



9. Seksaccidenten en seksueel geweld

Vastgesteld LOI-SG: 23 januari 2024

Inhoud deeldraaiboek 9

9.1 Seksaccidenten	121
9.1.1 Definitie	121
9.1.2 Bereikbaarheid en triage	122
9.1.3 Postexpositieprofylaxe voor hiv	122
9.1.4 Postexpositieprofylaxe voor hepatitis B	122
9.1.5 Risico op zwangerschap	122
9.1.6 Forensische aspecten	123
9.1.7 Nazorg	124
9.2 Seksueel geweld	125
9.2.1 Definitie	125
9.2.2 Probleembeschrijving	125
9.2.3 Plan van aanpak	126
9.2.4 Vragen	127
9.2.5 Verwijzen	129
9.2.6 Nazorg	129
Referenties	130

9.1 Seksaccidenten

In dit deeldraaiboek wordt beschreven wat er binnen de GGD polikliniek seksuele gezondheid geregeld moet zijn om tot een goede afhandeling van seksaccidenten te komen. Hierbij gaat het om de acute situatie tot en met 7 dagen na seksueel contact met het oog op risico op infecties en zwangerschap. Bij seksaccidenten gaat het zowel om vrijwillige als om onvrijwillige sekscontacten.

Voor de inhoudelijke afhandeling van seksaccidenten wordt verwezen naar de [Richtlijn seksaccidenten](#) (RIVM 2020).

9.1.1 Definitie

De [Richtlijn seksaccidenten](#) (RIVM 2020) hanteert de volgende definitie voor een seksaccident: “een recente seksuele blootstelling aan lichaamsvloeistoffen die tot een infectie met een seksueel overdraagbare aandoening (soa) of een zwangerschap kan leiden en waarbij een snelle afhandeling vanwege risico voor HBV en hiv en/of voorkomen van zwangerschap essentieel is. Het betreft oraal, vaginaal en anaal seksueel verkeer, zowel receptief als insertief bij zowel vrouwen als mannen, dat korter dan 8 dagen geleden heeft plaatsgevonden.” Een seksaccident hoeft dus niet altijd te maken te hebben met seksueel geweld.

9.1.2 Bereikbaarheid en triage

De GGD polikliniek seksuele gezondheid dient te zorgen voor een netwerk waar cliënten die te maken hebben gehad met (al dan niet vrijwillige) seksaccidenten 24 uur per dag terecht kunnen. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de arts of verpleegkundige infectieziektebestrijding, ziekenhuizen (met een voorkeur voor hiv-behandelcentra), een Centrum Seksueel Geweld of huisartsenposten. Voorwaarde hierbij is dat degene die de cliënt te woord staat medisch geschoold is en over adequate kennis beschikt met betrekking tot de afhandeling van seksaccidenten.

9.1.3 Postexpositieprofylaxe voor hiv

Als een cliënt zich meldt binnen 72 uur na het seksaccident moet het risico op hiv besproken worden en zo nodig moet er hiv-PEP verstrekt worden. Voor de verstrekking dient een bij de regio passende oplossing te worden bedacht samen met de aanwezige ketenpartners.

De verstrekking van hiv-PEP gebeurt in veel regio's door de hiv-behandelaar en soms door de GGD-arts. Periodieke afstemming en evaluatie van de onderlinge samenwerking en doorverwijzing vormen de basis voor een goed functionerend netwerk.

In sommige regio's is verstrekking van hiv-PEP, begeleiding en opvolging georganiseerd vanuit de GGD (Van Oosten 2011). In dat geval dient er afstemming te zijn over het gevoerde beleid met een hiv-behandelaar over onder andere de samenstelling van de hiv-PEP-medicatie. Hierbij moet minimaal georganiseerd zijn dat er overleg mogelijk is over kinderen, zwangere vrouwen en cliënten met andere medicatie of medische problematiek.

