



MEERWAARDE INTEGRALE OPVANG EN HULPVERLENING AAN SLACHTOFFERS VAN SEKSUEEL GEWELD

MEERWAARDE INTEGRALE OPVANG
EN HULPVERLENING AAN
SLACHTOFFERS VAN SEKSUEEL
GEWELD

*Exploratief onderzoek naar de Centra
Seksueel Geweld in Utrecht en Nijmegen*

- eindrapport -

Drs. M. Vanoni (Regioplan)
Dr. K.D. Lünemann (Verwey-Jonker Instituut)
Drs. F. Kriek (Regioplan)
Drs. L. Drost (Verwey-Jonker Instituut)
Drs. E. Smits van Waesberghe (Verwey-Jonker
Instituut)

Regioplan Beleidsonderzoek
Nieuwezijds Voorburgwal 35
1012 RD Amsterdam
Tel.: +31 (0)20 – 531 53 15
Fax : +31 (0)20 – 626 51 99
www.regioplan.nl

Verwey-Jonker Instituut
Kromme Nieuwegracht 6
3512 HG Utrecht
Tel.: +31 (0)30 – 230 07 99
www.verwey-jonker.nl

In opdracht van
Ministerie van VenJ & VWS

Amsterdam, maart 2014
Publicatienr.: 2393
OND:1353311

© 2013 Regioplan, in opdracht van het ministerie van Veiligheid en Justitie en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
Het gebruik van cijfers en/of teksten als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld.
Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Regioplan.
Regioplan aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

INHOUDSOPGAVE

Managementsamenvatting	I
1 Inleiding	1
1.1 Doelstelling en achtergrond	1
1.2 Onderzoeksopzet	4
1.3 Leeswijzer	6
2 Achtergrond en theoretische meerwaarde CSG's	7
2.1 Aard en omvang van seksueel geweld	7
2.2 Hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld	8
2.3 Opsporen van zedendelicten	9
2.4 Waarom de CSG-functies?	11
2.5 Meerwaarde bundeling CSG-functies	14
3 De functies in de praktijk	17
3.1 Inrichting en beoogde meerwaarde CSG's Utrecht en Nijmegen	17
3.2 CSG Utrecht	20
3.3 CSFG Nijmegen	24
3.4 Ervaringen van slachtoffers met de dienstverlening CSG ..	26
3.5 Vier regionale initiatieven CSG	29
3.6 Meerwaarde en knelpunten van een CSG	36
4 Van regionaal initiatief tot landelijke dekking	49
4.1 Hoe ziet de bundeling van CSG-functies eruit?	49
4.2 Meerwaarde van bundeling CSG-functies	51
4.3 Landelijke toegankelijkheid CSG-functies	54
Bijlagen	61
Bijlage 1 Beschrijving CSG Utrecht	63
Bijlage 2 Beschrijving Centrum SFG Nijmegen	83
Bijlage 3 Beschrijving 4 initiatieven	101
Bijlage 4 Lijst respondenten	111
Bijlage 5 Expertmeeting voorbereidingsnotitie	113
Bijlage 6 Itemlisten	119
Bijlage 7 Literatuurlijst	123

MANAGEMENTSAMENVATTING

Achtergrond

De opvang van slachtoffers van seksueel geweld in de acute fase in Nederland is niet optimaal. Uit Nederlands onderzoek en buitenlandse literatuur blijkt dat slachtoffers vaak te maken krijgen met een versnipperd hulpaanbod, niet goed weten waar zij terecht kunnen met hun vragen en vaak lang wachten met het zoeken naar hulp.

In 2012 zijn in Utrecht en Nijmegen twee Centra Seksueel Geweld (CSG's) gestart met als doel het bieden van integrale hulp aan slachtoffers waarbij een verkrachting of aanranding minder dan zeven dagen geleden heeft plaatsgevonden. Het gaat in eerste instantie om de eerste opvang door een gespecialiseerd persoon die uitleg geeft en psychische ondersteuning biedt tijdens de onderzoeken, en de juiste medische zorg en psychosociale hulpverlening: het behandelen en tegengaan van lichamelijk letsel, het verminderen van de kans op soa's en zwangerschap dan wel het behandelen ervan. Daarnaast biedt een casemanager de dag erna psychosociale en praktische hulp door de hulpbehoeften na te gaan, te screenen op de ontwikkeling van psychische klachten, af te stemmen met reeds bestaande hulp en door te verwijzen naar andere hulp.

In tweede instantie heeft de integrale hulp tot doel de opsporing te verbeteren van verdachten van zedendelicten door sporen eerder en beter veilig te stellen.

Naast de twee centra in Utrecht en Nijmegen zijn andere initiatieven gestart. In Amsterdam is sinds begin 2012 een pilot zorgcoördinatie zedenzaken gestart en in Limburg is een Centrum Seksueel Geweld in het najaar van 2013 geopend. Ook in andere regio's, zoals Twente en Friesland, worden voorbereidingen getroffen om integrale hulp aan slachtoffers van seksueel geweld in de acute fase te faciliteren.

Opzet onderzoek

RegioPlan heeft samen met het Verwey-Jonker Instituut de opzet en de werkwijze in twee centra in Utrecht en Nijmegen en in vier andere regio's onderzocht. In eerste instantie zijn documenten bestudeerd en interviews gevoerd met betrokken kernpartners (zedendrecherche, forensisch artsen, casemanagers, coördinatoren CSG's) en de organisaties in de regio waarmee al dan niet wordt samengewerkt (zoals, SHG's, ggz, AMK, OM, SHN, gemeenten).

Ook zijn interviews gehouden met slachtoffers of ouders van minderjarige slachtoffers, die zich bij het CSG Utrecht hebben gemeld.

Aan de hand van de onderzoeksactiviteiten hebben we een duidelijk beeld kunnen vormen van de beoogde meerwaarde en de gerealiseerde meerwaarde voor slachtoffers en voor professionals/beleid. Deze bevindingen zijn vervolgens getoetst in een expertmeeting met diverse professionals (OM,

politie, GGD'en, gemeenten, forensisch artsen, casemanagers, SHG's). De gebleken succesfactoren en knelpunten geven richting in de discussie hoe de CSG-functies landelijke dekking kunnen krijgen en bestuurlijk moeten worden ingebed.

Resultaten

Meerwaarde

De kern van een CSG wordt gevormd door de samenwerking tussen sociaalpsychologische opvang, medische zorg en forensisch onderzoek in de acute fase na het seksueel geweld. Voor de betrokken professionals betekent dit dat werkzaamheden worden afgestemd, minder dubbel werk wordt verricht en zij zich meer op hun kerntaken kunnen concentreren. Daarnaast is er meer begrip voor elkaars werkzaamheden en doelstellingen en weet men beter elkaars expertise op het juiste moment in te schakelen.

Voor de slachtoffers draagt deze samenwerking eraan bij dat zij zo min mogelijk worden belast doordat zij naar één locatie gaan en goede afgestemde zorg krijgen. Over het algemeen geven de slachtoffers aan dat zij goed zijn opgevangen door een verpleegkundige. Er werd tijd genomen om de procedures uit te leggen, informatie te geven, en de slachtoffers gerust te stellen of even een 'luchtig' praatje te maken. De meeste slachtoffers vinden dat zij medisch naar behoren zijn behandeld en ervaren het forensisch medisch onderzoek niet als vervelend door de goede begeleiding. Uit de gesprekken blijkt wel dat zij het informatieve gesprek met de politie als belastend ervaren. De opvang door de verpleegkundige kan daar tegenwicht aan geven.

Na de eerste opvang in de acute fase, wordt een slachtoffer de eerstvolgende werkdag door een casemanager (of zorgcoördinator of nazorgconsulent) gebeld. De meerwaarde van de nazorg ligt in het feit dat deze outreachend is en probeert zoveel mogelijk de hulptrajecten zoals psychologische hulp, juridische ondersteuning, en maatschappelijk werk, op elkaar af te laten stemmen. Veel slachtoffers zijn al bekend bij de hulpverlening. Ouders van minderjarige slachtoffers geven aan dat ook zij goed zijn geholpen; het wordt met name gewaardeerd dat zij kunnen bellen met vragen. Daarnaast komt een goede zorg aan betrokken intimi het slachtoffer ten goede omdat zij dan niet worden belast met de emoties van hun ouders, waardoor ze beter aan hun eigen verwerking toekomen.

De adviesfunctie wordt gewaardeerd, zo komt uit de interviews met ouders naar voren, en dit wordt bevestigd door het aantal maal dat het CSG Utrecht is benaderd voor advies en consultvragen. Ook het aantal maal dat de website van het CSG Utrecht is bezocht, geeft de behoefte aan advies en voorlichting aan. Niet alleen slachtoffers en hun familie hebben maken hier gebruik van, maar ook bij (voorliggende) organisaties blijkt behoefte te bestaan aan een expertisecentrum.

Knelpunten

Naast de gebleken meerwaarde komen ook knelpunten naar voren: rond de financiering, het hulpaanbod in de nazorg en rond de aansluiting met het strafrechtelijke traject.

- Wat betreft de financiering vormen de kosten die buiten de dekking van de zorgverzekeraar vallen een knelpunt. Dit zijn een aantal casemanagers-taken en adviestaken. Ook de inzet van (speciaal getrainde, vrijgestelde) verpleegkundigen moet worden bekostigd en er moet een speciale onderzoeksruimte beschikbaar zijn voor het forensisch onderzoek.
- Het hulpaanbod en de afstemming in de nazorg is nog versnipperd. Het is zaak de trajecten goed af te stemmen met bijvoorbeeld juridische of praktische hulp. Daarbij is het ook van essentieel belang dat hulpverleners blijven luisteren naar de wensen en behoeften van slachtoffers; zo wil niet elk slachtoffer psychologische hulp en de kans bestaat dat met de beste bedoelingen de wensen van het slachtoffer toch worden vergeten.
- Tot slot zien we een verbeterpunt in de aansluiting met het strafrechtelijke onderzoek. Een slachtoffer kan zich nu bij een CSG melden zonder daarvoor eerst bij de politie een melding te doen. Er is behoefte de mogelijkheid te onderzoeken om in de toekomst ook forensisch onderzoek te verrichten, zonder dat het slachtoffer zich heeft gemeld bij de politie. Als het slachtoffer dan later besluit toch naar de politie te gaan, zijn de sporen in elk geval vastgelegd.

Voorwaarden voor regionale spreiding en bestuurlijke inbedding

Uit het onderzoek blijkt dat het niet zozeer uitmaakt waar de eerste opvang plaatsvindt, wie de kerntaken verricht en hoe de bundeling van de CSG-functies georganiseerd is, als dit alles maar voldoet aan een aantal voorwaarden:

- Wat betreft de locatie geldt als voorwaarde dat er een toegankelijke plek is waar slachtoffers zich 24 uur per dag kunnen melden binnen een bepaalde straal (bijvoorbeeld: 1 uur reisafstand). Er moet een goede ruimte zijn voor de arts en forensisch arts om onderzoek te doen. Ook is er behoefte aan een ruimte waar de politie het informatieve gesprek kan voeren, zodat een slachtoffer niet naar meerdere locaties hoeft. De toegang tot de eerste opvang en nazorg moet mogelijk zijn, ook als een slachtoffer geen betrokkenheid van de politie wenst.
- De verpleegkundige moet tijd hebben en getraind zijn in het opvangen van slachtoffers van seksueel geweld. Ook voor de forensisch artsen geldt dat zij voldoende expertise en ervaring moeten hebben in het forensisch onderzoek bij seksueel geweld. En kan gekozen worden om met een kleinere pool van forensisch artsen te werken of de eis te stellen dat een arts jaarlijks een minimum aantal verrichtingen moet uitvoeren.

Om de CSG-functies landelijk toegankelijk te maken, hoeft niet aangesloten te worden bij een bestaande regio-indeling. Het is van belang dat de CSG-initiatieven met eenduidige kwaliteitseisen werken en deze monitoren en evalueren. Tevens moet het aantal meldingen goed geregistreerd worden

waardoor het bestaansrecht van de CSG-functies al dan niet gelegitimeerd wordt (denk bijvoorbeeld aan een minimum aantal slachtoffers of het aantal adviesvragen e.d.)

