

# Centrum Seksueel Geweld Zuid-Holland

## Jaarverslag 2017

*"Zo snel mogelijk, met zo min mogelijk professionals die zo goed mogelijk zijn opgeleid, en niet meer vragen en doen dan strikt noodzakelijk is."*



**Het huidige jaarverslag**

Voor u ligt het jaarverslag 2017 van het Centrum Seksueel Geweld (CSG) Zuid-Holland. Dit centrum is op 18 januari 2016 gevestigd en opgericht vanuit GGZ Rivierduinen in Leiden met subsidie van Fonds Slachtofferhulp. In 2017 is het CSG verder voortgezet met behulp van gemeentelijke subsidies. In dit jaarverslag wordt de werkwijze van het CSG uiteengezet. Ook staat beschreven wie er bij het CSG Zuid-Holland zijn gesproken en/of gezien en welke zorg er is geboden in 2017. Wanneer u naar aanleiding van dit jaarverslag vragen heeft, kunt u deze mailen naar [centrumseksueelgeweld@rivierduinen.nl](mailto:centrumseksueelgeweld@rivierduinen.nl).

Cyntha van der Holst

Coördinator Centrum Seksueel Geweld Zuid-Holland

## Inhoud

<b>Centrum Seksueel Geweld – landelijk</b> .....	4
Ontstaan .....	4
Het landelijk netwerk .....	5
Expertisecentrum .....	7
Doelen.....	7
<b>Centrum Seksueel Geweld - Zuid-Holland</b> .....	8
Samenwerking .....	8
Forensische zorg.....	9
Medische zorg .....	9
Psychologische zorg.....	9
<b>Resultaten</b> .....	11
Regio.....	11
Demografische gegevens slachtoffer .....	12
Gegevens incident .....	12
Geboden forensische, medische en psychologische zorg .....	14
Implementatie .....	15
<b>Vooruitblik</b> .....	16
Zorg voortzetten.....	16
Samenwerking .....	16
Begroting .....	16
<b>Literatuur</b> .....	17
<b>Illustratie casemanager</b> .....	18

## Centrum Seksueel Geweld – landelijk

Het CSG is een samenwerkingsverband tussen medische, psychologische en forensische disciplines volgens de multidisciplinaire aanpak (MDA)<sup>1</sup>. Politie en hulpverlening werken nauw samen in het belang van slachtoffers conform de werkwijze van Rape Centers in Scandinavië<sup>2</sup>. Het CSG richt zich primair op acute slachtoffers van een verkrachting tot en met 7 dagen geleden. De eerste week direct na een verkrachting biedt namelijk unieke kansen op medisch, psychologisch en forensisch vlak, die daarna verkeken zijn. Slachtoffers die geen contact met de politie willen of aangeven langer dan 7 dagen geleden seksueel te zijn misbruikt, kunnen ook van het CSG gebruik maken. Er wordt dan per individu gekeken welke zorg nodig en gewenst is. Kenmerkend voor het CSG is dat zorg integraal vanuit verschillende disciplines wordt verleend. Dit gebeurt door bevoegd en bekwaam personeel, voor wie deze zorg tot de dagelijkse taken behoort. Het CSG biedt:

- acute medische zorg gericht op preventie van zwangerschap en besmetting met SOA/HIV, en behandeling van letsel;
- forensisch-medisch onderzoek gericht op sporen en letselduiding bij aangiftebereidheid;
- acute psychologische zorg om herstel te bevorderen en ter preventie van het ontstaan van psychische stoornissen, met name PTSS.

### Ontstaan

Op basis van eerder onderzoek<sup>3</sup> vormde het CSG als eerste een antwoord op het versnipperde (zorg) systeem waar acute verkrachtingslachtoffers in Nederland tegenaan liepen, zoals professionals die onvoldoende expertise hebben, wachttijden hanteren en onnodig vaak vragen naar 'wat er is gebeurd'. Voor medisch onderzoek, vaccinaties, psychische hulp, mogelijke aangifte of andere hulpvragen moest je na een aanranding of verkrachting telkens op een ander adres zijn. Aangetoond is dat slachtoffers hierdoor ontmoedigd raken en significant meer tijd nodig hebben voor psychisch herstel<sup>3</sup>.

