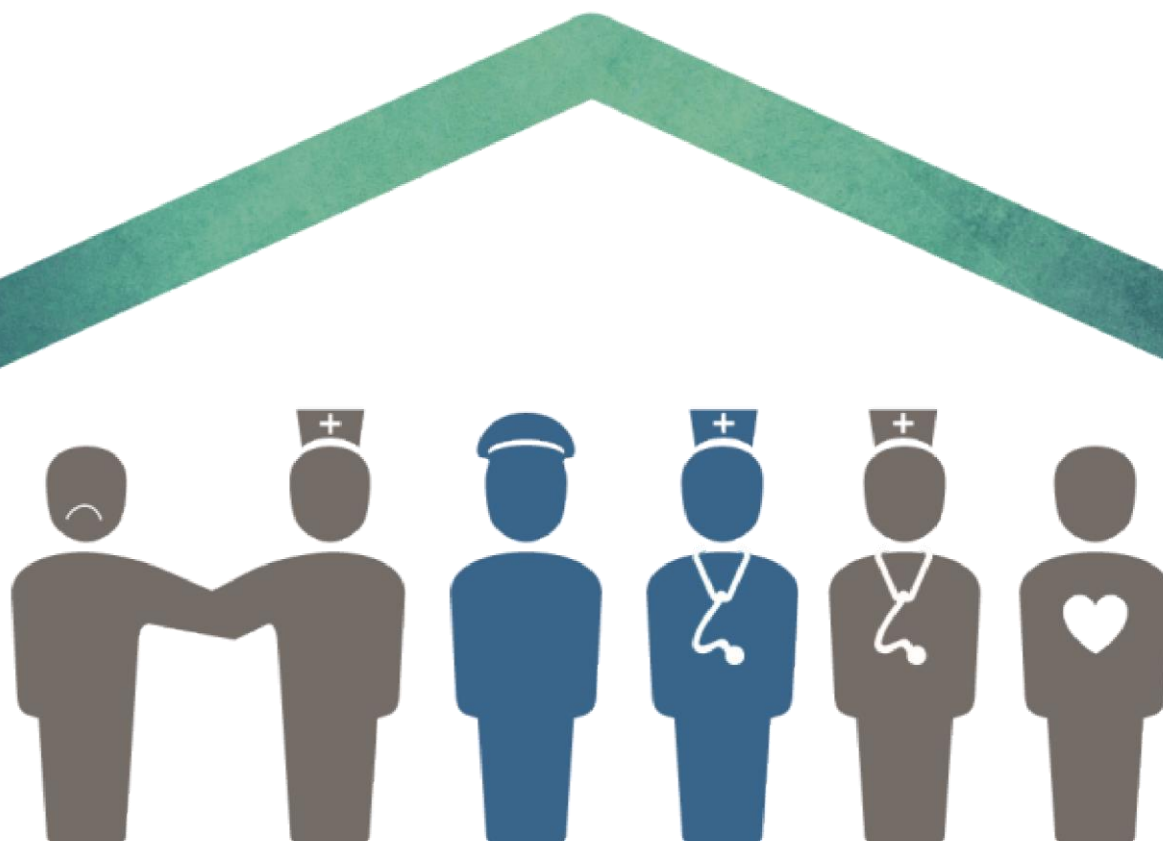


Centrum Seksueel Geweld Zuid-Holland

Jaarverslag 2016

"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 2016 van het Centrum Seksueel Geweld (CSG) Zuid-Holland. Dit centrum is gevestigd en opgericht vanuit GGZ Rivierduinen in Leiden met subsidie van Fonds Slachtofferhulp en 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 in het eerste jaar is geboden na de opening van het CSG op 18 januari 2016. Alle informatie in dit jaarverslag is verzameld in het kader van (het verbeteren van) de zorg. Wanneer u naar aanleiding van dit jaarverslag vragen heeft, kunt u deze mailen naar I.vanosch@rivierduinen.nl.