Bestuurlijke inbedding

Ondanks het feit dat er voor de uitvoering en regionale spreiding niet aangesloten hoeft te worden bij een specifieke regio-indeling of uitvoerende organisatie, moeten de CSG-functies wel bestuurlijk worden ingebed. De landelijke overheid zou landelijke kwaliteitscriteria moeten vaststellen en via (tijdelijke) subsidiëring eisen moet stellen aan de voorwaarden waaronder de functies ingevuld worden. Gemeenten hebben de verantwoordelijkheid voor zorg en veiligheid, waaronder zorg voor slachtoffers van seksueel geweld. De aanpak van seksueel geweld, waaronder de bundeling van CSG-functies, dient daarom ook onderdeel te zijn van een gemeentelijk beleid.

1 INLEIDING

In 2012 zijn in Utrecht en Nijmegen twee Centra Seksueel Geweld (CSG's) gestart met als doel het bieden van integrale hulp aan slachtoffers van seksueel geweld in de acute fase.

De aanpak van de twee centra is uniek in Nederland. Kenmerkend voor de aanpak is de expliciete nadruk op snel beschikbare medische zorg en psychosociale hulp, gekoppeld aan forensisch onderzoek en advies: één loket voor integrale dienstverlening aan slachtoffers van seksueel geweld.

Vooralsnog is weinig bekend over de werkwijze in de praktijk en de verhouding tussen de vier hierboven genoemde functies: welke functie(s) wordt/worden in de praktijk naar verhouding het meest vervuld en wat maakt ze succesvol? Het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ) en ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft dit door Regioplan en het Verwey-Jonker Instituut laten onderzoeken met het oog op de vraag of het wenselijk is om de functies die nu in deze twee centra vorm krijgen landelijk toegankelijk te maken, en zo ja, op welke manier dat kan. Het onderzoek belicht het functioneren van de CSG's zowel vanuit het perspectief van het slachtoffer als vanuit het perspectief van de samenwerkende organisaties.

In deze rapportage beschrijven we de organisatie en uitvoering van de functies van de CSG's aan de hand van de twee pilots in Utrecht en in Nijmegen, en de meerwaarde van de CSG's voor de slachtoffers, de betrokken organisaties en vanuit het perspectief van beleid. In de rapportage gaat het steeds om de vier functies: medische zorg, forensisch onderzoek, psychosociale hulp en advies. Aangezien de twee pilots zichzelf een centrum noemen voor seksueel geweld, spreken we in het rapport ook over een centrum, centra of een CSG. We willen benadrukken dat we daarmee niet vooruit lopen op een besluit over het realiseren van landelijke toegang tot de vier functies; dat deze rapportage over CSG's gaat, wil niet zeggen dat landelijk de toegang tot deze functies in dit soort centra vorm moet krijgen. We komen hier in hoofdstuk 4 op terug.

1.1 Doelstelling en achtergrond

Achtergrond

Seksueel geweld betreft seksuele handelingen die worden afgedwongen door fysiek geweld, bedreigingen met geweld, chantage of machtsverschillen. Het is een veelvoorkomend maatschappelijk verschijnsel, dat zowel kinderen als volwassenen raakt.

Er zijn de laatste jaren in Nederland verschillende initiatieven van de grond gekomen om de hulp aan slachtoffers van verkrachting en aanranding te verbeteren:

1. Het 'Partnership Aanpak Seksueel Geweld', bestaande uit veel verschillende ketenpartners (waaronder GGD, ggz, MOgroep, politie/justitie, VNG, Movisie), zet zich sinds 2008 in voor het verbeteren van de infrastructuur (naast deskundigheidsbevordering en preventie). Het Partnership concludeert na een draagvlakonderzoek onder veldpartijen dat een frontoffice-functie seksueel geweld meerwaarde heeft: een laagdrempelige voorziening waar slachtoffers en andere betrokkenen terecht kunnen voor informatie, advies en doorverwijzing naar hulp en politie. Het Partnership situeert dit loket bij de bestaande Steunpunten Huiselijk Geweld (SHG). Een aantal SHG's heeft inmiddels apart aandacht voor seksueel geweld.
2. In Amsterdam is in 2012 de pilot zorgcoördinatie zedenzaken gestart. Een zorgcoördinator wordt ingeschakeld na melding bij de politie om zorg te verlenen rond het sporenonderzoek, nazorg te verlenen en zorg te dragen voor verwijzing naar hulpverlening.
3. In een aantal regio's (waaronder Groningen) wordt specifieke expertise in ziekenhuizen ingezet voor de hulp aan slachtoffers van seksueel geweld. Dit heeft eveneens als doel de zorg rond het slachtoffer van verkrachting en aanranding in de acute fase te verbeteren en opsporingsmateriaal veilig te stellen (GGD Groningen).

Het gaat in al deze gevallen om hulp direct na de verkrachting. De hulpverlening kent verschillende aspecten, zoals hulp gericht op lichamelijk herstel, sociaalpsychologische hulpverlening na de traumatische ervaring en onderzoek naar besmetting met HIV, een soa of een ongewenste zwangerschap. Daarnaast kan er sprake zijn van het veiligstellen van sporen voor de bewijsvoering door forensisch onderzoek.

4. Voor hulp aan getraumatiseerde kinderen en hun ouders bestaan sinds enkele jaren multidisciplinaire centra, de Kinder- en Jeugdtraumacentra (KJTC), bijvoorbeeld in Haarlem en Leeuwarden. Naast psychosociale hulp, is er medische hulp en vindt er forensisch onderzoek plaats. Er is samenwerking met politie en andere ketenpartners. Deze KJTC bieden naast behandeling ook andere vormen van dienstverlening aan, zoals trainingen om therapieprogramma's op te zetten of begeleiding na een zedenschandaal.

De oprichting van het CSG in Utrecht in januari 2012 en het Centrum Seksueel en Familiaal Geweld (CSFG) een half jaar later in Nijmegen zijn de nieuwste ontwikkelingen om integrale hulp aan slachtoffers van seksueel geweld in de acute fase te bieden.

Doelstelling

Regioplan heeft samen met het Verwey-Jonker Instituut de twee centra in Utrecht en Nijmegen onderzocht. Het onderzoek heeft tot doel de werkwijze van de beide centra te beschrijven, de succesfactoren te benoemen en een advies te formuleren op welke manier (elementen van) de werkwijze van beide centra regionaal ingevoerd kunnen worden, zodat slachtoffers in heel Nederland geholpen worden en sporen via forensisch onderzoek veiliggesteld kunnen worden.

Vraagstelling onderzoek

Het onderzoek moet antwoord geven op onderstaande vragen:

Beschrijving werkwijze

1. Welke partijen participeren in de beide centra?
2. Op welke wijze participeren zij in de beide centra (faciliteiten, kennis, menskracht, middelen)?
3. Hoe worden de beide centra gefinancierd? Beschikken beide centra (ook in de toekomst) over voldoende financiële middelen om de cliënten optimaal te helpen?
4. Hoe werken de beide centra met cliënten, onderscheiden naar:
 - a) medische zorg;
 - b) psychologische hulpverlening;
 - c) forensisch onderzoek;
 - d) advisering.
5. Hoe werken de beide centra met cliënten, onderscheiden naar:
 - a) slachtoffers;
 - b) vrienden en familie;
 - c) professionals
6. Op welke wijze wordt samengewerkt tussen de vier onderscheiden functies?
7. Wordt er samengewerkt met partners buiten de centra, zo ja met wie en op welke wijze, onderscheiden naar:
 - a. (centrum)gemeente;
 - b. Steunpunten Huiselijk Geweld (SHG);
 - c. Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK);
 - d. GGD;
 - e. algemeen maatschappelijk werk (amw);
 - f. vrijgevestigde hulpverleners;
 - g. Veiligheidshuizen;
 - h. Ggz;
 - i. politie.
8. Is er (inmiddels) sprake van gestandaardiseerde werkwijzen en zo ja, welke standaarden worden gehanteerd?
9. Hoeveel cliënten (onderscheiden naar slachtoffers, betrokkenen en professionals) hebben de afgelopen periode de weg naar de beide centra weten te vinden, onderscheiden naar:
 - a. telefonische contacten;
 - b. contacten op locatie.
10. Welke ervaringen zijn opgedaan met de eerste cliënten?
11. Welke overeenkomsten/verschillen zijn er tussen beide centra?

Succesfactoren

12. Wat is de meerwaarde van samenwerking in een Centrum Seksueel Geweld voor de samenwerkende partijen, onderscheiden naar:
 - a. meerwaarde medische zorg;
 - b. meerwaarde psychologische hulpverlening;

- c. meerwaarde forensisch onderzoek;
 - d. meerwaarde advies.
13. Wat is de meerwaarde voor cliënten, onderscheiden naar:
- a. meerwaarde medische hulpverlening;
 - b. meerwaarde psychosociale hulpverlening;
 - c. meerwaarde forensisch onderzoek;
 - d. meerwaarde advies;
 - e. het gecombineerde aanbod.
14. Wat is de meerwaarde voor cliënten, onderscheiden naar:
- a. slachtoffers;
 - b. vrienden en familie;
 - c. professionals.
15. Wat is de meerwaarde van deze werkwijze ten opzichte van bestaande structuren voor de aanpak van en hulp bij seksueel geweld?
16. Ontbreken er partijen in beide centra, zo ja, welke en waarom?
17. Wat gaat er goed in de samenwerking tussen de partners in de beide centra en wat moet er beter?
18. Welke overeenkomsten/verschillen zijn er tussen beide centra?

Regionale invoering

19. Gelet op de antwoorden op de eerste 18 vragen, welke mogelijkheden zijn er om het concept van beide centra (snelle integrale zorg en hulpverlening aan slachtoffers, gekoppeld aan forensisch onderzoek en advies) landelijk toegankelijk te maken?
20. Hoe kan een goede balans worden aangebracht tussen het uitgangspunt van regionaal/lokaal maatwerk in de zorg en hulpverlening en de noodzaak te werken met landelijke standaarden in forensisch onderzoek?
21. Bij welke regio's kan het beste worden aangehaakt en waarom (25 veiligheidsregio's, 36 regio's vrouwenopvang, 28 GGD-regio's, 13 ggz-regio's)?
22. Welke rol/taken zouden het ministerie van VenJ en het ministerie van VWS kunnen/moeten vervullen om het concept van beide centra landelijk toegankelijk te maken?
23. Welke rol/taken zouden de centrumgemeenten en de beoogde samenwerkingspartners (bijvoorbeeld ziekenhuizen, politie, SHG's, openbaar ministerie) kunnen/moeten vervullen?

1.2 Onderzoeksopzet

Het onderzoek kent vier stappen: onderzoek naar de werkwijze van de CSG's in Utrecht en Nijmegen, een analyse van vier regionale initiatieven die zich ook richten op een andere werkwijze bij de hulp aan slachtoffers van seksueel geweld in de acute fase, het interviewen van slachtoffers van seksueel geweld die hulp hebben ontvangen van het CSG Utrecht, en een expertmeeting waarin de voorlopige bevindingen zijn getoetst. De stappen staan hieronder kort beschreven.

Onderzoek in de twee CSG's

In beide centra zijn documenten bestudeerd, interviews gehouden met kernpartners en interviews met andere regionale organisaties waar al dan niet mee wordt samengewerkt. Dit heeft geleid tot een beschrijving van de beide centra en de wijze waarop ze de bij hen ondergebrachte functies hebben georganiseerd en uitvoeren, die zijn opgenomen in bijlage 1 en 2.

Onderzoek bij vier andere regionale initiatieven

De afgelopen jaren zijn in heel Nederland initiatieven ontstaan voor het verbeteren van de ondersteuning aan slachtoffers van seksueel geweld in de acute fase. In een landelijk netwerk CSG's komen de initiatieven samen met als doel informatie uit te wisselen, van elkaar te leren, en de initiatieven op elkaar te laten afstemmen. Ook worden documenten opgesteld zoals kwaliteitscriteria en voorbeeldprotocollen. Het landelijk netwerk wordt getrokken door het CSG Utrecht en er hebben reeds vier bijeenkomsten plaatsgevonden.

Uit informatie van deze bijeenkomsten zijn we tot een keuze van vier regionale initiatieven gekomen, waarbij we ons hebben laten leiden door de volgende criteria:

- de trekker van het CSG;
- verschil in wijze van organisatie en betrokken ketenpartners; en
- regionale spreiding.

Dit heeft ertoe geleid dat we hebben gekozen voor Limburg, waar de GGD trekker is, en geen ziekenhuis betrokken is; Amsterdam, waar geen CSG is, maar wel een vorm is gevonden voor samenwerking tussen hulp aan slachtoffers en forensisch onderzoek; en Friesland, waar binnen het Kinder- en Jeugdtraumacentrum al verbinding is tussen psychologische hulp, medische hulp en forensisch onderzoek. Daarnaast is Oost-Nederland als regio gekozen waar toentertijd geen initiatieven waren tot een CSG.