De noodzaak van het CSG wordt duidelijk wanneer men naar de prevalentie van seksueel geweld in Nederland kijkt: 1 op de 8 vrouwen en 1 op de 20 mannen geeft aan ooit te zijn verkracht<sup>4</sup>. Onder jongeren ligt de prevalentie beduidend hoger<sup>5</sup>. Elk jaar zijn er ongeveer 100.000 nieuwe slachtoffers van seksueel geweld, die medische en psychologische zorg nodig hebben, en soms aangifte willen doen.

Op basis van deze cijfers wordt geschat dat bijna 1 miljoen Nederlanders in hun leven een verkrachting heeft meegemaakt. Hiervan ontwikkelt 40% een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS), vaak met comorbide problematiek<sup>6</sup>. Slachtoffers met PTSS hebben klachten zoals herbelevingen, nachtmerries, aanhoudende slaapproblemen, langdurig angstig en schrikachtig zijn en ze raken geïsoleerd. Daarnaast kunnen zij te maken krijgen met seksuele en relationele problemen, uitval op school en werk,

verslavingsproblemen, hoog (medisch) zorggebruik en herhaald slachtofferschap. Het hebben van een PTSS is voor herhaald slachtofferschap een bewezen mediërende factor<sup>7</sup>. Door direct na het meemaken van seksueel geweld zorg en onderzoek te bieden, kan PTSS en ook (het ontstaan van) andere psychische en medische problematiek worden voorkomen<sup>2</sup>.

### Het landelijk netwerk

Dat de CSG's inderdaad voorzien in een lacune is in 2013 vastgesteld middels onderzoek door Regioplan en het Verweij-Jonker Instituut in opdracht van de departementen van de ministeries van VWS en V&J<sup>8</sup>. In 2015 hebben de staatssecretarissen van deze departementen ingestemd met het verstrekken van een overbruggingskrediet van € 4,2 miljoen voor een landelijk dekkend netwerk in 2016 en 2017, via de gemeenten. Inmiddels is er landelijke dekking bereikt, en zijn er 16 centra geopend.



**Figuur 1.** Het landelijk netwerk van het Centrum Seksueel Geweld.

Slachtoffers van acut seksueel geweld moeten overal in Nederland kunnen rekenen op de beste zorg en onderzoek. Daarvoor kunnen deze slachtoffers terecht bij een landelijk netwerk van 16 Centra Seksueel Geweld (maximale reistijd van 1 uur per auto) met een eenvoudige en laagdrempelige toegang via één centrale hulplijn 0800-0188 en één website [www.centrumseksueelgeweld.nl](http://www.centrumseksueelgeweld.nl).

### Expertisecentrum

Om zicht te krijgen en te houden op de gebruikers van het CSG en op de kwaliteit van de geleverde zorg, worden gegevens in een database geregistreerd en geanalyseerd. Hieruit kan worden afgeleid of de CSG-werkwijze tot verbeteringen leidt met betrekking tot het psychisch en medisch welzijn. Immers, op basis van buitenlandse studies wordt de geïntegreerde CSG-werkwijze verondersteld een gunstig effect te hebben op deze factoren. Dankzij de vroege identificatie van de risicogroepen binnen het CSG, kan mogelijk al sneller de juiste hulp worden ingezet.

