

Slachtoffers in Treiterzaken

Onderzoek naar de impact van intimidatie in de woonomgeving

Auteur(s) T. Fassaert, G. van Husen

1 Samenvatting & conclusies

Slachtoffers van treitersituaties hebben (soms jarenlang) te maken met ernstige geluidsoverlast, vernielingen aan hun woning, tuin of auto, fysiek en verbaal geweld, (doods)bedreigingen, structurele geluidsoverlast, stalking en diverse andere vormen van ernstige intimidatie. Voor slachtoffers is een treitersituatie beangstigend en zeer ingrijpend, vooral door de lange duur, de ernst van de intimidatie en de constante nabijheid van de treiteraar.

Sommige slachtoffers in Treiterzaken ontwikkelen, (mede) als gevolg van het chronische intimiderende gedrag in hun woonomgeving, gezondheidsproblemen. Dit is op zich een voorspelbare en begrijpelijke reactie op een extreem stressvolle situatie. Er is echter niet eerder onderzoek naar gedaan, vooral niet naar de vraag of slachtoffers deze gezondheidsklachten houden nadat de treitersituatie is opgelost. Evenmin is onderzocht in welke mate zij na het beëindigen van de situatie een gebrek aan hulp/ondersteuning voor deze klachten rapporteren. De GGD deed hier in het kader van de Treiteraankpak onderzoek naar door een antwoord te zoeken op de volgende hoofdvragen:

1. Welke impact heeft ernstige intimidatie in de woonomgeving op slachtoffers (met daarbij een onderscheid tussen gezondheidsrisico's gedurende een treitersituatie en na afloop)?
2. Hoe gaan slachtoffers om met het treiteren?
3. Wat zijn praktische handvatten voor professionals in de omgang met slachtoffers?

De volgende gegevensbronnen waren beschikbaar:

- Een beknopte screening op gezondheidsrisico's bij slachtoffers van afgesloten Treiterzaken (N=19).
- Een uitgebreid verdiepend interview in aansluiting op voorgenoemde screening (N=10).
- Geanonimiseerde dossiers van slachtoffers, gezien door de GGD in de periode dat Treiterzaken nog niet waren afgesloten (N=31).
- Een quick-scan van relevante literatuur.

De onderzoeksgroepen zijn steeds beperkt in omvang; vooral het aantal gescreende slachtoffers van afgeronde treiterzaken is klein, ondanks de forse inspanningen om slachtoffers te betrekken bij het onderzoek. De conclusies van dit onderzoek hebben als gevolg hiervan een beperkte reikwijdte. Een belangrijke (positieve) reden om niet aan de screening mee te werken lijkt overigens te zijn dat slachtoffers vooral opgelucht zijn dat de treitersituatie is opgelost, tevreden zijn over de aanpak en nu alleen nog maar met rust gelaten willen worden. Er zijn bij hen geen concrete aanwijzingen voor gezondheidsklachten. De poging van de gemeente om slachtoffers in het kader van dit onderzoek te zien wordt bovendien gewaardeerd.

1.1 Impact van treiterzaken op slachtoffers

Resultaten uit dit onderzoek bevestigen dat ernstige intimidatie in de woonomgeving een forse impact op het welbevinden van slachtoffers kan hebben, óók vanwege de lange duur van de treitersituaties waar de slachtoffers zich in bevonden¹. Dit lijkt een open deur, maar zoals aangegeven is er nog maar weinig onderzoek naar gedaan.²

1.1.1 Gedurende een treiterzaak

Specifiek in relatie tot gezondheidsrisico's gedurende een treitercasus blijkt uit dit onderzoek dat deze ernstig (kunnen) zijn. Een gedeelte van de slachtoffers rapporteert psychische of lichamelijke klachten gedurende de treitersituatie, een deel van hen had deze klachten al voor aanvang van de treitersituatie, die verergerden door de overlast. Bij sommige slachtoffers vormen deze gezondheidsklachten gedurende de treiterzaak een belemmering voor het functioneren (zie hierna ook de gevolgen voor gezinsleven, werk en studie). Daarnaast valt vooral het brede pallet van klachten, ziekten en aandoeningen op. Dit is in lijn met de (in omvang beperkte) literatuur die er over te vinden is, die zich overigens vooral richt zich op burenruzies en woonoverlast, deels andere c.q. bredere problematiek. Bij *burenruzies* staan *beide* partijen elkaar 'naar het leven'. Dergelijke situaties vallen niet binnen de definitie van treiterzaken. Bij treiterzaken is namelijk sprake zijn van zogeheten 'onbetwist' slachtofferschap. Bij treitersituaties gaat de overlast altijd gepaard met (ernstigere) strafbare feiten zoals vernieling, bedreiging en/of geweld.

Psychische gevolgen

De slachtoffers beschrijven hoe ze gedurende de treitersituatie in een constante staat van angst en alertheid verkeerden. Omdat het treiteren plaatsvindt in de eigen woonomgeving, waren slachtoffers continu op hun hoede, zowel overdag als 's nachts. Ze voelden zich onveilig in hun eigen huis, trappenhuis, tuin en/of straat. Verder beschreven slachtoffers dat ze gedurende de treitersituatie veel stress en vaak neerslachtige gevoelens hadden. Uit de verschillende informatiebronnen kwamen de volgende psychische klachten/negatieve gevoelens naar voren:

- Angst, continu bang zijn, onveilig gevoel
- Stress, overbelast zijn
- Prikkelbaarheid
- Moedeloosheid, neerslachtige gevoelens
- Bang van zichzelf zijn, van eigen prikkelbaarheid
- Schuldgevoel tegenover eigen gezin (heeft gezin niet kunnen beschermen)
- Boosheid

¹ Minimaal anderhalf en maximaal elf jaar.

² Verklaringen voor gebleken gezondheidsproblemen bij slachtoffers op basis van geraadpleegd literatuuronderzoek naar meer alledaagse vormen van conflicten tussen burens zijn chronische blootstelling aan stress en slaapdeprivatie. Ook het omgekeerde verband is in deze breder geörienteerde onderzoeken geconstateerd: mensen met bepaalde gezondheidsproblemen, zoals psychiatrische problemen, belanden sneller in conflictueuze situaties. Ook deze groep blijft niettemin slachtoffer van een uiterst nare situatie.

- Machteloosheid
- Paniekaanvallen
- Continue vol zijn van de situaties / emoties
- Geen vreugde kunnen ervaren
- Rumineren³
- Agressief, opgefokt zijn, een kort lontje hebben
- Verdriet, emotionele instabiliteit
- Bang zijn de controle te verliezen en iemand iets aan te doen
- PTSS, herbelevingen
- Nervositeit, onrust, snel schrikken van geluiden
- Suicide gedachten
- Concentratieproblemen

Lichamelijke gevolgen

Slachtoffers beschrijven slaapgebrek en vermoeidheid als een belangrijk gevolg van de treitersituatie. In veel gevallen hield de treiteraar de slachtoffers uit hun slaap, door geluidsoverlast, aanbellen, tegen de deur aan trappen, nachtelijke barbecues of door de politie 's nachts op de slachtoffers af te sturen.

Bovendien lagen slachtoffers 's nachts vaak wakker door hun stress en zorgen over de situatie.

(Psycho)somatische klachten in de interviews en dossiers:

- Slaapproblemen
- Oververmoeidheid
- Maagklachten
- Hoofdpijn
- Slecht eten en gewichtsverlies
- Hoge bloeddruk
- Pijn op de borst
- Blijvend letsel na geweld

Gevolgen voor het gezinsleven

Vooraf in de gezinnen met kinderen zorgden de treitersituaties voor onderlinge spanningen. Alle gezinsleden reageerden op hun eigen manier op het getreiter en de gezelligheid thuis was vaak ver te zoeken. Soms direct door toedoen van de treiteraar, soms door de zorgen van ouders, de stress en vermoeidheid. Bovendien maakten de ouders zich grote zorgen over de veiligheid van hun kinderen, waardoor de kinderen veelal minder bewegingsvrijheid kregen.

Gevolgen voor werk en studie

Bij een aantal respondenten hadden werk en studie duidelijk onder de treitersituatie te lijden. De vermoeidheid en stress eisten hun tol of ouders gingen minder werken om ervoor te zorgen dat de kinderen niet alleen thuis waren. Ouders geven aan dat ook de kinderen kampten met vermoeidheid en concentratieproblemen vanwege de onrustige thuissituatie.

³ Het herhaaldelijk langdurig denken over (of herkauwen van) gevoelens en problemen.

Sociale gevolgen

Slachtoffers geven aan dat de treitersituatie gevolgen had voor hun sociale leven. Slachtoffers voelden zich onbegrepen en wisten zich niet altijd gesteund door vrienden en kennissen. Verder kwamen familie en vrienden niet of minder vaak langs omdat ze bang waren voor de treiteraar. Slachtoffers durfden zelf geen mensen meer uit te nodigen, met als gevolg dat bijvoorbeeld verjaardagen niet meer thuis werden gevierd.

1.1.2 Na afloop van de treiterzaak

Wat betreft gevolgen voor de gezondheid van slachtoffers nadat de treiterzaken zijn beëindigd valt op dat veel slachtoffers in gesprek met de GGD nog steeds klachten rapporteren. Een aantal geïnterviewde slachtoffers heeft na afloop van de treiterzaak in meer of mindere mate last van schrikachtigheid, angstgevoelens, stress, soms paniekaanvallen. Andere problemen die worden genoemd zijn terugkerende gedachten over de treitersituatie, verminderde draagkracht, slaapproblemen/ vermoeidheid en neerslachtigheid of somberheid.

Uit de screening blijkt dat bij 3 van de in totaal 19 gescreende slachtoffers (16%) sprake is van *ernstige* psychische klachten; bij 8 personen (42%) betreft het matige klachten.⁴ Zoals eerder opgemerkt is dit resultaat waarschijnlijk iets vertekend; slachtoffers met wie het goed ging en die geen (gezondheids)klachten hadden leken minder geneigd om aan dit onderzoek mee te werken.

Op de vraag of zij sinds de overlastsituatie lichamelijke of geestelijke klachten opmerken die zij daarvoor niet hadden, zeggen 10 slachtoffers (53%) dat dit inderdaad het geval was. Deze groep legt dus zelf een verband tussen de treitersituatie en de persoonlijke gezondheidsproblemen. Bij acht slachtoffers (42%) is op basis van dit onderzoek een zorgaanbod geïndiceerd. Op één van hen na blijken de slachtoffers voor hun klachten ook daadwerkelijk al in zorg, zodat een verwijzing naar professionele hulp niet nodig is.

Een ruime meerderheid van de slachtoffers in afgesloten zaken geeft tijdens de screening dan ook aan tevreden te zijn over het eigen functioneren: 83% beoordeelt zijn/haar functioneren met een voldoende rapportcijfer. Bovendien spreken slachtoffers met klachten in het algemeen de verwachting uit dat met het verstrijken van de tijd klachten verder zullen slijten.

1.2 Hoe gaan slachtoffers om met treitersituaties?

Slachtoffers hanteerden diverse manieren om met het treiteren om te gaan, zoals:

- Vermijden van de treiteraar: het gaat hier om aanpassingen van slachtoffers in het eigen gedrag, om confrontaties en escalaties met de treiteraar te voorkomen. Vermijding was maar tot op zekere hoogte haalbaar, gezien de nabijheid van de treiteraar, maar wel redelijk succesvol voor de slachtoffers, waardoor de vermijding als copingstrategie ongemerkt onderdeel werd van de levens van slachtoffers.

⁴ Ter vergelijking: van de totale Amsterdamse bevolking rapporteert doorgaans ongeveer 7% ernstige klachten en 40% matige klachten (GGD Amsterdam, 2013).

- Confrontatie juist niet uit de weg gaan: deze wijze van coping gaf slachtoffers die dat nastreefden een krachtig en strijdbaar gevoel.
- Steun zoeken binnen sociaal netwerk: volgens algemene richtlijnen een wenselijke copingstijl, maar soms moeizaam te realiseren omdat de ernst en impact van de treitersituatie vaak niet begrepen werd door vrienden, familie en kennissen. Vooral voor de alleenwonende slachtoffers was dit moeilijk; het leek wel alsof niemand begreep wat zij doormaakten. Wel geven veel slachtoffers aan dat de sociale cohesie onder burens of buurtgenoten groeide. Als slachtoffers onder elkaar begrepen ze precies hoe ernstig de situatie was.
- (Overwegen te) verhuizen: kwam ter sprake tijdens een aantal interviews, maar voelde als zwakgebod. Bovendien frustrerend voor slachtoffers om in Amsterdam op zoek te gaan naar een nieuwe woning.

De draagkracht van de slachtoffers lijkt te worden beïnvloed door diverse factoren die losstaan van de treitersituatie. Op basis van bij de GGD bekende dossiers kunnen we stellen dat een deel van de slachtoffers in omstandigheden verkeert die hun draagkracht sowieso al verminderen, los van de treitersituatie (zie ook 1.3.2). Sommige slachtoffers hebben bijvoorbeeld financiële problemen, verkeren in een rouwproces of zijn onlangs werkloos geworden. Ook heeft een aantal slachtoffers (psychische) problemen die van invloed zijn op hun vermogen de treitersituatie van destijds te verdragen en er mee om te gaan. Voorbeelden zijn de aanwezigheid van een verstandelijke beperking, de neiging snel in paniek te raken, aanwezigheid van ADHD, overmatig reageren op alle prikkels of somatische problematiek. Slachtoffers kunnen zich ook extra zorgen maken over de combinatie van hun eigen persoonlijke omstandigheden en de treitersituatie, die hier in feite nog eens boven op komt.

1.3 Praktische handvatten voor professionals

1.3.1 Gouden regels voor professionals in de omgang met slachtoffers.

Slachtoffers in het onderzoek noemen vaak dezelfde of vergelijkbare behoeften, namelijk op het gebied van steun, erkenning, informatie, uitleg en/of inspraak. De aanbevelingen die zij tijdens de screening en verdiepende interviews noemen ten aanzien van de wijze waarop professionals met hen dienen om te gaan vloeien voor een deels rechte reeks voort uit die behoeften (bijv. actief en steunend luisteren, informeren, inspraak/invloed geven).⁵ Aanbevelingen van slachtoffers sluiten bovendien goed aan bij *algemene richtlijnen* voor professionals als het gaat om de omgang met slachtoffers.⁶

Om verschillende redenen ligt het voor de hand deze meer universele regels vooral te koppelen aan *potentiële* treiterzaken, of in elk geval de zaken die (nog) niet zijn geëscaleerd naar de Treiteraankpak, maar behandeld worden door medewerkers van de Meldpunten Zorg en Woonoverlast (MZWO) of frontlijnprofessionals van de corporaties. Bepalend hierin zijn de overwegingen dat de aanbevelingen voor professionals een algemeen, universeel karakter hebben, regisseurs in de

⁵ De ondersteuningsbehoeften van slachtoffers in treiterzaken sluiten aan bij de behoeften die naar voren kwamen bij de quick-scan van literatuur (hst. 8).

⁶ Met als bijpassend uitgangspunt dat slachtoffers gezonde, goed functionerende Amsterdammers zijn die vanwege een abnormale (treiter)situatie hun gevoel van veiligheid dreigen kwijt te raken of kwijt zijn

Treiteraankpak zich al in sterke mate richten op slachtoffers en hierin bedreven zijn, maar bovenal dat slachtoffers in dit onderzoek benadrukken hoe moeizaam het traject verliep voordat er sprake was van een treiterzaak en wat zij in die periode doormaakten. Belangrijke gespreksonderwerpen tijdens de interviews met slachtoffers waren de niet luisterende, passieve houding van partijen, de indruk van slachtoffers dat deze partijen eerder hadden moeten ingrijpen, maar pas in actie kwamen onder druk van de Treiteraankpak en het gevoel bij slachtoffers in de steek gelaten te zijn, waardoor zij zich duidelijk gekwetst voelden.