9.1.4 Postexpositieprofylaxe voor hepatitis B

Wanneer iemand risico heeft op hepatitis B, dient gestart te worden met vaccinatie en indien nodig immuunglobulines. Het uitgangspunt is (in overeenstemming met het LCI): zo spoedig mogelijk starten, waarbij de immuunglobulines maximaal tot en met 7 dagen na het incident gegeven worden en de vaccinatie zo snel mogelijk. Het toepassen van immunoglobulinen wordt alleen gedaan indien het een hoogrisico-accident is met een bron die bewezen HBs-Ag positief is EN de blootgestelde een bekende non-responder is of een hoge kans heeft non-responder te zijn (LCI 2020). Een goede samenwerking met de infectieziektebestrijding binnen de eigen GGD is belangrijk; stem goed af wat de werkwijze is binnen de GGD. Voor advisering over en verstrekking van vaccinatie buiten kantoor tijd kan gekozen worden om hierover samenwerkingsafspraken te maken met de lokale SEH of de huisartsenpost.

Wanneer het gaat om MSM-contact of als de blootgestelde een sekswerker is, kan iemand kosteloos gevaccineerd worden via het [vaccinatieprogramma voor hepatitis B-risicogroepen](#). De afspraken rondom de afhandeling van de kosten voor vaccinatie in andere situaties verschillen per regio.

9.1.5 Risico op zwangerschap

Bij onveilig vaginaal seksueel contact bestaat er een kans op ongewenste zwangerschap. Dit dient met de cliënte besproken te worden. Omdat seksaccidenten regelmatig buiten kantoor tijden voorvallen, dient men op de hoogte te zijn van waar iemand buiten kantoor tijd hiervoor terecht kan. Een

andere optie is om morning-afteranticonceptie beschikbaar te hebben bij de GGD. De mogelijkheden voor postcoïtale anticonceptie worden besproken in deeldraaiboek 10 en de [NHG standaard Anticonceptie](#).

Een cliënte die zich meldt langer dan 5 dagen na het seksaccident, dient men bij de opvang voorlichting te geven over het doen van een zwangerschapstest. Hierbij dient een minimuminterval van 2 weken te worden aangehouden. Blijkt de cliënte zwanger te zijn, dan kan ondersteuning nodig zijn in het besluitvormingstraject en kan zo nodig ook een doorverwijzing naar abortushulpverlening wenselijk zijn. Hierbij is het belangrijk dat de GGD over een actuele sociale kaart beschikt waar dergelijke hulpverleners in opgenomen zijn. Voor besluitvorming en verwijzing rond onbedoelde zwangerschap wordt verwezen naar deeldraaiboek 11.

9.1.6 Forensische aspecten

Indien er sprake is van onvrijwillige seks dient altijd overwogen te worden om de cliënt door te verwijzen naar een [Centrum Seksueel Geweld](#). Inmiddels is er een vrijwel landelijk dekkend netwerk van Centra Seksueel Geweld, die voorzien in medische, forensische en psychische opvang. Zorg voor goede werkafspraken met de regionale ketenpartners.

Indien het zedendelict recent heeft plaatsgevonden en de cliënt medisch forensisch onderzoek wenst of hier nog over twijfelt (zie ook kader 9.1), moet aandacht besteed worden aan het veilig stellen van forensische sporen, ofwel het voorkomen dat sporen verloren gaan of gecontamineerd worden.

Adviseer de cliënt om:

- niet te douchen of te wassen;
- niet de tanden te poetsen;
- niet naar het toilet te gaan;
- niet te eten of te drinken;
- de kleding niet in de was te doen (liefst bewaren in een papieren zak).

Voor de professional gelden de volgende aandachtspunten:

- Geef geen hand in verband met mogelijk aanwezig zijn van sporen.
- Wees voorzichtig bij aannemen van jas of kleding, in verband met mogelijk aanwezig zijn van sporen.
- Niet schoonmaken/desinfecteren tenzij medisch acuut noodzakelijk.
- Bloedafname afstemmen met forensisch personeel met oog op mogelijke sporen.

