

# Centrum Seksueel Geweld voor acute slachtoffers

## INLEIDING

Van de Nederlandse vrouwen boven de 15 jaar wordt jaarlijks 2,3% geconfronteerd met één of meer negatieve seksuele ervaringen; van de mannen is dat 0,4%.<sup>1</sup> De incidentie van seksueel misbruik in de algemene bevolking is zeven tot honderd keer groter dan in huisartsenregistraties.<sup>2</sup> Deze discrepantie kan ermee te maken hebben dat slachtoffers het moeilijk vinden over hun ervaringen te spreken vanwege schaamte of schuldgevoel, maar ook dat huisartsen het niet altijd eenvoudig vinden er expliciet naar te vragen. Andere verklaringen zijn dat slachtoffers vinden dat ze de gevolgen van seksueel misbruik zelf moeten oplossen, dat zij via andere kanalen hulp zoeken of dat zij weinig verwachten van de huisarts.<sup>3</sup> Slachtoffers van seksueel geweld melden zich meestal pas weken tot jaren na de gebeurtenis bij de huisarts, en dan vanwege psychische en seksuele problemen.<sup>4,5</sup>

Die problemen zouden wellicht voorkomen hebben kunnen worden als het slachtoffer direct na de gebeurtenis adequate hulp had gekregen, zoals dat gebeurt in de multidisciplinaire Sexual Assault Centers in Scandinavië en de Verenigde Staten. Naar dit voorbeeld werd in Nederland in 2012 binnen het UMC Utrecht het eerste Centrum Seksueel Geweld (CSG) opgericht waar verpleegkundigen, politie, (forensisch) artsen en hulp-

verleners zoveel mogelijk onder één dak samenwerken. Ook slachtoffers die geen contact willen met de politie kunnen er terecht. Anno 2016 zijn er elf CSG's operationeel; eind 2016 zal er naar verwachting een landelijk dekkend netwerk zijn van zestien centra. In dit artikel lichten wij het doel, de werkwijze en de doelgroep toe, en geven we praktische adviezen hoe de huisarts het best kan handelen bij slachtoffers van acuut seksueel geweld.

## BESCHOUWING: DOEL, WERKWIJZE EN DOELGROEP

Voorheen werden verkrachtingsslachtoffers in Nederland geconfronteerd met een versnipperd zorgsysteem en lange wachttijden. Onderzoek heeft laten zien dat dit een negatieve invloed heeft op de verwerking van het trauma.<sup>6</sup> Het CSG hanteert een nieuwe aanpak: het biedt 24/7 geïntegreerde en gecoördineerde zorg aan kinderen en volwassenen die korter dan één week geleden seksueel geweld hebben meegemaakt. Die zorg wordt geboden door deskundigen op medisch, forensisch en psychologisch gebied, en voldoet aan landelijke kwaliteitscriteria. De centra stellen zich ten doel enerzijds de medische en psychologische gevolgen van het seksueel geweld te voorkomen dan wel tijdig te behandelen, en anderzijds verantwoord forensisch onderzoek uit te voeren onder optimale voorwaarden ten behoeve van waarheidsvinding.

In een CSG wordt elk slachtoffer opgevangen door een (forensisch) verpleegkundige, die zowel voor de getroffene als voor de verschillende zorgverleners het eerste aanspreekpunt

## Samenvatting

Bicanic IAE, De Jongh A, Lagro-Janssen ALM, Leusink PM. Centrum Seksueel Geweld voor acute slachtoffers. *Huisarts Wet* 2016;59(6):265-7.

Een slachtoffer van acuut seksueel geweld heeft lichamelijke en psychische hulp nodig en wil soms ook aangifte doen. Huisartsen die op de praktijk of de huisartsenpost worden geconfronteerd met een slachtoffer van seksueel geweld en expertise willen inroepen, kunnen verwijzen naar een Centrum Seksueel Geweld (CSG). Nederland zal in 2016 zestien van deze centra hebben waar medische, forensische en psychologische deskundigen klaarstaan om op elk uur van de dag en de week snelle, integrale hulp te bieden. CSG's werken volgens landelijk vastgestelde kwaliteitscriteria en hanteren een multidisciplinaire aanpak die behandeling van de medische en psychologische gevolgen van het seksueel geweld koppelt aan verantwoord forensisch-medisch onderzoek ten behoeve van de waarheidsvinding.