### Doelen

De gebundelde samenwerking zorgt voor een preventief zorgaanbod voor slachtoffers van seksueel geweld op zowel forensisch, medisch als psychologisch gebied. De beoogde resultaten van het CSG bestaan uit:

- Een afname van de tijd tot het zoeken van professionele hulp. Op dit moment duurt het maanden, vaak jaren voordat een slachtoffer hulp zoekt, terwijl in de tussentijd veel klachten worden ervaren.
- Een vermindering van psychologische problemen ten gevolge van seksueel geweld. Het gaat hierbij onder andere om een PTSS, depressie en revictimisatie, waarbij het CSG in verband met de vroege identificatie van deze slachtoffers al preventieve zorg kan bieden.
- Een vermindering van de medische problemen als gevolg van het meemaken van seksueel geweld, waarvoor zorg nodig is. Het gaat hierbij onder andere om het voorkomen van SOA's en HIV, ongewenste zwangerschap, hoofdpijn, buikpijn, bekkenbodem- en seksueel problemen en vaginaal bloedverlies.
- Een toename van de opsporing door de politie en berechting van de dader van het seksueel geweld.

## Centrum Seksueel Geweld - Zuid-Holland

In het CSG Zuid-Holland wordt volgens de landelijke kwaliteitscriteria van het CSG gewerkt<sup>9</sup>. De kwaliteitscriteria gelden voor zowel de forensische, medische als psychologische discipline binnen het CSG. Elk slachtoffer van acuut seksueel geweld wordt vanaf binnenkomst bijgestaan door een forensisch verpleegkundige. De geboden hulp is afhankelijk van de hulpvraag (wel/geen politiebemoeienis en wel/geen ernstig letsel), de leeftijd van het slachtoffer en de tijd na het seksueel geweld (binnen 72 uur of na 72 uur). Het forensisch medisch onderzoek vindt plaats bij de politie eenheid Den Haag in Leidschendam-Voorburg. Wanneer het een minderjarig slachtoffer betreft, vindt sinds september 2017 het forensisch medisch onderzoek plaats in het Juliana Kinderziekenhuis in Den Haag, onder toezicht van een kinderarts.

In geval van enkel medische zorg, wordt dit geboden bij de spoedeisende hulp (SEH) van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), bij de GGD Hollands Midden of het Centrum Seksuele Gezondheid Haaglanden.

De forensische verpleegkundige is zorgcoördinator in de acute fase; hij/zij spreekt met de betrokken disciplines af waar het slachtoffer gezien gaat worden. De betrokken partners zijn op de hoogte van de verschillende 'routes' binnen het CSG en de forensisch verpleegkundige is als aanspreekpunt de spin in het web. Tijdens de acute fase is forensisch medisch onderzoek mogelijk, waarbij de zedenpolitie eenheid Den Haag en forensisch artsen samenwerken ten behoeve van het sporenonderzoek. Na de acute medische - (en forensische) zorg vindt overdracht plaats door de forensisch verpleegkundige naar de casemanager van het CSG. De casemanager, werkzaam als psycholoog bij GGZ Rivierduinen, vormt de verbinding tussen het slachtoffer en alle disciplines (zie p. 18 voor een illustratie casemanager).

### Samenwerking

In de regio Zuid-Holland is er sprake van een nauwe samenwerking tussen verschillende partners. Deze goede, onderlinge samenwerking zorgt ervoor dat de hulpverlening zo efficiënt en prettig mogelijk voor het slachtoffer verloopt.

De volgende partijen zijn betrokken:

- GGZ Rivierduinen (casemanagers/psychologen)
- Zedenpolitie eenheid Den Haag (locatie Leidschendam-Voorburg)
- Forensisch verpleegkundigen
- Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)
- RDOG Hollands Midden, waaronder de GGD, SOA poli en Veilig Thuis



- Forensisch Artsen Rotterdam Rijnmond (FARR)
- Nederlands Forensisch Instituut (NFI)
- Centrum Seksuele Gezondheid GGD Haaglanden
- HAGA Ziekenhuizen
- MCH Ziekenhuizen
- Juliana Kinderziekenhuis

### Forensische zorg

Het doel van het politie- of opsporingsonderzoek is waarheidsvinding. Het opsporingsbelang staat centraal en het doen van aangifte is geen doel op zich. De politie werkt volgens nationale richtlijnen, die in lijn zijn met de landelijke kwaliteitscriteria van het CSG. De forensisch artsen die worden ingeschakeld door de politie, worden betrokken vanuit de FARR bij meerderjarige slachtoffers en vanuit het NFI wanneer er sprake is van minderjarige slachtoffers ( $\leq 16$  jaar). Tijdens een forensisch medisch onderzoek (FMO) werken de forensisch arts, forensisch verpleegkundige, zedenrechercheur en FO-rechercheur nauw samen en heeft de zedenrechercheur de regie over het FMO. De forensisch verpleegkundige is de zorgcoördinator en heeft de regie over de koppeling met medische zorg binnen het CSG.