In Limburg, Friesland, Twente en Amsterdam is met organisaties gesproken over de huidige opvang van slachtoffers van seksueel geweld in hun werkgebied, de wenselijkheid en mogelijkheden van een integrale opvang van slachtoffers van seksueel geweld, en welke voorwaarden daaraan verbonden zijn. RegioPlan en het Verwey-Jonker Instituut hebben deze analyses verricht in Limburg, Friesland en Twente. In Amsterdam is de gemeente Amsterdam recentelijk zelf een onderzoek gestart naar de wenselijkheid en haalbaarheid van een CSG in Amsterdam. Om niet dezelfde mensen nogmaals te bevragen, hebben wij van de gemeente Amsterdam de interviewverslagen hiervan in mogen zien.

In bijlage 3 staat een korte beschrijving van de vier initiatieven.

Interviews met slachtoffers

Een casemanager van het CSG Utrecht heeft contact opgenomen met slachtoffers die in het kader van een incident seksueel geweld gebruik hebben gemaakt van de dienstverlening van het CSG. Aan de slachtoffers is gevraagd of de onderzoekers van RegioPlan en het Verwey-Jonker Instituut contact met

hen mochten opnemen voor een telefonisch interview over de ervaringen met de dienstverlening. In totaal hebben we dertien slachtoffers bevraagd. In bijlage 6 is de itemlist opgenomen die voor deze interviews is gebruikt.

Expertmeeting

Op 4 november vond een expertmeeting plaats om de bevindingen te toetsen. Voor deze meeting zijn zowel landelijke partijen uitgenodigd als vertegenwoordigers van de CSG-initiatieven. Door een gemêleerd gezelschap uit te nodigen was het mogelijk om de meerwaarde, knelpunten en samenwerking in de CSG's vanuit diverse perspectieven te bediscussiëren. In bijlage 4 vindt u een overzicht van de respondenten, waaronder de aanwezigen op de expertmeeting. In bijlage 5 is de voorbereidingsnotitie opgenomen.

1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 bevat de achtergrond en de probleemanalyse van de opvang van slachtoffers van seksueel geweld. Dit hoofdstuk biedt een kader waarin het ontstaan van initiatieven om de opvang aan slachtoffers anders te gaan opzetten, wordt geschetst. Ook wordt de theoretische meerwaarde van (de bundeling van de vier functies in) een CSG beschreven.

In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de opzet en de praktijk van de onderzochte CSG's. Eerst wordt het CSG Utrecht beschreven, dan het centrum in Nijmegen en vervolgens de vier andere initiatieven.

Het hoofdstuk vervolgt met de beschrijving van de door de onderzochte initiatieven gerealiseerde meerwaarde voor de slachtoffers en voor de samenwerkende organisaties en de knelpunten. De meerwaarde van de CSG's is procesmatig beschreven aan de hand van een stroomschema: vanaf de toegang/toeleiding naar het centrum tot aan de nazorg en eventuele vervolging.

Het laatste hoofdstuk gaat in op de wenselijkheid van landelijke toegankelijkheid van de CSG-functies, en de mogelijkheden en voorwaarden hiervoor.

2 ACHTERGROND EN THEORETISCHE MEERWAARDE CSG'S

In dit hoofdstuk gaan we in op de achtergrond van het ontstaan van de CSG's in Utrecht en Nijmegen. Eerst gaan we in op de omvang en aard van seksueel geweld (paragraaf 2.1). Vervolgens beschrijven we de hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld, met specifieke aandacht voor de hulpverlening net na de verkrachting (paragraaf 2.2). Daarna, in paragraaf 2.3, staan we stil bij de strafprocessuele aspecten rond de melding van verkrachting. De ervaringen met CSG's in het buitenland komen ter sprake in paragraaf 2.4. We besluiten dit hoofdstuk met een beschrijving van de theoretische meerwaarde van een CSG in Nederland.

2.1 Aard en omvang van seksueel geweld

Rond de veertig procent van de vrouwen en zeven procent van de mannen wordt minstens eens in hun leven geconfronteerd met seksueel geweld, variërend van ongewenste seksueel getinte handelingen tot verkrachting. Naar schatting twaalf procent van de vrouwen en drie procent van de mannen is ooit in hun leven verkracht (Bakker et al., 2009). Een op de vijf vrouwen en een op de 25 mannen heeft voor hun zestiende jaar ervaringen met seksueel misbruik. Verkrachting en aanranding vinden vaker plaats door een bekende of in een vertrouwensrelatie dan door een vreemde persoon. Er kan sprake zijn van jarenlang seksueel misbruik (Höing & Van Berlo, 2006). Seksueel geweld kan verschillende vormen aannemen. Ook kent seksueel geweld een andere aard en dynamiek dan huiselijk geweld, en is de impact van seksuele dwang anders. Dit hangt ermee samen dat seksualiteit doorgaans een intieme en positieve ervaring is, terwijl geweld altijd negatief is. Door de ingewikkelde relatie tussen dwang, het schenden van vertrouwen en seksualiteit heeft de inbreuk op seksualiteit een andere impact dan bijvoorbeeld fysiek geweld of huiselijk geweld zonder seksueel geweld.

Na een verkrachting of aanranding zijn slachtoffers van streek, voelen zich vies, zijn in een shock, en schamen zich. Slachtoffers kunnen diverse klachten en problemen krijgen, die chronisch kunnen worden als ze niet tijdig worden behandeld. De schade veroorzaakt door een verkrachting of aanranding kan zich ook jaren later openbaren. Een groot deel van de slachtoffers doet geen melding bij de politie, noch doen ze een beroep op de hulpverlening na het seksueel geweld. Jaren later, als zich allerlei posttraumatische klachten hebben ontwikkeld, kunnen slachtoffers alsnog hulp zoeken of naar de politie stappen (Lünnemann & Piechocki, 2000; Lünnemann, Six & Smit, 2012).

2.2 Hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld

In de jaren zeventig kwam de aanpak van seksueel geweld op de politieke agenda en kwam een hulpverleningsnetwerk tot ontwikkeling met telefonische meldpunten, zelfhulpgroepen, specifieke organisaties als Tegen Haar Wil en VSK (Vereniging tegen Seksuele Kindermishandeling) en samenwerkingsverbanden. Veel van deze categorale organisaties bestaan niet meer, terwijl de overdracht van de specifieke kennis en methodieken naar de reguliere hulpverlening als amw en ggz lang niet overal succesvol is verlopen. Dit is mede het gevolg van de keuze om zorgprogramma's te enten op diagnostische categorieën in plaats van probleemclusters, zoals seksueel geweld (Meintser & Van Beek, 2006). Er is onvoldoende aanbod, zeker voor specifieke groepen zoals lichamelijk gehandicapten, mensen met een verstandelijke beperking, allochtone slachtoffers, kinderen en plegers (Lünnemann, Goderie & Tierolf, 2010). Momenteel is er een lappendeken aan hulpaanbod, met grote regionale verschillen. De infrastructuur van instellingen is onoverzichtelijk. De organisaties vormen geen onderling goed werkend netwerk en het ontbreekt aan een integrale aanpak, hoewel er regionaal soms samenwerkingsverbanden zijn, zoals het Samenwerkingsverband tegen seksueel geweld Groningen (STSGG). Slachtoffers en hun directe omgeving kunnen niet naar een duidelijk loket voor de eerste opvang (Bakker et al. 2011; Meintser & Van Beek, 2006). Slachtoffers melden zich bij diverse instanties en hulpverleners, zoals de huisarts, de spoedeisende hulp (SEH), de politie, telefonische crisishulpverlening, slachtofferhulp, vertrouwenspersonen (op het werk of elders), eerstelijns seksualiteitscentra Sense, of het SHG als het binnen de relationele sfeer plaatsvindt. Voor kinderen is er het AMK/bureau jeugdzorg en sinds kort enkele multidisciplinaire Kinder- en Jeugdtraumacentra (KJTC) (Meintser & Van Beek, 2006).

Veel slachtoffers zoeken niet direct hulp na seksueel geweld. Schaamte weerhoudt hen ervan, evenals angst om niet geloofd te worden, en loyaliteit aan de pleger. Ook het ontbreken van informatie over waar ze goede hulp zouden kunnen krijgen, kan eraan bijdragen dat slachtoffers geen hulp zoeken (Meintser & Van Beek, 2006; Holm Bramsen et al., 2009).

In de acute fase na een verkrachting of aanranding is het risico op langdurige posttraumatische klachten het grootst. Daarom is het van groot belang dat slachtoffers direct na het seksueel geweld hulp zoeken. Maar als slachtoffers direct na de verkrachting of aanranding hulp zoeken, krijgen zij te maken met veel, soms onduidelijke procedures en protocollen en een veelheid aan instanties, zoals politie, politiearts, slachtofferhulp en GGD (Meintser & Van Beek, 2006; Van Berlo & Höing, 2005). Een niet goede opvang en hulpverlening kan leiden tot *secondary victimization*, dat wil zeggen dat door de negatieve reactie of inadequate hulp het slachtoffer nogmaals wordt getraumatiseerd (Campbell, 2005; Holm Bramsen et al., 2009). Het niet melden van het seksueel geweld bij een crisiscentrum (zoals een CSG) en in mindere mate de politie, vergroot het risico om weer slachtoffer te worden van seksueel geweld (Mason et al., 2009). De slachtoffers krijgen niet de juiste

hulp op het juiste moment en hebben meer kans op het ontwikkelen van een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) of andere psychische klachten. Uit onderzoek blijkt dat mensen met PTSS, angsten, depressies en dissociatieve copingstrategieën een extra risico lopen op herhaling van slachtofferschap van seksueel geweld (Van Reemst, Fisher & Van Dongen, 2013).

2.3 Opsporen van zedendelicten

2.3.1 Meldingen bij politie en slachtofferhulp Nederland

Slachtoffers van een seksueel delict doen niet snel een melding van seksueel geweld bij de politie: minder dan een op de tien slachtoffers stapt ermee naar de politie en slechts drie procent van de slachtoffers doet aangifte. Er heeft bovendien een forse daling plaatsgevonden van de geregistreerde seksuele delicten vanaf 2005 tot 2011. In 2011 zijn er 9000 processen-verbaal opgemaakt wegens seksuele misdrijven (verkrachting, aanranding, overige seksuele delicten, zoals seksuele handelingen met minderjarigen en andere kwetsbare personen, en het verspreiden van kinderpornografie). Dat was dertig procent minder dan in 2005. Het betrof 1580 verkrachtingszaken, 2200 aanrandingzaken, en 3410 zaken in de categorie overige seksuele delicten. Daarnaast waren er nog 1940 gevallen van schennis der eerbaarheid. Het aantal verkrachtingen kromp met ruim een derde fors (Emancipatiemonitor, 2012, p. 155),

Bij Slachtofferhulp Nederland hebben zich in 2011 4400 slachtoffers van een zedendelict gemeld, waarvan bijna negentig procent vrouw is. De slachtoffers zijn ook relatief vaak jong: van de vrouwelijke slachtoffers van aanranding was veertig procent jonger dan twintig jaar en van verkrachting 38 procent. Voor mannen gelden nog hogere percentages, namelijk 50 en 44 procent (Emancipatiemonitor 2012, p. 156),

2.3.2 Opsporingsonderzoek

In een opsporingsonderzoek staat de waarheidsvinding van een zedenzaak centraal. De Aanwijzing opsporing en vervolging inzake seksueel misbruik (2010A026) geeft aan hoe het opsporingsonderzoek aangepakt moet worden. Er wordt onderscheid gemaakt tussen seksueel misbruik waarin slachtoffer en verdachte elkaar kennen (van een intieme relatie tot elkaar van naam kennen) en onbekende verdachte. In het laatste geval staat de opsporing en het achterhalen van de identiteit op de voorgrond, terwijl in het eerste geval, zeker als het om seksueel misbruik in afhankelijkheidsrelaties gaat, of om zaken die aan de Landelijke Expertisegroep Bijzondere Zedenzaken (LEBZ) worden voorgelegd, bezinning over de positie van de aangever nodig is. Wegens de complexiteit van zedenzaken vindt er altijd eerst een informatief gesprek plaats, tenzij dit vanwege de acute situatie niet mogelijk is. Dit informatieve gesprek wordt auditief opgenomen en vastgelegd in een proces-verbaal met het oog op zorgvuldigheid, controleerbaarheid en neutraliteit.

Naast het verkrijgen van informatie over de haalbaarheid van de zaak, is er ook aandacht voor de hulpbehoefte. Daarnaast wordt informatie gegeven over civielrechtelijke mogelijkheden en het hulpaanbod. Dit informatieve gesprek kan het startsein zijn voor opsporing en vervolging.