Bij een zedendelict dat langer geleden is dan 7 dagen, spelen het rekening houden met contaminatie en het veiligstellen van biologische sporen geen rol meer. Wanneer iemand lichamelijk letsel heeft opgelopen bij het zedendelict kan in sommige gevallen dit letsel nog wel objectief worden vastgelegd na 7 dagen. Dit gebeurt doorgaans door een forensisch arts (na aangifte).

Er dient altijd een afweging gemaakt worden tussen acute medische hulpverlening en het behoud van sporen. Het is aan te bevelen om hierover met het regionale Centrum Seksueel Geweld, de (zeden)politie of de forensische artsen afspraken te maken.

Kader 9.1: Omgang met twijfels over aangifte

Een cliënt die <7 dagen geleden seksueel geweld heeft meegemaakt, krijgt de vraag “wilt u contact met politie?”. De 3 mogelijke reacties op deze vraag zijn: “ja”, “ik weet het niet” en “nee”. Voor de laatste 2 reacties zijn in 2016 scenario's ontwikkeld in nauwe samenwerking met de Landelijke Politie.

Scenario "Ik weet het niet"

“Ik ga je een paar dingen vertellen over wat de politie doet. Ook al twijfel je of je aangifte wilt doen, toch kan het van belang zijn om melding te doen bij de politie. De politie zal dan eerst een informatief gesprek met je voeren. De politie heeft daarvoor speciaal opgeleide zedenrechercheurs, die niet in uniform werken. Tijdens dat gesprek luistert de zedenrechercheur goed naar je verhaal. Daarna leggen ze je uit hoe je aangifte kunt doen en wat de consequenties zijn van een aangifte. Na het gesprek krijg je bedenktijd en uiteindelijk beslis jij of je aangifte doet. In principe bepaal je daarmee ook of er een onderzoek wordt ingesteld of niet. In sommige gevallen echter zal de politie toch een onderzoek instellen, ook als je geen aangifte doet. Dat gebeurt bijvoorbeeld als er voor jou of iemand anders gevaar dreigt. Als je geen aangifte doet, blijft het in principe bij een melding.

Verder kan het zo zijn dat er op dit moment sporen van de dader op of in jouw lichaam zijn. De politie bepaalt of het nodig en zinvol is om een sporenonderzoek te laten doen. Met een sporenonderzoek kunnen die sporen worden veiliggesteld. Dit doet de politie samen met een forensisch arts. Dat gebeurt natuurlijk alleen als jij dat wil. Het sporenonderzoek wordt het liefst zo snel mogelijk gedaan. Hoe langer je namelijk wacht, hoe kleiner de kans dat nog sporen kunnen worden gevonden. Je hoeft voor het sporenonderzoek geen aangifte te doen. Je kunt ook na het sporenonderzoek nog beslissen of je aangifte doet.

Heb je zo voldoende informatie om te beslissen of je contact wil met de politie? Als je melding wilt doen of als je wilt meewerken aan een sporenonderzoek, zal ik je in contact brengen met de politie.”

Scenario "Nee, ik wil geen contact met politie"

“Als je geen contact wilt met de politie, dan is dat prima. Het is helemaal jouw keuze en het heeft geen invloed op of en hoe je verder geholpen wordt. Als je het goed vindt, zou ik je wel graag willen uitleggen hoe de politie werkt. Want misschien dat je er over een paar dagen of weken anders over denkt. Dan is het goed om te weten hoe de politie werkt. Vind je dat goed?” Zie verder het scenario “Ik weet het niet”.