### Medische zorg

Het doel van de medische zorg is het voorkomen van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) en zwangerschap en/of het behandelen van de lichamelijke gevolgen van seksueel geweld. Het CSG zorgt dat medische zorg en forensisch sporenonderzoek worden afgestemd, zodat deze elkaar niet verstoren en ook zo min mogelijk belastend zijn voor het slachtoffer. In geval van lichamelijk letsel waarvoor acute medische zorg geïndiceerd is, is 24/7 zorg beschikbaar op de SEH van het LUMC. De forensische verpleegkundige blijft gedurende het traject betrokken bij het slachtoffer en de medisch professionals. Door de flexibele inzet van de forensisch verpleegkundige, kunnen zij zowel opgeroepen worden op de locatie van het politiebureau, de SEH van het LUMC of in geval van een minderjarig slachtoffer op de SEH van het Juliana Kinderziekenhuis.

### Psychologische zorg

Het doel van de psychologische zorg is het verminderen van initiële stress en het voorkomen dan wel behandelen van een PTSS of andere psychiatrische stoornissen ten gevolge van het seksueel geweld. Behandelaren van GGZ Rivierduinen Psychotraumacentrum Kinderen en Jeugd bieden een maand casemanagement aan alle acute slachtoffers van seksueel geweld, waarbij er telefonisch contact is met het slachtoffer op dag 1, week 2 en week 4. De casemanager is het vaste aanspreekpunt voor het

slachtoffer en de schakel tussen de betrokken disciplines. De psychologische zorg door de casemanager bestaat uit het *watchful waiting* protocol; het monitoren van acute stressreacties en het geven van psycho-educatie aan het slachtoffer en ouders/partner. Indien stressreacties niet afnemen, en als er sprake is van een PTSS of andere problematiek, dan wordt direct of na een maand een verwijzing gedaan voor (*evidence based*) traumagerichte behandeling bij GGZ Rivierduinen of binnen het netwerk in de regio.

## Resultaten

In de periode van 1 januari 2017 tot en met 31 december 2017 is in totaal met (of over) 315 slachtoffers van seksueel geweld contact geweest. Er zijn 133 slachtoffers in de acute fase (binnen 7 dagen na het seksueel geweld) binnen het CSG Zuid-Holland gezien. In 2016 werden er in totaal 111 acute slachtoffers geholpen. Dit is een toename van het aantal acute slachtoffers in 2017 van 19.8% ten opzichte van het aantal acute slachtoffers in 2016.

De acute slachtoffers zijn bijgestaan door een forensische verpleegkundige en hebben – indien nodig en gewenst – medische, forensische en psychologische hulp binnen het CSG ontvangen. De overige 182 slachtoffers hadden langer dan een week geleden seksueel geweld meegemaakt. Ondanks dat het primaire aanbod van het CSG is gericht op acute slachtoffers, hebben de niet-acute slachtoffers binnen kantooruren een casemanager kunnen consulteren en zijn, indien gewenst, verwezen en geadviseerd in de hulpvraag.

**Tabel 1.** Aantal slachtoffers binnen het CSG Zuid-Holland, uitgesplitst naar acuut\* versus niet acuut.

Centrum Seksueel Geweld Zuid-Holland	Acuut*	Niet Acuut	Totaal
Aantal slachtoffers	133	182	315

*\*acuut is gedefinieerd als  $\leq 7$  dagen*

### Regio

Omdat het CSG Zuid-Holland werkzaam is binnen verschillende gemeenten, is gekeken naar een regioverdeling in de cijfers van acute slachtoffers. Hierin is een splitsing gemaakt tussen de regio's Haaglanden en Hollands Midden. Hierbij vallen de gemeenten Delft en Den Haag onder regio Haaglanden en de gemeenten Leiden en Gouda onder regio Hollands Midden.

