



Rapport

Online hulpverlening huiselijk geweld en seksueel geweld

Colofon

Opdrachtgever: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Valente en Vereniging Nederlandse Gemeenten

Auteurs: Sanne Lubbers, Marijn Lardinois, Lotte Coenen en Jeroen Mol, Q-Consult Zorg

Datum: 1 december 2021



Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Managementsamenvatting.....	3
1. Inleiding	5
2. De inzet van online hulpverlening bij Huiselijk Geweld en Seksueel Geweld	7
2.1 Inzet van vormen van online hulpverlening	7
2.2 De inzet van online hulp in verschillende fasen van hulpverlening	9
2.3 Zicht op het online aanbod en opleiding.....	10
2.4 Ervaringen met de inzet van vormen van online hulpverlening	11
3. Meerwaarde van online hulpverlening bij HG/SG en de keerzijde.....	12
3.1 De meerwaarde voor de cliënten en de keerzijde	12
3.2 Meerwaarde voor de hulpverleners en de keerzijde	14
3.3 Meerwaarde per vorm van online hulpverlening.....	15
4. Mogelijkheden, kansen, belemmeringen en risico's bij online hulpverlening huiselijk en seksueel geweld ..	16
4.1 Samenvatting sterktes, belemmeringen, mogelijkheden en risico's.....	16
4.2 Sterke punten van online hulpverlening.....	17
4.3 Belemmeringen van online hulpverlening doelgroep HG/SG	17
4.4 Kansen om online hulpverlening meer te benutten	18
4.5 Risico's bij het meer benutten van online hulpverlening	19
5. Vervolgstappen.....	20
Bijlagen.....	23
Bijlage 1: Overzicht aantal respondenten in enquêtes en spreiding	23
Bijlage 2: Overzicht van betrokken partijen in interviews	25

Managementsamenvatting

Op 25 februari 2021 is een motie aangenomen van de Tweede Kamerleden Bergkamp en Van Beukering-Huijbregth over hulpverlening bij geweld achter de voordeur, met de vraag of deze hulp meer digitaal kan worden ingericht. Naar aanleiding van deze motie heeft het Ministerie van VWS samen met de VNG en Valente door Q-Consult Zorg een verkennend onderzoek laten uitvoeren dat inzicht geeft in mogelijkheden, belemmeringen en vervolgstappen voor het gebruik van online hulpverlening bij huiselijk en seksueel geweld.

Uit het onderzoek blijkt dat het waardevol is om online hulp in te zetten. Hulpverleners geven aan dat online hulp hun cliënten flexibiliteit en anonimiteit biedt, het versterkt regie en sluit aan bij de eigen belevingswereld. Het gevolg is dat de drempel om hulp te zoeken naar beneden gaat, dat andere doelgroepen worden bereikt en dat slachtoffers in een eerdere fase kunnen worden geholpen. De beleving van cliënten is opgehaald bij hulpverleners omdat de cliëntervaringen in deze doelgroep nog beperkt zijn gemeten.

De ervaringen vanuit hulpverleners zelf verschillen. Organisatorisch merken zij een besparing in (reis)tijd en reiskosten. Door de fysieke afstand bij online hulp kunnen hulpverleners het proces beter benoemen en krijgen zij een inkijkje in de 'omgeving van de cliënt'. Keerzijde is dat zij door de afstand signalen van onveilige situaties mogelijk missen en dat de kans op uitval van cliënten door anonimiteit vergoot.

Meer dan drie kwart van de betrokken aanbieders uit het werkveld HG/SG een vorm van online hulpverlening tools inzetten. Kleine twee derde van alle gebruikte tools worden ingezet ten behoeve van digitale communicatie (denk aan tools als videobellen, het gebruik van chatfuncties en online lotgenotencontact). Ondersteunende tools, zoals online hulpverlenings- of behandel modules, VR bril/online games worden voornamelijk ingezet ter ondersteuning of als onderdeel van (blended) de reguliere hulpverlening, bijvoorbeeld als onderdeel van traumaverwerking. Informatieve tools worden ingezet bij het geven van aanvullende en betrouwbare informatie of in (door)verwijzing naar andere hulpverlening zowel voor slachtoffers als hulpverleners. Alle betrokken partijen geven aan dat het gebruik van deze tools gegroeid is tijdens de Covid-19 periode.

Opvallend is dat er sprake is van een brede toepassing van de tools voor de hele GIA groep. Er wordt weinig onderscheid gemaakt in specifieke groepen slachtoffers. Er zijn groepen cliënten waarvoor communicatieve tools minder geschikt zijn, zoals anderstaligen/laaggeletterden, laagbegaafden, slachtoffers met multi-problematiek en ouderen met een verminderde digivaardigheid. Daarnaast wordt onderscheid gemaakt naar de fase van hulpverlening. Niet elke toepassing kan in elke fase passend worden ingezet.

Een aantal van de belemmeringen en risico's die in dit onderzoek naar de doelgroep huiselijk geweld en seksueel geweld naar voren zijn gekomen, komen overeen met de ervaringen in andere sectoren. Zo wordt de potentie van het aanbod nog niet volledig benut, moeten cliënten en hulpverleners nog wennen aan de inzet, bestaan er nog verschillende ervaringen met online hulpverlening en blijkt dat de werkprocessen belangrijker zijn dan de techniek wanneer je online hulp wilt inzetten^[1]. Zo'n omslag vraagt het nodige van de mensen die in de zorg werken en betekent ook voor de burgers en cliënten een uitdagende verandering. Vaak komen ook gevestigde belangen in het geding, en vraagt proces- en systeeminnovatie om nieuwe samenwerkingsvormen op wijk- en regionaal niveau tussen bijvoorbeeld gemeenten^[2]. Daarnaast is een aantal kansen gesignaleerd dat specifiek voor huiselijk en seksueel geweld van toepassing is. Dit gaat vooral over de behoefte aan nader onderzoek voor de specifieke doelgroepen en de inzet van online hulpverlening aan de voorkant (preventie en hulpvragen eerder in beeld).

Aanbevelingen voor vervolgstappen zijn gericht op: 1) het benutten van de potentie van het huidige aanbod. Inzetten op vindbaarheid, bekendheid en geschiktheid van online tools en daarmee gebruik stimuleren, 2) het

[1] [eHealth-monitor - Nictiz](#) (2019).

[2] [Health Valley Netherlands | Making the difference in Life Sciences & Health](#) (2017)

inzetten op het zien van de meerwaarde van online hulpverlening onder hulpverleners en hun mogelijkheid en bereidwilligheid om processen te veranderen, 3) het stimuleren van online hulpverlening door inzet op (digi-)vaardigheden bij hulpverleners en gebruiker, 4) het bijeenbrengen van ervaringsdeskundigen, hulpverleners, gemeenten, brancheorganisaties en het rijk voor bovenregionaal aanbod en 5) het doen van nader onderzoek naar online hulpverlening bij Huiselijk Geweld en Seksueel Geweld. Hierin ligt een rol voor VWS, VNG, branchepartijen, aanbieders, hulpverleners, ervaringsdeskundigen, ontwikkelaars en financiers.

1. Inleiding

Aanleiding

Op 25 februari 2021 is een motie aangenomen van de Tweede Kamerleden Bergkamp en Van Beukering-Huijbregth. In deze motie wordt gevraagd te onderzoeken hoe hulpverlening bij geweld achter de voordeur meer digitaal kan worden ingericht. Zij stellen dat slachtoffers van geweld achter de voordeur niet altijd de mogelijkheid hebben om offline hulpverlening op te zoeken. De inzet van online hulpverlening zou ten goede kunnen komen aan de toegankelijkheid van hulpverlening bij geweld achter de voordeur. Naar aanleiding van deze motie heeft het ministerie van VWS een verkennend onderzoek toegezegd dat een beeld geeft van online hulpverlening bij **huiselijk geweld (HG)** en **seksueel geweld (SG)** en daarbij inzicht in mogelijkheden, belemmeringen en vervolgstappen. Het ministerie van VWS, VNG en Valente hebben Q-Consult Zorg de opdracht gegeven om dit onderzoek uit te voeren.

Met het onderzoek wordt een bijdrage geleverd aan de beleidsvorming. De inzichten opgedaan in het onderzoek geven een beeld van de stand van **online hulpverlening ten opzichte van offline hulpverlening bij huiselijk geweld en seksueel geweld**. Inzicht in de ervaren waarde, mogelijkheden en belemmeringen biedt handvatten voor betrokken partijen, hulpverleners, verwijzers en financiers voor uitbreiding van zinvolle toepassing van online hulpverlening.

Scope

Het onderzoek is gericht op alle vormen van online hulpverlening die wordt aangeboden aan volwassenen en jongeren (18+) bij een vorm van huiselijk geweld en seksueel geweld. Het gaat hierbij zowel om slachtoffers in de maatschappelijke-, vrouwenopvang en/of in een (ambulant) begeleidingstraject als om slachtoffers die contact opnemen met een hulpvraag maar met wie het contact nog anoniem verloopt en waarvoor nog geen feitelijke opvang of begeleiding gestart is. Het gaat om hulp uit de Wmo, Zvw en Jeugdwet.

Onderzoeksvragen

1. Wat zijn **vormen van online hulpverlening** bij huiselijk en seksueel geweld en hoe verhouden deze zich tot offline hulpverlening?
2. Wat is de **meerwaarde** van deze verschillende online vormen ten opzichte van offline hulpverlening?
3. Welke vormen van online hulpverlening bij huiselijk en seksueel geweld worden op dit moment in **welke omvang** toegepast in Nederland, in vergelijking met offline hulpverlening?
4. Wat zijn de **mogelijkheden, belemmeringen en risico's** om de meerwaarde van online hulpverlening bij huiselijk en seksueel geweld meer te benutten dan momenteel wordt gedaan?
5. Waar liggen nog **ontwikkelenkansen** en wat zijn **effectieve vervolgstappen** om de meerwaarde van online hulpverlening bij huiselijk en seksueel geweld meer te benutten?

De rapportage is langs de lijn van bovenstaande onderzoeksvragen opgebouwd. Vraag 1 en vraag 3 zijn samengebracht in hoofdstuk 2.