Na het informatieve gesprek kan aangifte worden gedaan. Het doen van een aangifte betekent het begin van een strafrechtelijk onderzoek en het slachtoffer kan de aangifte dan niet meer intrekken. Als het slachtoffer geen aangifte wil doen, maar er wel sprake is van een strafbaar feit, wordt zoveel mogelijk bewijs verzameld ten behoeve van een eventuele ambtshalve vervolging indien de geestelijke en/of lichamelijke integriteit van betrokkene ernstig is/wordt bedreigd dan wel betrokkene zich evident in een afhankelijkheidspositie bevindt of het maatschappelijk belang dit vereist. Als een slachtoffer zich bij de politie meldt direct na de verkrachting of aanranding is het belangrijk sporen veilig te stellen. De politie beschikt over een vaste relatie met een medische dienst of forensisch arts die geconsulteerd kan worden bij zedenmisdrijven. Het slachtoffer wordt aangeraden hier naar toe te gaan, maar is vrij naar een andere arts te gaan. Ook kan het slachtoffer weigeren toestemming te geven om medische gegevens te betrekken bij het opsporingsonderzoek. Indien het slachtoffer niet wil meewerken aan (medisch) onderzoek dat nodig is voor het bewijs van een zedenmisdrijf, zal geprobeerd worden het bewijs te verzamelen zonder bedoelde medewerking. Het medisch-forensisch onderzoek moet worden uitgevoerd conform vastgestelde forensisch-technische normen.

In de fase rond de aangifte speelt een aantal knelpunten die samenhangen met de waarheidsvinding. Ten eerste is het lastig om vast te stellen wat er feitelijk is gebeurd en of er sprake was van dwang. Ten tweede speelt het risico dat slachtoffers extra getraumatiseerd raken door het politieonderzoek. Zo kan het informatieve gesprek door slachtoffers worden ervaren als een echt verhoor, omdat er allerlei vragen worden gesteld om de haalbaarheid van een strafzaak te achterhalen. De waarheidsvinding staat voorop, niet het voorkomen van secundaire traumatisering of het verlenen van hulp. In de Aanwijzing opsporing en vervolging inzake seksueel misbruik (2010A026) wordt gesproken van aangever in plaats van slachtoffer, waarmee wordt benadrukt dat nog niet duidelijk is dat de aangever ook slachtoffer is. Hiermee wordt afgeweken van het algemene uitgangspunt (presumptie) dat een slachtoffer dat aangifte komt doen moet worden beschouwd als slachtoffer tot het tegendeel is bewezen. Het gevaar bestaat dat een kritische houding vanuit de waarheidsvinding omslaat in wantrouwen tegenover het slachtoffer. Maar ook als het informatieve gesprek positief is ervaren, kunnen slachtoffers het gehele strafproces als negatief ervaren doordat er allerlei verhoren plaatsvinden (aangifte, verhoor bij de rechter-commissaris), en de strafprocedure heel lang kan duren, mede omdat zittingen worden uitgesteld, waardoor ze niet hun eigen tempo kunnen bepalen in het verwerken van het seksueel misbruik (Wijers & De Boer, 2010; Korver, 2012). Onderzoek wijst uit dat ongeveer de helft van de zedenslachtoffers het strafproces ervaart als 'harmful' (Campell et al., 2001, in Wijers & De Boer, 2010).

De problematiek van onjuiste en valse aangiften is een ander probleem (naast de problemen van het niet kunnen rondkrijgen van het bewijs). Slachtoffers doen soms melding van seksueel misbruik, terwijl er een achterliggende problematiek speelt; zij zijn er niet bewust op uit om een ander valselijk te beschuldigen. Doorgaans kan de politie de onjuiste en valse aangiften makkelijk doorzien. Er worden drie categorieën onderscheiden: beschuldigingen van seksueel misbruik tijdens een echtscheidingsconflict, jonge vrouwen die een excuus nodig hebben thuis om een seksueel contact te kunnen verantwoorden en jonge vrouwen die op het moment zelf niet duidelijk waren of ze wel of geen seks wilden (Wijers & De Boer, 2010). In Denemarken is onderzoek gedaan naar onjuiste/valse aangiften die bij het CSG bekend waren (12 zaken tussen 2002 en 2005). Het ging in alle gevallen om jonge vrouwen (gemiddelde leeftijd 21 jaar) met een lage opleiding, waarbij sprake was van meervoudige psychosociale en psychiatrische problematiek (Holm Bramsen et al., 2009).

Tot slot zijn er knelpunten in het forensisch onderzoek in geval van seksueel geweld (en mishandeling). Er blijven nog al eens aanwijzingen onopgemerkt en niet altijd wordt zorgvuldig omgesprongen met sporenmateriaal dat van belang kan zijn in de bewijsvoering van het delict. Niet-forensisch geschoolde zorgverleners hebben meer oog voor behandelen en te weinig kennis van forensische belangen (Gezondheidsraad 2013). Ook wordt het forensisch onderzoek niet altijd positief gewaardeerd door slachtoffers. Niet alle artsen naar wie wordt verwezen, zijn ervaren. Dit geldt ook voor het medisch onderzoek van kinderen (Wijers & De Boer, 2010).

Uit het bovenstaande blijkt dat de huidige werkwijze bij de opsporing en vervolging van zedendelicten door slachtoffers als belastend wordt ervaren. Dit hangt samen met de kloof tussen het juridische domein van waarheidsvinding en bewijs en het domein van de hulp, waar de ervaring van seksueel geweld voorop staat. Daarnaast is de kwaliteit van het forensisch en medisch onderzoek onvoldoende geborgd.

2.4 Waarom de CSG-functies?

De besproken knelpunten in de hulpverlening aan slachtoffers en in de opsporing zijn niet uniek voor Nederland. Ook in andere westerse landen, zoals Denemarken, het Verenigd Koninkrijk en de VS speelden soortgelijke ontwikkelingen en knelpunten. Daar zijn centra seksueel geweld opgezet met als doel verbetering van de hulpverlening aan slachtoffers van verkrachting en aanranding en het verbeteren van de bewijspositie door zorg te dragen voor kwalitatief goed forensisch onderzoek zodat sporen worden vastgelegd (Holm Bramsen et al. 2009; Home Office, 2009). Deze CSG's in het buitenland hebben als inspiratie gediend voor de Nederlandse centra seksueel geweld. We geven een korte beschrijving van de centra in Denemarken en het Verenigd Koninkrijk.

Voorbeeld uit het buitenland: Denemarken

In Denemarken is een hoofdcentrum seksueel geweld voor slachtoffers vanaf 12 jaar, met daarnaast zeven satellietvestigingen. De eerste vestiging is in 2000 opgericht. Het aantal slachtoffers dat zich (via de politie) meldt, stijgt gestaag. Een grote groep slachtoffers bestaat uit (kwetsbare) adolescenten (vooral jonge vrouwen).

In het CSG werken speciaal getrainde verpleegsters; er wordt medische zorg verleend en er vindt forensisch onderzoek plaats. Ook is hulpverlening door gespecialiseerde psychologen mogelijk en is er een goed gestructureerde nazorg. De geboden hulp is gratis. Desgewenst is een overnachting mogelijk. Het slachtoffer moet zich binnen 72 uur na de verkrachting of aanranding melden bij het CSG (deze termijn is vanuit financiële overwegingen gesteld). Het slachtoffer hoeft geen melding te doen bij de politie. Als het slachtoffer zich bij de politie heeft gemeld, brengt deze haar (of hem) naar het CSG, waar het politieverhoor, de medische zorg, het forensisch onderzoek en de hulpverlening plaatsvindt. Als het slachtoffer een melding doet bij de politie, kan het slachtoffer een beroep doen op een speciale advocaat.

Het forensisch onderzoek is niet gebonden aan melding bij de politie. Met toestemming van het slachtoffer kan forensisch onderzoek plaatsvinden. De vastgelegde sporen moeten na drie maanden worden vernietigd. De reden voor deze termijn is gelegen in de praktijk: slachtoffers die alsnog een melding bij de politie willen doen, doen dit binnen drie maanden. Er is een specifieke zedenkit ontwikkeld die landelijk wordt gebruikt. Ook is er een handboek met landelijke richtlijnen en standaarden vastgesteld.

Een *steering committee* staat aan het hoofd van het centrum. Zowel mensen uit de wetenschap, als vertegenwoordigers van de SEH, gynaecologie, politie en het forensisch instituut maken deel uit van *steering committee* (Holm Bramsen et al., 2009).

Voorbeeld uit het buitenland: het Verenigd Koninkrijk

In het Verenigd Koninkrijk ontstaan vanaf 1986 de Sexual Assault Referral Centres (SARCs) als oplossing voor problemen zoals een lage aangiftebereidheid, forensisch onderzoek dat te laat plaatsvindt of niet goed wordt uitgevoerd, het ontbreken van een medische follow-up, gebreken in de afstemming tussen de verschillende professionals en beperkte opvang en ondersteuning van slachtoffers.

Een SARC biedt medische zorg en forensisch onderzoek in de fase net na de verkrachting en is (meestal) gesitueerd in een ziekenhuis. Ook slachtoffers die (nog) geen melding bij de politie willen doen, kunnen naar een SARC voor medische zorg en forensisch onderzoek. De vastgelegde sporen kunnen later meewerken voor bewijs, mocht het slachtoffer alsnog besluiten tot aangifte. Naast forensisch en medisch onderzoek is in een SARC een verpleegkundige (crisis worker) die het slachtoffer begeleidt. Niet alle SARCs bieden nazorg. Naast de SARCs zijn er Rape Crisis Centres (RCC) die zich richten op de slachtoffers die hulp zoeken wegens seksueel misbruik in hun jeugd, of bij wie het seksueel geweld langer geleden heeft plaatsgevonden. In een RCC wordt psychosociale hulp geboden.

De SARCs die zijn opgericht komen in hoofdlijnen met elkaar overeen, maar verschillen in de organisatorische opzet. Deze SARCs zijn geëvalueerd door Lovett, Regan & Kelly (2004). Mede naar aanleiding van de evaluatie heeft de centrale overheid in 2009 besloten dat in elk politiedistrict (n=48) een SARC moet zijn opgericht in 2011 (Home Office 2009).

Op grond van de evaluatie gaan we in op de doelgroep, de medisch-forensische hulp en de sociaalpsychologische ondersteuning en nazorg. De SARC wordt vooral bezocht door vrouwen. Ongeveer een kwart van de melders bij een SARC komt niet via de politie; een kleine zeventig procent komt wel via de politie en een kleine groep bereikt het SARC via doorverwijzing van een andere professional. De zelfmeldingen betreffen relatief vaker verkrachting en aanranding door een bekende pleger. De plegers zijn voor 99 procent mannen.

Het forensisch en medisch onderzoek in een SARC worden hoger gewaardeerd dan de reguliere wijze; er is een positieve waardering van de bejegening en de omgeving waarin het onderzoek plaatsvindt. Ook blijkt er vaker forensisch onderzoek plaats te vinden dat snel en systematisch plaatsvindt, vergeleken met de reguliere werkwijze. Daarnaast komt een sterke voorkeur voor een vrouwelijke forensische arts naar voren bij zowel de vrouwen als de mannen.

Het hogere aantal forensische onderzoeken hangt samen met de aanwezigheid van de crisisverpleegkundige.

Ook is er betere nazorg in een SARC vergeleken met de reguliere werkwijze. Deze nazorg is verschillend geregeld in de diverse SARCs. Het kan door vrijwilligers worden aangeboden voor een gelimiteerd aantal sessies. Er wordt ook verwezen naar een RCC, waar hulp en ondersteuning voor slachtoffers van niet-recent seksueel geweld wordt geboden. Daarnaast wordt ook naar slachtofferhulp verwezen. Het blijkt moeilijk om de nazorg goed van de grond te krijgen, maar in de gevallen dat dit lukt, wordt de nazorg positief beoordeeld. Uit het onderzoek komt naar voren dat een derde van de slachtoffers therapeutische hulp wil, maar meer slachtoffers willen vooral een ondersteunend gesprek, niet zozeer therapeutisch, en dit kan via de telefoon of face to face. Slachtoffers willen vooral een flexibele vorm van nazorg, waarbij contact ook mogelijk moet zijn buiten de reguliere tijden en sommigen willen vaker contact dan zes sessies. Ook is er behoefte aan ondersteuningsgroepen en aan weerbaarheidstrainingen.