**Tabel 2.** Aantal acute slachtoffers afkomstig uit Zuid-Holland per regio.

Regio	Aantal acute slachtoffers
Hollands Midden	40
Haaglanden	72
Overig	21

De meerderheid van de acute slachtoffers waren afkomstig uit provincie Zuid-Holland (120 slachtoffers), waarvan 40 slachtoffers uit Hollands Midden en 72 uit Haaglanden. De overige slachtoffers kwamen uit een andere regio in Nederland.

### Demografische gegevens slachtoffer

Kijkend naar de acute consulten in 2017, betrof het in 125 gevallen (94%) een vrouwelijk en bij 8 gevallen (6%) een mannelijk slachtoffer. Ongeveer een derde (30.8%) van de slachtoffers was minderjarig. De meerderheid van de slachtoffers was van Westerse afkomst (88%). Er waren 25 slachtoffers die aangaven dat zij eerder seksueel geweld hadden meegemaakt (19%).

**Tabel 3.** Eerder seksueel geweld.

Eerder seksueel geweld	Aantal	Frequentie
Nee	35	27%
Ja, eenmalig	8	6%
Ja, meermalig	17	13%
Onbekend	73	54%

### Gegevens incident

Het type seksueel geweld betrof in de meeste gevallen een vaginale verkrachting (56.4%) of betasting (20.3%). Bij 6% van de slachtoffers was onbekend welk type seksueel geweld had plaatsgevonden.

**Tabel 4.** Gemeld type seksueel geweld.

Type	Aantal	Percentage
Vaginale verkrachting	75	56.4%
Betasten (geen penetratie)	27	20.3%
Anale verkrachting	7	5.3%
Orale verkrachting	5	3.8%
Gedwongen manuele bevrediging	4	3%
Verkrachting (onbekend vaginaal/anaal/oraal)	3	2.3%
Orale verkrachting	2	1.8%
Hands-off	2	1.5%
Onbekend	8	6%

Bij de meerderheid van de incidenten ging het om één dader (80%), 15.4% van de slachtoffers gaven aan een groepsverkrachting te hebben meegemaakt. De meerderheid van de slachtoffers (61%) werd verkracht of aangerand door een bekende.

**Tabel 5.** Relatie verdachte.

Relatie	Aantal	Percentage
Bekende dader	81	61%
Onbekende dader	24	18%
Combinatie onbekend/bekende dader	3	2.3%
Geen gegevens	25	18.7%

### Geboden forensische, medische en psychologische zorg

In de meerderheid van de gevallen nam de politie als eerste contact op met het CSG (41%), gevolgd door het slachtoffer dat zelf contact opnam (23%). Voor een uitgebreide weergave, zie Tabel 6.

De niet acute meldingen betroffen zowel slachtoffers waarbij het seksueel geweld langer dan 7 dagen geleden was, alsook consultvragen van professionals. Bij niet-acute slachtoffers die graag behandeling wilden werd meegedacht over behandeling en geholpen bij het verwijzen naar passende hulpverlening. In consulten werd doorgaans advies gegeven aan professionals over het omgaan met (stress)klachten na seksueel geweld of het recentelijk onthullen van seksueel geweld.

**Tabel 6.** Eerste contact CSG.

Relatie	Aantal	Percentage
Politie	54	41%
Slachtoffer	30	23%
Professional	31	23%
Omgeving slachtoffer	18	13%

In 66% van de gevallen was er sprake van politie betrokkenheid. Bij 42 slachtoffers werd een FMO verricht (32%) en er zijn ten minste 41 aangiftes door het slachtoffer gedaan bij de politie (31%). Een deel van de slachtoffers was tijdens het contact met de casemanager in twijfel over het doen van aangifte, waardoor niet bekend is of het percentage aangifte daadwerkelijk hoger ligt.