Definities

In dit onderzoek verstaan we onder **online hulpverlening**: *het bieden van informatie, advies of ondersteuning via internet op het gebied van zorg, welzijn of educatie in de vorm van preventie, behandeling of (na)zorg en gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid van de cliënt, het verbeteren van de toegankelijkheid van de hulp en van de toeleiding naar face-to-face hulp (Nederlandse Stichting E-hulp, 2007).*

De definitie die we voor **huiselijk geweld** hanteren: *huiselijk geweld is geweld dat wordt gepleegd door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer. Dat kunnen zijn: partners, ex-partners, gezinsleden, familieleden en huisvrienden.*¹ **Seksueel geweld** is een term die gebruikt wordt voor alle seksuele handelingen die iemand

¹ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/wat-huiselijk-geweld-is>

gedwongen moet uitvoeren, ondergaan of zien. Het kan gaan om aanranding, verkrachting of seksueel misbruik. Seksueel geweld wordt ook wel seksuele mishandeling of seks onder dwang genoemd.²

Verder spreken we over de volgende **doelgroepen**; slachtoffers, plegers en betrokkenen. Binnen deze doelgroepen hanteren we ook nog subdoelgroepen: volwassenen, jongeren (18+) en kinderen (18-).

Onderzoeksaanpak

In het onderzoek is gebruik gemaakt van een **vragenlijst** en van **interviews**.

- De vragenlijst is gebruikt om inzicht te krijgen in onderzoeksvragen 1 tot en met 3. Dit wil zeggen welke vormen van online hulp er op dit moment zijn, wanneer zij ingezet worden en welke mogelijkheden en knelpunten hierbij op dit moment worden ondervonden. Bij het uitzetten van de digitale vragenlijst is gebruik gemaakt van de infrastructuur van het programma Geweld Hoort Nergens Thuis. De vragenlijsten zijn uitgezet via beleidsmedewerkers vanuit de centrumgemeenten en via de projectleiders van Geweld Hoort Nergens Thuis. De uitkomsten uit de vragenlijst zijn gebruikt als basis voor de interviews. In totaal zijn de reacties van 53 ingevulde vragenlijsten in het onderzoek betrokken. In bijlage 1 is een overzicht opgenomen van het aantal ingevulde vragenlijsten per groep respondenten.
- Onderzoeksvragen 4 en 5 zijn beantwoord door middel van interviews met landelijke en regionale partners en ervaringsdeskundigen vanuit de Spiegelgroep. In deze gesprekken zijn ook bevindingen uit de vragenlijsten op de onderzoeksvragen 1 tot en met 3 getoetst. Een overzicht van de geïnterviewde partijen is opgenomen in bijlage 2. In totaal zijn 25 gesprekken gevoerd.
- Om de waarde van online hulp voor slachtoffers, plegers en naasten in kaart te brengen is met ervaringsdeskundigen gesproken en zijn hulpverleners bevestigd op de feedback en evaluaties die zij ontvangen van hun cliënten.
- Informatie over kinderen 18- behoort niet tot de scope van het onderzoek, maar is wel opgenomen in de rapportage als dit in de vragenlijst of de interviews werd benoemd. De overweging hiervoor is dat lopende het onderzoek bleek dat de bevestigde aanbieders, in het gebruik van de online hulp, het onderscheid tussen 18+ en 18- niet zo scherp maken.

Voor het onderzoek is een begeleidingscommissie ingericht. Deze commissie bestaat uit een vertegenwoordiging van VWS, Vereniging van Nederlandse gemeenten (VNG) en Valente.

² <https://centrumseksueelgeweld.nl/seksueel-geweld/>

2. De inzet van online hulpverlening bij Huiselijk Geweld en Seksueel Geweld

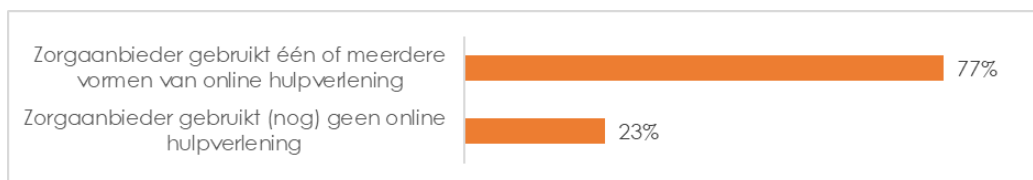
2.1 Inzet van vormen van online hulpverlening

Voor dit onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen drie vormen van online hulpverlening.

- **Communicatietools:** dit zijn tools die online worden ingezet om interactie tussen hulpverleners en hulpvragers of onder hulpvragers onderling te realiseren. Denk hierbij aan videobellen, 1-op-1 chat, groepschat, forum voor lotgenoten en berichtenfuncties binnen een online dossier.
- **Ondersteunende tools:** dit zijn interactieve online toepassingen die als ondersteuning in het hulpverleningsproces worden gebruikt, al dan niet met ondersteuning van een hulpverlener. Hierbij valt te denken aan online hulpverlenings- of behandelmodules, VR-brillen en online games.
- **Informatieve tools:** dit zijn digitale tools die als doel hebben om via eenrichtingsverkeer vrijblijvend informatie te geven. Deze tools vragen geen interactie met een hulpverlenende instantie of hulpverlener en kunnen gebruikt worden door iedere bezoeker. Denk hierbij aan een online expertisecentrum, informatiegids en online trainingen over geweld.

Ruim drie kwart (77%) van de aanbieders uit het werkveld HG/SG bevestigd in dit onderzoek geeft aan dat zij online hulpverlening inzetten

In antwoord op de vraag of aanbieders online hulpverlening inzetten bij de doelgroep HG/SG was het antwoord bij 77% 'ja'. De respondenten gaven als primaire reden dat de Covid-19 crisis de inzet van een vorm van online hulpverlening heeft vergroot. Online hulpverlening was ten tijde van Covid-19 een vervanging voor (een gedeelte van) het offline aanbod. De meeste aanbieders zijn na Covid-19 het online aanbod blijven gebruiken. Aanbieders geven aan dat het afhangt van de hulpverlener en de cliënt of ze het videobellen wel of niet inzetten. In overleg wordt besloten of een fysieke of digitale afspraak wordt gehouden.

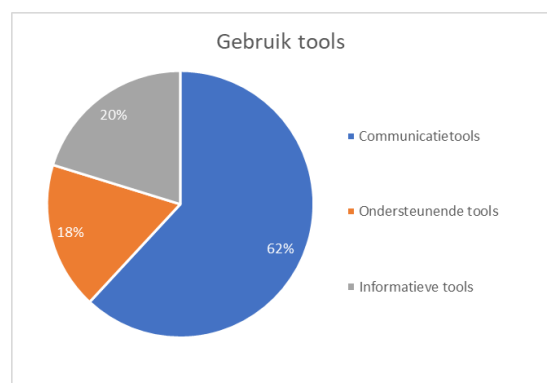


Communicatietools meest gebruikte vorm bij huiselijk en seksueel geweld

Kleine twee derde van alle gebruikte tools (62%) worden ingezet ten behoeve van digitale communicatie. Dat wil zeggen dat als aanbieders aangeven dat zij online hulpverlening inzetten zij gebruik maken van communicatietools. Van de deze tools worden videobellen en het gebruik van chatfuncties (respectievelijk 44% en 40%) het meest ingezet. Andere communicatieve tools die worden ingezet zijn bijvoorbeeld online lotgenotencontact. Aanbieders geven aan dat met name het gebruik van deze tools gegroeid is tijdens de Covid-19 periode. De meeste aanbieders zijn na Covid-19 het online aanbod blijven gebruiken.

Communicatietools worden ingezet voor alle doelgroepen binnen de GIA-groep

Aanbieders die gebruik maken van videobellen of chatfuncties (communicatieve tools) geven aan dat deze tools worden ingezet bij alle slachtoffers, plegers en betrokkenen van huiselijk geweld en seksueel geweld. Dit houdt ook in dat dit zowel bij volwassenen, jongeren als kinderen wordt ingezet.



Door Veilig Thuis (VT) wordt aangegeven dat hun chat vooral wordt gebruikt door direct betrokkenen die (nog) niet via een andere weg contact (durven te) zoeken, hetzij als melder, hulpverlener, slachtoffer of toeschouwer en om laagdrempelig advies te vragen. Zij benadrukken dat via de chat kinderen vaker contact zoeken met VT en dat toeschouwers van huiselijk geweld regelmatig gebruik maken van de chatfunctie.

Het CSG geeft aan dat de chat van het CSG in 40% van de gevallen wordt gebruikt door slachtoffers waarbij het seksueel geweld minder dan 7 dagen geleden is. In 10% van de gevallen is het geweld tot 100 dagen geleden. In 25% langer dan 3 maanden en in 20% van de gevallen meer dan een jaar. In 20% van de gevallen is er sprake van een 'first disclosure', dat wil zeggen dat het slachtoffer aangeeft dat zij voor het eerst over hun ervaring vertellen.

Groepen cliënten waarvoor communicatieve tools volgens betrokkenen minder geschikt zijn, zijn anderstaligen/laaggeletterden, laagbegaafden, slachtoffers met multi-problematiek en ouderen met een lage digivaardigheid. De redenen die hiervoor zijn genoemd zijn: een taalbarrière, dat cliënten niet voldoende rust kunnen vinden/zich moeilijk op een beeldscherm kunnen concentreren, dat cliënten niet kunnen omgaan met de techniek, geen toegang hebben tot internet/slechte verbinding hebben of niet over een communicatie device beschikken om te gebruiken.

"De meest kwetsbare doelgroep waar wij mee werken heeft niet altijd de toegang tot internet of geen hulpmiddel om hier gebruik van te maken. Ook de taal kan soms een groot obstakel vormen" (vrouwenopvang).