Een samenvatting van concrete aanbevelingen, ofwel 'Tien Gouden Regels', voor de omgang met slachtoffers of melders van potentiële treiterzaken:

1. Zorg voor erkenning van het slachtoffer en het leed dat hem/haar is aangedaan. Het is belangrijk hier aandacht aan te besteden alvorens op zoek te gaan naar oplossingen. Het melden van klachten is voor veel slachtoffers een grote stap en vaak is er twijfel. Het erkennen van slachtoffers helpt die twijfel weg te nemen. Benoem dit ook. "Het is goed dat u dit meldt".
2. Neem de tijd en luister naar wat slachtoffers kwijt willen. Registreer daarbij informatie op een zorgvuldige manier, zodat een slachtoffer niet steeds zijn verhaal opnieuw moet doen. De tijd nemen betekent ook het voorkómen van onderbrekingen in een persoonlijk gesprek: slachtoffers kunnen dit als diskwalificatie ervaren.
3. Betrek slachtoffers bij het proces. Verhelder de procedure, in dit geval van de Treiteraankpak. Biedt informatie en gelegenheid tot inspraak. De behoefte aan inspraak heeft te maken met de wens om de situatie te beheersen. Soms is dit vanuit angst: wat gaat er hierna gebeuren, wat krijgt de treiteraar hiervan mee? Zijn er gevolgen voor mij als slachtoffer? Inspraak is ook lastig omdat je niet alles kunt vertellen. Maar vertellen dat je niets kan of mag vertellen is ook informatie. Duidelijkheid werkt altijd.
4. Wees niet bang om informatie, zoals over de structuur en procedure, meerdere malen te herhalen. Informatie komt namelijk niet altijd meteen aan, mede als gevolg van de gemoedstoestand waarin slachtoffers verkeren. Slachtoffers die voortdurend onder spanning en stress staan zijn – vaak onbewust - selectief in wat ze horen.
5. Handel kordaat en doortastend, ook bij gezondheidsklachten en zorgvragen. In een ketenaankpak is het van belang ook de zorgpartners goed te betrekken en te gebruiken.
6. Ondersteun slachtoffers bij het terug helpen vinden van het gevoel van zelfcontrole. Leg nadruk op eigen kracht. Kijk bijvoorbeeld goed naar de momenten wanneer en situaties waarin mensen zich veilig of beter voelen. Stimuleer het zoeken naar sociale steun.
7. Zorg voor basale kennis bij professionals van normale stressreacties onder slachtoffers. Geef slachtoffers altijd de mogelijkheid om verder over hun gezondheidsklachten te spreken met een professional, zoals een huisarts of een medewerker van de GGD.
8. Biedt praktische ondersteuning bij het realiseren van materieel herstel (compensatie, teruggave) en immaterieel herstel (excuses).
9. Wees voorzichtig met toezeggingen. Snelle oplossingen zijn meestal niet voorhanden en het is van belang waar te maken wat je belooft. Sommige slachtoffers, zeer emotioneel, kunnen het gevoel oproepen dat je moet ingrijpen. Laat je niet verleiden tot toezeggingen. Niet waarmaken is funest voor je relatie met een slachtoffer. Weet dus ook wat je als professional wel en niet kan toezeggen.
10. Zorg voor een goede afronding van de Treiterzaak, afsluiting met het slachtoffer, bijvoorbeeld door na enige tijd terug te kijken en het proces te evalueren.

1.3.2 Als het ingewikkelder wordt: omgaan met bijzondere slachtoffers.

In de praktijk is het ene slachtoffer het andere niet, de resultaten van dit onderzoek onderbouwen dat. Er zijn bijvoorbeeld slachtoffers die extra kwetsbaar zijn vanwege – zoals al vermeld - problemen die los staan van de treitersituaties die er nog eens bovenop komt, psychische klachten of een verstandelijke beperking (zie ook 1.2). Er zijn ook slachtoffers die door hun weinig tactvolle gedrag weerstand oproepen bij anderen maar die niettemin slachtoffer zijn van uiterst nare situaties. Deze groep, extra kwetsbare, slachtoffers vraagt kortom meer van een professional dan anderen. Het "bieden van een luisterend oor" klinkt in die gevallen makkelijker dan het in de praktijk soms is, maar blijft ook hier essentieel. Naar aanleiding van de resultaten uit dit onderzoek en op basis van praktijkervaring heeft de GGD ten behoeve van de Treiteraankpak een typologie van bijzondere slachtoffers geformuleerd en hier concrete adviezen aan gekoppeld voor professionals. Het is van belang dat stadsdeelregisseurs, wijkagenten en corporatiemedewerkers niet zelf aan de slag gaan met deze typologie door melders van *potentiële* treitersituaties en slachtoffers van *daadwerkelijke* treitersituaties in te delen, maar in plaats daarvan advies vragen aan de collega van de GGD (in het kernteam). Dit zijn de verschillende typen:

1. **Emotionele slachtoffers.** Zijn voortdurend verdrietig. Huilen veel tijdens het gesprek, melden wanhoop en uitzichtloosheid.
 - ✓ Vraagt om empathie en ruimte: emoties kan je niet afkappen.
2. **Achterdochtige, soms verwarde slachtoffers.** Iedereen, het hele trappenhuis, heeft het op hen voorzien. De burens spannen samen. Er kan sprake zijn van complottheorieën. Lijkt soms onsamenhangend, maar er is vrijwel geen ruimte voor twijfel over de inhoud.
 - ✓ Vraagt altijd om opvolging door de GGD
3. **Agressieve slachtoffers.** Zij gaan het recht in eigen hand nemen. Zien een kordate, rigoureuze aanpak als een oplossing van het probleem. Melden dan ook "als jullie er niets aan doen regel ik het zelf wel".
 - ✓ Vraagt om begrip, maar verwerp elke vorm van agressief handelen
4. **Intimiderende, dwingende slachtoffers.** "Jullie gaan mijn probleem oplossen!", "Hoe heet je eigenlijk?", "Ik weet waar je werkt" of "wat voor opleiding heb je?".
 - ✓ Vraagt begrenzing en het benoemen van wederzijds respect. Zorg voor ondersteuning van collega's, leidinggevende.
5. **Langdradige, gedetailleerde slachtoffers.** Zijn precies, punctueel, langdradig en breedspakig. Wijden tot in de kleinste details uit over wat zij doormaken, willen concrete antwoorden op wat het melden van een treitersituatie voor hen zou kunnen betekenen en wat de gevolgen kunnen zijn. Geven aan voortdurend te twijfelen of melden wel de juiste keuze is en willen bedenktijd.
 - ✓ Biedt slachtoffers zoveel mogelijk deze bedenktijd, maar ook anonimiteit en veiligheid

1.4 Handvatten voor de aanpak

1.4.1 Volgens slachtoffers

Tijdens de screening is ook kort gesproken over de wijze waarop slachtoffers vinden dat de situatie is aangepakt. Slachtoffers benadrukken het gevoel, vóór de Treiteraankpak, jarenlang in een hopeloze situatie te hebben verkeerd, waarbij ze alle wegen voor mogelijke oplossingen hadden bewandeld. Ondanks de teleurstelling over het voortraject (d.w.z. totdat de Treiteraankpak startte) zegt 78% dat de

situatie uiteindelijk op een voldoende manier is aangepakt (gemiddeld een 7.1). In de verdiepende interviews herhalen slachtoffers dan ook vooral hun waardering voor de Treiteraankpak, wat waarschijnlijk het voldoende rapportcijfer verklaart. Door de Treiteraankpak kwam immers beëindiging van de treitersituatie in zicht. Slachtoffers waarderen de Treiteraankpak, zowel de werkwijze als het uiteindelijke resultaat, dus als zeer positief. Naast hun algemene waardering en vaak ook dankbaarheid beschrijven de slachtoffers een aantal specifieke succesfactoren en verbeterpunten (zie hst. 8 voor een toelichting):

Succesfactoren Treiteraankpak

- De Treiteraankpak functioneert als een 'versneller',
- Slachtoffers staan centraal,
- Aandacht voor goede dossieropbouw,
- Betrokken, bevlogen professionals,
- Zorgen voor continuïteit, steeds anticiperend op de volgende stappen (regie),

Verbeterpunten Treiteraankpak

- Sommige slachtoffers geven aan vaker op de hoogte gehouden te willen worden van de stand van zaken, voortkomend uit het feit dat zij behoefte hebben aan perspectief.
- Hier aan verwant is de aanbeveling om slachtoffers waar mogelijk inspraak en invloed te geven.
- Volgens een aantal slachtoffers is de Treiteraankpak nog onvoldoende bekend; zij geven bijvoorbeeld aan dat de vindbaarheid van de Treiteraankpak op het Internet beter kan.
- Een aantal slachtoffers noemde dat zij eerder het contact met andere bureaus hadden willen hebben, meer momenten samen hadden gewild. Zij lijken daarmee te suggereren dat dit gefaciliteerd had moeten of kunnen worden, hoewel dit niet zo expliciet naar voren komt uit de verslagen.
- Gekoppeld aan het vorige punt; sommige slachtoffers vinden het moeilijk dat er aandacht uitgaat naar de zorg- en begeleidingsbehoefte van treiteraars. Ze stellen dat ook het hulpverleningsaanbod voor slachtoffers (beter) onder de aandacht gebracht kan worden, met name een aanbod specifiek gericht op kinderen.

1.4.2 Overige handvatten

- Uit de inventarisatie van dossiers bleek dat niet alle door de Treiteraankpak aangemerkte slachtoffers bekend waren bij de GGD. Uit het onderzoek blijkt bovendien dat een aantal slachtoffers ook gedurende langere tijd na afsluiting van de Treiteraankpak ernstige gezondheidsproblemen blijft houden. Voor de GGD is dit aanleiding om samen met de partners in de Treiteraankpak te bekijken hoe slachtoffers eerder en beter in beeld te krijgen. De gedachte gaat enerzijds uit naar een intensievere benadering en begeleiding van slachtoffers op het moment dat in het kader van de Treiteraankpak een buurtonderzoek plaats vindt, door hierin onderzoek naar gezondheidsrisico's bij slachtoffers mee te nemen.⁷ Anderzijds gaat de gedachte uit naar een interview met slachtoffers als standaard onderdeel van de procedure die leidt tot afsluiten van een Treiterzaak.
- Een aantal slachtoffers gaf aan het moeilijk te hebben gevonden om vertrouwen te hebben in een partij (in dit geval de GGD) die zich ook inzette voor de treiteraars. Het is van belang slachtoffers voor te

⁷ Een buurtonderzoek wordt verricht om na te gaan of er meerdere omwonenden - en wie precies - slachtoffer zijn van de vermeende treiteraars(s).

lichten over de verschillende rollen en taken die één partij kan uitvoeren en te bekijken of en hoe dit beter kan.

- In hoofdstuk zeven wordt op basis van een aantal kenmerken de parallel getrokken tussen Treiterzaken en bepaalde vormen van huiselijk geweld. Huiselijk geweld kent als fenomeen een langere onderzoekstraditie, ook als het gaat om de ontwikkeling en implementatie van effectieve interventies. Het is te overwegen kennis te nemen van het arsenaal aan interventies dat in dat domein bekend is en = indien van toepassing - de instrumentenkoffer van de Treiteraankpak daarmee uit te breiden.⁸

⁸ Het Ministerie van VWS beheert bijvoorbeeld een databank met effectieve interventies in de aanpak van huiselijk geweld: <http://www.huiselijkgeweld.nl/interventies/effectieve-interventies>

Inhoud

1 Samenvatting & conclusies	2
1.1 Impact van treiterzaken op slachtoffers	3
1.1.1 Gedurende een treiterzaak	3
1.1.2 Na afloop van de treiterzaak	5
1.2 Hoe gaan slachtoffers om met treitersituaties?	5
1.3 Praktische handvatten voor professionals	6
1.3.1 Gouden regels voor professionals in de omgang met slachtoffers.	6
1.3.2 Als het ingewikkelder wordt: omgaan met bijzondere slachtoffers.	8
1.4 Handvatten voor de aanpak	8
1.4.1 Volgens slachtoffers	8
1.4.2 Overige handvatten	9
2 Achtergrond onderzoek	13
2.1 Probleemstelling	14
2.2 Doel van het onderzoek	14
2.3 Vraagstelling	14
3 Verantwoording	15
4 Screening van slachtoffers afgesloten treiterzaken	16
4.1 Respons	16
4.2 Resultaten	17
5 Verdiepende interviews met slachtoffers afgesloten treiterzaken	19
5.1 Treitersituatie	19
5.2 Coping: hoe gaan de slachtoffers om met het treiteren?	21
5.3 Gevolgen voor de slachtoffers	23
6 Dossiers van slachtoffers in lopende treiterzaken	28
6.1 Treitersituatie	28
6.2 Coping: hoe gaan de slachtoffers om met het treiteren?	29
6.3 Gevolgen voor de slachtoffers	30
6.4 Bijzondere slachtoffers	31
7 Quick-scan literatuur	33
8 Extra handvatten voor de aanpak	36
9 Referenties	39

Dankwoord	40
Bijlage 1 Onderzoeksverantwoording	41
Bijlage 2 Quick-scan literatuur	44

2 Achtergrond onderzoek

Sommige mensen worden herhaaldelijk geconfronteerd met ernstige treiterijen, intimidatie, bedreigingen of zelfs geweld in de buurt. Gemiddeld heeft 5% van de bewoners in Nederland 'vaak' overlast van omwonenden, in de grote steden is dat rond de 9%.⁹ In de jaren 2011-2013 betrof het rond de 10% van de Amsterdammers die aangaf vaak overlast te ondervinden van omwonenden (O&S). Voor een kleine groep bewoners gaat de intimidatie in de woonomgeving zo ver dat zij geen andere uitweg zien dan verhuizen. In Amsterdam is op 1 januari 2013 een nieuwe aanpak gestart om dergelijke excessieve vormen van intimidatie in de woonomgeving tegen te gaan en te voorkómen dat slachtoffers zich genoodzaakt voelen om te verhuizen. Deze aanpak heet de Treiteraankpak. Kern van de Treiteraankpak is dat de treiteraar door de aanhoudende aandacht en druk vanuit de gemeente en samenwerkingspartners het gedrag verandert, stopt met het intimideren van burens of buurtbewoners en dat - als andere oplossingen niet werken - het uiteindelijk de treiteraar is die (gedwongen) uitwijkt naar een andere plek in plaats van de getreiterde. Dit uitgangspunt illustreert tevens een van de belangrijkste punten waarop de Treiteraankpak zich onderscheidt van eerdere aanpakken in dit domein, namelijk dat niet de daders maar de slachtoffers van treitersituaties centraal staan.

De Treiteraankpak in het kort

De Treiteraankpak is een vernieuwende aanpak om intimidatie in de directe woonomgeving tegen te gaan. Dossiers worden volgens het procesmodel ingedeeld in drie categorieën, corresponderend met de zwaarte / complexiteit van de problematiek:

- 1 Overlastzaken (burenruzies, eenvoudiger vormen van burenoverlast en relatief onschuldige vormen van jeugdoverlast) die op grond van de criteria buiten de Treiteraankpak vallen;
- 2 Zwaardere zaken, die voldoen aan de criteria voor de Treiteraankpak en waarvoor gecoördineerde interventies nodig zijn;
- 3 De meest complexe en heftige treiterzaken, namelijk de zaken die voldoen aan de opschalingscriteria. De 'gewone' (woon)overlastzaken, onder 1), behoren niet tot de Treiteraankpak. Zwaardere zaken, categorie 2) worden opgepakt binnen de Treiteraankpak, onder regie van een stadsdeelregisseur (SDR), om te beginnen om te onderzoeken of deze zaken voldoen aan de criteria voor de Treiteraankpak en vervolgens met als doel om de treitersituatie te beëindigen. Zaken onder 3) zijn de meest complexe treiterzaken, die ondanks inspanningen en onder regie van de stadsdeelregisseur niet of niet snel genoeg kunnen worden opgelost. Deze laatste categorie zaken wordt opgeschaald naar het stedelijke top-10 team. Op deze drie niveaus moet de Treiteraankpak er voor zorgen dat (i) slachtoffers van intimidatie in de woonomgeving zich beschermd weten door de overheid; (ii) daders door de aanhoudende aandacht die zij ervaren van de overheid hun gedrag veranderen en dus stoppen met het intimideren van burens of buurtbewoners; (iii) er snel en zichtbaar een einde gemaakt wordt aan dergelijke situaties; (iv) als andere oplossingen niet werken, het uiteindelijk de dader is die (gedwongen) verhuist in plaats van het slachtoffer.

⁹ CBS, Veiligheidsmonitor 2011.

2.1 Probleemstelling

Gedurende de aanpak is op casusniveau – in de uitvoering - duidelijk geworden dat sommige slachtoffers als gevolg van de chronische intimidatie gezondheidsproblemen ontwikkelen. Bij hen is de balans tussen draagkracht en draaglast (tijdelijk) verstoord. Het is echter niet duidelijk hoe groot of ernstig het probleem onder slachtoffers van treiteraars is. Dat wil zeggen, in de meeste gevallen is het ontwikkelen van gezondheidsklachten een normale en voorbijgaande reactie op de stress die een langdurige en complexe treitersituatie met zich mee brengt. De meeste mensen zijn bovendien veerkrachtig en zelfredzaam; slechts een minderheid van de slachtoffers zal naar verwachting klachten ontwikkelen van meer chronische aard die bovendien het dagelijks leven ernstig in de war schoppen. In dat geval kan worden gesproken van een stoornis, zoals de posttraumatische stress stoornis (PTSS). Het is niet bekend of slachtoffers van treitersituaties ook na afsluiten van de treiterzaak gezondheidsklachten behouden (of alsnog ontwikkelen), hoe ernstig deze klachten zijn, om welke klachten het gaat en in welke mate zij een gebrek aan hulp/ondersteuning voor deze klachten hebben of ervaren.