**Tabel 7.** Forensische zorg

Forensische zorg	Aantal	Percentage
Politie betrokkenheid	88	66%
FMO verricht	42	32%
Aangifte	41	31%

60% van de acute slachtoffers heeft acute medische zorg ontvangen waarbij de forensisch verpleegkundige aanwezig was. Bij niet-acute slachtoffers is er geen betrokkenheid van de forensisch verpleegkundige. De meeste slachtoffers (88.3%) hebben ten minste eenmaal contact gehad met een casemanager voor psychologische nazorg. De overige slachtoffers waren telefonisch niet bereikbaar of gegevens waren ontoereikend voor contactlegging. Ook is er contact geweest met reeds betrokken professionals voor afstemming van nazorg (36%).

**Tabel 8.** Psychische zorg

Psychologische zorg	Aantal	Percentage
Eenmalig contact casemanager – slachtoffer	39	29.3%
Meermalig contact casemanager – slachtoffer	67	50.5%
Overdracht bestaande hulpverlener	12	9%
Overdracht GGZ hulpverlener in CSG convenant	8	6%
Overdracht hulpverlener buiten CSG convenant	2	1.5%

### Implementatie

Bovenstaande gegevens komen overeen met vooraf opgestelde verwachtingen uit de literatuur en andere CSG's. Hieruit blijkt dat vrouwen een hoger risico hebben om seksueel geweld mee te maken. Adolescenten en jongvolwassenen (14-24 jaar) zijn het meest *at risk* om een verkrachting mee te maken. De dader is meestal een bekende, uit de vriendenkring, kennissenkring of familiekring van het slachtoffer. De klinische indruk vanuit de praktijk is dat het gaat om een kwetsbare groep, bijvoorbeeld mensen die eerder misbruik hebben meegemaakt, eerder huiselijk geweld hebben meegemaakt of waarbij sprake is van een (licht) verstandelijke beperking. De zorg die hierbij aansluit is een multidisciplinair verband waarbinnen disciplines samenwerken met de visie; Zo snel mogelijk hulp, met zo min mogelijk professionals die zo goed mogelijk zijn opgeleid, en niet meer vragen en doen dan strikt noodzakelijk is. Dat is de zorg die werkt voor slachtoffers van acut seksueel geweld welke het CSG biedt voor deze doelgroep.

## Vooruitblik

### Zorg voortzetten

Zoals bovenstaande resultaten weergeven is de triage van forensisch, medisch en psychologische hulpverlening van noodzaak voor slachtoffers van (acuut) seksueel geweld. Dankzij deze samenwerking worden de voorwaarden gecreëerd om zowel preventieve als curatieve zorg te bieden. Hierdoor worden op de lange termijn kosten bespaard in de zorg<sup>10</sup>. Daarnaast wordt de kans op revictimisatie bij slachtoffers van seksueel geweld verkleind<sup>11</sup>.

### Samenwerking

Het CSG Zuid-Holland is stevig verankerd binnen GGZ Rivierduinen in een samenwerkingsverband met het LUMC, politie eenheid Den Haag, RDOG Hollands Midden en het Centrum Seksuele Gezondheid – GGD Haaglanden. In 2017 zijn grote stappen gemaakt wat betreft het formaliseren van de samenwerking met andere partijen in regio Haaglanden zoals het Medisch Centrum Haaglanden en HAGA ziekenhuis, waaronder het Juliana Kinderziekenhuis. Laatstgenoemden staan in de huidige situatie nog niet in het convenant maar het doel van 2018 is om de formalisatie van deze samenwerking in het convenant te beschrijven. Daarbij wordt gestreefd wordt om ook de ontwikkeling van de MDA++ binnen regio Haaglanden en regio Hollands Midden mee te nemen. Zowel voor de hulpverlening in de acute fase als in nazorg is het van belang om slachtoffers in de hele regio eenduidig te ondersteunen.