Ondersteunende tools, zoals online (hulpverlenings- of behandel)modules, VR-bril/online games worden door 28% van de aanbieders voornamelijk ingezet ter ondersteuning of als onderdeel van de (blended) reguliere hulpverlening

Deze ondersteunende tools worden met name ingezet in de vorm van online modules die slachtoffers in hun eigen tempo kunnen doorlopen. Aanbieders geven aan verschillende online modules in te zetten, zoals InZicht, SafetyNed, Interapy, Minddistrict, Toekomst zonder huiselijk geweld en Therapieland. Overige ondersteunende tools die worden ingezet zijn de Virtual Reality (VR)-bril en Online games. Deze tools worden met name bij kinderen of jongvolwassenen ingezet. De VR-bril wordt bij kinderen ingezet die te maken hebben gehad met kindermishandeling of getuige zijn geweest van geweld, bijv. kinderen die onderdeel zijn van een vechtscheiding. Bij jongvolwassenen wordt de VR-bril ter ondersteuning van therapie ingezet als sprake is van klachten als depressie en angsten. Online games worden gebruikt om toenadering te vinden tot de gamende jongeren die zich afsluiten van de werkelijkheid in de fictieve wereld van het spel. Zij worden in het geval van HG of SG minder snel opgemerkt door de sociale omgeving. Middels online games wordt het contact gezocht.

Verder geven aanbieders aan dat op het gebied van HG/SG niet veel aanbod is rondom online hulpverlenings- of behandelmodules. Hier ligt wel een behoefte vanuit de hulpverleners. De online hulpverlening wordt vrijwel altijd in combinatie gebruikt met reguliere hulpverlening. De zorgaanbieders die wel gebruik maken van de online modules richten zich net als bij de communicatietools op de brede doelgroep. Zij geven aan zich te richten op de toepassing van de modules bij de gehele geweld in afhankelijkheidsrelaties (GIA)-groep.

Informatieve tools worden ingezet bij het geven van aanvullende en betrouwbare informatie of in (door)verwijzing naar andere hulpverlening zowel voor slachtoffers als hulpverleners

Websites bieden laagdrempelig informatie aan volwassen en jongeren die te maken hebben (gehad) met seksueel geweld/misbruik, naasten van de slachtoffers en ook professionals die cliënten met specifieke problematiek ondersteunen. Deze websites bevatten links naar andere online tools, zoals de chatfunctie van verschillende aanbieders, en hebben zo een plek in de verwijzing naar online hulpverlening. Voorbeelden van websites die aanbieders gebruiken zijn: Sense.info, thuisarts.nl, centrumseksueelgeweld.nl, Trimbos.nl, slachtofferhulp.nl en de websites van de aanbieders zelf. Op websites van branchepartijen zoals de KNMG en NHG wordt informatie aangeboden over gebruik van online tools en wanneer wel/niet te gebruiken.

Informatieve tools worden zowel door slachtoffers als hulpverleners gebruikt. Hulpverleners gebruiken de websites om (betrouwbare) informatie te vinden over hoe online tools te gebruiken (richtlijnen) maar ook om het slachtoffer verder te verwijzen naar hulpverlening.

2.2 De inzet van online hulp in verschillende fasen van hulpverlening

De fase van hulpverlening waarin het slachtoffer zich bevindt, bepaalt mede welke vorm van online hulpverlening wordt ingezet. Op basis hiervan en de visie gefaseerd samenwerken aan veiligheid³ maken we onderscheid in de volgende fasen:

1. **Hulp of advies aan de voorkant:** het slachtoffer is (in het verleden) in aanraking geweest met huiselijk/seksueel geweld en zoekt naar informatie, hulp of advies. In deze fase is het slachtoffer nog niet altijd klaar voor het ontvangen van hulp door schaamte of door de onveilige situatie. Dit betekent overigens niet dat hulp niet nodig is. Deze fase richt zich ook op het voorkomen van HG of SG, door voorlichting over wat veilig opgroeien is of hoe je seksueel misbruik online kunt voorkomen. Bij hulp aan de voorkant worden chats (communicatief) en websites (informatief) als tools ingezet. De chats helpen volgens aanbieders de slachtoffers bij het zetten van de eerste stap richting hulp door hun verhaal te doen en biedt het wanneer nodig een vervolgstap naar verdere hulpverlening.
2. **Acute fase:** in deze fase is actie nodig om de veiligheid van het slachtoffer te herstellen, dat heeft de hoogste prioriteit. Op het moment dat het slachtoffer hulp vraagt of hiernaar zoekt, heeft het slachtoffer te maken met huiselijk/seksueel geweld. Opvallend is dat als het gaat om de acute fase aanbieders niet inzien welke online tools ze kunnen inzetten.
3. **Fase risicogestuurde zorg:** in deze fase is de cliënt gestabiliseerd. Er is sprake van directe veiligheid (geweld is gestopt). Er wordt gewerkt aan veiligheid op langere termijn en er wordt gekeken naar factoren die onveiligheid in stand houden. Er wordt daarbij bijvoorbeeld ingezet op het gebruik van online modules of VR-brillen/games om de cliënt te begeleiden in de verwerking van het trauma. Aanvullend hierop kan videobellen worden ingezet om korte lijntjes te houden met de cliënt, bijvoorbeeld volgens het 'watchful waiting' beleid dat CSG aanbiedt.
4. **Fase herstelgerichte zorg:** in deze fase is sprake van stabiele veiligheid die zich leent om waar nodig (trauma)behandeling te bieden, psychische klachten te verminderen en om de persoonlijke ontwikkeling te bevorderen. Videobellen wordt in veel gevallen ingezet tijdens de herstelgerichte fase. Een ander voorbeeld is de inzet van een video voortgangsplan voor het duurzaam afronden van hulptrajecten (terugvalpreventie). Enkele aanbieders geven aan ook videobellen aan de voorkant in te zetten. Hierbij gaat het met name om verwijzers, zoals bijvoorbeeld een huisarts/POH GGZ. Daarnaast is videobellen ingezet ten tijde van Covid-19 als een (tijdelijke) vervanging van offline aanbod. Na Covid-19 zijn aanbieders het videobellen blijven gebruiken. Dit blijft afhankelijk van het individu en de problematiek van de cliënt. Door de inzet van videobellen gedurende Covid-19 is een flinke ontwikkelslag gemaakt in de functionaliteit en veiligheid van de videobeltools.

³ [20210125-visie-gefaseerd-samenwerken-aan-veiligheid-def.pdf \(vng.nl\)](#)

Tabel 1 geeft schematisch weer welke vormen van online hulp worden ingezet per fase.

	Voorkant van zorg (preventie)	Acute fase	Risicogestuurde zorg	Herstelgerichte zorg
Informatieve tools	Informatieve website, video's, chatfunctie (advies)	Informatieve websites	Chatfunctie (advies)	
Communicatieve tools		Chatfunctie (advies) videobellen	Videobellen, Chatfunctie (hulpverlening)	Videobellen
Ondersteunende tools			Videobellen en offline begeleiding	Online modules, VR-brillen en online games

Aanbieders verschillen van mening over het inzetten van online hulpverlening/behandelmodules ter overbrugging van de wachttijd in bijvoorbeeld de GGZ (herstelgerichte fase)

Wanneer hulpverleners slachtoffers doorverwijzen naar de (specialistische) GGZ voor behandeling van bijvoorbeeld trauma's of angstklachten krijgen zij te maken met lange wachttijden. Vooral huisartsen en de POH GGZ geven aan hier tegenaan te lopen, mede doordat zij de verwijzer zijn. Om deze periode te overbruggen wordt door sommige aanbieders gebruik gemaakt van online hulpverlenings- of behandelmodules. Sommige huisartsen adviseren cliënten om alvast gebruik te maken van de online modules. Dit is niet op grote schaal. Het zijn vaak de GGZ-aanbieders die deze modules kunnen aanbieden, omdat zij hiervoor al abonnementen hebben lopen. Daartegenover staat dat aanbieders in de interviews ook aangeven dat zij weinig vertrouwen zien in het gebruik van de online modules, omdat de cliënten er te vrijblijvend mee omgaan en de opdrachten uit de modules niet maken. Je kunt de cliënten niet alleen maar op pad sturen met de online module, omdat zij zonder de juiste begeleiding in een gat vallen. Om die reden is het volgens deze aanbieders niet geschikt voor overbruggingszorg.

2.3 Zicht op het online aanbod en opleiding

Aanbieders hebben beperkt zicht op het aanbod aan online hulp en kennen de mogelijkheden van online hulp onvoldoende. De potentie van het online aanbod wordt niet benut. Er is meer dan bekend is en dan waar gebruik van gemaakt wordt. Dit beeld komt overeen met bevindingen van onder andere Nictiz⁴. Aanbieders geven aan dat ze zelf niet goed weten wat het aanbod van online hulp is en waar ze allemaal naar toe kunnen verwijzen. Als doorverwijzing plaatsvindt is dit naar VT, politie, CSG, vrouwenopvang, ambulante begeleiding, kinderarts et cetera. Bij het verwijzen naar andere organisaties, speelt de mate van aanbod van online hulpverlening nauwelijks een rol. In de enkele gevallen dat specifieke doorverwijzing naar online hulp wel plaatsvindt, is dit naar een lotgenotenforum of een (andere) chat. Verwijzen vanuit online aanbod naar een andere online tool komt niet veel voor. Achter de schermen van bijvoorbeeld de VT-chat en de chat van Fier wordt al wel samengewerkt. Zij verwijzen naar elkaar, wanneer een vraag in de chat meer gericht is op hulpverlening (Fier-chat) of op een informatievraag naar HG en SG (VT- chat).

“Doorverwijzing naar online hulpverlening vindt bij ons niet zoveel plaats. Zeker niet als het gaat om huiselijk geweld of seksueel geweld. Er is ook geen overzicht waar we kunnen zoeken. Het is wel welkom” (POH GGZ).

Het aanbieden van trainingen binnen de organisatie is beperkt, maar wel effectief

⁴ [eHealth-monitor - Nictiz](#) (2019).