9.1.7 Nazorg

Het testen op soa hoeft meestal niet acuut na een seksaccident te gebeuren. Bij het testen na (mogelijke) blootstelling aan een soa wordt namelijk rekening gehouden met de windowfase voor de betreffende soa (zie deeldraaiboek 6). Een uitzondering hierop kan gemaakt worden wanneer er sprake is van klachten die wijzen op een soa. Dit zal zich echter meestal niet acuut voordoen direct na een seksaccident.

Ook over de overige medische nazorg, zoals noodanticonceptie en zwangerschapstesten, dienen regionale afspraken gemaakt te worden met de betrokken ketenpartners.

Wanneer is gestart met een vaccinatiereeks tegen hepatitis B, dan dient zorg gedragen te worden voor het afmaken van de serie. Een reeks die buiten kantoor tijd is gestart, kan de cliënt afmaken bij de eigen huisarts of bij de GGD. Als de cliënt via het vaccinatieprogramma voor hepatitis B-risicogroepen is gevaccineerd, kan de serie kosteloos bij de GGD worden afgerond. Over de afhandeling hiervan dienen duidelijke werkafspraken te zijn gemaakt binnen de eigen regio.

Hoewel het bieden van psychosociale hulpverlening na seksueel geweld niet tot de kerntaken van de GGD behoort, is het wel een onlosmakelijk onderdeel bij de afhandeling en beoordeling van een gewelddadig seksaccident. Zie hierover verder § 9.2.6.

9.2 Seksueel geweld

9.2.1 Definitie

Seksueel geweld is een paraplu begrip voor alle vormen van seksueel ongewenste handelingen en grensoverschrijdend gedrag. Het kan gaan om fysiek geweld, maar ook om intimidatie en ongewenste bejegening en aanrakingen. Het kan eenmalig, meermalig of chronisch zijn. De grootste risicofactor om misbruikt te worden is eerder misbruik.

Het kan bij seksueel geweld ook gaan over iets dat jaren geleden heeft plaatsgevonden, maar nog steeds impact heeft op de cliënt. Hier wordt ingegaan op de omgang met de cliënt en het bespreekbaar maken van seksueel geweld binnen het consult. De belangrijkste insteek voor een GGD polikliniek seksuele gezondheid is om te signaleren en goed door te verwijzen. Hierbij is het up-to-date houden van de eigen sociale kaart erg belangrijk.

Vormen van (potentieel) seksueel geweld zijn:

- seksuele intimidatie;
- aanranding en verkrachting;
- mensenhandel/gedwongen prostitutie;
- kinderporno;
- vrouwelijke genitale verminking;
- sekstoerisme;
- sexting.

Tijdens de gesprekken op de GGD kun je als professional in aanraking komen met slachtoffers van seksueel geweld. Het ter sprake brengen van seksueel geweld kan voor de cliënt, maar soms ook voor de professional, lastig zijn. Want, wat haal je op en wat doe je er vervolgens mee? Ook eigen negatieve ervaringen kunnen meespelen in de wijze waarop een professional al dan niet vraagt naar seksueel geweld. Indien je merkt dat je zelf moeite hebt met een bepaald gesprek/onderwerp, is het goed om dit met een collega te bespreken of eventueel in te brengen in een multidisciplinair overleg of intervisie.

9.2.2 Probleembeschrijving

Het is belangrijk dat iemand die (een) nare ervaring(en) op seksueel vlak heeft meegemaakt, dit goed verwerkt en hier professionele hulp bij krijgt als dat niet lukt.

Gevolgen van seksueel geweld kunnen zijn:

- posttraumatische stressstoornis (PTSS);
- stemmingsstoornissen;

- angststoornissen;
- dissociatieve klachten;
- persoonlijkheidsproblematiek;
- verstoord zelfbeeld/lichaamsbeeld;
- lichamelijke problemen/somatisatie;
- seksuele problemen;
- seksueel wervend gedrag.