Drs. L.A. van Osch

Coördinator Centrum Seksueel Geweld Zuid-Holland,

Psycholoog

Inhoud

Centrum Seksueel Geweld – landelijk	4
Ontstaan	4
Het landelijk netwerk	5
Expertisecentrum	6
Doelen	6
Centrum Seksueel Geweld - Zuid-Holland	7
Ontstaan	7
Samenwerking	7
Forensische zorg	8
Medische zorg	8
Psychologische zorg.....	9
Resultaten	10
Regio	10
Demografische gegevens slachtoffer	11
Gegevens incident	11
Geboden forensische, medische en psychologische zorg	12
Implementatie	13
Vooruitblik	14
Zorg voortzetten	14
Samenwerking	14
Begroting	14
Literatuur	15
Illustratie casemanager	16

Centrum Seksueel Geweld – landelijk

Het CSG is een samenwerkingsverband tussen medische, psychologische en forensische disciplines volgens de multidisciplinaire aanpak (MDA)¹. Politie en hulpverlening werken nauw samen in het belang van slachtoffers conform de werkwijze van Rape Centers in Scandinavië². 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 onderzoek³ 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 herstel³.

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 verkracht⁴. Onder jongeren ligt de prevalentie beduidend hoger⁵. 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 problematiek⁶. 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 factor⁷. 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 voorkomen².

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&J⁸. 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. Aan het einde van 2016 waren er 13 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.

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, bekkenbodemb- 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 gewerkt⁹. De kwaliteitscriteria gelden voor zowel de forensische, medische als psychologische discipline binnen het CSG. Elk slachtoffer van acut 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. 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 achterin illustratie Casemanager).

Ontstaan

In 2012 is door het Psychotraumacentrum Kinderen en Jeugd van GGZ Rivierduinen (Carlijn de Roos, coördinator psychotrauma-centrum en Marie-José van Hoof, kinder- en jeugdpsychiater) het initiatief genomen om te komen tot de oprichting van een Centrum Seksueel Geweld (CSG) in regio Zuid-Holland, als onderdeel van de landelijke uitrol van de Centra Seksueel Geweld vanuit het CSG Utrecht dat is opgericht in 2010. Het CSG Zuid-Holland is sinds 18 januari 2016 opgericht in samenwerking met GGZ Rivierduinen, zedenpolitie eenheid Den Haag, het LUMC en RODG Hollands Midden. Acute medische zorg wordt daardoor geboden vanuit het ziekenhuis en psychische nazorg vanuit Top Referent Psychotraumacentrum Kinderen en Jeugd binnen GGZ Rivierduinen.

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)
- RODG 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

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 (≤ 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 als op de SEH van het LUMC.

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. 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

Het CSG Zuid-Holland was vanaf de opening goed vindbaar voor slachtoffers en professionals. Vanaf 18 januari 2016 tot aan 18 januari 2017 is in totaal met of over 302 slachtoffers van seksueel geweld contact geweest. Er zijn 111 slachtoffers in de acute fase (binnen 7 dagen na het seksueel geweld) binnen het CSG Zuid-Holland gezien. 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 191 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	111	191	302

*acuut is gedefinieerd als ≤ 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	44
Haaglanden	55
Overig	12

De meerderheid van de acute slachtoffers waren afkomstig uit provincie Zuid-Holland (102 slachtoffers), waarvan 44 slachtoffers uit Hollands Midden en 55 uit Haaglanden. De overige slachtoffers kwamen uit een andere regio in Nederland.

Demografische gegevens slachtoffer

Kijkend naar de acute consulten in 2016, betrof het in 106 gevallen (95.5%) een vrouwelijk en bij 5 gevallen (4.5%) een mannelijk slachtoffer. Een derde (33.9%) was minderjarig met een gemiddelde leeftijd van 23.1 jaar oud. De meerderheid van de slachtoffers was van Westerse afkomst (76.6%). Er waren 24 slachtoffers die aangaven dat zij eerder seksueel geweld hadden meegemaakt (21.6%).

Tabel 3. Eerder seksueel geweld.

Eerder seksueel geweld	Aantal	Frequentie
Nee	46	41.4%
Ja, eenmalig	13	11.7%
Ja, meermalig	11	9.9%
Onbekend	41	36.9%

Gegevens incident

Het type seksueel geweld betrof doorgaans (zoals aangegeven door de contactpersoon in het consult) een vaginale verkrachting (55%) of betasting (23.4%). Bij 7.2% van de slachtoffers was onbekend welk type seksueel geweld had plaatsgevonden.