De komst van online hulpverlening heeft volgens meerdere aanbieders een veranderkundige uitdaging. Een mogelijke oplossing hiervoor wordt gezien in het aanbieden van de juiste training en scholing van de medewerkers. De aanbieders die ingezet hebben op het organiseren van knoppentrainingen en trainingen in het vergroten van de digivaardigheid van de hulpverleners, geven aan dat dit een positief resultaat vertoonde. Er waren namelijk minder vragen bij het gebruik van de online hulpmiddelen en de hulpverleners geven aan dat zij meer plezier ervaren in het werken met de tools. Daartegenover staat dat meerdere aanbieders aangeven dat zij niet ingezet hebben op het geven van training. De reden hiervoor is dat door het gebrek aan tijd van medewerkers in de hulpverlening aanbieders geen prioriteit leggen bij innovatie.

2.4 Ervaringen met de inzet van vormen van online hulpverlening

“Je wilt de cliënt kunnen 'ruiken' [...]. Je weet niet wat er buiten het scherm gebeurt. Ik was bijvoorbeeld met een jongen in een online gesprek en hij vertelde mij achteraf dat zij [zijn vriendin] naast hem op de bank zat tijdens ons gesprek. Zijn vriendin had hem restricties gegeven over wat hij wel en niet mocht zeggen” (aanbieder jeugdhulp)

De ervaringen over de inzet online hulp bij de doelgroep HG/SG zijn verschillend onder betrokken hulpverleners

Uit de interviews blijkt dat onder hulpverleners verschillend wordt gedacht over het inzetten van online hulpverlening voor de doelgroep HG/SG. Een deel van de hulpverleners geeft aan dat je eerst een vertrouwensband wilt opbouwen, voordat je overgaat tot het gebruik van tools zoals videobellen of online modules. Daarnaast wordt aangegeven dat in situaties waar huiselijk of seksueel geweld voorkomt je graag achter de voordeur van de slachtoffers wilt kijken.

Niet passend voor de doelgroep

Daarnaast geven sommige aanbieders in de interviews aan dat zij de online hulpverlening niet passend vinden bij de behandeling van bijvoorbeeld trauma's, omdat de hulpverlening dan plaatsvindt in de omgeving waar het (seksueel) geweld heeft plaatsgevonden. Het is voor een slachtoffer lastig om vanuit deze omgeving (eigen huis of slaapkamer) het trauma te verwerken. Naast traumaverwerking zorgt online hulp ook in andere situaties dat de slachtoffers of cliënten in dezelfde omgeving blijven zitten, als waar zij HG/SG hebben meegemaakt.

3. Meerwaarde van online hulpverlening bij HG/SG en de keerzijde

3.1 De meerwaarde voor de cliënten en de keerzijde

Het benadrukken van de meerwaarde van online hulpverlening kan worden toegepast vanuit zeven verschillende elementen: 1. organiseerbaarheid van zorg, 2. kwaliteit van zorg, 3. arbeidsmarktuitdagingen, 4. regie van de cliënt, 5. preventie, 6. omgevingsfactoren en 7. randvoorwaarden.⁵ Opvallend uit de interviews met de aanbieders en het interview met de ervaringsdeskundige van de Spiegelgroep is dat de benoemde meerwaarde die wordt bereikt voor de cliënt primair gericht is op het hebben van **flexibiliteit** in plaats en tijd (element 1), het gevoel van **anonimiteit** (element 2), eigen **regie** (element 4) en de betere aansluiting bij de **eigen belevingswereld** (element 6). De primaire meerwaarde voor de cliënt resulteert in de verlaging van de drempel om toenadering te zoeken tot (online) hulpverlening en draagt bij aan het gevoel van veiligheid, met als gevolg dat deze cliënten al eerder in beeld komen bij aanbieders. De aanbieders vermelden daarbij wel dat de meerwaarde van online hulpverlening altijd afhankelijk blijft van de cliënt. Hieronder volgt een uitgebreidere uiteenzetting van bovengenoemde meerwaarde van online hulpverlening ten opzichte van offline hulpverlening.

"Datgeen wat je inzet moet aansluiten op wat past bij de persoon die je tegenover je hebt. Daarvoor dient er passend aanbod te zijn." (aanbieder)

Online hulp biedt flexibiliteit, anonimiteit, versterking van regie en sluit aan bij de eigen belevingswereld

"Bij online videobellen biedt het vertellen van moeilijke verhalen een uitkomst. Iemand kan vanuit zijn eigen omgeving zijn verhaal doen en hoeft geen face-to-face contact aan te gaan." (aanbieder jeugdhulp)

Flexibiliteit van online hulpverlening

Online hulpverlening is ook mogelijk buiten kantoortijden. In veel gevallen is online hulpverlening 24/7 beschikbaar, onafhankelijk van plaats en tijd. Waar de offline hulpverlening zich vaak beperkt tot de werkdagen tussen 09.00 en 17.00 is online hulpverlening ook in de avonden en de weekenden beschikbaar. De flexibiliteit die online hulpverlening geeft draagt bij aan het bereik en toegang. Doordat online hulpverlening niet verbonden is aan plaats, is het voor iedereen altijd bereikbaar, waardoor

het niet uitmaakt waar zij zich bevinden en hulp zoeken. De ervaringsdeskundige geeft aan dat specifiek voor de doelgroep HG/SG dit van grote waarde is, omdat ze op ieder moment om hulp kunnen vragen en de meeste crisissen zich voordoen buiten kantoortijd. Aanbieders geven aan dat dit aan de voorkant van hulpverlening, en ook tijdens de begeleiding van de cliënten, een gevoel van veiligheid en nabijheid geeft voor de slachtoffers wanneer dat nodig is. Daarbij biedt online (het internet) de mogelijkheid om materiaal meerdere keren terug te lezen als een cliënt dit nodig heeft en hier de ruimte of tijd voor ervaart.

Het gevoel van anonimiteit

Aanbieders vertellen dat de anonimiteit die chats en apps bieden voor specifiek deze doelgroep zwaar weegt. Veel slachtoffers van HG of SG hebben te maken met schaamte. Er zit een taboe op spreken over huiselijk en seksueel geweld. Aanbieders ervaren dat slachtoffers niemand tot last willen zijn. Middels de chat en de apps kunnen zij onopgemerkt in hun eigen omgeving toch hun verhaal vertellen aan hulpverleners.

Online hulpverlening geeft cliënten meer eigen regie

Slachtoffers kunnen volgens meerdere aanbieders zelf bepalen wanneer zij contact zoeken en hulp inschakelen, bijvoorbeeld op momenten dat zij zich veilig voelen of buiten kantoortijden op momenten dat zij hulp nodig hebben. Ook bestaan er verschillende websites waar slachtoffers via een 'noodknop' de pagina kunnen wegklicken. Voor de doelgroep HG/SG is dit van meerwaarde.

⁵ Indicatoren E-healthmonitor 2021-2023 en doelstellingen voor e-health, RIVM-briefrapport 2021-0060, A.W.M. Suijkerbuijk et al.

De tools sluiten aan bij de eigen belevingswereld waarin steeds meer digitaal gecommuniceerd wordt

Aanbieders geven aan dat met name bij jongeren of jongvolwassenen die gewend zijn online te communiceren, gevoelens makkelijker worden gedeeld dan in face-to-face gesprekken. Dit komt overeen met een onderzoek dat is gedaan door de Haas et al. (2009)⁶. Bij complexere verhalen en bij jongeren die moeite hebben om hun concentratie vast te houden in face-to-face contact biedt een chat of online videobellen een uitkomst. Jongeren kunnen zich beter herkennen in het werken met digitale toepassingen en voelen zich daardoor eerder op hun gemak.

"Ze zijn minder bezig met hoe ze gezien worden. Ze hoeven iemand niet direct aan te kijken. Iemand kan vanuit de eigen omgeving of op een voor hen veilige plek hun verhaal doen." (aanbieder jeugdhulp)

Gevolg is dat de drempel om hulp te zoeken naar beneden gaat en dat andere doelgroepen worden bereikt en slachtoffers in eerdere fase kunnen worden geholpen

Uit de interviews met de aanbieders en ervaringsdeskundige wordt duidelijk dat de benoemde primaire meerwaarde van online hulpverlening ertoe leidt dat de drempel voor slachtoffers om hulp te zoeken lager wordt en dat het gevoel van veiligheid dat slachtoffers ervaren hoger kan zijn. Veel slachtoffers vinden de drempel naar reguliere zorg nog te hoog, omdat zij er (nog) niet de meerwaarde van inzien (gevoel dat niemand ze kan helpen), zij niet inzien dat zij zich in een HG/SG-situatie bevinden of niet het gevoel hebben dat zij ongestraft hulp kunnen zoeken. Online hulpverlening biedt een uitkomst om op een laagdrempelige manier contact te zoeken voor informatie of hulp.

De meerwaarde die voortkomt uit de laagdrempeligheid is dat het online aanbod slachtoffers in beeld brengt die niet uit zichzelf hulp zoeken (in de reguliere hulpverlening). Mede door schaamte en het taboe op spreken over huiselijk en seksueel geweld wordt een groep bereikt die face-to-face niet wordt bereikt. Aanbieders geven aan dat uit ervaring blijkt dat slachtoffers gemiddeld 7 jaar in een onveilige situatie zitten voordat ze spreken over hun situatie en een vorm van hulpverlening opzoeken. Als deze tijd bekort kan worden door inzet van online hulp en zo leed voorkomen kan worden of eerder kan worden gestopt kan dat voor zowel slachtoffers als ook maatschappelijk veel impact hebben.

Na seksueel geweld is zo snel mogelijk in beeld komen extra belangrijk omdat als slachtoffers binnen zeven dagen hulp zoeken bij het CSG (liefst binnen 72 uur), zij slachtoffers het beste kunnen helpen. Binnen die tijd is er een betere kans op psychisch herstel, op het voorkomen van zwangerschap en geslachtsziekten en op het veiligstellen van sporen. Dit laatste maakt de kans om de plegger te vinden groter⁷.

De keerzijde van online hulpverlening vanuit cliëntperspectief

Uit interviews blijkt dat er nog weinig bekend is over de specifieke ervaring vanuit het cliëntperspectief over het gebruik van vormen van online hulpverlening. Meerdere aanbieders geven aan dat zij nog geen uitvraag doen naar de cliëntervaring. De aanbieders die aangeven dat zij wel een vorm van cliëntervaring uitvragen, geven aan dat de reacties op het gebruik van online hulpverlening voornamelijk positief zijn. De daadwerkelijk gemeten cijfers hierbij zijn echter niet geregistreerd.