Door er vroeg bij te zijn, bijvoorbeeld in het Centrum Seksueel Geweld, wordt getracht het ontstaan van PTSS te voorkomen. Als dat toch niet lukt, dan is het 'goede' nieuws dat PTSS goed te behandelen is met EMDR of cognitieve gedragstherapie. In de praktijk krijgt in Nederland echter slechts een klein deel van de slachtoffers traumagerichte hulp. Dit is een ernstige zaak vanwege het risico op herhaling als trauma onverwerkt en onbehandeld blijft. Ongeveer 2 van de 3 slachtoffers van seksueel geweld worden later opnieuw slachtoffer van seksueel geweld. Hier wordt naar verwezen met de term 'revictimisering' of 'revictimisatie'. Bij elke nieuwe grensoverschrijdende gebeurtenis, wordt de psychische impact groter. Hierdoor verschilt het klinisch beeld na eenmalig of chronisch misbruik. Over hoe revictimisering precies werkt, bestaan verschillende theorieën. Zo legt de leertheorie uit dat door het eerste misbruik disfunctionele gedachten en gedrag worden aangeleerd die kunnen aanhouden in volwassenheid. Andere modellen beweren dat de relatie tussen seksueel misbruik en revictimisatie wordt gemedieerd door een laag zelfbeeld of door het hebben van de diagnose PTSS. In het laatste geval zou PTSS ervoor zorgen dat gevaarsignalen niet als zodanig worden opgemerkt, waardoor steeds weer grensoverschrijdende situaties kunnen ontstaan.

9.2.3 Plan van aanpak

Allereerst is het belangrijk om te herkennen/vast te stellen of er sprake is geweest van seksueel geweld. Vraag standaard naar seksueel geweld, zodat je niet per casus hoeft af te wegen of het zinvol is om het ter sprake te brengen. Denk eraan dat ook bij mannen/jongens seksueel geweld kan voorkomen.

Signalen die kunnen duiden op het meegemaakt hebben van seksueel geweld zijn:

- slaapproblemen;
- seksuele problemen;
- angst en spanning;
- claimend gedrag;
- ernstig wantrouwen;
- verstoorde agressieregulatie;
- verstoord lichaamsbeeld;
- gevoelens van schuld en schaamte;
- automutilatie;
- verslaving;
- suïcidaliteit;
- blauwe plekken of andere verwondingen;
- genitale beschadigingen;
- veranderde vaginale fluor, soa;
- menstruatiestoornissen;
- vergezeld door (controlerende) partner;
- geïsoleerd leven, geen of beperkt sociaal netwerk;
- ongewenste zwangerschap of tienerzwangerschap.

Let wel, bovenstaande lijst is niet compleet en alle genoemde signalen hoeven op zichzelf geen seksueel geweld te betekenen, maar kunnen ook door andere problemen veroorzaakt worden. Omgekeerd kunnen bewezen slachtoffers van seksueel misbruik zich presenteren zonder klachten. Het is niet professioneel om te snel conclusies te trekken, maar hetzelfde geldt voor niet handelen in zorgelijke situaties.

Wat kun je doen binnen het consult seksuele gezondheid:

- Signaleren: stel de vraag (zie § 9.2.4) en reageer adequaat.
- In het hier en nu houden. Als iemand er nog niet aan toe is om het te vertellen, komt het wellicht een volgende keer.
- Bespreek wat er is gebeurd in korte termen. Hiermee wordt bedoeld dat je globaal bespreekt wat er gebeurd is, maar niet ingaat op de details.
- Noteer je bevindingen en overwegingen in het dossier. Zo kun je er eventueel een volgende keer op terug komen.
- Psycho-educatie over reacties op seksueel geweld: herbelevingen, vermijding, hyperarousal, slaapproblemen, gevoelens van schuld, schaamte en angst.
- Bij recent seksueel geweld adviseren om dagelijkse routine te handhaven.
- Informeren over de mogelijkheid van contact met de politie.
- Adequaat verwijzen naar de basis of specialistische GGZ. Zorg voor een goede sociale kaart. In verband met vergoedingen, zal dit meestal via de huisarts verlopen.
- Inschatten van de veiligheid van de cliënt in het kader van de [Meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld](#). Haal eventueel een collega erbij. Dit kan bijvoorbeeld ook iemand zijn van jeugdgezondheidszorg, meldpunt bijzondere zorg, prostitutiezorg of Veilig Thuis, afhankelijk van de organisatie. Zorg dat je binnen je eigen organisatie weet bij wie je terecht kunt.
- Geef helder aan wat je iemand wel, maar ook niet kunt bieden. Geef geen valse hoop.
- Bespreek het signaal zo nodig in een supervisie-/intervisiebijeenkomst.
- Houd professionele afstand.