Tabel 4. Gemeld type seksueel geweld.

Type	Aantal	Percentage
Vaginale verkrachting	61	55%
Betasten (geen penetratie)	26	23.4%
Tongzoenen	4	3.6%
Anale verkrachting	3	2.7%
Verkrachting (onbekend vaginaal/anaal/oraal)	3	2.7%
Hands-off (bv. Sexting)	3	2.7%
Orale verkrachting	2	1.8%
Gedwongen manuele bevrediging	1	0.9%
Onbekend	8	7.2%

Bij de meerderheid van de incidenten ging het om één dader (84.7%), 11.7% van de slachtoffers gaven aan een groepsverkrachting te hebben meegemaakt. De meerderheid van de slachtoffers (61.3%) werden verkracht of aangerand door een bekende.

Tabel 5. Relatie verdachte.

Relatie	Aantal	Percentage
Bekende dader	68	61.3%
Onbekende dader	24	21.6%
Combinatie onbekend/bekende dader	5	4.5%
Geen gegevens	14	12.6%

Geboden forensische, medische en psychologische zorg

In de meerderheid van de gevallen nam de politie als eerste contact op met het CSG (52.3%), gevolgd door het slachtoffer dat zelf contact opnam (20.7%). Voor een uitgebreide weergave, zie Tabel 6.

De niet acute meldingen betroffen overwegend adviesvragen, waarbij er bijvoorbeeld werd meegedacht over passende hulpverlening voor het slachtoffer. In de consulten werd doorgaans inhoudelijk advies gevraagd door professionals over de behandeling van (stress)klachten na seksueel geweld of het recentelijk onthullen van seksueel geweld.

Tabel 6. Eerste contact CSG.

Relatie	Aantal	Percentage
Politie	58	52.3%
Slachtoffer	23	20.7%
Professional	19	17.1%
Omgeving slachtoffer	10	9%
Onbekend	1	0.9%

In 91% van de gevallen was er sprake van politie betrokkenheid. Bij 42 slachtoffers werd een FMO verricht (37.8%) en er zijn ten minste 45 aangiftes door het slachtoffer gedaan bij de politie (40.5%). 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	101	91%
FMO verricht	42	37.8%
Aangifte	45	40.5%

Ruim tweederde (64%) van de slachtoffers heeft acute medische zorg ontvangen waarbij de forensisch verpleegkundige aanwezig was. Van de acute slachtoffers heeft 18.9% Hepatitis-B medicatie ontvangen op politiebureau Leidschendam-Voorburg. De medicatie was afkomstig van het Centrum Seksuele Gezondheid Haaglanden. 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
Enmalig contact casemanager – slachtoffer	39	35.1%
Meermalig contact casemanager – slachtoffer	58	53.2%
Overdracht bestaande hulpverlener	15	13.5%
Overdracht GGZ hulpverlener in CSG convenant	9	8.1%
Overdracht hulpverlener buiten CSG convenant	14	12.6%

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 acuut 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 zorg¹⁰. Daarnaast wordt de kans op revictimisatie bij slachtoffers van seksueel geweld verkleind¹¹.