In dit artikel bespreken we de werkwijze van de CSG's en geven we aan hoe de huisarts hun hulp kan inroepen en ondersteunen. We bespreken ook een eerder gepubliceerd dossieronderzoek onder 108 slachtoffers van acuut seksueel geweld in de periode 2012-2013 die zich meldden bij het CSG in het UMC Utrecht, van wie er 101 (93,5%) een verkrachting hadden meegemaakt. Uit dit onderzoek komt als belangrijkste aanbeveling naar voren dat de huisarts in geval van acuut seksueel geweld de bescherming van biologische sporen in acht neemt, acute stress tracht te reduceren en zorg draagt voor snelle verwijzing naar een CSG, via 0800-0188 of [www.centrumseksueelgeweld.nl](http://www.centrumseksueelgeweld.nl).

## De kern

- In een Centrum Seksueel Geweld (CSG) bieden medische, forensische en psychologische deskundigen vanuit één locatie snelle en integrale hulp aan slachtoffers van acuut seksueel geweld.
- CSG's hebben tot doel de medische en psychologische gevolgen van seksueel geweld vroegtijdig te behandelen en forensisch-medische gegevens veilig te stellen.
- Eind 2016 zullen er in Nederland 16 CSG's zijn. De website [www.centrumseksueelgeweld.nl](http://www.centrumseksueelgeweld.nl) geeft een overzicht.
- Als een huisarts geconfronteerd wordt met een slachtoffer van acuut seksueel geweld, is het advies zo snel mogelijk 0800-0188 te bellen, rekening te houden met sporencontaminatie en het slachtoffer te adviseren over het beschermen van sporen.
- De huisarts ontvangt van het CSG een verslag van het bezoek van het slachtoffer en kan desgewenst contact opnemen met de casemanager die aan elk slachtoffer wordt toegewezen.

UMC Utrecht, Landelijk Psychotraumacentrum, Postbus 85090, 3508 AB Utrecht: dr. I.A.E. Bicanic, klinisch psycholoog, hoofd Centrum Seksueel Geweld Utrecht. ACTA Amsterdam: prof.dr. A. de Jongh, tandarts, gz-psycholoog. Radboudumc, Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Nijmegen: em. prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, hoofd Centrum Seksueel en Familiaal Geweld Nijmegen. Praktijk de Huisarts, W. Barentszlaan 32, 2803 XP Gouda: P.M. Leusink, huisarts, seksuoloog NVVS • Correspondentie: [i.a.e.bicanic@umcutrecht.nl](mailto:i.a.e.bicanic@umcutrecht.nl) • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

is. Als het slachtoffer bereid is aangifte te doen – wat geen voorwaarde is om zorg te ontvangen – vindt eerst forensisch-medisch onderzoek plaats door een forensisch arts. Bij dit onderzoek is de aanwezigheid van een forensisch rechercheur verplicht om zo betrouwbaar mogelijk bewijs te verkrijgen. Aansluitend volgt de medische zorg, die gericht is op het behandelen van eventueel letsel, het voorkomen van ongewenste zwangerschap en soa's, en het inschatten van de noodzaak voor postexpositieprofylaxe (PEP) tegen hiv. De medische zorg en het forensisch onderzoek worden op elkaar afgestemd zodat ze elkaar niet verstoren, maar ook zo min mogelijk belastend zijn voor het slachtoffer. Hierin ligt onder andere de meerwaarde van een CSG: beoordeling en zorgverlening gebeuren vanuit een geïntegreerd forensisch-medisch en (kinder)geneeskundig perspectief.