⁶ Onderzoek naar interapy behandeling via het internet voor jeugdige slachtoffers van seksueel geweld, https://www.interapy.nl/docs/wetenschap/de-haas-2009---interapy-behandeling-via-het-internet-voor-jeugdige-slachtoffers-van-seksueel-geweld.pdf?sfvrsn=5e0fe2ac_2

⁷ <https://centrumseksueelgeweld.nl/hulp-binnen-7-dagen/>

3.2 Meerwaarde voor de hulpverleners en de keerzijde

Het beeld in dit onderzoek over de meerwaarde van online hulpverlening komt overeen met de voordelen die ervaren worden in andere onderzoeken zoals door het GGzE⁸ en NJI⁹. De aanbieders ervaren zelf ook meerwaarde aan de inzet van online hulpverlening. Organisatorisch merken zij een **besparing in (reis)tijd en reiskosten**. Hulpverleners ervaren dat de **fysieke afstand** tot de cliënt bij online hulpverlening meerwaarde kan hebben maar ook keerzijden heeft.

De inzet van online aanbod bespaart (reis)tijd/reiskosten

Voor hulpverleners heeft online hulp meerwaarde omdat het hen in staat stelt hun werk efficiënter in te plannen omdat ze minder reisbewegingen hebben. Dit laatste geldt ook voor de cliënt. Een afspraak die normaliter verzet zou worden omdat bijvoorbeeld het slachtoffer verhinderd is, kan met videobellen wel doorgaan.

Door de fysieke afstand bij online hulp kunnen hulpverleners het proces beter benoemen en krijgen zij een inkijkje in de 'omgeving van de cliënt'

Hulpverleners zelf geven aan dat het gebruik van online hulpverlening meerwaarde kan hebben doordat ze door de fysieke afstand ook beter afstand kunnen nemen van de emoties en spanningen. Hierdoor lukt het ze soms beter om boven het gesprek uit te stijgen, minder in de emoties van de therapie mee te gaan en te benoemen wat er gebeurt. Daarnaast krijgen hulpverleners een inkijkje in de eigen omgeving van cliënten met bijvoorbeeld videobellen. Je hoort geluiden die je normaal niet hoort, krijgt signalen uit de thuissituatie, dat is er niet in de spreekkamer.

"Je kunt inhoudelijk reageren op datgene wat het slachtoffer heeft geschreven of zegt. *Ik ben in sommige situaties een betere therapeut online dan offline.*" (aanbieder)

Risico op missen signalen van onveilige situaties

Hulpverleners geven aan dat doordat cliënten zelf de regie hebben bij bijvoorbeeld het videobellen, zij kunnen laten zien wat ze wel en niet willen laten zien. Het risico hiervan is dat het signaleren van een geweldsituatie online niet goed te doen is. Zorgprofessionals geven aan dat ze via online hulpverlening signalen missen die ze bij fysieke begeleiding of behandeling mee zouden krijgen. In online contact met de cliënt wordt het opbouwen van een band met de cliënt gemist. Bovendien willen zorgprofessionals zien en horen wat er achter de voordeur speelt. Mede om deze reden willen de hulpverleners online hulpverlening niet in plaats van fysieke hulpverlening.

De kans op uitval van cliënten vergroot door anonimiteit

Het voordeel van anonimiteit en laagdrempelig contact bij online hulp (tools) voor slachtoffers is tegelijkertijd ook een nadeel. De online tools, zoals bijvoorbeeld online modules of videobelafspraken, zorgen ook voor een bepaalde vrijblijvendheid. De online hulp is laagdrempelig, maar daarmee ook vrijblijvender dan offline hulp, zeker als een slachtoffer anoniem gebruik maakt van een online tool. Aanbieders ervaren dat slachtoffers een fysieke afspraak minder snel afzeggen dan een online afspraak. Deze vrijblijvendheid geldt ook voor online modules. Wanneer het slachtoffer, om wat voor reden dan ook, wil afhaken is de drempel online veel lager. Als het gaat om online begeleiding of behandeling is volgens de aanbieders belangrijk hier goede afspraken over te maken.

"Anonimiteit helpt om de drempel over te gaan, maar is ook een nadeel omdat afhaken makkelijk is." (aanbieder jeugdhulp)

⁸ [Wat is de meerwaarde van online behandelen? \(ggzei.nl\)](https://www.ggzei.nl/onlinebehandelen/wat-de-meerwaarde-van-online-behandelen) <https://www.ggzei.nl/onlinebehandelen/wat-de-meerwaarde-van-online-behandelen>

⁹ NJI (2012). *Wat werkt bij online hulpverlening?* Zie: [Faxvoorblad \(dejeugdprofessional.info\)](https://www.nji.nl/de-jeugdprofessional.info)

3.3 Meerwaarde per vorm van online hulpverlening

Onderstaand overzicht geeft de meerwaarde ervaren door de hulpverleners en slachtoffers weer per tool en de focus doelgroep

Tool	Doelgroep	Meerwaarde hulpverlener	Meerwaarde slachtoffer
Videobellen	Brede doelgroep: Slachtoffers, plegers, betrokkenen.	Via het scherm 'achter de voordeur' te kijken. Mogelijk als inzet voor groepsbehandelingen. Fysieke afstand en flexibel.	Flexibiliteit en regie.
Chatfunctie	Brede doelgroep: Slachtoffers, plegers, betrokkenen.	Sneller in contact met de doelgroep. Toegankelijkheid tot een lagere leeftijd doelgroep.	Anonieme en veilige manier voor eerste contact. Snel antwoord en advies. Regie over contactmoment.
Lotgenoten-forum	Met name betrokkenen van huiselijk geweld, slachtoffers van partnergeweld of slachtoffers van eer gerelateerd geweld.	Samen casussen te bespreken	Eenvoudig contact. Gekoppeld met de belevingswereld van de cliënt. Flexibel
VR-bril / online games	O.a. voor cliënten met individuele klachten als depressie en angsten	Directe aanvulling op de inzet van offline hulpverlening.	De kans om in eigen belevingswereld te stappen en daarmee voor eigen specifieke problematiek hulp te krijgen.
Online modules	Met name gericht op slachtoffers en plegers.	Directe aanvulling op de inzet van offline hulpverlening. Uitkomst om continuïteit van hulp te borgen bij verhuizing naar bijvoorbeeld anders verblijf als bijv. traumabehandeling nog niet afgerond is.	Regie. Zelf beslissen waar en wanneer gewerkt wordt aan de modules ter voorbereiding van de volgende bijeenkomst met de hulpverlener. Overbruggingstijd naar bepaalde hulp toe.
Informatieve tools (zoals een informerende website)	Brede toepassing geweld in afhankelijkheidsrelaties	Doorverwijzer naar andere tools binnen de andere vormen van hulpverlening Eerste stap richting hulpverlening Wijzen op betrouwbare informatie	Gemakkelijk toegankelijk In eigen tijd

4. Mogelijkheden, kansen, belemmeringen en risico's bij online hulpverlening huiselijk en seksueel geweld

4.1 Samenvatting sterktes, belemmeringen, mogelijkheden en risico's

Deze tabel geeft een weergave van mogelijkheden, belemmeringen en risico's om de meerwaarde van online hulpverlening bij huiselijk en seksueel geweld meer te benutten dan momenteel wordt gedaan (de sterke punten). In de volgende paragrafen staan deze aspecten verder toegelicht.

Sterke punten online hulpverlening	Belemmeringen om de online hulpverlening meer te benutten
<ul style="list-style-type: none"> • Er is erkenning dat online hulp aanvullend is op regulier aanbod, door zowel hulpverlener als slachtoffers. • 77% van de respondenten maakt gebruik van online communicatieve en ondersteunende toepassingen. • Covid-19 heeft een positieve impact gehad op de inzet van online hulpverlening. • Door gebruik van online hulpverlening bereik je andere doelgroepen en bereik je ze eerder. • Huidige beschikbare tools bieden mogelijkheden voor de verschillende fasen van hulpverlening. 	<ul style="list-style-type: none"> • Potentie van het aanbod wordt niet benut. • Huidig online aanbod niet geschikt voor anderstaligen/laaggeletterden, laagbegaafden, slachtoffers met multi-problematiek en ouderen met een lagere digivaardigheid. • Er is een versnippering in het online aanbod; niet één platform. • Een deel van de hulpverleners en hulpvragers beschikt niet over de juiste informatie voor gebruik van online hulp. • Weinig zicht op de ervaringen/invloed van gebruikers. • Online aanbod speelt nog geen rol in de (door)verwijzing. • Financiering: ontwikkelkosten en structurele financiering.
Kansen om online hulpverlening (t.o.v. offline) meer te benutten	Risico's die bestaan bij het meer benutten van de kansen
<ul style="list-style-type: none"> • Online aanbod doorontwikkelen, zodat voor meer hulpvragen passend aanbod is. • Beschikbaarheid, bekendheid en vindbaarheid van online aanbod bij hulpzoekenden en verwijzers vergroten met bredere toepassing (wanneer dat passend is). • Inzet van ervaringsdeskundigen bij online hulpverlening. • Vergroten van de eigen regie van het slachtoffer. • Onderzoek naar de effectiviteit van online hulpverlening. • Ruimte in bekostiging van e-health voor zorgaanbieders; de bekostigingssystematiek stimuleert de inzet van digitale zorg. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kwaliteit van zorg (online vraagt wat anders van hulpverleners). • Veranderbereidheid van hulpverleners (anders gaan werken, online inzetten ook deels in plaats van offline). • Ontbreken van specifieke vaardigheden. • Onduidelijk of meer benutten van online hulpverlening zorgt voor meer (vervolg)hulpvragen in de reguliere zorg en of deze hulp beschikbaar is.