2.2 Doel van het onderzoek

De impact van treitersituaties in termen van gezondheidsrisico's voor slachtoffers in kaart brengen, teneinde het instrumentarium binnen de Treiteraankpak uit te breiden c.q. verder te professionaliseren.

2.3 Vraagstelling

De hoofdvragen die dit onderzoeksrapport beantwoordt zijn:

1. Welke impact heeft ernstige intimidatie in de woonomgeving op slachtoffers?
 - a. Na afloop van een treitersituatie.
 - b. Gedurende een treitersituatie.
2. Hoe gaan slachtoffers om met het treiteren?
3. Wat zijn praktische handvatten voor professionals in de omgang met slachtoffers?
 - a. In het algemeen (Gouden Regels).
 - b. In geval van bijzondere slachtoffers.

3 Verantwoording

Vanuit de insteek dat treiteraars een ramp zijn voor hun omgeving en daarmee (dus) ook gezondheidsschade kunnen berokkenen aan personen in die omgeving, heeft de GGD gekozen voor een onderzoek dat qua opzet vergelijkbaar is met de wijze waarop dit zou worden ingericht tijdens de nazorgfase na een ramp of andere ingrijpende gebeurtenis. De basis voor het onderzoek werd gevormd door een vrijwillige screening van slachtoffers van afgesloten treitersituaties, met in aansluiting daarop een verdiepend interview indien slachtoffers daartoe bereid waren. De screening en het verdiepende interview schetsen een beeld van de impact van het treitergedrag op slachtoffers op het moment dat de treitersituatie was beëindigd (**onderzoeksvraag 1a**). Dit vanuit het uitgangspunt dat slachtoffers in principe zelfredzame, veerkrachtige individuen zijn die na het afsluiten van de Treiterzaak in de meeste gevallen zullen herstellen. Om daarnaast inzicht te krijgen in de gezondheidsrisico's tijdens treiterzaken (**onderzoeksvraag 1b**), is naast de screening en interviews ook gebruik gemaakt van informatie uit geanonimiseerde cliëntdossiers (casusbeschrijvingen) van slachtoffers die door de GGD zijn gezien in het kader van lopende treiterzaken. De vraag hoe slachtoffers omgaan met het treiteren (**vraag 2**) en praktische handvatten voor professionals ten aanzien van de omgang met slachtoffers (**onderzoeksvragen 3a/b**) werden beantwoord door informatie uit de screening, de verdiepende interviews en de geanonimiseerde cliëntdossiers te combineren en aan te vullen met informatie uit een beperkte literatuurstudie (quick-scan literatuur). Een uitgebreidere onderzoeksverantwoording is opgenomen in **bijlage 1**.

4 Screening van slachtoffers afgesloten treiterzaken

Kernpunten

Een aantal slachtoffers van Treiterzaken meldt ook nadat de treiterzaak is afgelopen gezondheidsklachten. Bij drie van 19 gescreende slachtoffers (16%) is sprake van *ernstige* psychische klachten. Op de vraag of slachtoffers sinds de overlastsituatie gezondheidsklachten hebben die zij daarvoor niet hadden, antwoorden 10 personen (53%) dat dit inderdaad het geval was. Deze groep legt dus zelf een verband tussen de Treitersituatie en de persoonlijke gezondheidsproblemen. Bij acht gescreende slachtoffers (42%) is een zorgaanbod geïndiceerd. Op één persoon na blijken al deze slachtoffers voldoende in zorg te zijn, zodat een verwijzing naar professionele hulp voor hen niet nodig is. Een ruime meerderheid van de slachtoffers geeft verder aan tevreden te zijn over het eigen functioneren: 83% beoordeelt het eigen functioneren met een voldoende rapportcijfer. Bovendien spreken slachtoffers met klachten de verwachting uit dat met het verstrijken van de tijd klachten (verder) zullen slijten.

4.1 Respons

Er waren 51 adressen beschikbaar van slachtoffers in beëindigde treiterzaken (34 unieke adressen in het oorspronkelijke adressenbestand en later 17 aanvullingen via stadsdeelregisseurs). In totaal zijn 19 slachtoffers gescreend.¹⁰ Dit is de uitkomst van een benadering die bestond uit achtereenvolgens schriftelijke uitnodigingen, tenminste twee onaangekondigde huisbezoeken, benadering via stadsdeelregisseurs en een beloning met een VVV-cadeaubon.

Zeker zes slachtoffers gaven expliciet te kennen niet mee te willen werken aan het onderzoek, in vier gevallen met als opgaaf van reden dat er nu geen sprake is van (gezondheids)klachten, dat men blij is dat de treitersituatie is opgelost, dat men tevreden is over de aanpak en dat de poging van de gemeente om de slachtoffers in het kader van dit onderzoek te zien door hen wordt gewaardeerd.

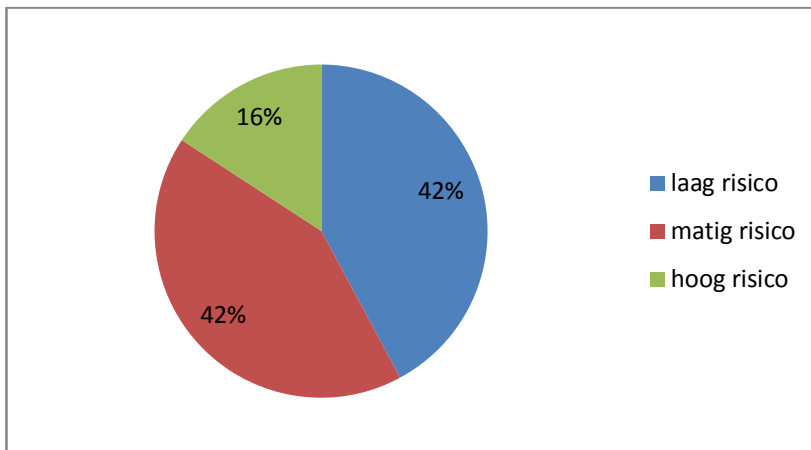
Hoe zijn psychische klachten gemeten?

In de screening is de internationale vragenlijst de K10 (Kessler et al., 2002) gebruikt om veel voorkomende psychische klachten te meten. Deze vragenlijst meet psychische klachten in de maand voorafgaand aan het onderzoek, in het bijzonder depressieve klachten en angstklachten. Iemand die nooit last heeft van één van de genoemde klachten haalt een score van 10. Vanaf een score van 16 wordt gesproken van milde klachten, scores vanaf 30 zijn een aanwijzing voor ernstige klachten.

¹⁰ Omdat het precieze aantal bewoners van deze adressen niet bekend is, kan een responspercentage niet worden berekend.

4.2 Resultaten

Onder de 19 gescreende slachtoffers zijn 10 vrouwen (53%). Slachtoffers zijn op moment van screening gemiddeld 50 jaar oud, met een minimum van 28 en een maximum van 74. De gemiddelde score op de K10 voor deze respondenten is 21, met een risicoverdeling als weergegeven in figuur 1. Uit deze figuur blijkt dat 3 personen (16%) op het moment van de screening ernstige klachten hebben. Dit lijkt een stevig percentage¹¹, hoewel het resultaat waarschijnlijk iets vertekend is doordat slachtoffers met wie het goed gaat en die geen (gezondheids)klachten hebben minder geneigd lijken om aan dit onderzoek mee te werken. Op de vraag of zij sinds de overlastsituatie lichamelijke of geestelijke klachten opmerken die hij/zij voor de treitersituatie niet hadden, antwoorden 10 slachtoffers (53%) dat dit inderdaad het geval is. Iets meer dan de helft van de slachtoffers legt dus zelf een verband tussen het feit dat men gedupeerde is in een treitercasus en het feit dat gezondheidsklachten ontstonden.



Figuur 1. Risico op angststoornis, depressie (N=21).

Bij acht personen (42%) is op basis van de screening een zorgaanbod geïndiceerd. Van een indicatie is namelijk al sprake bij een totale K10-score van 25 of hoger, of indien een slachtoffer meestal/altijd belemmeringen benoemt bij sociale activiteiten in combinatie met een totale K10-score van 20 of hoger. Op één persoon na zijn personen mét een zorgindicatie voor deze klachten voldoende in zorg, zodat een verwijzing voor hen niet nodig is. Actuele behandelaars die meer dan eens worden genoemd zijn huisartsen (al dan niet met een praktijkondersteuner GGZ), psychologen en fysiotherapeuten. Eén persoon is op het moment van screening niet in zorg. De bij deze screening betrokken SPV geeft aan dat hij betrokkene wel een aantal keer heeft gesproken en een aanbod heeft gehad, maar dat het slachtoffer twee afspraken met hulpverlening niet is nagekomen. Het slachtoffer in kwestie kent de weg en neemt desgewenst alsnog contact op voor een afspraak.

Een aantal vragen in de screening gaat over eventuele veranderingen in het gedrag van slachtoffers sinds de overlastsituatie. Uit die vragen komt naar voren dat één persoon (van de in totaal 19 gescreende slachtoffers) meer is gaan drinken; vier personen zijn meer gaan roken en vijf slachtoffers zijn sinds de

¹¹ Ter vergelijking: van de totale Amsterdamse bevolking rapporteert doorgaans ongeveer 7% ernstige klachten (GGD Amsterdam, 2013).

overlastsituatie medicijnen gaan gebruiken voor psychische klachten. Andere reacties sinds de overlastsituatie waar mensen zich zorgen over maken en die meer dan eens worden genoemd tijdens de screening zijn:

- Extra alertheid en schrikachtig reageren op geluiden (bijv. deurbel), tot minstens een half jaar na stoppen van de treitersituatie.
- Agressieve gevoelens, boosheid, prikkelbaar en opvliegend gedrag,
- Piekeren bij het slapen gaan of wakker worden, slapeloosheid,
- Lichamelijke aandoeningen (psoriasis (huid), haaruitval) getriggerd door stress,
- Sociale gevolgen (relatieproblemen, zorgen om kinderen),

Ondanks de ernstige (sub)acute gevolgen van het treitergedrag voor het welzijn van slachtoffers, is op het moment van screening een ruime meerderheid tevreden over het eigen functioneren: 83% beoordeelt zijn/haar functioneren met een voldoende rapportcijfer (gemiddeld een 7.5). Slachtoffers met klachten spreken de verwachting uit dat met het verstrijken van de tijd klachten (verder) zullen slijten.

5 Verdiepende interviews met slachtoffers afgesloten treiterzaken

Kernpunten

Een reeks van tien interviews in aansluiting op de screening verrijken de resultaten van de screening en schetsen een nauwkeurig beeld van de impact van treitersituaties. Tijdens de treiterzaken verkeerden slachtoffers in een constante staat van angst en alertheid. Omdat het treiteren plaatsvond in de eigen woonomgeving, waren zij continu op hun hoede, zowel overdag als 's nachts. Verder beschrijven slachtoffers dat ze gedurende de treitersituatie veel stress en vaak neerslachtige gevoelens hadden. Daarnaast noemden ze nervositeit, emotionele instabiliteit, prikkelbaarheid, paniekaanvallen en gedachten aan suïcide. Lichamelijke gevolgen waren er ook, zoals maagklachten, hoofdpijn, hyperventilatie, pijn op de borst, (chronisch) slaapgebrek en (over)vermoeidheid. Kijkend naar de gevolgen op andere leefgebieden, vallen met name de gevolgen voor het gezinsleven en sociale gevolgen op. Vooral in de gezinnen met kinderen heeft de treitersituatie voor onderlinge spanningen gezorgd. Dat geldt voor opvoeders onderling, maar ook omdat opvoeders/ouders zich grote zorgen maakten over de veiligheid van hun kinderen, waardoor de kinderen veelal minder bewegingsvrijheid kregen. Tenslotte hebben - bij een aantal respondenten – prestaties op het werk/studie geleden onder de treitersituatie.

In totaal zijn tien slachtoffers van afgesloten treiterzaken geïnterviewd. Gedurende de interviews vertelden de slachtoffers over de treitersituatie, de manieren waarmee zij met het getreiter omgingen en de gevolgen van de situatie, ook nadat een treitersituatie is beëindigd. Ook gaven ze tips en handvatten voor professionals binnen de Treiteraankpak, maar ook voor slachtoffers die in een eenzelfde situatie als zij verkeren (hst. 8). Slachtoffers vonden het goed om eens terugblikkend het hele verhaal te kunnen vertellen aan een neutrale gesprekspartner. Het interview raketde echter veel op; slachtoffers waren regelmatig geëmotioneerd tijdens het interview.

5.1 Treitersituatie

De slachtoffers hebben jarenlang te maken gehad met ernstige geluidsoverlast, bedreigingen, vernieling van hun eigendommen, stalking, vernederingen en andere ernstige vormen van intimidatie. De tijdsduur varieert van anderhalf jaar tot 11 jaar. Een aantal slachtoffers is fysiek aangevallen door de dader. De slachtoffers beschrijven de treitersituatie als beangstigend en zeer ingrijpend, waarbij met name de lange duur, de ernst van de intimidatie en de constante nabijheid van de dader een grote rol spelen.

"Dat is het hele punt natuurlijk, dat het in je eigen veilige woonomgeving gebeurt. Als het één keer in de trein of in het centrum of waar dan ook is, dan maakt dat niet uit. Maar het is jouw plekje en dat is natuurlijk hetgeen wat bedreigend is."

De meeste geïnterviewde slachtoffers hadden te maken met zeer ernstige intimidatie door hun burens. In twee andere gevallen betrof het homodiscriminatie door buurtjongeren.

Zeer ernstige intimidatie door directe burens

In de meeste treitersituaties waren daders en slachtoffer directe burens. De slachtoffers beschrijven de daders doorgaans als mensen met ernstige psychiatrische problematiek, die overlast voor de hele woonomgeving veroorzaken en zich daarnaast ook specifiek richten op de geïnterviewde slachtoffers. Hieruit blijkt andermaal het belang van buurtonderzoek. Zo veroorzaken de daders in de eerste instantie veelal geluids- of stankoverlast, lijkt er sprake van huiselijk geweld als de dader een huisgenoot heeft of gedraagt de dader zich vreemd of asociaal op straat of in het trappenhuis. In de meeste gevallen begint het treitergedrag specifiek gericht op het geïnterviewde slachtoffer (en zijn/haar gezin) vanaf het moment dat slachtoffer de dader op zijn/haar gedrag aanspreekt. Soms is er geen duidelijk startmoment of aanleiding; de dader krijgt het slachtoffer 'zomaar' in het vizier.

"In het begin was het alleen verbaal, dat hij zei van: 'Ik ga je huis in brand steken.' En hij heeft ook wel dingen gezegd als: 'Ik ga je verkrachten.' Maar dat hij op een gegeven moment ook tegen mijn deur aan ging schoppen, dat vond ik echt heel heftig en dan was ik echt bang."

"Toen kwam het allergeest en dat was het vernielen van mijn auto. Iedere keer als ik de politie had gebeld voor de harde muziek, kwam er weer een deuk of een kras. Nou, dat werd steeds erger, de krassen werden dieper en groter en langer en breder. Voor duizenden euro's heeft hij aan die auto vernield."

"Dus ik loop de gang op, ik zeg: kan het niet wat rustiger? Meer vraag ik niet. Toen liep hij naar boven toe en toen heeft hij me in mijn gezicht gespuugd. Dat is zo smerig, echt goor gewoon. Het voelt alsof je aangerand wordt."

"En hij grijpt mijn buurvrouwje. Geschopt, geslagen, alles. En toen schreeuwde ze: help me, help me. Ik naar beneden, ziet hij mij, hij stapt over haar heen en hij grijpt mij. Ik heb een beuker op mijn rug gehad en hier."

Homodiscriminatie door buurtjongeren

In twee gevallen betrof het homomannen die getreiterd werden door jongeren uit de buurt. De slachtoffers werden uitgescholden, bedreigd en hun eigendommen werden vernield. Het treiteren vond altijd plaats in groepsverband, in de woon- of werkomgeving van de slachtoffers.