Na het CSG-bezoek ontvangt de huisarts van het slachtoffer een ontslagbrief waarin de geboden zorg wordt vermeld (morning-after pil, antibiotica, PEP, soa-diagnostiek) en waarin de aanleiding voor de zorg wordt omschreven ('ongewenst en onbeschermd seksueel contact'). Ieder slachtoffer krijgt een casemanager toegewezen – een psycholoog of een verpleegkundige – die de dag na het CSG-bezoek contact opneemt met het slachtoffer en vanaf dat moment ten minste vier weken lang de multidisciplinaire zorg coördineert. Als het slachtoffer daarin toestemt, kan de casemanager contact opnemen met de huisarts voor verder overleg. De casemanager voert een beleid van 'watchful waiting' door één, twee en vier weken na het eerste contact de stressreacties van het slachtoffer te monitoren, telefonisch of in een persoonlijk contact.<sup>7</sup> Om het ontstaan van een posttraumatische-stressstoornis (PTSS) te voorkomen, krijgt het slachtoffer psycho-educatie en adviezen over adequate coping. Verkrachtingsslachtoffers hebben een relatief grote kans op het ontstaan van een PTSS: uit prospectief onderzoek blijkt dat 40% van de slachtoffers zes maanden na de verkrachting voldoet aan de criteria voor de diagnose.<sup>2</sup> Als het slachtoffer vier weken na het trauma toch een PTSS blijkt te hebben, kan de casemanager een behandeling aanbieden via een bij het CSG aangesloten ggz-instelling. De aangeboden behandelingen, *eye movement desensitisation and reprocessing* (EMDR) of cognitieve gedragstherapie (CGT), zijn evidence-based en eerste keus bij PTSS.<sup>8</sup> De casemanager vraagt de huisarts in dat geval om een verwijfsbrief voor

de behandeling, en als deze beëindigd is ontvangt de huisarts een ontslagbrief van de behandelend psycholoog met zo nodig adviezen voor terugvalpreventie.

In het CSG Utrecht, dat onderdeel is van het UMC Utrecht, is een dossieronderzoek uitgevoerd naar de doelgroep – mensen die minder dan één week geleden het slachtoffer waren van seksueel geweld.<sup>9</sup> Zoals de meeste CSG's ontvangt het centrum zijn patiënten via de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH). Tussen januari 2012 en september 2013 meldden zich daar 108 patiënten, van wie de gegevens en het gebruik van CSG-voorzieningen zijn geanalyseerd op basis van hun patiëntendossiers.<sup>9</sup> De meeste slachtoffers waren vrouw, tussen de 12 en 25 jaar oud en werden belaagd door een hen bekende volwassene; 93,5% gaf aan een verkrachting te hebben meegemaakt. Op enkele patiënten na consulteerde de meerderheid het centrum binnen 72 uur na de verkrachting. Rond eenderde rapporteerde eerder seksueel misbruik (32%) of eerdere mishandeling (30%). Een groot deel had een voorgeschiedenis van frequent gebruik van ggz-voorzieningen (45%), veel medicatiegebruik (58%) en ongunstige leefomstandigheden, zoals tijdelijke of begeleide huisvesting en het ontbreken van ouderlijke steun. Een minderheid van de slachtoffers (34%) deed aangifte bij de politie; een meerderheid maakte gebruik van het multidisciplinaire aanbod: 62% onderging een forensisch-medisch onderzoek en 82% maakte gebruik van de mogelijkheid tot 'watchful waiting'. Het Centrum Seksueel en Familiaal Geweld Nijmegen rapporteert vergelijkbare cijfers in zijn jaarverslag 2012-2013.<sup>10</sup>

De integrale aanpak lijkt goed aan te sluiten bij de doelgroep, die voor een groot deel bestaat uit sociaal kwetsbare mensen. De kans dat deze patiënten niet goed in beeld zijn bij hun huisarts is aanzienlijk, omdat ze vaak van woonplek of instelling veranderen. Daarentegen maken de percentages 'gebruik van de ggz' en 'medicatiegebruik' duidelijk dat er ooit een contactmoment met de huisarts moet zijn geweest. Voor de nazorg door de huisarts is het van belang te weten dat er in het dossieronderzoek bij 25% van de slachtoffers sprake was van algemeen fysiek letsel en bij slechts 6% van genitaal letsel.

Uit het dossieronderzoek kwam een aantal verbeterpunten naar voren. Ondanks de voorlichting over het gebruik en de bijwerkingen van PEP-medicatie voltooide slechts de helft van de patiënten het behandelingschema. Verbetering van de therapietrouw vergt een gezamenlijke inspanning van de casemanager, de infectioloog en de huisarts. Een ander aandachtspunt is dat het forensisch-medisch onderzoek bij kinderen niet op dezelfde wijze wordt uitgevoerd als bij volwassenen. Bij kinderen wordt standaard top-tot-teenonderzoek gedaan, bij volwassenen wordt de focus van het forensisch-medisch onderzoek bepaald op grond van het verhaal van het slachtoffer, wat kan resulteren in minder nauwkeurig gedocumenteerd letsel.<sup>11</sup>

Voor de huisarts heeft verwijzen naar een CSG – uiteraard wanneer het slachtoffer daarmee akkoord gaat – een aantal voordelen. De snelle en integrale hulp van experts kan het risico op het ontstaan van psychische en medische problemen doen afnemen.<sup>12</sup> De patiënt krijgt in een CSG te maken met traumasensitieve zorgverleners, voor wie deze problematiek

## Abstract

Bicanic IAE, De Jongh A, Lagro-Janssen ALM, Leusink PM. Sexual Assault Referral Centre. *Huisarts Wet* 2016;59(6):265-7.