9.2.4 Vragen

Zie kader 9.2 voor de vragen die in elk geval gesteld moeten worden tijdens een consult.

Kader 9.2: Vragen bij consult rondom seksueel geweld

Vragen die tijdens een consult rondom seksueel geweld minimaal besproken worden, zijn:

- Heb je negatieve ervaringen met seks?
- Zo ja, is het gestopt? (Zo nee: meldcode?)
- Zo ja, heb je daar nu lichamelijk en/of psychisch last van?
- Zo ja, krijg je daar nu professionele hulp voor? (Zo nee, adviseer om naar huisarts of Centrum Seksueel Geweld te gaan; uitleg over noodzaak van behandeling ter voorkomen van revictimisatie kan daarbij dienen als motivatie, niet om iemand bang te maken.)
- Heb je contact gehad met de politie? Wil je contact met de politie?

Het kan daarnaast van belang zijn om een inschatting te maken van het systeem om de persoon heen en de eigen draagkracht. Hierbij kan het een rol

spelen of de dader een bekend of onbekend iemand was en of het eenmalig seksueel geweld was of vaker. Eerdere negatieve ervaringen met seks kunnen hierbij ook een rol spelen. Het is van belang of de omgeving op de hoogte is en hoe deze erop reageert. Negatieve reacties vanuit de omgeving ('victim blaming') vergroten namelijk de kans op het ontwikkelen van PTSS en een goed sociaal vangnet heeft een beschermend effect. Dit is niet iets wat altijd in een eerste consult aan bod kan en hoeft te komen. Daarbij maakt het ook uit in welke mate de hulpverlener zich competent voelt om deze inschatting te maken. Binnen een Centrum Seksueel Geweld is hier standaard aandacht voor, dus er kan voor gekozen worden om deze inschatting daar te laten plaatsvinden.

Een cliënt zal niet altijd meteen ingaan op de vraag of er sprake is (geweest) van seksueel geweld. Negatieve seksuele ervaringen zullen eerder worden ontkend dan bevestigd, omdat vermijding voor sommigen mensen een coping-strategie is om te kunnen functioneren. De meeste mensen onthullen hun negatieve ervaringen zelfs nooit.

Realiseer je dat ook als er niet direct op ingegaan wordt, je toch al een stapje gezet kunt hebben in het proces van onthullen en delen. De vragen kunnen namelijk helpen om te zijner tijd misbruik wel bespreekbaar te maken en geven je bereidheid en kundigheid aan om het onderwerp te bespreken. De vragen zijn tevens een boodschap naar de cliënt dat jij en collega's er zijn om op terug te vallen.