Tabel 2: Inzicht in de meerwaarde, belemmeringen, mogelijkheden en risico's van online hulpverlening voor de doelgroep HG/SG t.o.v. offline hulpverlening

4.2 Sterke punten van online hulpverlening

De sterke punten komen voort uit de in hoofdstuk 1 tot en met 3 besproken bevindingen. Daarin erkennen de aanbieders de meerwaarde van online hulpverlening als aanvulling op het reguliere offline aanbod, voor zowel de hulpverlener als het slachtoffer. Meer dan twee derde van de aanbieders in dit onderzoek, maar liefst 77%, maakt gebruik van online communicatieve en/of ondersteunende tools. Het gebruik van deze tools heeft door de Covid-19 periode een boost gekregen. Verder biedt online hulpverlening de mogelijkheid om andere doelgroepen eerder te bereiken die voorheen niet in beeld waren of normaal gesproken geen reguliere hulp zouden zoeken. Voorbeelden zijn: jongeren die in het dagelijks leven al veel online zijn of slachtoffers die hulp zoeken, maar anoniem wensen te blijven. Ten slotte geeft dit onderzoek aan dat de huidige beschikbare online tools in de verschillende fasen van hulpverlening kunnen worden ingezet.

4.3 Belemmeringen van online hulpverlening doelgroep HG/SG

Het huidige aanbod aan online hulpverlening voor deze doelgroep is nog beperkt en tools die beschikbaar zijn worden nog niet breed gebruikt

Indien het online aanbod wordt uitgebreid ontstaan er meer mogelijkheden om online hulpverlening toe te passen. Verdere verspreiding van het gebruik van de tools door hulpverleners, slachtoffers en naasten zal ook bijdragen aan het benutten van de potentiële meerwaarde van de tools. **Het huidige aanbod is niet geschikt voor alle doelgroepen**, zoals anderstaligen, laaggeletterden, laagbegaafden, slachtoffers met een lage digivaardigheid en slachtoffers met multi-problematiek, doordat zij de taal niet beheersen, geen toegang tot internet hebben of door hun leeftijd. Het ontbreken van dit aanbod wordt door aanbieders gezien als een belemmering om online hulpverlening meer te benutten. Een andere belemmering is dat de ervaringen van de doelgroep die wel gebruik maakt van het huidige aanbod weinig in beeld is. Ook is geen zicht op de invloed van online hulpverlening op deze doelgroep. Dit maakt het volgens aanbieders lastig om te bepalen welk aanbod werkt en wat nog nodig is.

"De meest kwetsbare doelgroep waar wij mee werken heeft niet altijd de toegang tot internet of geen hulpmiddel om hier gebruik van te maken. Ook de taal kan soms een groot obstakel vormen." (vrouwenopvang)

"Het CSG bijvoorbeeld heeft hele goede filmpjes. Die staan alleen op de website van CSG. Het zou goed zijn als je die breder kan inzetten." (brancheorganisatie)

Daarbij wordt door aanbieders **de versnippering van aanbod over de verschillende organisaties en regio's** als belemmering genoemd voor het meer benutten van online hulpverlening. Er is niet één platform of één overzicht met al het beschikbare aanbod. Individuele organisaties maken gebruik van hun (eigen) online tools, maar deze tools worden niet regionaal of

landelijk gedeeld. Hierdoor wordt vaker het wiel opnieuw uitgevonden, terwijl dat volgens de aanbieders niet nodig is. Daar komt bij dat aanbieders niet allemaal bekend zijn met wat allemaal beschikbaar is aan online aanbod, mede door het ontbreken van een overzicht. Aanbieders zien als bijkomend knelpunt dat hier geen partij voor is die de regierol heeft.

Een ander veelgehoord knelpunt dat aanbieders zien, is dat het meer benutten van online hulp wordt belemmerd doordat **de hulpverleners de meerwaarde van online hulp t.o.v. offline hulp niet zien**. Hulpverleners vragen digitale vaardigheden of in ieder geval kennis en ervaring met de computer en het internet. Uit de uitvraag onder aanbieders blijkt dat hulpverleners de meerwaarde van online hulp niet zien, omdat hulpverleners zelf niet gewend zijn om online te werken of omdat de hulpverlener zelf of het slachtoffer de digitale vaardigheden mist om de online tools in te zetten dan wel te gebruiken.

Daarnaast wordt het gebruik van online hulpverlening belemmerd door **het ontbreken van (structurele) financiering voor tools die op organisatieniveau worden gebruikt**. Hierbij gaat het met name om online hulpverlening waaraan de slachtoffers anoniem deelnemen, zoals bijvoorbeeld chatfuncties. Financiers willen deze vorm niet altijd betalen, omdat ze de effectiviteit van de zorg niet kunnen meten of niet kunnen herleiden

of het hun eigen burgers betreft (bij financiering vanuit gemeente). Specifiek voor deze doelgroep is de anonimiteit belangrijk. Daarom moeten volgens aanbieders (anonieme) online tools kosteloos blijven voor de slachtoffers. Anders werkt het drempelverhogend. Overigens geldt voor de landelijke chatfuncties, zoals die van Fier, dat deze wel vrij toegankelijk zijn. Verder hebben aanbieders die gebruik maken van VR-brillen of online games aangegeven dat deze vorm van online hulp vraagt om investering van de organisatie zelf. Deze middelen zijn niet altijd aanwezig binnen organisaties en vormt een belemmering.

Tot slot is het probleem meer benutten van de potentie van online hulpverlening dat in **de (door)verwijzing het online aanbod nog geen rol speelt**. Verwijzers, zoals huisartsen, POH GGZ en VT geven aan niet snel door te verwijzen naar online aanbod. Hierbij speelt enerzijds de bekendheid en vindbaarheid van het online aanbod een rol en anderzijds de ervaren meerwaarde van online hulpverlening door de hulpverlener die (door)verwijst.

4.4 Kansen om online hulpverlening meer te benutten

Een van kansen die wordt gezien om online hulpverlening meer te benutten ligt in **het verbeteren van de beschikbaarheid, bekendheid en vindbaarheid van online aanbod**. Het vergroten van de vindbaarheid en beschikbaarheid van (passend) online hulpaanbod door zowel zorgprofessionals en aanbieders als direct betrokkenen, hetzij als slachtoffer, verwijzer, pleger of betrokkene wordt door de aanbieders gezien als een kans voor het vergroten van de meerwaarde van online hulpverlening. Verder liggen kansen bij **het inzetten op blended hulpverlening**, waarbij organisaties in hun beleid gericht inzetten op online hulpverlening als verlengstuk van de reguliere hulpverlening. Aanbieders zien de online hulpverlening als een waardevolle aanvulling en niet als een alternatief. In het werkveld HG/SG geven zij aan online hulpverlening bij voorkeur in te willen zetten in combinatie met offline hulpverlening: 'blended care'. Ook zij geven aan dat online hulpverlening een verlengstuk is van de offline hulpverlening. Daarnaast ligt voor de inzet van online hulpverlening een kans bij **het bieden van ruimte voor innovatie en implementatie van de online hulp door de organisaties**. Dit helpt de aanbieders bij het stimuleren van de inzet van digitale hulptools door de zorgmedewerkers.

Verder zien aanbieders mogelijkheden in **het breder inzetten van het gebruik van de informatie tools** en dan met name aan de preventieve of voorlichtingskant. Daarbij geven ze wel aan dat het belangrijk is dat deze informatie voor iedereen beschikbaar en vindbaar is. Het zijn laagdrempelige manieren om deze doelgroep te bereiken door bijvoorbeeld het delen van ervaringsverhalen op een website of verwijzingen op deze informatieve websites naar reguliere hulp. Ook ervaringsdeskundigen kunnen daarbij een rol spelen in deze preventieve of voorlichtingskant. Verder biedt **de inzet van ervaringsdeskundigheid** ook mogelijkheden in andere fasen van zorg, bij bijvoorbeeld traumaverwerking of in lotgenotencontact.

Naast het breder inzetten van informatieve tools zien aanbieders ook kansen in **het aanbieden van online (hulpverlenings- of behandel) modules die specifiek gericht zijn op de doelgroep** huiselijk en seksueel geweld. Momenteel bestaan er allerlei online modules gericht op bijvoorbeeld traumaverwerking, angsten of depressies, maar deze online modules zijn gericht op een algemene doelgroep. Online (hulpverlenings- of behandel) modules zijn (nog) niet specifiek ontwikkeld voor de doelgroep HG/SG. Daarnaast ligt ook een kans in het aanbieden van **online aanbod voor plegers**, dat op dit moment nog beperkt is.

Bovendien biedt het meer benutten van de online hulpverlening **ook kansen voor de eigen regie van het slachtoffer**. Zoals eerder genoemd, heeft online hulp het voordeel dat slachtoffers zelf kunnen bepalen wanneer zij contact zoeken of hulp inschakelen (oftewel eigen regie). Ook voor slachtoffers waarbij de eigen regie beperkt is, biedt online hulp mogelijkheden. Zo geeft het gebruik van informatieve tools het slachtoffer mogelijkheid om zelf te bepalen welke hulp hij/zij wil inschakelen. Verder biedt het kansen om het slachtoffer meer en actief te betrekken in het hulpverleningstraject, doordat online opdrachten of aantekeningen bewaard, bekeken en gedeeld kunnen worden.

Tot slot is **nog weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van online hulpverlening** bij de doelgroep HG/SG. Het onderzoek dat is gedaan, geeft positieve signalen als het gaat om inzet van online behandelmodules ten opzichte van en in aanvulling op offline behandeling. Daarbij is onder de aanbieders weinig bekend over de ervaringen van de cliënten zelf als het gaat om het gebruik van online hulp (tools).

*“Er is onderzoek gedaan naar **kortdurende EMDR** en **watchfull waiting** (telefonisch/videobellen). Er is geen verschil in effectiviteit tussen bovenstaande interventies bij het voorkomen van PTSS bij cliënten. Voor ons is dat een gunstige uitkomst. Watchfull waiting is een kostenbesparende methode t.o.v. kortdurende EMDR en wordt getypeerd als een vorm van online hulp.” (kennis- en expertise centrum, aanbieder)*

4.5 Risico's bij het meer benutten van online hulpverlening

Aan mogelijkheden die bestaan voor het meer benutten van online hulpverlening kleven ook risico's. Eén van die risico's is het borgen van kwaliteit van zorg bij online hulpverlening, doordat de online hulpverlening iets anders vraagt van hulpverleners dan offline hulpverlening. Om te beginnen vraagt online hulpverlening basale kennis en vaardigheden van digitale hulpmiddelen. Daarbij speelt risico van **onvoldoende digivaardigheden** van zowel de gebruiker als hulpverlener een grote rol.