De aanbevelingen naar aanleiding van het onderzoek zijn tweërlei. Allereerst moet er een verschuiving komen naar een duidelijker accent op een flexibelere en proactievere aanpak met aandacht voor ondersteunende gesprekken, praktische hulp, het geven van informatie en belangenbehartiging. Daarnaast is stevige sturing vanuit de overheid noodzakelijk om nationale protocollen en standaarden te ontwikkelen.

2.5 Meerwaarde bundeling CSG-functies

Uit het bovenstaande valt in algemene zin de theoretische meerwaarde te destilleren van het bundelen van de vier functies die in Nijmegen en Utrecht in het CSG vorm hebben gekregen. Deze meerwaarde wordt hieronder beschreven vanuit het perspectief van de slachtoffers en van de betrokken organisaties en het beleid.

Meerwaarde voor het slachtoffer

Een belangrijke meerwaarde is gelegen in de verbeterde hulp aan slachtoffers waarmee revictimisatie van slachtoffers kan worden voorkomen. Specifieke opvang van en hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld binnen een multidisciplinaire aanpak sluit beter aan bij de behoeften van slachtoffers (Campbell & Ahrends, 1998 in Holm Bramsen et al., 2009). Een respectvolle en eerlijke bejegening van slachtoffers vlak na een schokkende gebeurtenis zoals een verkrachting, en het geven van goede en tijdige informatie draagt bij aan het herstel van de controle en het vergroot de zelfredzaamheid. En een goede opvang in een veilige omgeving heeft een positieve invloed op het voorkomen van secundaire victimisatie en ook op het voorkomen van herhaald slachtofferschap. Het verhoor bij de politie is een zogenoemde 'one-shot-exposure' (eenmalige confrontatie met de traumatische gebeurtenis), wat negatieve effecten kan hebben op het trauma. Als er een goede voorbereiding is in een vertrouwde en veilige omgeving, wordt de schade beperkt (Wijers & De Boer, 2010). Een CSG kan zo'n omgeving bieden.

Het gaat niet alleen om het opvangen van het slachtoffer, ook betrokken familieleden krijgen aandacht, omdat ook zij door het seksueel geweld van hun dierbare PTSS-klachten kunnen ontwikkelen (Bak, 2007 in Holm Bramsen et al., 2009).

Als er forensisch onderzoek kan plaatsvinden ook als er geen melding bij de politie is, kan dit niet alleen van meerwaarde voor de politie zijn. Ook levert het voordeel op voor het slachtoffer, omdat eventuele sporen al zijn vastgelegd mocht het slachtoffer later alsnog besluiten aangifte te doen (Lovett, Regan & Kelly, 2004; Holm Bramsen et al., 2009). De verbeterde zorg na een verkrachting lijkt de aangiftebereidheid van zedenslachtoffers te vergroten (Goderie en Flikweerd, 2012; Campbell en Wasco, 2005). Maar ook als er geen aangifte wordt gedaan, is een CSG van belang om de kans op secundaire victimisatie bij het slachtoffer te verkleinen (Wijers en de Boer, 2010).

Meer slachtoffers krijgen een hulpaanbod, omdat een CSG laagdrempelig is, waardoor een grotere groep slachtoffers wordt bereikt, waaronder relatief veel (jonge) mannen (Lovett, Regan & Kelly, 2004).

Meerwaarde voor organisaties en beleid

Een CSG draagt bij aan het vergroten van de kennis bij professionals over seksueel geweld en hoe slachtoffers ervan moeten worden opgevangen door trainingen, casuïstiekoverleg en inzicht in elkaars werkwijze en professie.

Daarnaast draagt de geïntegreerde aanpak van artsen, forensisch artsen en politie bij aan de verbetering van de kwaliteit van de verschillende taken. Door samenwerking rond het slachtoffer op één plek ontstaat er vertrouwen in elkaar en wordt feedback gegeven op de uitvoering van taken. Door deze feedback komen bijvoorbeeld systeemfouten naar voren die vervolgens aangepakt worden (Lovett, Regan & Kelly, 2004).

Ook blijkt dat het forensisch onderzoek in een CSG kwalitatief beter wordt uitgevoerd, waardoor vaker sporen worden veiliggesteld en vaker strafrechtelijke vervolging mogelijk is. En als forensisch onderzoek ook mogelijk is als het slachtoffer nog geen melding heeft gedaan bij de politie, is dit een meerwaarde voor de politie omdat meer bewijs wordt vastgelegd (Lovett, Regan & Kelly, 2004).

3 DE FUNCTIES IN DE PRAKTIJK

In dit hoofdstuk gaan we in op de praktijk van de uitvoering van de CSG-functies en de gerealiseerde meerwaarde ervan. Eerst staan we kort stil bij de inrichting van de twee CSG's en de *beoogde meerwaarde* (par. 3.1). In paragraaf 3.2 en 3.3 worden de twee pilots in respectievelijk Utrecht en Nijmegen beschreven. Een uitgebreide beschrijving van deze twee centra is te lezen in bijlage 1 en bijlage 2. De ervaringen van een aantal slachtoffers die zijn geholpen door het CSG Utrecht zijn opgenomen in paragraaf 3.4. Met het oog op een eventuele landelijk te organiseren toegang tot de CSG-functies is een analyse uitgevoerd in vier regio's waar initiatieven lopen of worden opgestart. Het resultaat daarvan is beschreven in paragraaf 3.5. Een uitgebreidere beschrijving van deze initiatieven is opgenomen in bijlage 3. Paragraaf 3.6 beschrijft de *gerealiseerde meerwaarde en knelpunten* van de onderzochte initiatieven voor slachtoffers respectievelijk betrokken organisaties.

3.1 Inrichting en beoogde meerwaarde CSG's Utrecht en Nijmegen

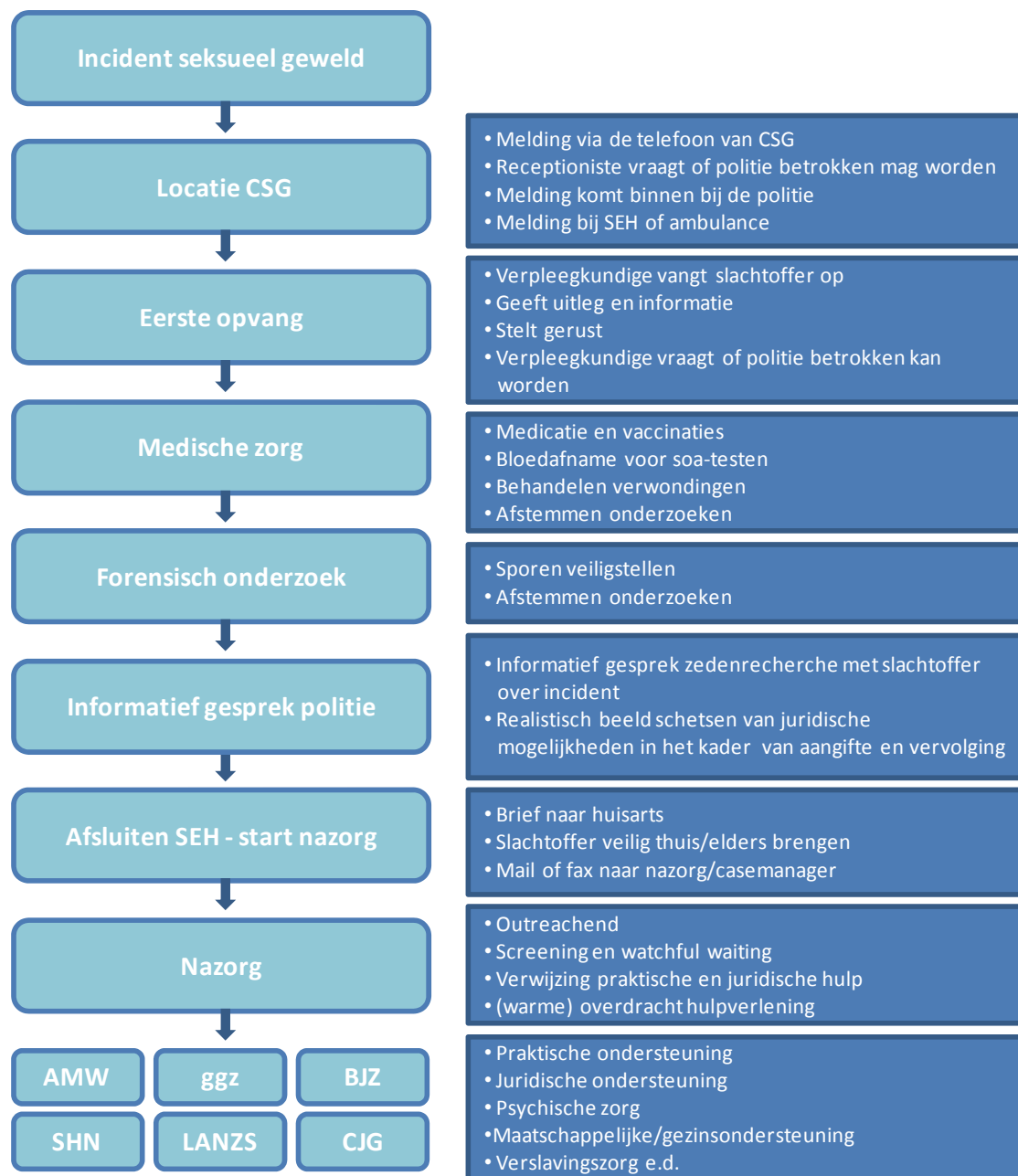
In Utrecht en Nijmegen, maar ook in andere regio's is een samenwerking gestart of verder uitgebreid om slachtoffers van acuut seksueel geweld goed op te vangen en te begeleiden. Elk initiatief kent een andere uitgangspositie en lokale kleur. Toch is het nu al mogelijk om een aantal kernfuncties te onderscheiden, die ook door de initiatieven zelf worden (h)erkend. In de landelijke bijeenkomsten van de CSG's wordt gewerkt aan het opstellen van kwaliteitscriteria, zodat deze functies kwalitatief goed kunnen worden uitgevoerd ondanks de regionale verschillen in de uitvoering. De initiatieven onderscheiden drie kernfuncties: medische zorg, forensische opsporing en psychosociale hulpverlening. De laatste functie kan onderverdeeld worden in de psychosociale opvang in de eerste acute fase en in de psychosociale hulp in de nazorgfase. De praktijk toont aan dat er sprake is van een vierde kernfunctie, te weten de advies- en consultfunctie. De vier functies worden hieronder kort beschreven:

1. Medische zorg: de medische zorg wordt verricht door een arts en/of verpleegkundige en betreft zorg in het kader van behandeling van verwondingen, testen en voorkómen van soa's, ongewenste zwangerschap en infecties.
2. Forensische opsporing: de forensisch arts wordt door de zedenrecherche ingeschakeld en doet het forensisch onderzoek gericht op het veilig stellen van sporen in het kader van eventuele juridische vervolging.
3. Psychosociale hulpverlening: een slachtoffer wordt in de acute fase opgevangen en krijgt uitleg over de procedures en mogelijkheden. In de nazorgfase houdt de psychosociale hulpverlening in dat wordt nagegaan hoe het met het slachtoffer gaat en of er (andere) hulp nodig is (traumaverwerking).
4. Adviesfunctie: dit houdt in dat professionals, familie, vrienden en anderen het CSG kunnen consulteren om vragen te stellen over seksueel geweld, bijvoorbeeld over welke stappen ondernomen moeten worden.

3.1.1 Stroomschema: beslismomenten

Vanaf het moment dat het slachtoffer van seksueel geweld naar een CSG gaat, komt het slachtoffer terecht in twee domeinen, een medisch en een juridisch domein, die bij voorkeur door betrokken ketenpartners goed op elkaar worden afgestemd. In onderstaand stroomschema brengen we het proces in beeld dat slachtoffers vanaf de eerste opvang tot en met de nazorg doorlopen.

Figuur 3.1 Stroomschema opvang slachtoffers seksueel geweld



3.1.2 Beoogde meerwaarde

De beoogde meerwaarde van de uitvoering van de functies is onderzocht via interviews met partijen betrokken bij de centra in Utrecht en Nijmegen. De meerwaarde ligt volgens deze respondenten in de afstemming en opvolging van de vier functies: de samenwerkende partijen – te weten de zedenrecherche, de forensisch arts, de verpleegkundige, (kinder)arts, telefoniste, casemanager, maar ook de verwijzende partijen zoals een huisarts, leraar of familielid – moeten elkaar op het juiste moment en op de juiste manier

inschakelen. Dit geldt ook voor de hulpverlenende instanties waarnaar verwezen kan worden na de acute fase, zoals bijvoorbeeld een psycholoog of ggz-instelling. Deze beoogde meerwaarde kan alleen worden gerealiseerd als zij kennis hebben van elkaars werkzaamheden. Hierdoor kan een slachtoffer niet alleen sneller (weten waar je terecht kunt), maar ook beter (de juiste medische en psychosociale behandeling) worden geholpen en kunnen sporen eerder veilig gesteld worden.