"Dat waren vooral scheldpartijen, maar ook dreigementen. Dat was heel erg infrequent, maar dat duurde misschien een jaar. Totdat het in één keer uit de hand ging lopen, want toen werden het dreigementen. Toen stonden ze op een gegeven moment, met z'n twaalven me op te wachten van: 'we gaan je hoeken homo'."

De treitersituaties ontstonden nadat de mannen gingen samenwonen met hun vriend; hierdoor werden ze voor hun woonomgeving meer zichtbaar als homoseksueel. De slachtoffers wisten dat ook andere buurtbewoners last hadden van deze jongeren, al was de overlast dan niet specifiek gericht tegen hun seksuele geaardheid. Deze treitersituaties werden beëindigd door bemiddeling van een jongerenorganisatie.

5.2 Coping: hoe gaan de slachtoffers om met het treiteren?

Coping is een gangbaar begrip uit de psychologie, waarmee wordt verwezen naar de manier waarop iemand met problemen en stress omgaat. Uit dit onderzoek blijkt dat slachtoffers op verschillende manieren met het treiteren om gingen, onder andere:

- Vermijden van de treiteraar
- Confrontatie juist niet uit de weg gaan
- Steun zoeken in hun omgeving
- Overwegen te) verhuizen

Hierna volgt een korte toelichting op elke vorm, met daarbij de opmerking dat we op basis van de informatie in dit onderzoek geen uitspraken kunnen doen over de effecten van specifieke vormen van coping voor de gezondheid van slachtoffers. Aanpassing van het eigen gedrag bijvoorbeeld (het laatste voorbeeld) sluipt er in, bedoeld om escalatie te vermijden. Dit heeft natuurlijk grote impact op het leven; de treitersituatie wordt onderdeel van (de manier van) leven van slachtoffers. Uiteindelijk is het niet effectief; de treitersituatie gaat er niet door voorbij.

Vermijden van de treiteraar

De meest genoemde manier van aanpassing is het vermijden van de dader. Het geheel vermijden van de treiteraar is in de meeste gevallen echter onmogelijk omdat de treiteraar zo dichtbij woont. Wat beter lukt is dat slachtoffers zo min mogelijk de confrontatie met de treiteraar proberen aan te gaan, niet langs het huis of de voordeur van het slachtoffer te lopen, geen gebruik meer te maken van de eigen tuin, weg te vluchten naar de camping of om te lopen als ze de treiteraar op straat zien.

Slachtoffers geven terugblikkend aan, dat zij zodoende een geruime tijd hun eigen gedrag hebben aangepast. Ze omschrijven hoe het treiteren (ondergaan) zodoende onderdeel werd van hun leven, waarbij het heel 'normaal' werd om het eigen gedrag aan te passen. Zo hielden de eerdergenoemde homoseksuele mannen elkaars hand niet meer vast op straat, probeerden slachtoffers zelf heel stilletjes in hun eigen huis te wonen of gingen ze niet meer sporten, uit eten of naar verjaardagen omdat ze de kinderen niet alleen wilden laten;

"Ik vond het als vader heel normaal dat ik wist van kinderen komen uit school, dan ga ik ze bellen en dan van waar fiets je nu, oké, we fietsen nu, hier verderop is een pleintje en als ze dan daar waren, dan zeg ik van oké, dan blijven we nu aan de lijn, net zolang tot ze veilig binnen waren. Ik heb ook periodes gehad dat ik zorgde dat ik wegging van m'n werk om een uur of 15.00 zodat ik hier thuis kwam uit m'n werk en zorgen dat er iemand thuis was om maar te zorgen dat er geen confrontatie tussen die kinderen kon zijn en hem."

Pas achteraf, nu de treitersituatie voorbij is, ervaren de slachtoffers hoe het is om in alle rust te kunnen wonen en leven in de eigen woonomgeving en beseffen ze hoe groot de invloed van het treitergedrag op hun leven was. Soms voelt het woongenot nog onwerkelijk aan, na jaren van getreiter.

"De eerste paar weken [na vertrek van de treiteraar] waren we nog precies in diezelfde alertheidsfase. In januari konden we het niet geloven, pas ergens in februari begon het zo van, nou, het is echt wáár, wat een rust."

Confrontatie niet uit de weg gaan

Met name slachtoffers met een strijdbare houding besloten de confrontatie met de treiteraar juist niet uit de weg te gaan. Ze waren doorgaans niet bang voor de treiteraar en hoopten het gedrag van de treiteraar te veranderen.

"Ik wil dan wel gewoon een gesprek met die jongeren waar ze dan inderdaad kunnen zeggen dat het hen spijt. Ik heb met die jongeren gezeten. Het was dan niet echt van: het spijt ons of sorry of iets dergelijks, maar in ieder geval wel een eerste contact. Maar mijn doel was nog steeds om met die jongens in gesprek te zijn over wat ze doen en wat voor impact dat heeft op mensen. Dus toen werd mijn rol eigenlijk als slachtoffer ook een soort van opvoeder."

"Ik heb zelf op een gegeven moment, ben ik op mijn balkon gaan zitten. Ik heb binnen muziek op gezet, keihard, en de deur open, toen kon hij zijn eigen muziek niet meer horen. Dus eigenlijk een koekje van eigen deeg gegeven. En dat heb ik één keer gedaan en toen is de geluidsoverlast gelukkig verminderd."

"Als we naar de politie hadden gemeld, we hadden ook aangifte gedaan of we hadden gesprekken gehad met de woningbouw of met Treiteraapak, dan zorgde ik er altijd voor dat de eerste confrontatie met het gezin met mij was. Dus als ik hoorde dat hij naar buiten ging, ging ik expres naar buiten, laat die eerste confrontatie maar met mij zijn, niet met mijn vrouw of kinderen. Ik kan het hebben en ik hoef niet bang te zijn. Dat deed ik echt expres. Dan hoorde ik z'n stem en ik hoorde de deur dichtslaan en dan ging ik expres naar de brievenbus of naar de auto."

De geïnterviewde slachtoffers blikken positief terug op deze manier van coping, ook al bleef het gewenste resultaat vaak uit. Ze voelden zich krachtig, strijdbaar, niet alleen maar slachtoffer:

"Ik denk dat wat het voor mij opgeleverd heeft, is dat ik er op een positieve manier op terug kan kijken. Me niet alleen als slachtoffer heb gevoeld, maar inderdaad ook de kracht heb gehad om van slachtoffer in actie over te gaan."

Een aantal mannelijke slachtoffers gaf verder aan dat ze veel moeite hadden gehad om het treitergedrag niet met fysiek geweld te beantwoorden, maar dat ze zichzelf konden bedwingen omdat ze wisten dat de treiteraar 'een klap voor z'n kop geven' alleen maar zou zorgen voor verdere escalatie.

Steun zoeken binnen eigen netwerk

Diverse slachtoffers beschrijven hoe ze steun zochten in hun (sociale) netwerk, bijvoorbeeld door de treitersituatie te bespreken met vrienden, burens of de huisarts. De homoseksuele mannen gaven aan dat zij direct veel steun vanuit hun sociale netwerk ontvingen; het was duidelijk voor iedereen dat hen onrecht was aangedaan. Voor de andere slachtoffers was sociale steun minder vanzelfsprekend. Vrienden en kennissen leken niet goed te begrijpen hoe ernstig de situatie was en hoeveel impact het getreiter op het slachtoffer had. Met name voor de alleenwonende slachtoffers was dit moeilijk; het leek wel alsof niemand begreep wat zij doormaakten. De echtparen konden gemakkelijker steun bij elkaar vinden, zij verkeerden immers beiden in dezelfde situatie.

"Met andere mensen had ik vaak het idee van: mensen begrijpen niet zo goed hoe het is, want als je zegt van: 'Mijn buurman heeft de hele nacht geschreeuwd, dan kan je niet slapen'. Maar dat dat zolang duurde en dat ik daar zo gestrest van raakte, dat kwam vaak niet aan bij mijn omgeving. Dat ik het eng vond en dat het een

blijvend iets was, zeg maar. Dus dat vond ik ook wel lastig, dat ik niet het idee had van: ik word gehoord daarin."

"Je vertelt het en dan, als mensen dat niet mee hebben gemaakt, kunnen ze ook niet helemaal bevatten wat een impact dat heeft. Ik heb het op een gegeven moment opgegeven omdat ik niet zat te wachten op het antwoord van 'als het mij overkomt, dan zou ik hem een mes in z'n rug steken' of 'ik zou hem helemaal in elkaar slaan'."

Veel van de daders maakten meerdere slachtoffers in hun woonomgeving. De geïnterviewde slachtoffers geven aan dat de sociale cohesie onder deze burens of buurtgenoten groeide gedurende de treitersituatie. Het ene slachtoffer had meer last van de dader dan de andere, maar als slachtoffers onder elkaar begrepen ze precies hoe ernstig de situatie was. Bovendien werkten burens en buurtgenoten vaak samen om in het kader van de Treiteraankpak een oplossing te vinden voor de situatie. Ze hielden gezamenlijke logboeken bij, hielden gezamenlijke gesprekken met politie en gemeente en onderhielden regelmatig contact met elkaar dan voor de treitersituatie. In een paar situaties hielden de burens zich juist bewust afzijdig; dit versterkte het gevoel van er 'alleen voor staan' bij de slachtoffers.

(Overwegen te) verhuizen

Veel slachtoffers hebben overwogen te verhuizen, één echtpaar is ook daadwerkelijk verhuisd. Doordat ze getreiterd werden door jongeren uit de buurt, had de buurt afgedaan als veilige en prettige woonomgeving. De slachtoffers voelden zich er niet meer thuis. Voor de andere slachtoffers die getreiterd werden, was zelf verhuizen met name een overweging wanneer de treitersituatie het meest hopeloos leek. Soms kwam dit door het gedrag van de treiteraar, soms doordat er geen enkele oplossing meer in zicht leek. Verhuizen en het zoeken naar een nieuwe woning lijken echter onbevredigende coping strategieën voor de slachtoffers:

"Het voelt ook wel op een bepaalde manier van zwak. Het is wel de easy way out. Daarom, toen jij zei van: is het de makkelijkste manier? Ja, de makkelijkste manier is om te verhuizen. Het is niet dat ik trots ben dat ik ben gaan verhuizen, dat ik dat als een statement zie van: en nu ben ik verhuisd. Ik zie het eerder als een zwakgebod."

"Het heeft ook geresulteerd dat wij heel naarstig op zoek zijn geweest naar andere woningen, wat ook weer een heleboel frustratie gaf. Want dan kom je erachter hoe moeilijk in Amsterdam en omstreken het is om überhaupt snel weg te willen."

Lang niet alle slachtoffers overwogen een verhuizing. Voor hen is er geen sprake van dat zij zelf zouden vertrekken, bijvoorbeeld omdat ze al decennia in hun huis wonen, omdat ze het als onrechtvaardig beschouwen dat slachtoffers moeten verhuizen maar voornamelijk omdat zij goede hoop hebben dat de treitersituatie eindig is. Overwegen zelf te verhuizen lijkt met name relevant voor die slachtoffers die alle hoop hebben verloren of voor degenen voor wie de impact van het treiteren te groot was.

5.3 Gevolgen voor de slachtoffers

De geïnterviewde slachtoffers beschrijven de treitersituatie als een traumatische gebeurtenis die gedurende en soms ook na afloop van de situatie gevolgen had voor hun welbevinden. In deze paragraaf

wordt een onderscheid gemaakt tussen de gevolgen voor de slachtoffers *gedurende* de treitersituatie en de gevolgen *nadat de treitersituatie is beëindigd*.

Gevolgen gedurende de treitersituatie

Alle slachtoffers geven aan dat de treitersituatie enorme impact had op hun leven en welbevinden. Ze ondervonden gevolgen op het gebied van:

- Psychisch welbevinden
- Lichamelijk welbevinden
- Gezinsleven
- Werk en studie
- Sociaal leven

Psychische gevolgen

De slachtoffers beschrijven hoe ze gedurende de treitersituatie in een constante staat van angst en alertheid verkeerden. Omdat het treiteren plaatsvindt in de eigen woonomgeving, zijn de slachtoffers continue op hun hoede, vaak dag en nacht. Ook als er eens een rustige week aanbreekt waarin de treiteraar afwezig is, blijft de alertheid. Slachtoffers weten immers niet hoe en wanneer het treiteren weer zal starten. Ze voelen zich onveilig in hun eigen huis, trappenhuis, tuin of straat.

"Want je voelt je niet thuis omdat je ook thuis je niet helemaal op je gemak voelde. Je weet niet waar zo'n idioot toe in staat is. Steekt-ie de boel in de fik, staat-ie op je deur te bonken zo direct, komt er opeens weer een knal op de muur? Je weet het niet he? Dus je bent ook in je huis de hele tijd op je hoede."

Verder beschrijven slachtoffers dat ze gedurende de treitersituatie veel stress en vaak neerslachtige gevoelens hebben gehad. Verder noemden ze nervositeit, emotionele instabiliteit, prikkelbaarheid, paniekaanvallen en gedachten aan suicide. Een paar slachtoffers had al last van stress en depressieve gevoelens voor aanvang van het getreiter; in die gevallen verergerde de treitersituatie deze klachten. Alle slachtoffers zagen een duidelijk oorzakelijk verband tussen het getreiter en hun verminderde welbevinden. Soms was het getreiter het enige probleem waar slachtoffers mee kampten, soms speelden er ook andere kwesties, waardoor er al snel een opstapeling plaatsvond.

"Ik heb natuurlijk heel veel spanningen erdoor gekregen. Ik heb last van hyperventilatie gehad en last gehad met slapen, het is een continue staat van alertheid waar je in verkeert dus dat voelt heel raar. Je komt gewoon niet echt tot rust in je eigen huis. Dat voelt echt heel raar. Een heel apart gevoel. Dat zit in je, te ruizen als het ware, een onbestendig gevoel. Stressgevoel."

"De angst zat steeds dieper. Dat zat diep in me, echt heel diep. Ik ben er helemaal overspannen van geweest. Ook door die toestanden en ik had ook heel, heel erge pijn van die reuma en dan komt dat erbij. Dan dacht ik echt: dit wil ik niet meer, hoor, ik maak er een eind aan. Zo zat ik echt te denken. Ja, het ging te ver, echt. Heel erg."

"Die stress [door het treiteren], want het was slaapgebrek, maar ook gewoon gecombineerd met de stress van mijn studie zorgde dat ik me dan ook wel neerslachtig of angstig voelde overdag. Dat duurde lang omdat die situatie ook steeds bleef."

Lichamelijke gevolgen

Slachtoffers beschrijven slaapgebrek en vermoeidheid als een belangrijk gevolg van de treitersituatie. In veel gevallen hield de treiteraar de slachtoffers uit hun slaap, door geluidsoverlast, aanbellen, tegen de deur aan trappen, nachtelijke barbecues of door de politie 's nachts op de slachtoffers af te sturen. Bovendien lagen slachtoffers 's nachts vaak wakker door hun stress en zorgen over de situatie.

"Dan moest ik om kwart voor zes op om daar op tijd te zijn. En hij had de neiging om van twaalf tot vier te schreeuwen, wat dus betekende dat ik best wel vaak, dan had ik misschien een uur geslapen of helemaal niet."

Twee slachtoffers noemden verder een TIA, hyperventilatie en hartritme stoornissen als klachten waarbij de treitersituatie mogelijk een rol heeft gespeeld.

Gevolgen voor het gezinsleven

Met name in de gezinnen met kinderen heeft de treitersituatie voor onderlinge spanningen gezorgd. Alle gezinsleden reageerden op hun eigen manier op het getreiter en de gezelligheid thuis was vaak ver te zoeken. Soms direct door toedoen van de treiteraar, soms door de zorgen van ouders, de stress en vermoeidheid. Bovendien maken de ouders zich grote zorgen over de veiligheid van hun kinderen, waardoor de kinderen veelal minder bewegingsvrijheid kregen. Ouders geven aan dat hun huwelijk geleden heeft onder de spanningen of dat er geen intimiteit meer was omdat de kinderen 's avonds en 's nachts op elk moment angstig bij hun ouders in bed konden kruipen.

"Dat heeft heel veel met ons gezin gedaan. Dat heeft geresulteerd in heel veel spanningen binnen het gezin en het heeft ook geresulteerd in problemen op school, met voor de kinderen leerproblemen, concentratieproblemen. Spanningen in het huwelijk heeft het tot geresulteerd. Je was gefrustreerd allemaal, je liep op je tenen, kinderen die angstig waren, een vrouw die angstig was. Ik heel gefrustreerd als vader zijnde dat ik het niet adequaat kon oplossen. Dat vond ik als vader wel heel erg."