### Begroting

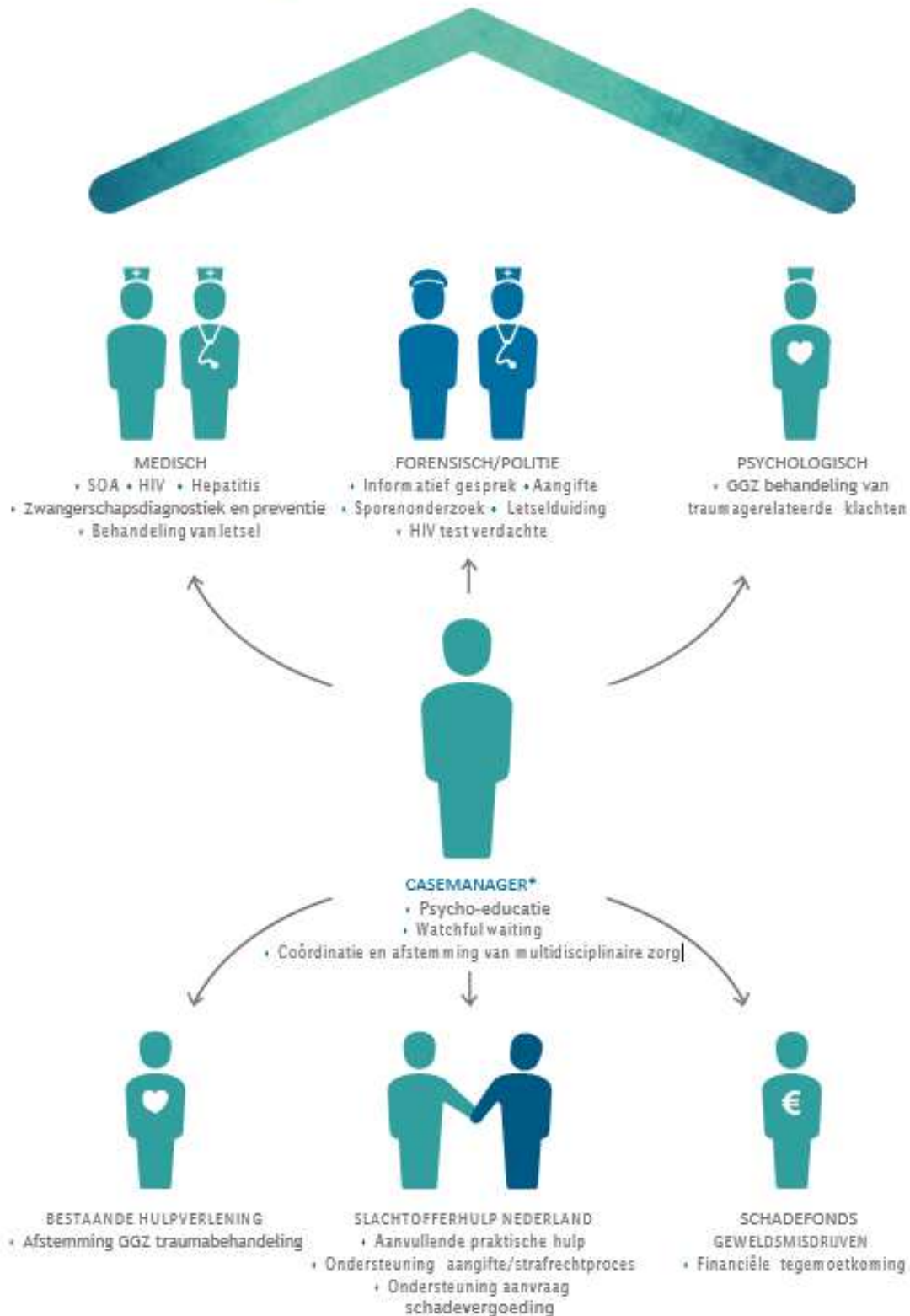
De begroting is gebaseerd op 24/7 bereikbaarheid en de verwachting dat er twee acute slachtoffers per week bij het CSG Zuid-Holland komen. Echter, in 2017 hebben zich 2.5 acute slachtoffers per week bij het CSG Zuid-Holland gemeld, wat een grotere inzet heeft geëist van zowel de forensisch verpleegkundigen als de casemanagers.