De beoogde meerwaarde voor samenwerkende instanties en instellingen is dat zij door de samenwerking en het onderlinge vertrouwen beter in staat zijn zich te concentreren op hun specifieke taken in de ketenaanpak. Dat leidt ertoe dat ze die taken beter kunnen uitvoeren.

Ten slotte kan de samenwerking tussen betrokken partijen een goed fundament bieden voor een gedegen (lokaal gefundeerd en aangestuurd) beleid inzake de aanpak van seksueel geweld dat recht doet aan de belangen en behoeften van de slachtoffers en aan het maatschappelijk belang om seksueel geweld te bestrijden

3.2 CSG Utrecht

Ontstaansgeschiedenis

Het CSG in Utrecht is in januari 2012 van start gegaan. Het betreft een samenwerking tussen de politie Utrecht, het UMC Utrecht en de forensische artsen van de Forensisch Medische Maatschap Utrecht (FMMU, voor meerderjarige slachtoffers) en de Forensische Polikliniek Kindermishandeling (FPKM, voor minderjarige slachtoffers). Het initiatief ligt bij het Landelijk Psychotraumacentrum (PTC) van het UMC Utrecht. Medewerkers van het PTC merkten dat slachtoffers van seksueel geweld over het algemeen lang wachten met hulp zoeken en vervolgens te maken krijgen met versnipperd hulpaanbod. Hierdoor is de kans groot dat slachtoffers van seksueel geweld traumatische klachten krijgen en een PTSS ontwikkelen, aldus de initiatiefnemers. Er was in Utrecht al samenwerking tussen het UMC Utrecht, de politie en forensisch artsen, maar het onderzoek van het PTC was aanleiding om de samenwerking tussen de organisaties beter op elkaar af te stemmen.

Opzet

De medische zorg wordt door de SEH van het UMC Utrecht verleend. In eerste instantie wordt een slachtoffer opgevangen door de verpleegkundige van de SEH. Deze geeft uitleg over de procedure, vraagt of het slachtoffer een informatief gesprek wil met de politie als deze nog niet betrokken is, en schakelt medici in als dit nodig is, zoals een gynaecoloog of kinderarts. Ook wordt gezorgd dat het slachtoffer de juiste behandeling en medicatie krijgt in verband met het tegengaan van soa's en ongewenste zwangerschap.

De verpleegkundige zorgt voor de psychosociale opvang en begeleiding van het slachtoffer gedurende de tijd bij de SEH. Het slachtoffer wordt aangemeld bij de SEH-arts en de coördinator van het CSG is hoofdbehandelaar. Bij minderjarige slachtoffers is de kinderarts hoofdbehandelaar.

De zedenrecherche schakelt de forensisch arts in en die verricht het sporenonderzoek. Het forensisch onderzoek gaat in principe vóór het medisch onderzoek, behalve als er een medische noodzaak is. De onderzoeken en handelingen worden op elkaar afgestemd, zodat het slachtoffer niet onnodig wordt belast. Dit gebeurt in een aparte sporenvrije onderzoeksruimte.

Als er sprake is van een minderjarig slachtoffer wordt de FPKM ingeschakeld. Hier werken forensisch kinderartsen die het forensisch onderzoek verrichten. Is een slachtoffer al bij de SEH, dan komt de forensisch kinderarts naar de SEH met mobiele apparatuur. Meldt het slachtoffer zich bij de politie, dan gaat de politie met het slachtoffer naar de FPKM waar in een speciale onderzoekskamer het forensisch onderzoek wordt verricht (tenzij het slachtoffer om medische redenen naar de SEH moet). De kinderarts van het UMC wordt dan later ingeschakeld.

Aan het eind van het bezoek aan de SEH stelt de verpleegkundige een e-mailbericht op naar de casemanagers van het CSG met de naam en contactgegevens van het slachtoffer en kort de aard van het incident. Ook wordt het digitaal patiëntdossier van het UMC Utrecht ingevuld. Dit kan weer door de casemanager geraadpleegd worden. Het slachtoffer gaat naar huis of wordt naar een andere veilige plek gebracht. Vaak wordt het slachtoffer naar huis gebracht door de zedenrecherche.

De eerst volgende werkdag neemt de casemanager contact op met het slachtoffer. De casemanagers zijn professionals van het PTC. Zij screenen op de ontwikkeling van acute stressklachten en PTSS, attenderen het slachtoffer op herhaalafspraken bij de soa-poli en geven tips hoe het dagelijkse leven weer op te pakken. Indien behandeling nodig is, wordt deze opgestart of wordt het slachtoffer doorverwezen naar andere hulpverlening. Dit gebeurt door warme overdracht en met enkele organisaties zijn afspraken gemaakt dat de slachtoffers direct terecht kunnen voor behandeling en niet op wachtlijsten terechtkomen.

De casemanager heeft in principe telefonisch contact met het slachtoffer. Als blijkt dat het slachtoffer tekenen vertoont van PTSS, wordt een face-to-face-afpraak gemaakt.

De receptioniste van het PTC neemt tijdens kantooruren de telefoontjes aan. In het telefoonmenu kan men de keuze maken tussen een acute situatie en niet-acute situatie. In een acute situatie, neemt de receptioniste direct op en verbindt het slachtoffer door met de dienstdoende casemanager. Deze vraagt vervolgens aan het slachtoffer wat er is en of de politie ingeschakeld moet worden. Is het geen acute situatie, dan gaat een andere telefoon, die ook door de receptioniste wordt opgenomen en wordt doorverbonden met de casemanager. Het CSG Utrecht heeft veel telefonische consultvragen van

professionals zoals een huisarts of docent. Zij hebben vragen over casussen van seksueel geweld of het signaleren ervan die telefonisch kunnen worden beantwoord.

Financiering

De vier kernfuncties van het CSG worden gefinancierd door de reeds bestaande geldstromen. De kernfunctie van forensisch onderzoek en opsporing wordt gefinancierd door het rijk, via de politie. De kernfunctie van het medisch onderzoek wordt gefinancierd door de zorgverzekeraar. Als een slachtoffer bij de SEH van het UMC Utrecht binnenkomt, wordt hij of zij ingeschreven en wordt op die naam een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) opgestart en de benodigde medische hulp daarop geschreven. De coördinator van het CSG Utrecht is de hoofdbehandelaar bij volwassenen, en de kinderarts is de hoofdbehandelaar bij minderjarige slachtoffers. De kernfunctie van de psychosociale hulpverlening wordt gefinancierd voor zover een DBC ggz-behandeling wordt opgestart en verstrekt door een erkende ggz-behandelaar.

De taken die niet onder de reguliere financiering vallen, zijn de coördinatietaken van het CSG, de consultatievragen van naasten en professionals, de PR-werkzaamheden en een deel van de casemanagerstaken (indien geen DBC wordt opgestart in het PTC). Het CSG heeft in 2012 een eenmalige subsidie ontvangen van Fonds Slachtofferhulp onder meer voor PR-taken, het opleiden van de SEH-verpleegkundige en de begeleiding van vier initiatieven in den lande voor het opzetten van een CSG.

Bereik en dienstverlening in de praktijk

Het CSG Utrecht houdt in een database bij wie zich bij het CSG meldt en welke hulp wordt verleend. Zo is er zicht op de doelgroep en de eventuele veranderingen in de doelgroep, zoals het aantal zelfmelders.

In de periode van 22-1-2012 tot en met 15-10-2013 hebben zich 108 slachtoffers van seksueel geweld in de acute fase (≤ 7 dagen geleden) bij het centrum gemeld.

In onderstaande tabel staan de (achtergrond)kenmerken van de slachtoffers weergegeven.

Tabel 3.1 Kenmerken slachtoffers CSG Utrecht

Achtergrondkenmerken slachtoffer			
Geslacht	99 vrouwen	9 mannen	108 totaal
Minder/meerderjarig	61 ≥ 18 jaar	47 < 18 jaar	108 totaal
Provincie	74 uit Utrecht	26 buiten Utrecht	100 totaal
Geboorteland	88 Nederland	20 buitenland	108 totaal
Etniciteit	7 westers	13 niet-westers	20 totaal

Vervolg tabel 3.1 Kenmerken slachtoffers CSG Utrecht

Kenmerken seksueel geweld			
Melding	30 op dag 0 36 op dag 1	39 later dan dag 1	105 totaal
Historie seksueel geweld	46 niet eerder meegemaakt	35 eerder meegemaakt	81 totaal
Bekende pleger	89 bekend	18 onbekend	107 totaal
Aard geweld	96 vaginale en/of orale/anale verkrachting	6 aanranding 1 tongzoenen	103 totaal
Kenmerken hulptraject			
Verwijzer	65 politie 18 arts 11 zelf-verwijzer	10 psychische hulpverlener 1 familie	105 totaal
Medische zorg	89 medische zorg	12 geen zorg	101 totaal *
Inzet SEH	69 ja	30 nee	101 totaal*
Inzet infectioloog	69 ja	30 nee	101 totaal*
Inzet gynaecoloog	12 ja	77 nee	92 totaal**
Inzet psychiatrie	3 ja	96 nee	99 totaal*
Inzet pediatie	36 ja	7 nee	43 totaal***
Kenmerken forensische inzet			
Politie betrokken	92 ja	16 nee	108 totaal
Zelfverwijzer betrokkenheid politie	7 ja	4 nee	11 totaal
Forensisch medisch onderzoek	39 FMO volwassenen 26 FMO kind	42 nee	107 totaal
Vorm melding politie	36 aangifte 43 melding	1 ambtshalve 26 geen	106 totaal
Zelfverwijzer vorm melding politie	1 aangifte 4 melding	6 geen	11 totaal
Psychische zorg			
Casemanagement	89 ja	19 nee	108 totaal
Aantal contacten	22 eenmalig 18 twee maal 34 drie of meer	34 geen	108 totaal
Reeds bestaande hulp	49 ja	53 nee	102 totaal
Inzet hulp na CSG	55 ja	45 nee	100 totaal
Kenmerken advies			
Telefonisch consult	659 personen, gemiddeld 31 contacten per maand		
Website aangeklikt	187 in periode 1-12 tot 6-13	1942 in periode 6-13 tot 10-13	2.129 totaal
Website op google getoond	200.498 in periode 1-12 tot 6-13	217.346 in periode 6-13 tot 10-13	417.844 totaal

* exclusie voor aanranding

** exclusie voor aanranding en mannen

*** exclusie voor aanranding en volwassenen

3.3 CSFG Nijmegen

Ontstaansgeschiedenis

Het centrum in Nijmegen richt zich op slachtoffers van acuut seksueel geweld (< 7 dagen geleden) en slachtoffers van familiaal geweld (< 24 uur geleden). De aanleiding ligt in de eerstelijns huisartsenzorg. Het hoofd van het centrum constateerde dat huisartsen veel te maken krijgen met seksueel geweld en partnergeweld maar niet beschikken over voldoende expertise of ervaring om hier op een adequate wijze mee om te gaan. Dit heeft geleid tot het initiatief voor het opzetten van een laagdrempelige opvang voor slachtoffers van seksueel en familiaal geweld.

Het centrum is in oktober 2012 van start gegaan. Het betreft een samenwerking tussen de zedenpolitie, het Radboud UMC, het Universitair Gezondheidscentrum Heyendaal (UGC Heyendaal) en de GGD. Deze vier partners vervullen de vier functies: de zedenpolitie en forensisch artsen van de GGD verrichten het sporenonderzoek, in de SEH van het UMC worden slachtoffers opgevangen, en het UGC Heyendaal verricht de nazorg en de adviesfunctie. Deze opzet wordt hieronder kort beschreven.

Opzet

De eerste opvang vindt plaats bij de SEH. De slachtoffers kunnen zich melden via de politie, bij de SEH of via de telefoon. Op de SEH vindt een eerste medische check plaats door de SEH-arts, die tevens hoofdbehandelaar is. Het slachtoffer wordt door de verpleegkundige opgevangen. Als de politie en forensisch arts aanwezig zijn, is er eerst een time-out waarbij wordt afgestemd wie wat en wanneer doet. In principe start eerst het forensisch onderzoek en bij minderjarigen wordt indien nodig de FPKM telefonisch geconsulteerd. Dan volgt het medische onderzoek door de SEH-arts. Het slachtoffer krijgt de soa-testen en medicatie. De werkafspraken zijn vastgelegd in protocollen die door de kernpartners UGC Heyendaal en het Radboud UMC zijn opgesteld.