Gevolgen voor werk en studie

Bij een aantal respondenten heeft werk en studie duidelijk geleden onder de treitersituatie. De vermoeidheid en stress trokken hun tol of ouders gingen minder werken om ervoor te zorgen dat de kinderen niet alleen thuis waren. Ouders geven ook aan dat kinderen kampten met concentratieproblemen en vermoeidheid vanwege de onrustige thuissituatie. Eén respondent is door de treiteraar lastiggevallen op zijn werk.

Sociale gevolgen

Slachtoffers geven aan dat de treitersituatie gevolgen heeft gehad voor hun sociale leven. Zoals al eerder beschreven voelen slachtoffers zich onbegrepen en weinig gesteund door hun vrienden en kennissen. Verder komen familie en vrienden niet of minder langs omdat ze bang zijn voor de treiteraar, durven slachtoffers zelf geen mensen meer uit te nodigen of worden verjaardagen niet meer thuis gevierd.

"Een sociaal gevolg was dat ik dus zelf geen mensen meer durfde uit te nodigen, want ik heb een paar keer gehad, dan had ik hier mensen en dan hoorde hij natuurlijk ook praten en dan ging hij expres keihard de muziek aanzetten, dan kon je elkaar niet meer verstaan hier. En dan had hij zoiets van: 'O, zij mag wel herrie"

maken en ik niet? Nou, eh, dan ga ik even lekker de muziek aanzetten.' Dan hoorde hij lachen en zo. Dus ik durf hier ook niet hardop te lachen."

Ook gingen slachtoffers zelf minder naar verjaardagen of andere sociale aangelegenheden, vanwege vermoeidheid, omdat ze de kinderen niet alleen thuis wilden laten of omdat ze het gevoel hadden dat ze zichzelf niet konden zijn.

Gevolgen voor welbevinden na beëindiging treitersituatie

Alle geïnterviewde slachtoffers gaven aan dat de beëindiging van de treitersituatie heeft gezorgd voor een verbetering van hun psychisch en lichamelijk welbevinden. De stress en slapeloze nachten zijn voorbij en de slachtoffers voelen zich enorm opgelucht als de treiteraar eenmaal is vertrokken. Voor de homomannen is de treitersituatie het langst geleden. Zij geven aan nog een tijd last te hebben gehad van de gevolgen van die situatie, maar dat die gevolgen met de tijd verdwenen zijn.

"Ik denk dat dat gewoon tijd is wat daaroverheen moet. Als er tijd overheen gaat dat dat die boosheid wel wegneemt of het scherpe randje ervan afhaalt."

"Achterdochtig ben ik wel heel lang gebleven. Dat heeft toch wel een jaar geduurd, ja. Een jaar of wat zelfs, dat je achterdochtig bent."

Voor de andere geïnterviewde slachtoffers is de treitersituatie recenter. Zij geven aan dat de treitersituatie diepe sporen heeft nagelaten die soms nog niet gesleten zijn ten tijde van het interview. Zo hebben slachtoffers in meer of mindere mate last van:

- Snel schrikken, hartkloppingen bij harde geluiden in de woonomgeving.
- Angst en stress (soms een algeheel gevoel, soms bij bepaalde prikkels zoals het horen van sirenes)
- Paniekaanvallen, niet alleen thuis durven zijn
- Terugkerende gedachten over de treitersituatie
- Minder kunnen hebben, minder met tegenslag om kunnen gaan, emotioneel minder stabiel zijn dan voor de treitersituatie
- Slaapproblemen
- Bang zijn voor de gevolgen als ze nog een keer een treitersituatie zouden meemaken
- Vermoeidheid
- Neerslachtige gevoelens en/of gebruik van antidepressiva
- Teveel / te vaak alcohol drinken
- Angst om de treiteraar tegen te komen in de buurt

"Dat heb ik dan ineens weer, die paniekaanvallen. Dat zit in me. Het slijt en hopelijk zo snel mogelijk."

"Het is niet iets waar ik stelselmatig last van heb, maar als er geluidsoverlast is of er zijn mensen in de buurt waar ik een onprettig gevoel van heb, dan ben ik wel nog sneller angstig of gestrest. Dat is dus vooral met harde muziek of schreeuwende mensen of vreemde mensen die aan mijn deur staan."

"Ik probeer [de antidepressiva] wel te verminderen, maar dat durf ik nog niet goed, omdat ik nog vreselijk schrik als die buurjongen hiernaast de muziek hard aanzet. Het zijn normale leef geluiden, maar dan kan ik het even zo gauw niet lokaliseren en dan denk ik: o, daar gaan we weer."

"Maar als het zich weer gaat herhalen, dan eh... Een ander zou die vent zijn hersens inslaan, maar ik sla mezelf de hersens in. Ik ben helemaal dood, dood, dood en dood moe en ik ben nog steeds hartstikke moe. Heel erg moe. Dat beetje energie wat ik dan heb zou ik gebruiken om er een eind aan te maken."

"Zenuwen zijn nooit goed. Dus dat werkt langer door. Ze hebben een klap gekregen, dus ze zijn wel zwak. Zwakker geworden. Ik kan minder hebben. Als ik te maken krijg met een tegenslag, dan kan ik janken."

Wel geven de geïnterviewde slachtoffers aan dat ze inmiddels veel minder last hebben van de gevolgen van de treitersituatie en er ook 'veel minder mee bezig zijn'. De meesten voelen zich niet of nauwelijks belemmerd in hun dagelijkse bezigheden door bovenstaande klachten en gevolgen. Deze klachten en gevoelens spelen soms op; slachtoffers hebben er niet constant last van. Veel slachtoffers zijn van mening dat de gevolgen met de tijd nog verder zullen slijten, anderen denken dat ze bepaalde gevolgen altijd met zich mee zullen dragen, bijvoorbeeld het snel schrikken en snel aangedaan zijn.

Zorg en zorgbehoefte

De geïnterviewde slachtoffers hebben gedurende de treitersituatie hun klachten besproken met zorgprofessionals, veelal de huisarts of een psycholoog waar ze al gesprekken mee hadden voor aanvang van de treitersituatie. De huisarts heeft een aantal keer antidepressiva of een kalmerend middel voorgeschreven wat de slachtoffers ten tijde van het interview nog steeds gebruiken. De meeste slachtoffers zijn niet specifiek op zoek gegaan naar zorg vanwege de treitersituatie; hun aandacht was meer gericht op het oplossen van de situatie. Soms waren de gesprekken met de betrokken sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) van de GGD al afdoende om beter met de eigen gevoelens om te kunnen gaan.

Ten tijde van de interviews hadden de meeste slachtoffers dan ook geen behoefte aan zorg vanwege de gevolgen van de treitersituatie. Ze kunnen zich vaak ook geen voorstelling maken van de zorgvorm die het best zou passen bij hun situatie of klachten. Eén slachtoffer geeft aan behoefte te hebben aan online lotgenotencontact. De andere slachtoffers geven aan dat ze een zorgaanbod vanuit de Treiteraankpak zeer gewaardeerd zouden hebben, omdat het 'toch wel goed zou zijn geweest' en omdat er extra aandacht voor het welbevinden van het slachtoffer uit spreekt.

6 Dossiers van slachtoffers in lopende treiterzaken

Kernpunten

De cliëntdossiers (casusbeschrijvingen) van slachtoffers die de GGD zag in het kader van lopende treiterzaken onderschrijven en verrijken het beeld dat op basis van de screening en interviews kan worden neergezet. De analyse van dossiers voegt hier nog aan toe het inzicht (of de bevestiging) dat er ook bijzondere slachtoffers zijn, die vanwege een aantal achtergrondkenmerken of t.g.v. problemen die los staan van de treitersituaties (bijv. op het gebied van werk of gezondheid) extra kwetsbaar zijn voor de ontwikkeling van gezondheidsproblemen ten gevolge van een Treiterzaak, bijvoorbeeld vanwege reeds bestaande psychische klachten of een verstandelijke beperking. Er zijn bovendien slachtoffers die door hun weinig tactvolle gedrag weerstand kunnen oproepen bij anderen maar die niettemin slachtoffer zijn van uiterst nare situaties. Het "bieden van een luisterend oor" klinkt in die gevallen makkelijker dan het in de praktijk soms is, maar blijft ook hier essentieel. Deze groep verdient extra aandacht tijdens de aanpak.

Aanvullend op de screenings en de interviews met slachtoffers van afgesloten treiterzaken, zijn cliëntdossiers van lopende treiterzaken geanonimiseerd en geanalyseerd. Deze dossiers bevatten informatie over de impact van de treitersituatie op het welbevinden van het slachtoffer gedurende de treiterzaak, op het moment dat zij werden gezien door de GGD. Het betreft dus geen dossiers van de gehele treiterzaak, maar alleen van informatie zoals bekend bij de GGD. In totaal waren 31 dossiers beschikbaar, allemaal meegenomen in dit hoofdstuk.

6.1 Treitersituatie

Uit de casusbeschrijvingen blijkt dat dader en slachtoffer in bij GGD bekende zaken meestal directe buren zijn, in sommige gevallen zijn de daders jongeren die in dezelfde buurt als het slachtoffer wonen. Er is sprake van daders met en zonder psychiatrische problematiek.

Bij aanvang van de dossiers lijkt vaak al sprake te zijn van meerdere jaren van overlast of conflict tussen dader en slachtoffer. Het treiteren neemt diverse vormen aan: vernielingen aan het woonhuis, de tuin of de auto van het slachtoffer, fysiek en verbaal geweld, (doods)bedreigingen, structurele geluidsoverlast die soms specifiek tegen het slachtoffer gericht is, vervuiling van de tuin of de buitenkant van het huis van het slachtoffer, stalking, kinderen lastigvallen en diverse andere vormen van intimidatie.

In sommige gevallen is sprake van een duidelijk startpunt van het getreiter; het slachtoffer heeft bijvoorbeeld een melding bij de politie gedaan over het criminele gedrag van de dader(s) of het kind van de dader(s) aangesproken op onwenselijk gedrag. De dader start vervolgens met treiteren van het slachtoffer. In andere gevallen is sprake van een lange aanloop waarbij het treitergedrag of de overlast gedurende de tijd in omvang en ernst toeneemt. Verder is in sommige gevallen sprake van zeer complexe situaties die in meer of mindere mate verweven zijn geraakt met de treitersituatie; zoals een verkrachting

van het slachtoffer alvorens het treiteren begint, of een verstandelijk beperkt slachtoffer dat veel weerstand oproept bij alle burens.

Ondanks de verschillende vormen die het treiteren aanneemt, hebben alle casusbeschrijvingen gemeen dat de slachtoffers gedurende meerdere jaren blootstaan aan zeer ernstige vormen van overlast en intimidatie in hun directe woonomgeving.

6.2 Coping: hoe gaan de slachtoffers om met het treiteren?

Uit de situatiebeschrijvingen blijkt dat slachtoffers verschillende copingstrategieën aanwenden om met de treitersituatie om te gaan. In de dossiers van lopende treitercasus is veelal sprake van ontwijking; de slachtoffers proberen de daders zoveel mogelijk uit de weg te gaan, bang als ze zijn voor nieuwe confrontaties. Verschillende slachtoffers durven niet meer alleen de straat op in hun eigen buurt, ontvluchten dagelijks hun eigen huis of durven hun eigen huis juist niet meer uit. Kinderen spelen niet meer in de tuin of op straat. Ook zijn er slachtoffers die uitwijken naar een huisje op een vakantiepark of logeren bij familieleden om in elk geval tijdelijk aan het getreiter te ontsnappen. Als de slachtoffers toch alleen op straat zijn, of langs het huis van de dader moeten, voelen ze zich angstig en gespannen. Op het moment dat de casus nog loopt geven veel van de slachtoffers in gesprek met de GGD dan ook aan te willen verhuizen.

Verder is in de casusbeschrijvingen sprake van slachtoffers die overmatig aandacht besteden aan het getreiter, nauwkeurige dossiers aanleggen of de hele dag rumineren over de situatie. Slachtoffers proberen zichzelf (zonder succes) af te leiden, bijvoorbeeld door te sporten, gedachten te verzetten of te praten over de situatie. Ook zijn er slachtoffers die zich strijdbaar tonen, weigeren een slachtofferrol aan te nemen en soms juist veel moeite moeten doen om zichzelf in te houden.

De draagkracht van de slachtoffers lijkt te worden beïnvloed door diverse factoren die losstaan van de treitersituatie. In de dossiers is met name sprake van omstandigheden die de draagkracht van de slachtoffers verminderen. Zo hebben slachtoffers bijvoorbeeld financiële problemen, verkeren ze in een rouwproces of zijn ze onlangs werkloos geworden.

Ook hebben slachtoffers (psychische) problemen die van invloed zijn op hun vermogen de situatie te verdragen en er mee om te gaan (draagkracht). Voorbeelden zijn suïcidale gedachten, de aanwezigheid van een verstandelijke beperking, de neiging snel in paniek te raken, aanwezigheid van ADHD, overmatig reageren op alle prikkels of somatische problematiek. Slachtoffers kunnen zich ook zorgen maken over de combinatie van hun eigen persoonlijke omstandigheden en de treitersituatie; zo maakt een gescheiden slachtoffer zich bijvoorbeeld veel zorgen of zijn kind nog wel bij hem wil verblijven nu de woonsituatie minder veilig is. Ook is bij één slachtoffer sprake van een precedent; hij is extra kwetsbaar omdat hij eerder al eens is getreiterd door burens.

6.3 Gevolgen voor de slachtoffers

Uit de casusbeschrijvingen blijkt dat de treitersituatie een negatief effect heeft op het welbevinden van de slachtoffers. Bij een gedeelte van de slachtoffers ontstaan psychische of psychosomatische klachten, terwijl andere slachtoffers al klachten hebben voor aanvang van de treitersituatie die verergeren door de overlast en het getreiter. Hieronder een overzicht van gevolgen gedurende de treitersituatie:

Psychische klachten/negatieve gevoelens door treitersituatie:

- Angst, continue bang zijn
- Stress, overbelast zijn
- Prikkelbaarheid
- Moedeloosheid
- Bang van zichzelf zijn, van eigen prikkelbaarheid
- Schuldgevoel tegenover eigen gezin (heeft gezin niet kunnen beschermen)
- Boosheid
- Machteloosheid
- Continue vol zijn van de situaties / emoties
- Geen vreugde kunnen ervaren
- Rumineren¹²
- Agressie, opgefokt gevoel, kort lontje
- Verdriet
- Algehele spanning
- Emotionele instabiliteit
- Bang zijn de controle te verliezen en iemand iets aan te doen
- PTSS, herbelevingen
- Nervositeit, onrust, snel schrikken van geluiden
- Suïcide gedachten
- Concentratieproblemen

(Psycho)Somatische klachten door treitersituatie:

- Blijvend letsel na geweld
- Oververmoeidheid
- Maagklachten
- Slaapproblemen
- Hoofdpijn
- Slecht eten en gewichtsverlies
- Hoge bloeddruk
- Pijn op de borst

Problemen binnen eigen huishouden door treitersituatie:

- Botsingen met partner
- Kinderen spreken weinig meer met vader, omdat hij al zo vol zit van de situatie

¹² Herhaaldelijk langdurig denken over (of herkauwen van) gevoelens en problemen.

In de meeste gevalsbeschrijvingen neemt GGD Vangnet zo nodig contact met de huisarts op of wordt een slachtoffer doorverwezen naar de hulpverlening. In sommige gevallen krijgen slachtoffers door hun huisarts of psycholoog rustgevendende medicatie voorgeschreven zoals Oxazepam of antidepressiva. Op basis van de dossiers lijken slachtoffers weinig baat te zien in deze middelen; ze staken of weigeren de medicatie. Slechts enkele slachtoffers zoeken uit zichzelf hulp bij hun huisarts of een psycholoog.

Ook zijn er slachtoffers die ondanks hun klachten geheel niet openstaan voor hulpverlening, terwijl die (mogelijk) wel geïndiceerd is; zij willen alleen dat de treitersituatie beëindigd wordt. Tenslotte is een klein aantal slachtoffers door Vangnet verwezen naar een traject van het Leger des Heils. Deze slachtoffers hebben met name baat bij praktische ondersteuning. Slachtofferhulp wordt een enkele keer betrokken en voor de kinderen werd Vangnet Jeugd ingeschakeld. Omdat de dossiers veelal afgesloten worden op het moment dat de treitersituatie voorbij is en zo nodig het slachtoffer goed in zorg is, bevatten de casusbeschrijvingen weinig informatie over het verloop en het resultaat van de hulpverlening.