Het onthullen en bespreekbaar maken van seksueel geweld op zich kan al een belangrijke interventie zijn. Dit maakt het namelijk mogelijk om gericht psycho-educatie aan te bieden en, indien nodig, te verwijzen voor verdere hulpverlening. Zolang dit vanuit een benadering zonder oordeel wordt gedaan, zal het ernaar vragen waarschijnlijk meer positieve effecten opleveren dan negatieve effecten. Onder sommige hulpverleners leeft het beangstigende idee dat door het vragen naar seksueel geweld en de confrontatie met emotioneel beladen herinneringen 'de beerput open gaat', wat kan leiden tot verergering van klachten, psychische ontregeling en suïcidaliteit. Ondanks het feit dat hiervoor geen enkel bewijs bestaat, is dit idee hardnekkig en leidt het ertoe dat men overdreven voorzichtig te werk gaat. Onbedoeld kan je hiermee het signaal aan de cliënt geven dat het (te) risicovol is de traumatische belevingen toe te laten of dat je als hulpverlener zelf het verhaal niet kan of wil aanhoren uit angst voor details, hetgeen de werkrelatie kan verstoren. Hulpverleners kunnen dan ook snel tevreden zijn als iemand zegt: "ik ben het al vergeten" of "ik denk er nooit meer aan". Maar dit kan ook een teken van inadequate coping zijn waarbij de cliënt het trauma negeert in plaats van verwerkt. Doorvragen ("doe je je best om het te vergeten/er niet aan te denken?") binnen het consult seksuele gezondheid kan veel ophelderen en, indien nodig, de weg vrijmaken voor verdere zorg en behandeling.

Tot slot kan de vragenlijst traumasymptomen (zie kader 9.3) de hulpverlener ondersteunen om een indruk te krijgen van de ernst van de traumatisering. De vragenlijst gaat over de persoonlijke reactie op de traumatische gebeurtenis. Daarbij wordt gevraagd of iemand ten minste tweemaal in de afgelopen week de items in de vragenlijst heeft ondervonden. Wanneer dit bij 6 of meer items het geval is, is het mogelijk dat deze persoon last heeft van PTSS. Dit geldt alleen als het trauma langer geleden is dan 4 weken. Deze vragenlijst is gericht op volwassenen. Voor minderjarigen is een ander screeningsinstrument (CRIES 13) beschikbaar.

Kader 9.3: Vragenlijst traumasymptomen

Onderstaande vragen betreffen reacties die soms ontstaan na een traumatische gebeurtenis. De vragenlijst gaat over de persoonlijke reactie van de cliënt op de traumatische gebeurtenis. De cliënt geeft aan (ja/nee) of hij/zij ten minste 2 keer in de afgelopen week de genoemde reactie heeft ondervonden. Indien 6 of meer vragen met 'ja' worden beantwoord, is dat een indicatie voor de aanwezigheid van PTSS.

- Verontrustende gedachten of herinneringen aan de gebeurtenis die in je hoofd opkomen tegen je wil in?
- Verontrustende dromen over de gebeurtenis?
- Je voelen alsof de gebeurtenis opnieuw plaatsvindt?
- Van streek raken door dingen die je aan de gebeurtenis herinneren?
- Lichamelijke reacties (zoals snelle hartslag, steen in de maag, zweten, duizeligheid) wanneer je wordt herinnerd aan de gebeurtenis?
- Moeilijk in slaap kunnen komen of te vroeg wakker worden?
- Geïrriteerdheid of woedeaanvallen?
- Moeite met concentreren?
- Verhoogd bewustzijn van mogelijke gevaren voor jezelf en anderen?
- Gespannen zijn of schrikken van iets onverwachts?

© 2005 Vertaling van de TSQ (Brewin 2001) door M. Olff.

9.2.5 Verwijzen

Wanneer er sprake is van recent seksueel geweld (≤ 7 dagen) dient er rekening gehouden te worden met de mogelijkheid van medische hulpverlening, psychische zorg en sporenonderzoek. Hiervoor kan worden verwezen naar een Centrum Seksueel Geweld (landelijk nummer 0800-0188) waar dit integraal wordt aangeboden. De gedachte achter het Centrum Seksueel Geweld is dat als alle partners samenwerken in de aanpak van acuut seksueel geweld, dit zal leiden tot eerdere en betere opvang van slachtoffers, waardoor medische en psychische gevolgen snel en adequaat behandeld kunnen worden, en ook de kwaliteit van de opsporing zal verbeteren (Holm 2009).