Victims of sexual assault need physical and psychological support and may want to report the assault. General practitioners and after hours services who need assistance when dealing with victims can refer them to a Centrum Seksueel Geweld (CSG; Sexual Assault Referral Centre). By 2016, there will be 16 such centres in the Netherlands, providing medical, forensic, and psychological expertise and offering rapid, integrated care and advice at all hours of the day, everyday. These centres work according to national quality guidelines and have adopted a multidisciplinary approach that couples the treatment of the medical and psychological consequences of sexual violence with appropriate medical forensic investigations to help establish the facts.

dagelijks werk is en die bekend zijn met de invloed van bejegening op de verwerking.<sup>13</sup> Daarnaast kan op het CSG verwarring worden voorkomen omtrent de grenzen tussen verrichtingen binnen het curatieve of het forensische kader. Tot slot kan de huisarts, die door een geautomatiseerd verslag wordt geïnformeerd over het CSG-bezoek, in contact blijven met de casemanager die alle noodzakelijke hulp coördineert **[stappenplan]**.

Vanaf eind 2016 is er een landelijk dekkend netwerk van 16 CSG's waar slachtoffers van acuut seksueel geweld terecht kunnen, ongeacht woonplaats of plaats delict. Volwassen slachtoffers die via de SEH toegang krijgen tot het centrum moeten hun eigen risico aanspreken, maar het is mogelijk die kosten later te verhalen op het Schadefonds Geweldsmisdrijven. Uit toekomstige evaluaties zal moeten blijken in hoeverre de kosten een bemerking vormen om een beroep te doen op het CSG.

### PRAKTISCHE ADVIEZEN

Bij face-to-facecontact met een slachtoffer van acuut seksueel geweld (minder dan een week geleden) moet de huisarts of triagist rekening houden met contaminatie van biologische sporen die kunnen dienen ter opsporing en identificatie van personen. Het is raadzaam het slachtoffer geen hand te geven en niets te drinken te geven, en de achterliggende reden hiervan toe te lichten, zeker wanneer het incident korter dan 24 uur geleden plaatsvond. In verband met het forensisch onderzoek dat in het CSG zal plaatsvinden, is het van belang de patiënt een aantal adviezen te geven om sporen veilig te stellen. Het belangrijkste advies is niet te douchen of te wassen en niet de tanden te poetsen. Ook is het essentieel toiletbezoek zo mogelijk te vermijden (eventueel de urine opvangen), niet te eten of te drinken en de kleding niet in de was te doen maar bij voorkeur te bewaren in een papieren zak. In verband met eventueel (later) verhoor van het slachtoffer door de politie is het gewenst zo min mogelijk informatie over het delict van de patiënt te ontvangen, behalve uiteraard medische informatie die nodig is om zo nodig acute zorg te kunnen verlenen.

Telefonisch verwijzen naar een CSG is 24/7 mogelijk via het gratis nummer 0800-0188. De meldkamer zal direct verwijzen naar het meest nabije CSG; woonplaats en plaats delict zijn niet relevant voor deze keuze. Voor de patiënt is het prettig als een vertrouwd iemand emotionele ondersteuning kan bieden, zeker omdat het verblijf in een CSG drie uur of langer in beslag kan nemen. De huisarts kan met de patiënt meedenken welke persoon uit de sociale omgeving het meest geschikt zou zijn.