6.4 Bijzondere slachtoffers

Uit de inventarisatie van dossiers bleek dat niet alle door de Treiteraankpak aangemerkte slachtoffers bekend waren bij de GGD. Slachtoffers die de GGD wel in het vizier had, waren niet altijd in beeld in hun hoedanigheid als slachtoffer in een Treiterzaak, maar bijvoorbeeld in verband met vroegere contacten met de afdeling Vangnet van de GGD. Deze personen kwamen in beeld in de periode voor de Treiteraankpak in het kader van persoonlijke crises. Het laat zien dat er blijkbaar een groep slachtoffers is die om verschillende redenen verminderd draagkrachtig is en daarom extra kwetsbaar voor het ontwikkelen van gezondheidsrisico's gedurende een treitersituatie. Deze observatie, in combinatie met het inzicht uit de screening dat gezondheidsklachten ook na afloop van de Treiterzaak kunnen voortbestaan, leidt tot de aanbeveling om de GGD vaker en/of eerder te raadplegen bij een Treiterzaak. In de context van dit onderzoek heeft deze bevinding bovendien geleid tot het initiatief om een typologie van 'bijzondere slachtoffers' op te stellen. Deze typologie is ontwikkeld in samenspraak met medewerkers van de GGD (afdeling Vangnet) en biedt enkele aanknopingspunten voor bijvoorbeeld stadsdeelregisseurs, wijkagenten en corporatiemedewerkers voor de omgang met bijzondere slachtoffers. Het is daarbij overigens van belang dat deze professionals niet zelf aan de slag gaan met deze typologie, maar in plaats daarvan advies vragen aan de collega van de GGD in het kernteam rond een treitercasus. Dit zijn de verschillende typen:

1. **Emotionele slachtoffers.** Zijn voortdurend verdrietig. Huilen veel tijdens het gesprek, melden wanhoop en uitzichtloosheid.
 - ✓ Vraagt om empathie en ruimte: emoties kan je niet afkappen.
2. **Achterdochtige, verwarde slachtoffers.** Iedereen, het hele trappenhuis, heeft het op hen voorzien. De burens spannen samen. Er kan sprake zijn van complottheorieën. Lijkt soms onsamenhangend, maar er is vrijwel geen ruimte voor twijfel over de inhoud.
 - ✓ Vraagt altijd om opvolging door de GGD
3. **Agressieve slachtoffers.** Zij gaan het recht in eigen hand nemen. Zien een kordate, rigoureuus aanpak als een oplossing van het probleem. Melden dan ook "als jullie er niets aan doen regel ik het zelf wel".
 - ✓ Vraagt om begrip, maar verwerp elke vorm van agressief handelen

4. **Intimiderende, dwingende slachtoffers.** "Jullie gaan mijn probleem oplossen!", "Hoe heet je eigenlijk?", "Ik weet waar je werkt" of "wat voor opleiding heb je?".
 - ✓ Vraagt begrenzing en het benoemen van wederzijds respect. Zorg voor ondersteuning van collega's, leidinggevende.
5. **Langdradige, gedetailleerde slachtoffers.** Zijn punctueel, langdradig en breedsprakig. Wijden tot in de kleinste details uit over wat zij doormaken, willen concrete antwoorden op wat het melden van een treitersituatie voor hen zou kunnen betekenen en wat de gevolgen kunnen zijn. Geven aan voortdurend te twijfelen of melden wel de juiste keuze is en willen bedenktijd.
 - ✓ Biedt deze slachtoffers zoveel mogelijk bedenktijd, anonimiteit, veiligheid

7 Quick-scan literatuur

Een quick-scan naar relevante Nederlands- en Engelstalige studies leverde slechts een beperkt aantal artikelen op waarin de auteurs zich bovendien richtten op meer alledaagse vormen van burengerucht en – ruzies. De relevantie van deze studies voor de Treiteraangepak, die zich richt op veel ernstiger situaties waarin bovendien sprake is van onbetwist slachtofferschap, is beperkt. De belangrijkste conclusies van de quick-scan is dan ook dat er onvoldoende onderzoek is gedaan naar de (gezondheids)effecten van ernstige intimidatie in de woonomgeving en dat er over dit onderwerp derhalve erg weinig bekend is (Stansfeld, Haines & Brown; 2000). De aangetroffen resultaten worden hierna op hoofdlijnen besproken¹³. In een uitgebreid rapport over buurtbemiddeling in Nederland schrijven Peper et al. (1999) dat het *“wellicht een te algemeen bekend en daardoor onderschat gegeven [is], dat sluimerende conflicten tussen mensen in de woonomgeving een ernstige ondermijning kunnen betekenen van het welzijn van bewoners”*. En Koenraadt (2005) besluit zijn artikel met de opmerking dat *“als object van forensisch gedragskundig of klinisch criminologisch onderzoek de (fatale) burenruzie sterk onderbelicht [is] en in dichtbevolkte buurlanden als België en Nederland ruimere aandacht [verdient]”*. Beide auteurs bespreken in hun publicaties enkele voorbeelden van situaties tussen burens die ernstig uit de hand liepen. Koenraadt richt zich in die context op 30 zaken van (poging tot) doding van burens in Nederland en België. Uit zijn analyse blijkt onder meer dat ruzie c.q. overlast een *“dominant motief voor de fatale contacten tussen burens”* is/was. Koenraadt is overigens niet de enige auteur die het verband tussen ernstige overlast en overlijden legt. In een studie uit de U.K. schrijven Stansfeld et al. (2000) over het verwoestende effect van hinderlijk burenlawaai, verwijzend naar het gegeven dat in het Verenigd Koninkrijk tot wel 20 suïcides per jaar zouden zijn toe te schrijven aan deze vorm van geluidsoverlast. Andere gevolgen voor de gezondheid zijn minder extreem maar nog altijd zeer ernstig, namelijk slaapstoornissen, een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, klachten aan het bewegingsapparaat en een verhoogd risico op depressie, angststoornissen en migraine. Verder zijn er studies die een verband vonden tussen overlast van burens en zelfgerapporteerd welbevinden, de aanwezigheid van een chronische aandoening/beperking, frequente (meer dan zes) bezoeken aan een huisarts in het voorafgaande jaar en rookgedrag (e.g. Agyemang et al., 2007; Parkes & Kearnes, 2006).

Aanbevelingen voor professionals als het gaat om de omgang met slachtoffers zijn af te leiden uit grofweg twee soorten literatuurbronnen. De eerste bron is die van onderzoek in de context van rampen.¹⁴ De belangrijkste aanbevelingen voor professionals¹⁵ in die context laten zich als volgt samenvatten:

- Het is van belang basale kennis te hebben van reacties die slachtoffers kunnen vertonen. De meeste volwassenen en kinderen die betrokken zijn bij een ramp of een andere ingrijpende gebeurtenis ervaren gedurende enkele dagen of weken stressreacties. Dit zijn normale reacties,

¹³ Een uitgebreidere beschrijving is opgenomen in bijlage 2.

¹⁴ Zie hoofdstuk 3 voor de rationale.

¹⁵ <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:GeMlOkOx9gUJ:www.ggd.amsterdam.nl/acute-hulp/nazorg-rampen/ramp/info-professionals/+&cd=4&hl=nl&ct=clnk&gl=nl>

- bijvoorbeeld angst, verdriet, woede, verontwaardiging, wrok, schuld, schaamte, hulpeloosheid en hopeloosheid,
- Getroffenen kunnen zich afgestompt voelen, interesse en plezier in alledaagse gebeurtenissen kwijtraken, moeite hebben zich te concentreren of dingen te onthouden en slaapproblemen hebben. Zij kunnen zich veel zorgen maken, last hebben van nachtmerries, terugkerende gedachten of indringende herinneringen aan de ramp. Ook kunnen zij lichamelijke klachten hebben zoals een gespannen gevoel, ernstige vermoeidheid of pijn,
 - Getroffenen hebben naast erkenning van het leed dat hen is overkomen/aangedaan, vaak ook sterke behoefte aan informatie over deze reacties (zowel lichamelijk als geestelijk) die zij en/of hun verwanten vertonen. Voorlichting over deze reacties kan veel ongerustheid wegnemen en bevorderend werken op het herstel van de zelfcontrole,
 - Een beperkt deel van de getroffenen zal ernstige reacties vertonen. Deze verminderen doorgaans met de tijd, maar vormen een risico voor lange termijn gezondheidsklachten en posttrauma psychopathologie. Deze klachten kunnen zich op allerlei manieren uiten,
 - De meeste mensen die betrokken zijn bij een ramp zullen echter geen langdurige klachten ontwikkelen. Over het algemeen zijn mensen veerkrachtig, zelfredzaam en goed in staat om na enige tijd hun leven te hervatten,
 - Slachtoffers met een verhoogd risico op het ontwikkelen van chronische klachten zijn personen die al tot een kwetsbare groep behoorden voor het moment van de ingrijpende gebeurtenis (o.a. mensen met een psychiatrische diagnose in hun geschiedenis, mensen die langdurig aan de ingrijpende situatie zijn blootgesteld en mensen die grote materiele schade hebben ondervonden). Voor deze groep moet men bedacht zijn op klachten die langer aanhouden, en ernstiger van aard zijn dan in een normaal verwerkingsproces. Wanneer deze mensen klachten melden, of het valt u op dat symptomen ontstaan of verergeren is het raadzaam een GGD te consulteren,
 - Hoe sneller de getroffenen het gevoel van zelfcontrole terugkrijgen, hoe groter de kans op een goede verwerking van de gebeurtenis. Het is daarom zaak om dwars door hun ontredde, wanhoop en verdriet te kijken naar hun kracht en mogelijkheden om zichzelf te helpen. Dit vraagt een specifieke deskundigheid waarin medewerkers van de psychosociale rampenopvangorganisatie worden getraind,
 - Als een getroffene van een ramp aangeeft met een professional te willen spreken in de periode direct na de ramp, dan is het belangrijk om actief en steunend te luisteren, te normaliseren en het natuurlijke herstel te ondersteunen. Medicaliseer niet, als dit niet nodig is. Ga niet op zoek naar details en emoties. Laat de getroffene zijn verhaal doen, maar dring niet aan op meer,
 - Het is belangrijk dat iedere professional steeds doet waar hij of zij goed in is en dus is het afhankelijk van zijn of haar beroep waar aandacht aan moet worden besteed. Wanneer er zorgen zijn over de psychische gesteldheid van slachtoffers, is het raadzaam een huisarts of GGD te betrekken.

Aanvullend kunnen relevante aanbevelingen worden ontleend aan publicaties over de omgang met slachtoffers van huiselijk geweld, een fenomeen dat inhoudelijk een aantal overeenkomsten vertoont met ernstige intimidatie in de woonomgeving (Koenraadt, 2005). Over een effectieve aanpak van huiselijk geweld is een en ander bekend (o.a. tijdige onderkenning, scherpe risicotaxatie, snelle en doeltreffende interventies en corrigerende hulp voor plegers). Ook de hulpbehoeften voor slachtoffers van (huiselijk) geweld zijn onderzocht (Ten Boom & Kuijpers, 2008). Als het gaat om gerichte adviezen aan mensen die

beroepshalve te maken krijgen met slachtoffers van huiselijk geweld, is er aanzienlijk minder informatie beschikbaar, maar de aanbevelingen volgen haast automatisch uit deze ondersteuningsbehoeften:

- Zorg voor erkenning van de persoon en van hetgeen die persoon is overkomen,
- Biedt (professionele) emotionele ondersteuning. Handel daarbij kortdaat en doortastend, schakel snel passende hulp in,
- Geef informatie, voorlichting, uitleg,
- Benadruk positieve aspecten,
- Kijk naar wat er mogelijk is binnen het netwerk van slachtoffers,
- Leg nadruk op eigen kracht van slachtoffers, betrek hen bij de hulpverlening, geef gelegenheid tot instemming, input, consultatie,
- Zorg voor goede afstemming tussen hulpverleners en geef één persoon de regie.

8 Extra handvatten voor de aanpak

Tijdens de screening is ook kort gesproken over de wijze waarop slachtoffers vinden dat de overlastsituatie is aangepakt. Daarover zegt 78% dat de situatie op een voldoende manier is aangepakt (gemiddeld een 7.1). In de verdiepende interviews herhalen slachtoffers hun waardering voor de Treiteraankpak. Ze hadden veelal het gevoel (al jarenlang) in een hopeloze situatie te verkeren, waarbij ze alle wegen voor mogelijke oplossingen hadden bewandeld. Door de Treiteraankpak kwam beëindiging van de treitersituatie toch in zicht.

“Toen kwam de gemeente met de Treiteraankpak erbij, want toen speelde het al zeven jaar, maar pas toen is het echt aangepakt. Want de woningbouwvereniging en de politie, dat leverde eigenlijk niet zoveel op. Hij werd wel door de politie opgepakt, maar ja, uit huis zetten of zo, dat kunnen zij niet doen. En de woningbouwvereniging heeft daar eigenlijk geen stappen in willen nemen. Tenminste, zo is het op mij altijd overgekomen, totdat de gemeente daar met de Treiteraankpak bij kwam.”

“Eerder werden wel afspraken gemaakt, maar er werd niet naar gehandeld. Dat gebeurde pas met die Treiteraankpak. Ik wist niet wat me overkwam, zeg. Je werd gewoon helemaal serieus genomen en echt ook gezien van: je bent slachtoffer van pestgedrag en ernstig ook. Ik was helemaal stomverbaasd. Dat is ook de reden waarom ik dit interview doe, uit dankbaarheid gewoon. Als dat tien jaar geleden eerder met mij gebeurd was, dan was het heel anders gegaan.”

Slachtoffers waarderen de Treiteraankpak, zowel de werkwijze als het uiteindelijke resultaat, dus als zeer positief. Naast hun algehele waardering en vaak ook dankbaarheid beschrijven de slachtoffers tijdens de screening en aansluitend de interviews een aantal specifieke succesfactoren en verbeterpunten:

Succesfactoren Treiteraankpak volgens slachtoffers

- Daadkracht en versnelling: De wens van slachtoffers om processen te versnellen en vooral door te pakken is heel erg sterk. Door de Treiteraankpak zien alle relevante partijen de urgentie en worden ze aangespoord om gepaste actie te ondernemen. De Treiteraankpak functioneert als een ‘versneller’.
- Slachtoffer centraal: het horen van slachtoffers, hen serieus nemen, erkennen dat zij allen slachtoffer zijn van een zeer ernstige situatie. Daarbij ook het uitspreken van begrip en erkenning van het gebeurde, ook al lijkt dit een gepasseerd station. Het met terugwerkende kracht uitspreken van begrip voor de slachtoffers die een langdurige periode van overlast doormaken, zonder dat er voor hen in die periode zicht was op verbetering, werd heel belangrijk gevonden.¹⁶

¹⁶ De geïnterviewde slachtoffers vertelden in het algemeen uitgebreid over hun eerdere pogingen om een oplossing te vinden voor de Treitersituatie. De niet luisterende houding van partijen die in hun ogen eerder iets hadden moeten doen aan de situatie, in het bijzonder woningcorporaties, valt hierbij op. Slachtoffers voelen zich dikwijls in de steek gelaten door hun woningbouwvereniging en hebben de indruk dat de corporatie alleen in actie kwam door druk vanuit de Treiteraankpak. De terughoudende of passieve houding van de verschillende corporaties heeft een aantal slachtoffers zeer gegriefd.

- Goede dossieropbouw: niet alleen per slachtoffer, maar ook per dader. Door een goede dossieropbouw wordt de gehele treitersituatie goed in kaart gebracht. Dit heeft tot gevolg dat slachtoffer niet steeds weer hoeven uit te leggen wat er aan de hand is, niet telkens opnieuw verhaal moeten doen bij verschillende partijen. Daarnaast bevordert goede dossieropbouw met betrekking tot de dader volgens slachtoffers passende/effectieve sanctionering.
- Betrokken, bevlogen professionals: slachtoffers waarderen de mensen die de Treiteraankpak vertegenwoordigen en die zich enorm inzetten om tot een goede oplossing te komen. Ook een vast contactpersoon vanuit de Treiteraankpak, met wie contact gemakkelijk en laagdrempelig verloopt, wordt sterk gewaardeerd.
- Continuïteit vanuit de Treiteraankpak, anticiperend op de volgende stappen.