Daarnaast is het voeren van **een online gesprek anders dan een face-to-face gesprek**. In een face-to-face gesprek wordt meer non-verbaal gecommuniceerd. In chats of e-mails ontbreekt deze non-verbale communicatie. Je moet weten hoe je tekst moet interpreteren en hoe je als hulpverlener kunt reageren. Ten derde ligt online **minder regie bij de hulpverlener**, doordat een slachtoffer bijvoorbeeld het gesprek kan verlaten zonder dat het gesprek daadwerkelijk is afgesloten. Als hulpverlener moet je weten hoe je daarmee om kunt gaan. Verder vertellen aanbieders dat **face-to-face behandeling of contact anders is dan online behandeling**. Je weet als hulpverlener niet of er nog iemand anders in de ruimte aanwezig is en/of het slachtoffer in vrijheid kan spreken. Hiervoor is een andere manier van hulpverleners of behandelen nodig dan bij face-to-face behandelingen, door bijvoorbeeld het gebruik van werkvormen of het stellen van de juiste vragen waarbij het slachtoffer zich veilig voelt.

Bovendien vraagt het gebruik van online hulpverlening, en in het bijzonder online tools zoals online modules, om **specifieke vaardigheden van het slachtoffer** en om een zekere mate van therapietrouw. Niet alle slachtoffers bezitten de nodige eigen regie om online hulpverlening tools, zoals online lotgenotencursus of een online module te doorlopen. Het is noodzakelijk dat de cliënt over een bepaalde mate van eigen regie en discipline beschikt en in staat is om de modules in de eigen tijd te plannen, te volgen en vast te leggen. Volgens aanbieders schuilt hierin een risico. De inzet van deze vormen van online hulpverlening is lastig bij slachtoffers waarvoor deze specifieke vaardigheden **niet vanzelfsprekend zijn**. Het gaat hierbij veelal om slachtoffers waarbij sprake is van (of een combinatie van) **laaggeletterdheid, lage digivaardigheid en/of psychosociale problematiek**.

Een ander risico dat wordt genoemd is de mate van veranderbereidheid van hulpverleners om anders te gaan werken en online hulp deels in te zetten in plaats van offline. Hoewel Covid het online hulpverleners heeft gestimuleerd, geven aanbieders aan dat **het inzetten van online hulpverlening afhangt van de veranderbereidheid van hulpverleners**. Dit begint bij een duidelijke visie en beleid van de organisatie op de inzet van online hulpverlening. Daarnaast speelt mee hoe de organisatie de hulpverleners ondersteunt bij het gebruik van deze tools, dit kan bijvoorbeeld door het inzetten van trainingen.

Ten slotte is het onduidelijk of het meer inzetten van online hulpverlening tot een grotere hulpvraag leidt van een nieuwe doelgroep of een doelgroep die voorheen niet goed in beeld was. Hoewel het positief is dat deze doelgroep in beeld komt, vormt dit mogelijk een risico voor de reguliere hulpverlening. Er wordt vanuit gegaan dat hulpverleners een professionele inschatting kunnen maken van welke (vervolg)hulp noodzakelijk is voor het slachtoffer. Echter moet de **vervolghulp wel beschikbaar zijn** voor deze slachtoffers.

5. Vervolgstappen

Een aantal van de belemmeringen en risico's dat in dit onderzoek naar de doelgroep huiselijk geweld en seksueel geweld naar voren is gekomen, komt overeen met de ervaringen in andere sectoren. Zo wordt de potentie van het aanbod nog niet volledig benut, moeten cliënten hulpverleners nog wennen aan de inzet, bestaan er nog verschillende ervaringen met online hulp en blijkt dat de werkprocessen belangrijker zijn dan de techniek als je online hulp meer wilt inzetten¹⁰. Zo'n omslag vraagt het nodige van de mensen die in de zorg werken en betekent ook voor burgers en cliënten fikse veranderingen. Vaak komen ook gevestigde belangen in het geding, en vraagt proces- en systeeminnovatie om nieuwe samenwerkingsvormen op wijk- en regionaal niveau tussen bijvoorbeeld gemeenten¹¹. Daarnaast is een aantal kansen gesignaleerd die specifiek voor huiselijk en seksueel geweld van toepassing zijn. Dit gaat vooral over de behoefte aan nader onderzoek voor de specifieke doelgroepen en de inzet van online hulp aan de voorkant om (preventie en hulpvragen eerder in beeld).

1. Benutten van de potentie van het huidige aanbod. Inzetten op vindbaarheid, bekendheid en geschiktheid van tools en daarmee gebruik stimuleren

Door meerdere aanbieders is aangegeven dat het in kaart brengen van bestaande initiatieven of online hulptools voor de doelgroep HG en SG kan helpen in de vindbaarheid en daarmee het gebruik van de verschillende vormen van online hulpverlening. Wanneer bekend is waar online hulptools te vinden zijn, hoeven aanbieders niet zelf het wiel uit te vinden en kunnen ze van elkaars tools gebruik maken of leren. Vanzelfsprekend kan een overzicht van bestaande initiatieven of online tools ook de gebruikers helpen in de vindbaarheid en het gebruik.

"Ik vind het heel lastig met alle aanbieders van tools, wat kun je gebruiken? Wat kun je niet gebruiken? Het stroomlijnen van alle tools die aangereikt worden via één kanaal kan hierbij helpen." (aanbieder jeugdhulp)

- **Opdracht voor branches, aanbieders en financiers**

2. Inzetten op het zien van de meerwaarde van online hulp onder hulpverleners en hun mogelijkheid en bereidwilligheid om processen te veranderen.

Niet alle hulpverleners zien de meerwaarde van online hulpverlening of zijn bereid om de manier waarop zij werken aan te passen aan inzetten en gebruik van online hulp. Hulpverleners geven aan dat dit samenhangt met hun beleving van wat goede hulpverlening is en met hoe cliënten het ervaren. Het kan helpend zijn als in kwaliteitskaders aandacht is voor online hulp. Daarnaast kunnen ervaringen van cliënten en collega's een rol spelen in het zichtbaar maken van de meerwaarde. Het delen van ervaringen van cliënten en hulpverleners kan op verschillende niveaus: in de spreekkamer, binnen organisaties, tussen organisaties in de regio en tussen regio's.

- **Opdracht VWS, branches, aanbieders en hulpverleners**

3. Stimuleer online hulp door inzet op (digi-)vaardigheden bij hulpverleners en gebruiker

Naast de vertaling in de werkprocessen en aandacht voor de meerwaarde geven betrokkenen bij het onderzoek aan dat het relevant is om de online hulpmiddelen zo goed mogelijk te laten landen in de organisaties. Deze ruimte moet geboden worden vanuit de aanbieders in de vorm van tijd zodat hulpverleners zich kunnen scholen in het gebruik van de online hulpmiddelen en het geven van online hulp. Daarnaast is het een uitdaging voor de leveranciers van de online hulpmiddelen en externe partijen die inzetten op de digivaardigheid van medewerkers om in samenspraak met de aanbieders een dergelijk opleidingstraject vorm te geven. Vanuit het rijk en regionaal zijn er verschillende stimuleringsregelingen implementatie en opschaling van eHealth en voor het bevorderen van de digi-vaardigheden van hulpverleners. Bezien

"De implementatie van de modules is het meest lastige onderdeel van het ontwikkelproces van de specifieke modules." (leverancier online hulp)

¹⁰ [eHealth-monitor - Nictiz](#) (2019).

¹¹ [Health Valley Netherlands | Making the difference in Life Sciences & Health](#) (2017)

zou moeten worden welke regelingen hiervoor open staan voor de aanpak huiselijk en seksueel geweld. Daarnaast kan door financiers gekeken worden of er ruimte voor scholing en implementatie van online hulp is binnen subsidievoorwaarden of inkoopafspraken.

➤ **Opdracht VWS, branches, aanbieders**

4. Bijeenbrengen van ervaringsdeskundigen, hulpverleners, gemeenten, brancheorganisaties en het rijk voor bovenregionaal aanbod.

Veel van het huidige online aanbod dat nu beschikbaar is, is ontwikkeld en in gebruik binnen de muren van de eigen zorgorganisaties. Een deel van de toepassingen heeft een bovenregionaal bereik. Denk aan de chat van Veilig Thuis, Fier en het CSG. Voor deze tools is er nu behoefte onder branches en aanbieders om vervolgstappen te zetten en in te zetten op samenwerking over de organisatie- en regiogrenzen heen om afspraken te maken over (bovenregionale) bekostiging en ondersteuning bij het opbouwen van evidentie (werkt een innovatie). Hiervoor moeten ervaringsdeskundigen, hulpverleners, gemeenten, brancheorganisaties en het rijk bij elkaar worden gebracht. Inzet is om afspraken te maken over (bovenregionale) bekostiging en ondersteuning bij het opbouwen van evidentie.

“Ten aanzien van de financiering is niet altijd duidelijk wie is verantwoordelijk voor de van het online aanbod. Dit heeft er deels te maken dat slachtoffers zowel 18- als 18+ kunnen zijn en de vraag is onder welke wet- en regelgeving dit aanbod valt. Dwz Wmo, jeugdwet of Zvw? Ook is het aanbod vaak regio overstijgend.” (brancheorganisatie)

“Als je mag verwachten dat je een nieuwe doelgroep bereikt, dan moeten alle partners die daarbij betrokken zijn betrokken worden aan de voorkant.” (centrumgemeente)

Voor vervolg is het belangrijk om vanuit de verbinding lokaal met ervaringsdeskundigen, cliënten, hulpverleners en aanbieders en tussen regionale en landelijke partijen te starten. Omdat het in de aanpak huiselijk geweld en seksueel geweld over een ketenaanpak gaat waarin verschillende aanbieders een rol hebben, kunnen initiatieven die ontwikkeld worden vooraan in de keten gevolgen hebben voor de hulpverlening elders in de keten

en vice versa. Dit geldt ook voor de inzet van landelijke stimuleringsregelingen omdat via de lokale aanbieders en hulpverleners regionale effecten hebben.