De verpleegkundige stuurt een fax met daarin de contactgegevens naar het centrum bij het UGC Heyendaal. Aan het slachtoffer wordt gemeld dat hij of zij de eerst volgende werkdag wordt gebeld door de nazorgconsulent. Na het bezoek aan de SEH gaat het slachtoffer naar huis of naar een andere veilige plek. De zedenrecherche, of als er sprake is van familiaal geweld maar geen seksueel geweld, de districtsrecherche, zorgt ervoor dat het slachtoffer naar een veilige plek gaat.

De eerst volgende werkdag neemt de nazorgconsulent contact op. De nazorgconsulten zijn getrainde mentormoeders.¹ Het doel is uitleg geven over de werkwijze, checken of het slachtoffer veilig is en de hulpvraag

¹De methode MeMoSA richt zich op het terugdringen van partnergeweld bij moeders of vrouwen die zwanger zijn. Mentormoeders zijn semi-vrijwilligers en coachen deze vrouwen. De methode is ontwikkeld door Vrouwenstudies Medische Wetenschappen van het Radboud UMC.

inventariseren. Als het nodig is wordt een face-to-faceafspraak gemaakt. Tijdens het nazorgtraject wordt een aantal screeningsvragenlijsten afgenomen.

De nazorgconsulent kan doorverwijzen naar andere hulpverleners. Na toestemming van het slachtoffer wordt vaak doorverwezen naar de huisarts. De huisarts richt zich onder andere op hulp bij soa's, zwangerschap, seksualiteit en het weer oppakken van het dagelijkse leven.

Vanuit het centrum is trainingsmateriaal gemaakt om huisartsen in de regio te trainen voor het signaleren en omgaan met slachtoffers van seksueel geweld. Het centrum vervult ook een adviesfunctie, met name voor eerstelijns professionals. De telefonische consulten worden door het hoofd van het centrum afgehandeld.

Financiering

Alle professionals die bij het CSFG betrokken zijn, worden in principe door hun eigen organisatie betaald. Voor de medische behandelingen geldt dezelfde systematiek als in Utrecht: via de DBC wordt op naam van het slachtoffer gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Het centrum ontvangt een eenjarige subsidie van de provincie Gelderland. Hiervan worden de coördinatietaken van het centrum, de werkzaamheden van de nazorgconsulenten, de advies- en consultatiefunctie en de PR en communicatie betaald.

Bereik en dienstverlening in de praktijk

Het CSFG houdt in een database de meldingen bij van de mensen die zich bij hen melden. Periodiek worden de meldingen en kenmerken van de slachtoffers in kaart gebracht. In de periode van 1 november 2012 tot en met 1 november 2013 hebben zich in totaal 36 slachtoffers gemeld bij het centrum op de SEH. De kenmerken van de slachtoffers zijn in onderstaande tabel weggegeven.

Tabel 3.2 Kenmerken slachtoffers CSFG Nijmegen

Achtergrondkenmerken slachtoffer en Kenmerken seksueel geweld			
Soort geweld	19 seksueel geweld	17 familiaal geweld	36 totaal
Leeftijd	16 <= 25 jaar	20 > 25 jaar	36 totaal
Leeftijd slachtoffers seksueel geweld	12 <= 25 jaar	7 > 25 jaar	19 totaal
Leeftijd slachtoffers familiaal geweld	4 <= 25 jaar	13 > 25 jaar	17 totaal
Kenmerken hulptraject			
Verwijzer	20 politie	16 anders	36 totaal
Kenmerken forensische inzet			
Forensisch medisch onderzoek	19 ja	17 nee	36 totaal
Politie betrokken	27 ja	9 nee	36 totaal
Psychische zorg			
Telefoon gesprek nazorgconsulent	36 ja	-	36 totaal
Persoonlijk consult	9 ja	27 nee	36 totaal
Kenmerken advies			
Adviesaanvrager	17 huisarts 4 verpleegkundige 5 slachtoffer 5 familie slachtoffer	10 overig	41 totaal
Adviseringsgesprekken	22 telefonisch	19 persoonlijk	41 totaal
Inhoud advies	30 sprake van familiaal geweld waarvan 17 keer ook seksueel	11 seksueel geweld	41 totaal

3.4 Ervaringen van slachtoffers met de dienstverlening CSG

In dit onderzoek hebben we ook de ervaringen van slachtoffers met de dienstverlening van het CSG meegenomen. Op deze wijze kunnen we naast de beoogde meerwaarde en de ervaren meerwaarde van de kernpartners en samenwerkende organisaties ook beschrijven wat de ervaren meerwaarde is van de desbetreffende doelgroep en hebben we zicht gekregen op de succesfactoren, verbeterpunten en knelpunten in de dienstverlening. In de interviews kwamen de volgende onderwerpen aan de orde:

- Mate van tevredenheid over het verloop van medisch en/of forensisch onderzoek (zorgvuldigheid, samenloop medisch en forensisch in één onderzoek), de locatie van onderzoek, de artsen en de bejegening van de slachtoffers.
- Mate van tevredenheid over de psychosociale opvang voor, tijdens en na het onderzoek.

- c. Mate van tevredenheid over de nazorg; de rol van de casemanager; het aantal en de inhoud van de contactmomenten.
- d. Mate van tevredenheid over de dienstverlening van het CSG Utrecht in het algemeen.
- e. Betekenis van behandeling in het CSG voor verwerking van het incident en de meerwaarde van behandeling in CSG voor het slachtoffer.

In totaal zijn er dertien slachtoffers, die zich in de acute fase bij het CSG Utrecht hebben gemeld, telefonisch bevraagd op hun ervaringen met de dienstverlening. In deze paragraaf staan hun ervaringen beschreven.² De meeste slachtoffers hebben zich via de politie gemeld en zijn vervolgens naar de SEH gegaan. Soms heeft het informatieve gesprek al bij het politiebureau plaatsgevonden. Een aantal slachtoffers geeft aan dat zij liever direct naar de SEH waren gegaan om aldaar eerst te worden opgevangen en pas daarna het gesprek met de politie aan te gaan.

Opvang in de acute fase

De opvang door een verpleegkundige wordt als prettig ervaren; er wordt uitleg gegeven over de procedures en ze kunnen vragen stellen. De verpleegkundige wordt over het algemeen als een vast contactpersoon beschouwd, bij wie de slachtoffers zich veilig voelen en door wie ze gerust worden gesteld. De verpleegkundige vervult een rol als helder aanspreekpunt. De uitgebreide informatie die de politie en de verschillende medici geven aan slachtoffers is veel om te behappen na een dergelijk ingrijpend incident. Om deze reden zijn slachtoffers zeer tevreden dat zij de verpleegkundige als begeleider gedurende de verschillende onderzoeken naast zich te hebben, die waar nodig nog eens informatie toelicht of aanvult.

Wat betreft verbeterpunten van de eerste opvang wordt aangegeven dat het onderzoek op de SEH lang duurt; de slachtoffers zijn gemiddeld genomen vijf à zes uur op de SEH. Hierbij is het soms zo dat afstemming tussen de verschillende onderzoeken voor verbetering vatbaar is. Slachtoffers moeten soms ook lang wachten op de SEH, omdat er een acuut geval tussenkomt.

De opvang bij de SEH wordt over het algemeen als prettig en kundig ervaren door slachtoffers. Voor het slachtoffer wordt door het personeel de tijd genomen om hun verhaal aan te horen en hen mentaal te steunen. Soms blijkt nog wel een mogelijkheid voor verbetering te liggen in de doorverwijzing van slachtoffers naar het CSG. Een slachtoffer gaf bijvoorbeeld aan dat zij niet door de politie naar een CSG werd verwezen. De politie heeft haar in de acute fase naar een ander ziekenhuis gebracht in de regio waar men haar ook niet heeft doorverwezen naar het CSG. Uiteindelijk is zij via haar huisarts bij het CSG terechtgekomen. Blijkbaar is de doorverwijzing van betrokken

² Het CSG Utrecht heeft (ex) slachtoffers benaderd die zich in het verleden bij hen hebben gemeld. De ervaringen gaan daarom alleen over de dienstverlening van het CSG Utrecht. Maar aangezien de andere initiatieven van de uitvoering en bundeling van CSG-functies eenzelfde soort dienstverlening nastreven, kunnen de ervaringen als voorbeeld dienen.

ketenpartners, zoals de politie en andere regionale ziekenhuizen, naar een CSG in de acute fase van de opvang nog niet geheel afgedekt. Toch vormt deze ervaring enigszins een uitzondering. Over het algemeen vinden slachtoffers dat alle betrokken professionals goed op de hoogte zijn van het bestaan van het CSG Utrecht. Een voorbeeld is een slachtoffer van seksueel geweld in Amsterdam, wonende te Utrecht, die in Amsterdam is opgevangen door de politie en de zorgcoördinator voor het forensische onderzoek, en voor het medische onderzoek en de nazorg is doorverwezen naar het CSG Utrecht.

In principe is het een standaardprocedure dat slachtoffers na het bezoek aan de SEH door de politie naar huis worden begeleid of dat de politie er in ieder geval op toeziet dat het slachtoffer veilig thuis komt. In twee gevallen bleek dit echter niet goed gelopen te zijn, omdat het slachtoffer tot laat op de SEH moest blijven voor onderzoek en de politiedienst erop zat. Het is wenselijk dat SEH en de politie te allen tijde duidelijk afstemmen hoe een slachtoffer na onderzoek veilig thuis komt.

Politiebetrokkenheid

Over de betrokkenheid van de politie zijn slachtoffers over het algemeen tevreden. De meeste slachtoffers werden vriendelijk bejegend en voelden zich serieus genomen. Er zijn enkele slachtoffers die het gevoel hadden ondervraagd te worden; ze voelden zich op het strafbankje te zitten. De slachtoffers begrijpen dat de politie de zaak goed moet uitvragen, maar soms heeft de politie te weinig begrip laten zien voor de situatie waarin het slachtoffer verkeerde.

In de interviews hebben we ook doorgevraagd over de volgorde van de procedures en de tijdsduur. Sommige slachtoffers plaatsen kanttekeningen bij de procedures en de tijdsduur en geven aan dat zij lang moesten wachten bij de politie, alvorens zij naar de SEH begeleid werden. Een aantal slachtoffers geeft aan dat ze vinden dat de medische zorg voor moet gaan en dat het gesprek met de politie pas later aan de orde is. Zij zijn in eerste instantie bezig met wat hen is overgekomen, pas later willen zij denken aan wat iemand hen heeft aangedaan.

De slachtoffers bij wie forensisch onderzoek heeft plaatsgevonden, geven aan dat het onderzoek vanzelfsprekend niet prettig is, maar dat het wel zo min mogelijk belastend werd gemaakt. Bij sommige slachtoffers duurde het lang voordat het forensisch onderzoek plaats vond. Dit werd door slachtoffers als lastig ervaren. Sommige slachtoffers wilden graag inzage in de resultaten van het sporenonderzoek. Dit blijkt echter buiten het protocol te vallen als een slachtoffer geen aangifte doet van het delict. De bevraagde slachtoffers hebben hiervoor niet altijd begrip en zijn van mening dat zij recht hebben op het uitslag van het sporenonderzoek, ongeacht of zij aangifte willen doen of niet.

Na het informatieve gesprek geeft de politie aan wat de strafprocedure inhoudt, wat de mogelijkheden zijn voor het doen van aangifte en wat dit voor

het slachtoffer betekent. Een aantal slachtoffers heeft besloten geen aangifte te doen, omdat de politie zelf aangaf dat hun zaak er vrij zwak voor stond. Dit had in die gevallen vooral te maken met een één-tegen-éénverklaring zonder getuigen.

Psychosociale zorg

Over de psychosociale zorg wordt door de slachtoffers wisselend gedacht, hoewel de meerderheid er positief over is. Sommige slachtoffers zijn heel tevreden met de hulp van de casemanager; deze houdt in de gaten hoe het gaat met het slachtoffer, begeleidt hen in de verwerking van het gebeurde, geeft praktische tips en bemoeit zich soms ook met andere organisaties om de zorg en bemoeienis te stroomlijnen.