Verbeterpunten Treiteraankpak volgens slachtoffers

- Hoewel er in het kader van de Treiteraankpak een hoop gebeurt, is dit voor slachtoffers niet altijd zichtbaar. Sommige slachtoffers geven aan vaker op de hoogte gehouden te willen worden van de stand van zaken, voortkomend uit het feit dat zij al zo lang in die situatie zitten en daarom behoefte hebben aan perspectief. ("Biedt slachtoffers duidelijker inzicht in waar de casus staat; hoe lang duurt het nog?").
- Hier aan verwant is de aanbeveling van slachtoffers om hen meer inspraak en invloed te geven. Meer inspraak dus over voorgestelde oplossingen, waar mogelijk. De andere kant is dat slachtoffers ook wel adviseren om vanuit de Treiteraankpak aan verwachtingsmanagement te doen.
- Volgens een aantal slachtoffers is de Treiteraankpak nog onvoldoende bekend; zij geven bijvoorbeeld aan dat de vindbaarheid van de Treiteraankpak op het Internet beter kan.
- Een aantal slachtoffers noemde dat zij eerder het contact met andere bureaus hadden willen hebben, meer momenten samen hadden gewild. Zij lijken daarmee te suggereren dat dit gefaciliteerd had moeten of kunnen worden, hoewel dit niet zo expliciet naar voren komt uit de verslagen.
- Gekoppeld aan het vorige punt, sommige slachtoffers vinden het moeilijk dat er aandacht uitgaat naar de zorg- en begeleidingsbehoefte van treiteraars. Ze stellen dat ook het hulpverleningsaanbod voor slachtoffers (beter) onder de aandacht gebracht kan worden, met name een aanbod specifiek gericht op kinderen.

Naast de aanbevelingen van slachtoffers lichten we nog de volgende punten uit:

- Uit de inventarisatie van dossiers bleek dat niet alle door de Treiteraankpak aangemerkte slachtoffers bekend waren bij de GGD. Uit het onderzoek blijkt bovendien dat een aantal slachtoffers ook gedurende langere tijd na afsluiting van de Treiteraankpak ernstige gezondheidsproblemen blijft houden. Voor de GGD is dit aanleiding om samen met de partners in de Treiteraankpak te bekijken hoe slachtoffers eerder en beter in beeld te krijgen. De gedachte gaat enerzijds uit naar een intensievere benadering en begeleiding van slachtoffers op het moment dat in het kader van de Treiteraankpak een buurtonderzoek plaats vindt, door hierin onderzoek naar gezondheidsrisico's bij slachtoffers mee te nemen.¹⁷ Anderzijds gaat de gedachte uit naar een interview met slachtoffers als standaard onderdeel van de procedure die leidt tot afsluiten van een Treiterzaak.

¹⁷ Een buurtonderzoek wordt verricht om na te gaan of er meerdere omwonenden - en wie precies - slachtoffer zijn van de vermeende treiteraars(s).

- Een aantal slachtoffers gaf aan het moeilijk te hebben gevonden om vertrouwen te hebben in een partij (in dit geval de GGD) die zich ook inzette voor de treiteraar. Het is van belang slachtoffers voor te lichten over de verschillende rollen en taken die één partij kan uitvoeren en te bekijken of en hoe dit beter kan.
- In hoofdstuk zeven wordt op basis van een aantal kenmerken de parallel getrokken tussen Treiterzaken en bepaalde vormen van huiselijk geweld. Huiselijk geweld kent een langere onderzoekstraditie, ook als het gaat om de ontwikkeling en implementatie van effectieve interventies. Het is te overwegen om een quick-scan te doen en zodoende kennis te nemen van het arsenaal aan interventies dat in dat domein bekend is dit te vergelijken met dat van de Treiteraangepak. Het Ministerie van VWS beheert bijvoorbeeld een databank met effectieve interventies in de aanpak van huiselijk geweld.¹⁸ Mogelijk biedt dat nog aanknopingspunten.

¹⁸ <http://www.huiselijkgeweld.nl/interventies/effectieve-interventies>

9 Referenties

- Agyemang C, van Hooijdonk C, Wendel-Vos W, Lindeman E, Stronks K, Droomers M (2007). The association of neighbourhood psychosocial stressors and self-rated health in Amsterdam, The Netherlands. *J Epidemiol Community Health*, 61:1042–1049.
- ten Boom A, Kuijpers F (2008). *Behoeften van slachtoffers van delicten*. Den Haag: WODC
- Choe JY, Teplin LA, Abram (2008). Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health concerns. *Psychiatric Services*, 59, 153-164.
- Fassaert T & Cremer S. Depressieve en angstklachten. In: Dijkshoorn H e.a.. *Amsterdammers gezond en wel? Eindrapport Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012*. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2013.
- Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med* 2002 Aug;32(6):959-76.
- Koenraadt F. Fatale bonje met de buren. In: J. Goethals et al. (2005). *Gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg: wetenschap, beleid en praktijk*. Leuven: Universitaire Pers.
- Maschke C; Niemann H (2007). Health effects of annoyance induced by neighbour noise. *Noise Control Engineering Journal*, 55, 348-356(9).
- Parkes A, Kearnes A (2006). The multi-dimensional neighbourhood and health: a cross-sectional analysis of the Scottish Household Survey, 2001. *Health & Place*, 12, 1–18.
- Peper B, Spierings F, de Jong W, Blad J, Hogenhuis S, van Altena V. Bemiddelen bij conflicten tussen buren. Een sociaal-wetenschappelijke evaluatie van experimenten met Buurtbemiddeling in Nederland. Eburon, 1999.
- Raw GJ, Hamilton RM. Building regulation and health. BRE report BR 289, 1995.
- Stansfeld S, Haines M, Brown B (2000). Noise and health in the urban environment. *Reviews on environmental health*, 15, 43-82.
- Theunissen JR, Kikkert MJ, Duurkoop WRA, Lommerse NM, de Mooij LD, Boesveld NF, Vellinga A, Dekker JJM. Een karig en sober leven maar niet ontevreden. Vermaatschappelijking van de chronische patiënt in de stad deel II. Amsterdam, 2014

Dankwoord

In de eerste plaats danken we alle slachtoffers die bereid waren om met de GGD in gesprek te gaan over een zeer moeilijke en beladen periode in hun leven. Daarnaast willen we medewerkers van Vangnet bedanken voor hun inzet bij de benadering en screening van slachtoffers. Tenslotte ook een woord van dank aan alle stadsdeelregisseurs die in de laatste fase van de dataverzameling nog geholpen hebben bij het benaderen van slachtoffers.

Bijlage 1 Onderzoeksverantwoording

Screening

Doelgroep

De screening is beperkt tot slachtoffers van afgesloten treiterzaken, zowel TTT-casus als casus op stadsdeelniveau. Tot afgesloten zaken werden ook gerekend de zaken die zich in de zogenaamde 'monitoring-fase'¹⁹ bevinden. Deze afbakening van de doelgroep (alleen afgesloten zaken) is nodig om te focussen op slachtoffers die op langere termijn klachten overhouden aan het treitergedrag en daarmee een duidelijke zorgbehoefte hebben. Het ontwikkelen van klachten bij slachtoffers van ingrijpende gebeurtenissen is immers tot op zekere hoogte een normale reactie op stress en in verreweg de meeste gevallen van voorbijgaande aard; de meeste mensen zijn veerkrachtig en zelfredzaam. Slechts een minderheid van de slachtoffers zal naar verwachting klachten ontwikkelen van meer chronische aard die bovendien het dagelijks leven ernstig in de war schoppen. In dat geval wordt gesproken van een stoornis, zoals de posttraumatische stress stoornis (PTSS). Overigens komen andersoortige klachten en problemen (bijv. financiële problemen, een arbeidsconflict, depressieve klachten) vaker voor dan PTSS.²⁰ Tenslotte was de verwachting dat slachtoffers van actuele (lopende) zaken goed in beeld zijn van de betrokken stadsdeelregisseur en dat onderzoek de aanpak in lopende Treiterzaken mogelijk zou frustreren.

Inhoud

De GGD heeft gekozen voor een instrument dat zij zelf (mede) heeft ontwikkeld, in samenwerking met Stichting Impact en het AMC (Buster et al, 2008). Dit instrument is onder meer ingezet tijdens de nazorgfase in de Amsterdamse zedenzaak. Dit gevalideerde instrument is geschikt voor 'case-finding': het opsporen van burgers met een verhoogd gezondheidsrisico. Het is bovendien kort, eenvoudig af te nemen en bestaat uit drie delen:

- 1 Tien vragen over algemene symptomen duidend op angst en depressie (de zogeheten Kessler 10/K10). Voordeel van het toepassen van de K10 is dat er een Amsterdamse referentie is.
- 2 Eén vraag over belemmeringen/sociale beperkingen in het dagelijkse leven als gevolg van gezondheidsproblemen (zie bijlage). Deze is afkomstig uit de SF-12 (Social Functioning scale) die indicatief is voor het sociaal functioneren in relatie tot de gezondheid.
- 3 Vijf vragen over het huidige zorggebruik als gevolg van emotionele of psychische klachten en zorg/behandeling lopend of afgerond.

De volledige screeningslijst is op te vragen bij de GGD Amsterdam.

¹⁹ Toelichting: voordat treiterzaken definitief worden 'afgeschaald' vanuit het TTT of de Treiteraanpak in algemene zin, worden zij gedurende een periode van 6 maanden (stadsdeelniveau) 1 jaar (TTT casus) gemonitord. De ervaring is namelijk dat het soms een langere periode rustig is in treiterzaken waarna de casus weer opnieuw kan opspelen.

²⁰ Ministerie van Binnenlandse zaken (2011). Handreiking effectieve opvang na schokkende gebeurtenissen.

Benadering

De screening is uitgevoerd door sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (SPV) van de GGD (afdeling MGGZ). Voor de inzet van SPV is gekozen vanwege hun kennis en expertise op het gebied van sociale psychiatrie, het vermogen een snelle klinische inschatting te maken van de aanwezigheid van klachten, de mogelijkheid om een slachtoffer – indien nodig - naar zorg toe te leiden en vanwege de flexibele inzetbaarheid. Slachtoffers die bekend zijn bij de Treiteraankpak zijn in eerste instantie aangeschreven met een toelichting op het onderzoek en een uitnodiging om deel te nemen. Zij zijn aansluitend benaderd en uitgenodigd voor een gesprek (bij voorkeur bij hen thuis, anders bij de GGD). De adressen van slachtoffers zijn verdeeld naar aandachtsgebied (n.b. SPV werken gebiedsgericht). Uiteraard werd aan betrokkenen de mogelijkheid geboden om het onderzoek te weigeren.

Verdiepend interview

Voor het verdiepende interview hebben respondenten na afloop van de screening door de SPV aanvullend (schriftelijk) toestemming geven. De interviews waren semigestructureerd; aan de hand van de interviewleidraad werden de respondenten uitgenodigd te vertellen over de treitersituatie, op welke manier ze met het treiteren omgingen en welke impact de treitersituatie heeft (gehad). De interviewleidraad voor dit verdiepende interview is op te vragen bij de GGD Amsterdam. De interviews boden veel ruimte voor verdieping en reflectie vanuit de respondent. Van de gescreende slachtoffers gaven tien mensen toestemming voor een verdiepend interview. De interviews vonden plaats bij de slachtoffers thuis of bij de GGD en duurden één à anderhalf uur. De interviews zijn opgenomen met een audiorecorder en vervolgens getranscribeerd. Analyse vond plaats met behulp van het programma MaxQDA 12.

Casusbeschrijvingen

De GGD ontving van OOV een lijst met NAW-gegevens van 212 potentiële slachtoffers van Treiterzaken. Deze lijst is gecontroleerd op onjuistheden, omdat sommige zaken uiteindelijk geen Treiterzaak waren geworden. De eerste stap in de controle was een match met het cliëntvolgsysteem van de GGD. Daarbij was sprake van een aantal 'mismatches' als gevolg van incomplete informatie (bijv. geboortedatum, adres, soms beiden). Koppelen op uitsluitend naam en adres alleen lukte vaak wel, maar niet altijd vanwege verouderde adresgegevens. Bij een aantal slachtoffers (N=17) was dit aan de orde; mede vanwege zeer gangbare (veelal Nederlandse) namen en ontbrekende geboortedata was een koppeling onmogelijk.

In totaal was er 64 keer van de 212 keer een match met Lotus. Dit waren dus slachtoffers die bekend waren bij Vangnet MGGZ. Daar kon nog één slachtoffer aan worden toegevoegd (die alleen voorkwam in het overzicht met alleen afgesloten zaken t.b.v. screening; zie hoofdstuk 5), maar bleken tevens 3 personen dubbel in het bestand voor te komen, zodat we eindigden met een overzicht van 62 unieke namen van slachtoffers. Omdat het niet in alle 62 gevallen slachtoffers van officiële Treiterzaken betrof, maar personen betrokken bij reguliere zorg en overlastzaken (burenruzies etc.) die gesproken waren in het kader van vooronderzoek, is aan medewerkers van OOV en de GGD gevraagd aan te geven of deze 62 personen feitelijk te boek stonden als slachtoffer. In geval van discrepanties (oordeel OOV en GGD over slachtofferstatus niet eensluidend, waarbij vaker voorkwam dat GGD een persoon niet aanmerkte als slachtoffer) is per individu afgewogen of een casus opgenomen kon worden in dit deel van het onderzoek. Bij twijfel is een dossier uitgesloten van onderzoek, om over een zo zuiver mogelijke steekproef te kunnen beschikken. Uiteindelijk bleven daardoor 31 casussen over. Deze werden geanonimiseerd door MGGZ en als zodanig aangeleverd bij de onderzoeksafdeling van de GGD (EGZ). De belangrijkste reden om casuïstiek te excluderen was, zoals aangegeven, dat personen betrokken waren bij een zaak die uiteindelijk toch niet was aangemerkt als Treitercasus. Andere redenen waren dat betrokkenen gezien

waren door de GGD in een andere context (vanwege vroegere persoonlijke crisis, zorgelijke signalen gezin (niet als slachtoffer), of omdat betrokkene niet het slachtoffer leek, maar de dader.

Quick-scan literatuur

Onderstaande zoekstrategie vormde de basis voor een quick-scan van de literatuur. Uit de eerste resultaten zijn relevante studies geselecteerd en is met behulp van nieuwe zoektermen gezocht naar aanvullende publicaties, evenals naar informatiebronnen die iets konden zeggen over praktische handvatten voor professionals ten aanzien van de omgang met slachtoffers.

Box: zoekstrategie

Database: Ovid MEDLINE(R) <1946 to Present with Daily Update>

Search Strategy:

-
- 1 exp *Bullying/ (1415)
 - 2 exp *Residence Characteristics/ (20100)
 - 3 *Aggression/ (16470)
 - 4 *Social Environment/ (16168)
 - 5 *Health Status/ (31166)
 - 6 1 or 3 (17803)
 - 7 The association of neighbourhood psychosocial stressors.m_titl. (1)
 - 8 exp *Exposure to Violence/ (24)
 - 9 1 or 3 or 8 (17822)
 - 10 abusive neighbours.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier] (0)
 - 11 2 or 4 (35712)
 - 12 nuisance neighbors.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier] (0)
 - 13 9 and 11 (339)
 - 14 Adolescent/ (1709176)
 - 15 domestic violence/ or intimate partner violence/ (5364)
 - 16 14 or 15 (1713015)
 - 17 13 not 16 (238)
 - 18 Schools/ (28043)
 - 19 17 not 18 (225)
 - 20 limit 19 to yr="2000 - 2016" (98)

Bijlage 2 Quick-scan literatuur

Gezondheidseffecten

Dit onderzoek is opgezet vanuit een 'rampenperspectief', in de veronderstelling dat ernstige intimidatie in de woonomgeving, zeker als het langer bestaat en escaleert, kan staan voor een dermate ingrijpende gebeurtenis dat betrokkenen een gezondheidsrisico (kunnen) lopen. Uit een inventarisatie van publicaties blijkt dat burengerucht en (geluids)overlast door burenen inderdaad allerlei negatieve gevolgen voor de gezondheid kunnen hebben, maar dat er over ernstige gezondheidseffecten vooral erg weinig bekend is (Stansfeld, Haines & Brown; 2000).

Illustratief is in dit verband de opmerking van Peper et al. in hun uitgebreide evaluatie van experimenten met buurtbemiddeling in Nederland, namelijk dat het *"wellicht een te algemeen bekend en daardoor onderschat gegeven [is], dat sluimerende conflicten tussen mensen in de woonomgeving een ernstige ondermijning kunnen betekenen van het welzijn van bewoners"*. En Koenraadt (2005) eindigt zijn betoog met de opmerking dat *"als object van forensisch gedragskundig of klinisch criminologisch onderzoek de (fatale) burenruzie sterk onderbelicht [is] en in dichtbevolkte buurlanden als België en Nederland ruimere aandacht [verdient]"*.