Daarnaast gaat het veelal om kostbare tools wat legitimeert dat gezamenlijk afwegingen worden over de ontwikkeling en gebruik van tools met een landelijke potentie.

➤ **Opdracht voor VWS, VNG, branchepartijen, aanbieders, hulpverleners, ervaringsdeskundigen, ontwikkelaars en financiers**

5. Nader onderzoek naar online hulp bij Huiselijk Geweld en Seksueel Geweld

De ervaringen met online hulp bij huiselijke geweld en seksueel geweld zijn jong. Veel onderzoek naar specifieke ervaringen voor deze doelgroepen is er (nog) niet. Twee vragen waarop behoefte is aan antwoorden zijn:

a. *Onderzoek naar op welke manier toegankelijkheid en aandacht voor bepaalde doelgroepen binnen HG/SG, die nu geen gebruik maken van online hulpverlening, kan worden verbeterd en wat daar voor nodig is.*

Een veelgehoorde belemmering van de aanbieders is dat de beschikbare online tools niet voor alle doelgroepen binnen HG/SG geschikt of toegankelijk zijn. Hierbij gaat het om doelgroepen zoals laaggeletterden, laagbegaafden of mensen met beperkte digitale vaardigheden waarvoor de beschikbare tools niet bruikbaar zijn. Ook Pharos beveelt in het RIVM rapport *Stand van Zaken eHealth 2020*¹²

¹² [Stand van zaken e-health in 2020 \(rivm.nl\)](https://www.rivm.nl/stand-van-zaken-ehealth-2020)

aan om dit nader te onderzoeken en te bekijken op welke manier deze toegankelijkheid voor specifieke doelgroepen kan worden opgenomen in toetsingskaders en normen.

➤ **Opdracht voor branches, wetenschappelijke verenigingen, aanbieders**

- b. *Inzetten op het ontwikkelen van kader(s) voor het meten van ervaringen van cliënten; Dit gaat helpen om in beeld te krijgen wat wel/niet werkt voor de doelgroep SG/SG.*

Online hulpverlening is namelijk grotendeels door de opkomst van Covid 19 versneld ontwikkeld en toegepast. Er wordt veel gesproken over de ervaring van cliënten door aanbieders en hulpverleners, maar dit is beperkt gemeten/geëvalueerd en gedocumenteerd. Er is behoefte aan kaders binnen deze de doelgroep huiselijk en seksueel geweld voor kwaliteit en voor het meten van de inzet van online hulpverlening en de effectiviteit daarvan. Een vervolgstap is dit voor de doelgroep te onderzoeken en kaders te ontwikkelen. Hiervoor kan gekeken worden naar andere sectoren waar dergelijke kaders al bestaan¹³.

*“Online hulpverlening is uit nood gedwongen en er kan nog geen kader op bedacht worden binnen de doelgroep HG en SG. Ik zou wel willen horen van de cliënten hoe zij het zelf ervaren en daarbij te kijken naar verschillen in de meerwaarde van de online hulpverlening.”
(ervaringsdeskundige)*

➤ **Opdracht voor branches, aanbieders en hulpverleners**

6. Inzet van online hulp aan de voorkant (preventie en hulpvragen eerder in beeld)

Een belangrijke kans als het gaat om de inzet van online aanbod is in te zetten aan de voorkant (preventie en hulpvragen eerder in beeld). Dit vraagt van branchepartijen en aanbieders om zich te richten op het verbeteren van informatieve tools (websites), zodat slachtoffers, betrokkenen, plegers en professionals daar op een laagdrempelige manier terecht kunnen in het zoeken naar informatie. Hierbij kan ook gekeken worden hoe deze informatieve tools kunnen worden ingezet om online (seksueel) geweld tegen te gaan.

➤ **Opdracht voor branches en aanbieders**

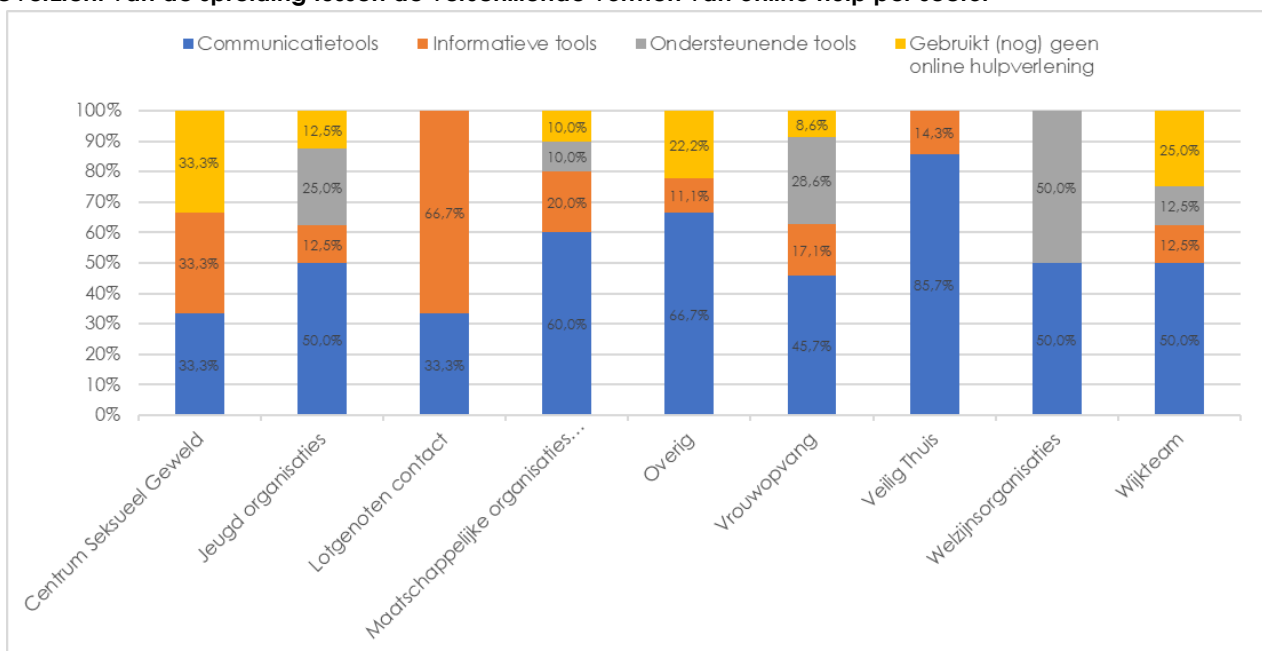
¹³ <https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-06/Online-hulp.pdf>

Bijlagen

Bijlage 1: overzicht aantal respondenten in enquêtes en spreiding

Soort organisatie	Aantal reacties
Vrouwenopvang	14
Veilig Thuis	11
Centrum Seksueel Geweld	6
Jeugdopvang/hulp	6
Overig	6
Wijkteam	5
Maatschappelijk werk	3
Lotgenotencontact	1
Welzijnsinstelling	1

Overzicht van de spreiding tussen de verschillende vormen van online hulp per sector



Overzicht van de spreiding van de organisaties over Nederland



Bijlage 2: overzicht van betrokken partijen in interviews

#	Naam	Organisatie	Sector	Functionaris
1	Landelijk centrum seksueel geweld	Kennis-expertisecentrum, Aanbieders	Seksueel geweld	Beleidsmedewerker
2	Regionaal centrum seksueel geweld	Kennis-expertisecentrum, Aanbieders	Seksueel geweld	Coördinator CSG
3	Landelijke huisartsenvereniging	Brancheorganisatie	Huisartsenzorg, eerstelijnszorg	Beleidsadviseur
4	Zorggroep Haarlemmermeer	Aanbieder	Huisartsenzorg, eerstelijnszorg	Hulpverlener
5	Uithoornse huisartsen coöperatie	Aanbieder	Huisartsenzorg, eerstelijnszorg	Hulpverlener
6	Blauwe Maan	Aanbieder	Eerstelijns hulp HG, SG	Directeur
7	Valente	Brancheorganisatie	Vrouwenopvang en maatschappelijke opvang	Beleidsadviseur
8	Kwintes	Aanbieder	Vrouwenopvang	Hulpverlener
9	Blijfgroep	Aanbieder	Vrouwenopvang	Hulpverlener
10	Landelijk Netwerk Veilig Thuis	Brancheorganisatie	Veilig Thuis	Bestuurder
11	Veilig Thuis West Brabant West	Veilig Thuis	Veilig Thuis	Directeur en beleidsmedewerker chatfunctie
12	VNG	Brancheorganisatie	Wmo 2015 en Jeugdwet	Beleidsmedewerker
13	Gemeente Amersfoort	Gemeente	Wmo 2015 en Jeugdwet	Beleidsmedewerker
14	Gemeente Breda	Gemeente	Wmo 2015 en Jeugdwet	Beleidsmedewerker
15	Jeugdhulp Friesland	Aanbieder	Jeugdhulp	Hulpverlener
16	Youz	Aanbieder	Jeugd ggz	Psycholoog en coördinator online werken
17	Ervaringsdeskundige	Spiegelgroep	GHNT	Ervaringsdeskundige
18	Coördinator spiegelgroep	Spiegelgroep	GHNT	Psycholoog, Coördinator Spiegelgroep
19	4Happinez	Aanbieder	Ervaringsdeskundige	Ervaringsdeskundige
20	Mind Korrelatie	Aanbieder	Anonieme, professionele, psychische en psychosociale hulp	Beleidsmedewerker
21	De Nederlandse GGZ	Brancheorganisatie	GGZ	Beleidsadviseur
22	Arkin	Aanbieder	Volwassen GGZ	Therapeut
23	SafetyNed	Programma vanuit de vrouwenopvang	Digitale veiligheid van slachtoffers van huiselijk geweld	Beleidsmedewerker
24	Digicontact	Leverancier e-health	Begeleiding op afstand	Projectleider
25	Minddistrict	Leverancier e-health	Begeleiding op afstand	Ontwikkelaar