De huisarts doet zelf geen lichamelijk of aanvullend onderzoek, maar legt kort uit wat het slachtoffer kan verwachten: 'Ik ga je verwijzen naar het Centrum Seksueel Geweld. Daar werken politie en hulpverleners samen voor mensen die kortgeleden seksueel geweld hebben meegemaakt. Alleen als je bereid bent om aangifte te doen, wordt een sporenonderzoek gedaan. Jij bepaalt of je dat wilt. Ook als je (nog) geen aangifte wilt doen, ontvang je hulp. Je krijgt medicijnen tegen eventuele besmetting en ongewenste zwangerschap. Je krijgt een casemanager toegewezen, die contact met jou en alle betrokkenen houdt en die je gaat helpen bij de verwerking.' Zo

### Stappenplan

1. De patiënt is minder dan zeven dagen geleden slachtoffer van seksueel geweld en gaat akkoord met verwijzing naar een CSG.
2. De huisarts houdt rekening met sporencontaminatie en geeft instructies over het beschermen van biologische sporen.
3. De huisarts belt 0800-0188 om verwijzing naar het dichtstbijzijnde CSG zo snel mogelijk te realiseren.
4. Nadat de patiënt het CSG bezocht heeft, ontvangt de huisarts een verslag van dit bezoek.
5. Zo nodig kan de huisarts contact opnemen met de casemanager die het CSG aan elk slachtoffer toewijst.

nodig geeft de huisarts een verwijfsbrief mee over bijvoorbeeld anticonceptie, somatische of psychiatrische voorgeschiedenis, lopende behandelingen en context van de patiënt. Meer informatie, waaronder filmpjes met uitleg, is te vinden op [www.centrumseksueelgeweld.nl](http://www.centrumseksueelgeweld.nl).

In deze situaties is een empathische en respectvolle bejegening door de huisarts wenselijk; het maakt daarbij niet uit of de huisarts een man of vrouw is.

Het is belangrijk dat de huisarts het slachtoffer kalmeert, omdat heftige initiële stressreacties voorspellend zijn voor PTSS.<sup>2</sup> Aan 15-57% van de Amerikaanse veteranen met PTSS zijn kortdurend benzodiazepines voorgeschreven, maar het klinisch effect is zeer onzeker.<sup>14</sup> Het is belangrijk om bijvoorbeeld slaapmedicatie niet langer dan een week voor te schrijven en de patiënt te vragen daarna contact op te nemen. Overigens zijn de meeste slachtoffers eerder stil en teruggetrokken dan emotioneel of ontregeld. ■

### LITERATUUR

1. Merens A, Hartgers M, Van den Brakel M. Emancipatiemonitor. Den Haag: SCP/CBS, 2012.
2. Tihoonen Möller A, Bäckström T, Söndergaard HP, Helström L. Identifying risk factors for PTSD in women seeking medical help after rape. *PLoS One* 2014;9:e111136.
3. Mol SSL. Trauma, life events and PTSD: a challenge for patients and family doctors [Proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2002.
4. Mol, S. Huisartsenhulp na ingrijpende gebeurtenissen. *Huisarts Wet* 2004;47:331-4.
5. De Groot J, De Jongh A, Leusink P. Geen zin meer in seks? Denk aan psychisch trauma! *Huisarts Wet* 2013;56:134-7.
6. Ensink B, Van Berlo W. Intrusive memories: development of psychological problems after sexual assault. Utrecht/Delft: NISSO/Eburon, 1999.
7. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Geneva: WHO, 2014.
8. Posttraumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. NICE Guideline CG26. London: National Institute for Clinical Excellence, 2005.
9. Bicanic I, Snetselaar H, De Jongh A, Van de Putte E. Victims' use of professional services in a Dutch sexual assault centre. *Eur J Psychotraumatol* 2014 Jun 18;5.
10. Lagro-Janssen T, Zijlstra E. Jaarverslag Centrum Seksueel en Familiaal geweld Nijmegen 2012-2013. Nijmegen: SFG Nijmegen, 2013.
11. Ingemann-Hansen O, Sabroe S, Brink O, Knudsen M, Charles AV. Characteristics of victims and assaults of sexual violence-improving inquiries and prevention. *J Forensic Leg Med* 2009;16:182-8.
12. Kennedy KM, White C. What can GPs do for adult patients disclosing recent sexual violence? *Br J Gen Pract* 2015; 65:42-4.
13. Ahrens C, Stansell J, Jennings A. To tell or not to tell: The impact of disclosure on sexual assault survivors' recovery. *Violence Vict* 2010;25:631-48.
14. Lund BC, Abrams TE, Bernardy NC, Alexander B, Friedman MJ. Benzodiazepine prescribing variation and clinical uncertainty in treating post-traumatic stress disorder. *Psychiatr Serv* 2013;64:21-6.