Beide auteurs bespreken in hun publicaties enkele voorbeelden van situaties tussen burenen die ernstig uit de hand liepen. Koenraadt richt zich in die context op 30 zaken van (poging tot) doding van burenen in Nederland en België. Uit zijn analyse blijkt onder meer dat ruzie c.q. overlast een *"dominant motief voor de fatale contacten tussen burenen"* is/was. Koenraadt is overigens niet de enige auteur die het verband tussen ernstige overlast en overlijden legt. Ook Stansfeld et al. (2000) benadrukken dat de effecten van "domestic noise" (gedefinieerd als lawaai veroorzaakt door bewoners dat een hinder is voor andere bewoners) in extreme gevallen verwoestende zijn. Verder schrijven zij dat in het Verenigd Koninkrijk tot wel 20 suïcides per jaar zouden zijn toe te schrijven aan deze vorm van geluidsoverlast (met daarbij een verwijzing naar Raw & Hamilton, 1995).

De gezondheidseffecten kunnen niet alleen (zeer) ernstig zijn, ze lijken ook behoorlijk divers. Stansfeld et al. (2000) benoemen de samenhang tussen (opnieuw) domestic noise enerzijds en anderzijds slaapstoornissen of allerlei emotionele reacties (woede, angst, depressie). Maschke & Niemann (2007) deden eveneens onderzoek naar chronische ernstige geluidsoverlast (mede) veroorzaakt door burenen en gezondheidseffecten; zij vonden een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, klachten aan het bewegingsapparaat en een verhoogd risico op depressie en migraine.

Verder zijn er nog enkele studies aangetroffen die betrekking op meer algemene kenmerken van buurten en wijken (met overlast van burenen vaak als een van de meegewogen factoren) als verklaring voor gezondheidsverschillen. Agyemang et al. (2007), verbonden aan de afdeling sociale geneeskunde van het AMC, zijn bijvoorbeeld verantwoordelijk voor een van de weinige wetenschappelijke studies (en destijds de eerste in Nederland) naar het verband tussen 'neighbourhood-level psychosocial stressors' (bijv. geconfronteerd worden met criminaliteit, hangjongeren, vuilnis, maar ook overlast van burenen) en

zelfgerapporteerd welbevinden. In een willekeurige steekproef van bijna 3000 volwassen Amsterdammers konden zij inderdaad een associatief verband aantonen tussen subjectieve gezondheid en overlast van burens. Ook na controle voor een mogelijke versturende invloed van demografische en sociaaleconomische factoren (in buurten met een lagere sociaaleconomische status rapporteren inwoners altijd een minder goede gezondheid en meer emotionele stress) bleken respondent die veel overlast van burens rapporteerden tevens (veel) vaker in een minder goede gezondheid te verkeren. Uit het buitenland zijn vergelijkbare studies bekend. Parkes and Kearnes deden een cross-sectionele analyse op data van de Scottish Household Survey van 2001 en wisten te melden dat respondenten die één of meer ruzies met hun burens rapporteerden ook vaker een minder goede gezondheid hadden. Gezondheid was op drie manieren onderzocht, namelijk zelf/gerapporteerde gezondheid, de aanwezigheid van een chronische aandoening/beperking en frequente (vaker dan 6) bezoeken aan een huisarts in het voorafgaande jaar. Burenruzies werden ook geassocieerd met een groter risico op rookgedrag.

Wat zijn verklaringen voor gezondheidsrisico's?

De meest voor de hand liggende verklaring voor gezondheidsklachten onder slachtoffers is dat van een chronische activatie van het stress-/afweersysteem, met als gevolg dat biochemische stress hormonen (zoals cortisol en catecholaminen), langdurig in het lichaam aanwezig zijn. Het gevolg is een ondermijnende belasting (in Engels: allostatic load) van het lichaam in het algemeen en allerlei organen in het bijzonder (Agyemang et al.; Stansfeld et al., 2000). Een belangrijk indirect effect zijn de gevolgen van chronische slaapdeprivatie; chronische onderbreking van de slaap ten gevolge van overlast kan gezondheidsproblemen tot gevolg hebben. Onderzoek van Silver (2002) laat overigens zien dat ook rekening moet worden gehouden met de omgekeerde richting van het verband, namelijk dat de aanwezigheid van gezondheidsproblemen ook (ernstige) buurtconflicten kunnen veroorzaken. De sociale relaties die mensen met een psychiatrische aandoening aangaan, inclusief met hun burens en buurtbewoners, kunnen immers onder druk komen te staan zodra bijvoorbeeld 'anderen' een persoon met een psychiatrische aandoening aanspreken op diens gedrag of hem-haar proberen te bewegen overlast gevend gedrag te staken, eventueel hulp te zoeken. Eerder dan in situaties waarin betrokkenen gezond zijn, kunnen situaties waarin een of meer betrokkenen een psychiatrische aandoening hebben volgens Silver (2002) escaleren naar beschuldigingen, boosheid en fysiek geweld. Daarmee is uiteraard niet beweerd dat mensen met een psychiatrische aandoening ook altijd de dader zijn. Diverse onderzoeken, ook in Amsterdam (Theunissen et al., 2014), laten zien dat patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening vaker zelf slachtoffer zijn van geweld (victimisatie), dan dat ze geweld daden begaan (Choe e.a., 2008).

Met chronische blootstelling aan stress als belangrijkste verklaring voor gezondheidsrisico's is het aardig om vast te stellen dat de weinige studies die werden aangetroffen wel ruim aandacht besteden aan de verklaring voor de achtergrond van deze stress, door helder uiteen te zetten waarom ernstige intimidatie in de woonomgeving als extreme vorm van overlast zo ingrijpend is en waarom conflicten zo lang kunnen blijven voortduren (Peper et al.). Burens zijn in de basis op elkaar aangewezen voor een aangename en veilige omgeving. De directe nabijheid noopt tot allerlei omgangsvormen. Burens worden gewild of ongewild frequent met elkaar geconfronteerd (de onontkoombaarheid van het contact), privé domein al gauw bedreigd, etc.). Ook Koenraadt over wat het contact tussen burens zo heikel maakt (zie pagina 130).

Kennis voor professionals in de omgang met slachtoffers

Aanbevelingen voor de omgang met slachtoffers zijn af te leiden uit grofweg twee soorten literatuurbronnen. De eerste bron is die van onderzoek in de context van rampen. Daarnaast kunnen we kijken naar aanbevelingen voor omgang met slachtoffers van huiselijk geweld.

Aanbevelingen vanuit rampenperspectief

De keuze voor het rampenperspectief is in de inleiding en methode al toegelicht. Er is betrekkelijk veel informatie beschikbaar voor personen die beroepshalve te maken krijgen met slachtoffers van rampen en andere ingrijpende gebeurtenissen. De belangrijkste aanbevelingen voor professionals laten zich als volgt samenvatten:

- Het is van belang dat professionals basale kennis hebben van reacties die getroffen en kunnen vertonen en bekend zijn met de gevolgen die het werken met getroffen en voor de eigen gezondheid kunnen hebben.
- De meeste volwassen en kinderen die betrokken zijn bij een ingrijpende gebeurtenis ervaren gedurende enkele dagen of weken stressreacties. Dit zijn normale reacties, bijvoorbeeld angst, verdriet, woede, verontwaardiging, wrok, schuld, schaamte, hulpeloosheid en hopeloosheid.
- Getroffen en hebben naast erkenning van het leed dat hen is overkomen/aangedaan, vaak ook sterke behoefte aan informatie over deze reacties (lichamelijk en geestelijk) die zij en/of hun verwanten vertonen. Psycho-educatie over deze reacties en mogelijke reacties op langere termijn kan veel ongerustheid wegnemen en bevorderend werken op het herstel van de zelfcontrole.
- Getroffen en kunnen zich afgestompt voelen, interesse en plezier in alledaagse gebeurtenissen kwijtraken, moeite hebben zich te concentreren of dingen te onthouden en slaapproblemen hebben. Zij kunnen zich veel zorgen maken, last hebben van nachtmerries, terugkerende gedachten of indringende herinneringen aan de ramp. Ook kunnen zij lichamelijke klachten hebben zoals een gespannen gevoel, ernstige vermoeidheid of pijn.
- Hoe sneller de getroffen en het gevoel van zelfcontrole terugkrijgen, hoe groter de kans op een goede verwerking van de gebeurtenis. Het is daarom zaak om dwars door hun ontredde, wanhoop en verdriet te kijken naar hun kracht en mogelijkheden om zichzelf te helpen. Dit vraagt een specifieke deskundigheid waarin medewerkers van de psychosociale rampenopvangorganisatie worden getraind.
- Een beperkt deel van de getroffen en zal ernstige reacties vertonen. Deze verminderen doorgaans met de tijd, maar vormen een risico voor lange termijn gezondheidsklachten en posttrauma psychopathologie. Deze klachten kunnen zich op allerlei manieren uiten.
- Het is afhankelijk van uw beroep waar u aandacht aan moet besteden. Het is belangrijk dat iedereen doet waar hij of zij goed in is, en zich beperkt tot het eigen beroep. Wanneer u als professional zorgen heeft over de psychische gesteldheid van een van de getroffen en, vraag dan iemand van de GGD erbij of adviseer de getroffene zelf contact op te nemen met de GGD of diens eigen huisarts.
- Als een getroffene van een ramp aangeeft met een professional te willen spreken in de periode direct na de ramp, dan is het belangrijk om actief en steunend te luisteren, te normaliseren en het natuurlijke herstel te ondersteunen. Medicaliseer niet, als dit niet nodig is. Ga niet op zoek naar details en emoties. Laat de getroffene zijn verhaal doen en dring niet aan op meer. Stimuleer het zoeken naar sociale steun.

- De meeste mensen die betrokken zijn bij een ramp zullen geen langdurige klachten ontwikkelen. Over het algemeen zijn mensen veerkrachtig, zelfredzaam en goed in staat om na enige tijd hun leven te hervatten.
- Een uitzondering zijn getroffen en die al tot een kwetsbare groep behoorden voor het moment van de ingrijpende gebeurtenis. Voor deze groep getroffen en moet men bedacht zijn op klachten die langer aanhouden, en ernstiger van aard zijn dan in een normaal verwerkingsproces. Wanneer deze mensen klachten melden, of het valt u op dat symptomen ontstaan of verergeren is het raadzaam de GGD te consulteren.
- Mensen die kwetsbaar zijn voor het ontwikkelen van psychosociale klachten zijn o.a. mensen met een psychiatrische diagnose in hun geschiedenis, mensen die langdurig aan de ingrijpende situatie zijn blootgesteld en mensen die grote materiele schade hebben ondervonden.

Aanbevelingen vanuit perspectief huiselijk geweld

Aanvullend kijken we naar aanbevelingen voor professionals ontleend aan publicaties over de omgang met slachtoffers van huiselijk geweld. Koenraadt (2005) brengt ons op dit idee. Hij beschrijft ten eerste dat ernstige intimidatie in de woonomgeving als fenomeen parallellen vertoont met (en beschouwd zou kunnen worden als een bijzondere vorm van) huiselijk geweld; een onderwerp dat in de criminologie wél veel aandacht heeft gekregen en waarvan de gezondheidseffecten voor slachtoffer uitgebreid zijn gedocumenteerd." In de contacten tussen burens tekent zich een analogie af met de omgang tussen gezinsleden onderling waar het de kwetsbaarheid van deze relatie voor (fataal) geweld betreft. Enkele van de argumenten die de auteur aanvoert:

- Lange duur: burens wonen soms jarenlang in elkaars nabijheid en hebben elkaar onder verschillende condities meegemaakt,
- Bepert en vast territorium: zeker in stedelijke gebieden wonen relatief veel mensen op een klein oppervlak, zodat afgrenzing van territorium noodzakelijk is en het vaak onvermijdelijk is dat men elkaar hoort, ziet, ruikt.
- Diversiteit activiteiten: het woongenot en de vrijheden van de een is een bron van irritatie voor de ander.
- Onvrijwillig lidmaatschap: de keuze om in een bepaalde buurt of wijk te wonen komt niet altijd vrijwillig tot stand en is (mede) afhankelijk van economische factoren. En volgens de Nederlandse vereniging van Makelaars vallen bij aan- en verkoop van een woning hinder of overlast veroorzakende burens niet onder de omschrijving van 'verborgen gebreken'.
- Stress: sommige buurten gaan meer dan andere als geheel gebukt onder spanning van overlast door bijvoorbeeld criminaliteit, nabijheid van een luchthaven of snelweg, etc.
- Uitvoerige kennis van elkaars levensloop: afhankelijk van de belangstelling, de intensiteit van omgangsvormen etc. zullen burens elkaars (eigen)aardigheden leren kennen, ook elkaars zwakke plekken.

Over een effectieve aanpak van huiselijk geweld is een en ander bekend (o.a. tijdige onderkenning, scherpe risicotaxatie, snelle en doeltreffende interventies en corrigerende hulp voor plegers). Ook de hulpbehoeften voor slachtoffers van (huiselijk) geweld zijn onderzocht. Als voorbeeld noemen we hier een studie van Ten Boom & Kuijpers (2008), die in hun onderzoek naar de meer universele behoeften van slachtoffers van geweld systematisch in kaart hebben gebracht (tabel 1). De auteurs gaan verder in op de vraag in welke mate deze behoeften specifiek bij slachtoffers van bepaalde typen delicten bestaan en stellen in antwoord daarop dat dezelfde behoeften grotendeels voorkomen onder slachtoffers van delicten over de gehele breedte. Daarbij maken ze de kanttekening dat niet alle slachtoffer alle behoeften

zullen hebben of ontwikkelen en dat bij slachtoffers van specifieke typen delicten aanvullend enkele unieke behoeften aangetroffen. Verder signaleren Boom & Kuijpers (2008) ten aanzien van de *prioritering* van behoeften op dat de meest geuite behoefte door slachtoffers van delicten lijkt te zijn die aan emotionele steun (waaronder professionele ondersteuning).

Tabel 1. Overzicht van door slachtoffers van delicten geuite ondersteuningsbehoeften (Ten Boom & Kuijpers, 2008:24).

Menselijke basisbehoeften (gebaseerd op algemene behoeftetheorieën)	Domein specifieke behoeften	Door slachtoffers van delicten geuite behoeften
Fysiologische behoeften		Voedsel, huisvesting ²¹
Veiligheidsbehoeften		Onmiddellijke veiligheid Voorkomen herhaling Opvang, steun, (hulp bij) verwerking
Liefde/geborgenheid; positieve relaties met anderen	Vriendelijke bejegening.	Herstel relaties Mediation
Zelfverwezenlijking; onafhankelijkheid/ autonomie	Mogelijkheid zich te uiten, eigen kant van het verhaal te vertellen (ongeacht de invloed ervan).	Gelegenheid tot input geven in strafproces
Achting; positieve identiteit	Autoriteit behandelt individu beleefd en waardig, respecteert zijn rechten, houdt rekening met behoeften en opvattingen, is onpartijdig.	Erkenning van de persoon Erkenning van het gebeurde Als belanghebbende behandeld worden
Begrip van de realiteit	Informatieverschaffing over procedures, beslissingen en in het verloop van het proces vragen kunnen stellen	Informatie over verloop zaak Uitleg over het systeem Informatie over dader, delict, motieven Informatie over verwerking
Effectiviteit en controle	Procescontrole (zelf iets kunnen inbrengen) en beslissingscontrole (invloed op beslissing kunnen hebben). Betrokkenheid bij de zaak.	Gelegenheid tot input geven in het Stafproces Geconsulteerd worden Instemming en beslismacht
Rechtvaardigheid	Herstel door dader.	Uitkomsten als arrestatie en bestraffing Uitkomsten als materieel herstel (compensatie, teruggave) en immaterieel herstel (excuses)

Als het gaat om gerichte adviezen aan mensen die beroepshalve te maken krijgen met slachtoffers van huiselijk geweld, is er aanzienlijk minder informatie beschikbaar, maar de aanbevelingen volgen haast automatisch uit bovenstaande ondersteuningsbehoeften:

- Zorg voor erkenning van de persoon, van het gebeurde.
- Handel kordaat en doortastend en schakel snel hulp in.
- Betrek slachtoffers bij de hulpverlening.
- Geef informatie, voorlichting, uitleg.
- Benadruk positieve aspecten.

²¹ Soms aan de orde bij slachtoffers die geheel op straat staan (bijvoorbeeld het huiselijk geweld zijn ontvlucht) en vrijwel niets meer hebben op dat moment. Alle andere slachtoffers noemen deze behoefte niet.

- Kijk naar wat er mogelijk is binnen het netwerk.
- Leg nadruk op eigen kracht, geef gelegenheid tot instemming, input, consultatie.
- Zorg voor goede afstemming tussen hulpverleners en geef één persoon de regie.