Daarnaast is er een veelvoud aan telefonische consulten aan verwijzers en slachtoffers van niet-acuut seksueel geweld. Zorgcoördinatie wordt toegevoegd om alle partijen goed te kunnen laten samenwerken. Omdat het CSG bestaat uit het bundelen en optimaliseren van bestaande hulpverlening, zijn de kosten minimaal. Door het preventieve zorgaanbod is de verwachting dat hoge zorgkosten voor de slachtoffers van seksueel geweld op langere termijn voorkomen worden.



## Literatuur

- 1 Pattje, W. (2015). Notitie Stramien Multidisciplinaire Aanpak complexe problematiek, kindermishandeling, huiselijk en seksueel geweld dd 3 april 2015. Gemaakt door NJi en Movisie, op verzoek van het programma Doorontwikkeling Veilig Thuis van de VNG.
- 2 Bramsen, R. H., Elklit, A., & Nielsen, L. H. (2009). A Danish model for treating victims of assault and sexual assault: the multidisciplinary public approach. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18(8), 886-905.
- 3 Ensink, B., & Van Berlo, W. (1999). Indringende herinneringen. De ontwikkeling van klachten na een verkrachting [Intrusive memories: Development of psychological problems after sexual assault]. Utrecht: NISSO/Delft: Eburon.
- 4 De Haas, S., Van Berlo, W., Bakker, F., & Vanwesenbeeck, I. (2012). Prevalence and characteristics of sexual violence in the Netherlands, the risk of revictimization and pregnancy: Results from a national population survey. *Violence and Victims*, 27(4), 592-608.
- 5 Dukers-Muijers, N., Somers, C., de Graaf, H., Meijer, S., & Hoebe, C. (2015). Prevalence of nonvolitional seks types and associated factors: a national sample of young people. *PLoS ONE*, 10(7), e0132847. doi: 10.1371/journal.pone.0132847
- 6 Moller, A. T., Backstrom, T., Sondergaard, H., & Helstrom, L. (2014). Identifying risk factors for PTSD in women seeking medical help after rape. *PLoS ONE*, 9(10), e1111136. doi: 10.1371/journal.pone.01111136
- 7 Risser, H. J., Hetzel-Riggin, M. D., Thomsen, C. J., & McCanne, T. R. (2006). PTSD as a mediator of sexual revictimization: The role of reexperiencing, avoidance, and arousal symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 19(5), 687-698.
- 8 Vanoni, M., Kriek, F., & Lunneman, K. (2013). Meerwaarde integrale opvang en hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld. Exploratief onderzoek naar de Centra Seksueel Geweld in Utrecht en Nijmegen. Regioplan Beleidsonderzoek in samenwerking met Verweij-Jonker.
- 9 Kartrekkers Centrum Seksueel Geweld. (2014). Landelijke kwaliteitscriteria voor disciplines werkzaam in een multidisciplinair centrum voor slachtoffers van acuut seksueel geweld (< 7 dagen geleden).
- 10 Speentjes, P., Thielen, F., Ten Have, M., De Graaf en Smit, F. (2016). Kindermishandeling: economische gevolgen op lange termijn. *Tijdschrift voor psychiatrie* 58(2016)10, 706-711.
- 11 Hanson, E. (2016). Understanding and preventing re-victimisation. *Clinical Practice at the Edge of Care*, pp.197-227. doi: 10.1007/978-3-319-43570-1\_10.


**Centrum Seksueel Geweld**


\* de casemanager kan tevens de (forensische) verpleegkundige zijn of de hulpverlener die GGZ traumabehandeling geeft.