos*	5%
Zwangerschap <sup>#</sup>	0%
<b>Lichamelijke en psychische gezondheid</b>	
Ervaren lichamelijke gezondheid (schaal: 1=vreselijk tot 7=prima)*	5,2 (SD=1,6)
Gem. score depressie (CES-D)*	15,9 (SD=11,0)
Gem. score posttraumatische stress (SVL)*	35,0 (SD=14,5)
Zelfwaardering (RSE)*	34,8 (SD=3,3)
Persoonlijke effectiviteit (ALCOS)*	47,6 (SD=8,9)
Gebruik slaapmiddelen afgelopen 30 dagen*	10%
Gebruik kalmeringsmiddelen afgelopen 30 dagen*	0%
Gebruik antidepressiva afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	21%
Gebruik pijnstillers afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	32%
Gebruik antipsychotica afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	5%
Gebruik alcohol afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	11%
Gebruik cannabis afgelopen 30 dagen <sup>#</sup>	0%
<b>Kenmerken omgeving</b>	
<i>etnische achtergrond partner*</i>	
Nederland	65%
overige landen	25%
Suriname, Antillen & Caribisch gebied	10%
Marokko & Noord Afrika	0%
Turkije & Centraal Azië	0%
Etnische achtergrond gelijk tussen partners*	89%
Gem. duur relatie met partner (jaren)*	10,7 (SD=7,7)
Gem. duur relatie met partner tot start geweld (jaren) <sup>#</sup>	2,9 (SD=4,5)
Cliënte voelt zich bedreigd door partner*	45%
Cliënte voelt zich bedreigd door (schoon-)familie*	5%
Gemiddeld aantal gerapporteerde steunbronnen in omgeving*	3,2



<b>Overige</b>	
Eerder in vrouwenopvang geweest*	74%
<b>Zorgbehoeften</b>	
<i>Wil hulp bij:</i>	
Verbeteren woonsituatie	79%
Verbeteren financiële situatie	79%
Dagbesteding	32%
Verbeteren relatie met geweldpleger	16%
Contact met anderen	16%
Huishouden of zelfverzorging	0%
Veiligheid	68%
Lichamelijke gezondheid	26%
Psychische gezondheid	74%
Versterken weerbaarheid en eigen kracht	68%
Zingeving	16%
Kinderen	67%

## **Bijlage 4 Klankbordgroep**

Samenstelling van de klankbordgroep:

Mevr. R. Beers / Mevr. L. van Bommel  
Mevr. A. van den Brink  
Mevr. T. van Ee  
Mevr. L. van Eijkern / Mevr. M. Wegelin  
Dhr. I. Kloppenburg  
Mevr. E. Korst / Mevr. F. Azrar  
Mevr. K. Lünemann  
Mevr. M. Pollmann  
Mevr. M. Spithoven  
Mevr. Y. Winants

Federatie Opvang  
Blijf groep Amsterdam  
Centrum Indicatiestelling Zorg  
Stichting Toevluchtsoord Groningen  
Vereniging Nederlandse Gemeenten  
G4  
Verwey-Jonker Instituut  
Ministerie van VWS  
Vieja Utrecht  
Movisie / Universiteit van Maastricht