Samenwerking

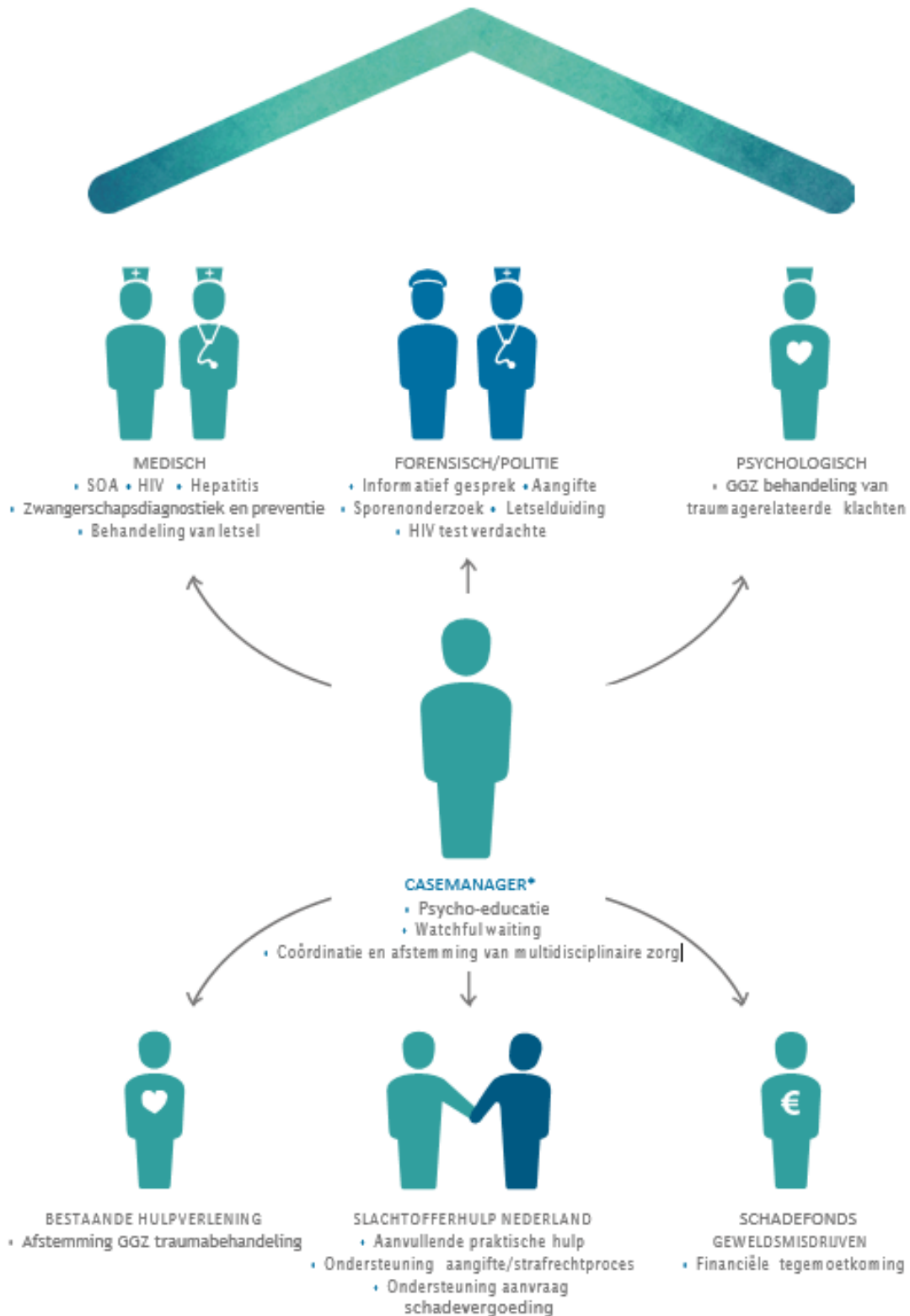
Het CSG Zuid-Holland is stevig verankerd binnen GGZ Rivierduinen in een samenwerkingsverband met het LUMC, politie eenheid Den Haag en RODG Hollands Midden. Daarnaast wordt samengewerkt met partijen in regio Haaglanden; de GGD Haaglanden en het hierbij horende Centrum Seksuele Gezondheid, Medisch Centrum Haaglanden en HAGA ziekenhuis, waaronder het Juliana Kinderziekenhuis. Laatstgenoemden staan in de huidige situatie nog niet in het convenant, aangezien de opstart van het CSG Zuid-Holland plaatsvond in Hollands Midden. De planning is om het convenant met de Haagse samenwerkingspartners in 2017 te realiseren, waarbij gestreefd wordt om de ontwikkeling van de MDA++ daarin 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. Afgelopen jaar is hiermee een start gemaakt door met instellingen zoals De Jutters, Impegno en Indigo samenwerkingsafspraken te maken met betrekking tot het bieden van evidence based traumabehandeling. Speerpunt voor aankomend jaar is het medische proces.

Begroting

De eerdere begroting is gebaseerd op 24/7 bereikbaarheid en de verwachting dat er twee acute slachtoffers per week bij het CSG Zuid-Holland komen. 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