In de eerste 4 weken direct na het meemaken van seksueel geweld zal een cliënt normale stressreacties vertonen die na verloop van tijd afnemen. Als er na 4 weken nog steeds stressklachten zijn, spreekt men van een PTSS. Gelukkig is PTSS goed te behandelen binnen de GGZ. Ook het Centrum Seksueel Geweld kan adviseren over de mogelijkheden van hulpverlening. Behalve PTSS kunnen er andere klachten zijn waarvoor iemand behandeling nodig heeft. Aan de andere kant, niet iedereen die seksueel geweld heeft meegemaakt, hoeft uiteindelijk verwezen te worden voor traumabehandeling binnen de GGZ hulpverlening. Verwijzing naar de GGZ zal in verband met vergoeding door de verzekering via de huisarts moeten verlopen.

9.2.6 Nazorg

Hoewel het bieden van psychosociale hulpverlening na seksueel geweld niet tot de kerntaken van de GGD behoort, is het wel een onlosmakelijk onderdeel bij de afhandeling en beoordeling. Daarbij is belangrijk te beseffen dat negatieve reacties van professionals (zoals *victim blaming*) de cliënt opnieuw kunnen traumatiseren. Dit wordt ook wel *secondary victimization* genoemd (Campbell 2005). Niet alleen de sensitiviteit van de geboden hulp doet ertoe,

maar ook de timing. Wanneer een slachtoffer van seksueel geweld zich niet direct wendt tot een crisiscentrum of (in mindere mate) de politie, vergroot dit het risico om een tweede maal slachtoffer te worden van seksueel geweld (Mason 2009). Als een cliënt niet de juiste hulp op het juiste moment krijgt, is er een grotere kans op het ontwikkelen van een posttraumatische stressstoornis (PTSS) of andere psychische klachten. Uit onderzoek blijkt dat mensen die als gevolg van misbruikervaringen PTSS, angsten, depressies en vermijdende coping-strategieën ontwikkelen, extra risico lopen op herhaling van slachtofferschap van seksueel geweld (Van Reemst 2013). Om deze redenen is het van belang om goede afspraken te maken met ketenpartners over evidence-based behandeling van deze slachtoffers.

Het [Centrum Seksueel Geweld](#) biedt een landelijk netwerk van integrale zorg voor slachtoffers van seksueel geweld. Het is belangrijk om afspraken te maken over de manier van verwijzen naar elkaar en het afstemmen van beleid. De kosten voor hulpverlening door een Centrum Seksueel Geweld variëren vanwege de verschillende inbedding van de verschillende centra. Voor gemaakte kosten ten gevolge van seksueel geweld kan een slachtoffer zich beroepen op het Schadefonds Geweldsmisdrijven. Slachtofferhulp kan de cliënt hierbij ondersteunen.

Referenties

- Campbell R, Wasco SM 2005. [Understanding rape and sexual assault: 20 years of progress and future directions](#). J Interpers Violence 20(1):127-31.
- Holm Bramsen R, Elklit A, Hjort Nielsen LA 2009. Danish model for treating victims of rape and sexual assault: the multidisciplinary public approach. J Aggress Maltreat Trauma 18(8):886-905.
- LCI 2020. [Richtlijn seksaccidenten](#).
- Mason GE, Ullman S, Long SE et al. 2009. Social support and risk of sexual assault revictimization. J Community Psychol 37(1):58-72.
- van Oosten HE, van Leent EJM, de Vries HJC 2011. [Richtlijnen SOA polikliniek 2011-2012](#). GGD Amsterdam.
- van Reemst L, Fisher T, van Dongen S et al. 2013. [Risicofactoren voor herhaald slachtofferschap: een literatuurscan](#). Erasmus Universiteit Rotterdam.