Over het algemeen neemt de casemanager een verhelderende rol in in de gehele psychosociale begeleiding van het slachtoffer. Slachtoffers geven aan dat zij tijdens het proces moeite hadden met de vele professionals die hun pad kruisten. De casemanager was daarin een welkome uitzondering die als vaste baken hen ondersteunde en (psychosociale) zorg bood. Van de slachtoffers die we interviewden heeft een aantal een psychologische behandeling gehad die geholpen heeft in het verwerken de het incident.

De rol van het CSG, zo blijkt uit de interviews, beperkt zich niet alleen tot psychosociale zorg voor het directe slachtoffer, maar is er ook voor de familieleden binnen het gezin. Zo geeft een aantal familieleden aan dat zij de hulp goed vonden: er was niet alleen oog voor wat hun dochter of zoon had meegemaakt, maar ook voor wat zij als ouders moesten verwerken. Een moeder gaf aan dat zij hun dochter goed konden bijstaan in de verwerking van het gebeurde, omdat zij als ouders zo goed begeleid waren. Een slachtoffer gaf aan dat door de goede hulp aan haar moeder, zij niet werd belast door de emoties van haar moeder, waardoor ze zich kon richten op haar eigen verwerking.

Tot slot gaven enkele slachtoffers aan dat de psychosociale zorg van het CSG niet goed was afgestemd met hun individuele behoeften. Zij hebben dit als belastend ervaren. Dit had vooral te maken met het feit dat zij zelf graag het incident zo snel mogelijk achter zich wilden laten. Ondanks dat zij zelf geen psychologische hulp wilden, werden zij toch geacht vragenlijsten in te vullen om te zien of zij symptomen vertoonden van PTSS. Voor deze slachtoffers was de bemoeienis van de casemanager te sterk.

3.5 Vier regionale initiatieven CSG

De kernfuncties voor een geïntegreerde en afgestemde opvang van en hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld in de acute fase kan op verschillende manieren worden ingericht. Regionale verschillen, zoals historisch gegroeide samenwerkingsverbanden, geografische beperkingen en

de aan- of afwezigheid van voorzieningen bepalen de wijze waarop wordt samengewerkt rond de opvang en hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld. Bij vier initiatieven: Limburg, Friesland, Amsterdam en Twente is de samenwerking nader geanalyseerd. De vier initiatieven staan hieronder kort beschreven en de belangrijkste kenmerken staan in tabelvorm weergegeven. De uitgebreidere beschrijvingen van de vier initiatieven staan in bijlage 3.

3.5.1 Huidige en wenselijke situatie voor de vier regio's

Limburg

Aanleiding opzetten samenwerking

In het centrum voor seksuele gezondheid van de GGD komen jongeren tot 25 jaar met vragen over seks en soa-screening. De GGD merkte dat de opvang van slachtoffers van seksueel geweld in de regio Limburg niet adequaat verliep. Een slachtoffer werd na het melden bij een huisarts vaak niet goed doorverwezen naar enerzijds de juiste medische zorg en psychosociale zorg, en anderzijds naar de politie in verband met opsporingsonderzoek. Als een slachtoffer medisch werd opgevangen gebeurde dit bij de SEH, waardoor slachtoffers te maken kregen met wachttijden en vaak behandeld werden door een assistent-gynaecoloog met weinig ervaring in het behandelen van slachtoffers van seksueel geweld.

Uitvoering van de CSG-functies

De GGD en de zedenpolitie zijn gestart met de bundeling van de CSG-functies en hebben in september 2013 het CSG Limburg geopend. De eerste opvang is op de GGD-locatie in Maastricht. Daar is een speciale onderzoeksruimte ingericht voor het forensisch onderzoek. Verder kan gebruikt worden gemaakt van zes spreekuurlocaties van de GGD in Limburg als er geen sporenvrije ruimte nodig is voor het forensisch onderzoek. De kleine pool van GGD-artsen en verpleegkundigen werken net als de zedenpolitie en forensische artsen (van de GGD) in piketdiensten en worden opgeroepen als een slachtoffer zich in de acute fase meldt. De verpleegkundige vangt het slachtoffer op en verricht ook de nazorg. Met de SEH van het UMC Maastricht zijn afspraken gemaakt dat in geval van medische noodzaak het slachtoffer naar de SEH wordt gebracht.

Analyse

Door te werken met een kleine pool van professionals wordt geborgd dat er continuïteit is in de betrokken professionals en dat zij voldoende caseload en ervaring hebben/opbouwen met het opvangen van slachtoffers van seksueel geweld. Anderzijds moeten zij worden vrijgemaakt voor de piketdiensten waar kosten aan verbonden zijn. Het CSG wordt nu gefinancierd door GGD-gelden. Met de (centrum)gemeenten in de regio is contact geweest maar dit heeft niet geleid tot afspraken, extra financiering of een actieve rol of inmenging van de betreffende gemeenten.

De verpleegkundige die het slachtoffer opvangt in de acute fase is ook de casemanager in de nazorgfase. Doordat het CSG bij de GGD gesitueerd is, is

het gekoppeld aan het centrum seksuele gezondheid; hierdoor is er goede doorverwijzing naar en signalering door de soa-poli en het Sense-spreekuur (voor soa-inentingen en medicatie respectievelijk het spreekuur over seks).

Friesland

Aanleiding opzetten samenwerking

In Friesland bestaat al ketensamenwerking, zoals met het multidisciplinair centrum kindermishandeling (MDKM) en met het netwerk tegen Loverboy-problematiek. Bij Fier Fryslân is ook het Advies en Steunpunt Huiselijk Geweld (ASHG) gesitueerd en met de politie is in een convenant vastgelegd dat alle meldingen van huiselijk geweld worden doorgezet naar Fier Fryslân. Over seksueel geweld zijn dit soort afspraken niet gemaakt. Ook in de opvang en met name de nazorg zien de initiatiefnemers verbeterpunten: eerdere screening en het opstarten van behandeling. De directe aanleiding voor het opstarten van de samenwerking was deelname aan een landelijke CSG-bijeenkomst, waar informatie werd gegeven over de CSG's in Utrecht en Nijmegen en initiatieven in andere regio's. De initiatiefnemers hebben van daaruit plannen gemaakt om de functies in Friesland te bundelen.

Uitvoering van de CSG-functies

Fier Fryslân en het Medisch Centrum Leeuwarden (MLC) hebben het initiatief genomen om met verschillende partijen de mogelijkheden van een CSG in Friesland te onderzoeken.

In de beoogde opzet komen de meldingen binnen bij Fier Fryslân, dat ook de periode van watchful waiting en de eventuele (trauma)behandeling verzorgt indien slachtoffers niet al elders in behandeling zijn. De medische en forensische zorg worden verricht in het ziekenhuis.

Op dit moment gaan slachtoffers ook nog naar de regionale ziekenhuizen wanneer ze te maken hebben met acuut seksueel geweld; de initiatiefnemers stemmen met de regionale ziekenhuizen af.

Analyse

De provincie Friesland is een geografisch grote regio met een relatief lage bevolkingsdichtheid. Om de eerste opvang in de acute fase goed toegankelijk te houden voor slachtoffers qua afstand en reistijd, en om de werkprocessen van politie, forensisch arts en behandelaren goed op elkaar te laten aansluiten, wordt gezocht naar afstemming.

Amsterdam

Aanleiding onderzoeken draagvlak CSG

In de huidige situatie worden slachtoffers van seksueel geweld die zich melden bij de politie, opgevangen door een zorgcoördinator van de GGD (AGZ). Slachtoffers die zich niet bij de politie melden krijgen geen ondersteuning en nazorg van de zorgcoördinator.

Momenteel wordt door de gemeente Amsterdam, de Dienst Wonen, Zorg en Samenleven en de GGD³ een inventarisatie gemaakt van de mogelijkheden voor de opvang van slachtoffers van seksueel geweld, ook van hen die zich niet bij de politie willen melden, en de behoefte en het draagvlak voor een CSG in de regio.

Uitwerking CGS-functies

Als een slachtoffer zich bij de politie meldt, wordt hij of zij naar Bureau Zeden gebracht, alwaar een informatief gesprek plaatsvindt met de zedenrecherche. De zedenrechercheur schakelt de verpleegkundige van de GGD en de forensisch arts in, die ter plaatste komen op het politiebureau voor forensisch onderzoek. Bij het politiebureau is een sporenvrije ruimte beschikbaar voor het forensisch onderzoek. De verpleegkundige is de zorgcoördinator; zij vangt het slachtoffer op in de acute fase en verricht de nazorg. Indien er medische noodzaak is, wordt het slachtoffer naar de SEH van het AMC gebracht.

Analyse

Zoals nu de zorgcoördinatie in Amsterdam is opgezet, geldt dat slachtoffers die zich niet melden bij de zedenpolitie, vaak 'verdwijnen' in het hulpverleningstraject omdat zij geen zorgcoördinator krijgen toegewezen die in de nazorgfase outreachend het slachtoffer begeleidt. De vraag is hoe groot het aantal slachtoffers is dat met de huidige opzet niet wordt bereikt en of het wenselijk is hiervoor een (nieuwe) structuur op te zetten.

Het onderzoek van de gemeente Amsterdam en de GGD moet uitmonden in een advies waarin enerzijds de gewenste organisatie van de zorgcoördinatie is opgenomen. Anderzijds moet het advies ook inzicht geven in de gewenste organisatie van de hulpverlening.

Twente

Aanleiding onderzoeken draagvlak CSG

De GGD in Twente is gestart met het onderzoeken van de mogelijkheden en wenselijkheid voor het opstarten van samenwerking in de uitvoering van de CSG-functies. De aanleiding hiervoor is dat de begeleiding van slachtoffers van seksueel geweld in de huidige situatie te versnipperd verloopt. De vier kernfuncties zijn elk bij afzonderlijke instellingen belegd en niet voldoende op elkaar afgestemd. In de acute fase is er samenwerking tussen de politie, het Medisch Spectrum Twente en de GGD voor de medische zorg en forensisch onderzoek. Forensisch onderzoek valt nu dagelijks vóór 17.00 uur onder de verantwoordelijkheid van de GGD en na 17.00 uur verplaatst dit naar het Medisch Spectrum Twente. In de nazorgfase is er onvoldoende afstemming. Dit maakt het voor een slachtoffer onoverzichtelijk welke stappen zij of hij moet volgen na een incident met seksueel geweld.

³ Onderdeel van de GGD is het Steunpunt Seksueel Geweld Amsterdam (SSGA). SSGA heeft als doel bestrijding en preventie van seksueel geweld en verbetering van hulpverlening na seksueel geweld.

Uitwerking van de CSG-functies

In de huidige situatie ontbreekt een heldere afstemming tussen de politie, de GGD en de SEH en ontbreekt een duidelijke verwijzingslijn als het gaat om de hulpverlening aan slachtoffers. De betrokken organisaties zien een meerwaarde van een CSG en opperen dat dit mogelijk 24 uur kan worden ondergebracht bij een ziekenhuis.

Analyse

De organisaties in de regio pleiten voor een betere afstemming en samenwerkingsafspraken over de werkwijze in de acute fase en de doorverwijzing tussen de partijen onderling. Met name psychosociale hulpverlening in de acute fase en de nazorg zijn nu niet goed belegd. In welke vorm of hoedanigheid de CSG-functies belegd worden is nog niet duidelijk.

Sterke en zwakke punten van de vier initiatieven

De vier initiatieven kennen elk een andere opzet met voor- en nadelen. Deze staan in onderstaande tabel weergegeven. Wat overeenkomt is dat reeds bestaande samenwerking tussen partijen veelal wordt uitgewerkt of uitgebreid. Daarmee wordt de eerste opvang dus niet per definitie bij een SEH van een ziekenhuis belegd, wat wel het geval is in Utrecht en Nijmegen, maar kan een slachtoffer ook op een GGD-locatie of politiebureau worden opgevangen. In de bijeenkomsten van het landelijk netwerk CSG's is gewerkt aan kwaliteitscriteria voor disciplines werkzaam in een multidisciplinair centrum voor slachtoffers van seksueel geweld in de acute fase (Niekamp, Berghout Bicanic, september 2013). Gesteld wordt dat de plek waar een slachtoffer wordt opgevangen niet bepalend is, zolang het slachtoffer maar goed wordt opgevangen, het zo min mogelijk belastend is en dat de professionals van de forensische, medische en psychosociale disciplines hun werk goed kunnen uitvoeren. Voor de verschillende disciplines zijn de criteria uitgewerkt.

Tabel 3.3 Kenmerken van de vier initiatieven CSG-functies

Initiatief	Limburg	Friesland	Amsterdam	Twente
Initiatief-nemer/ kernpartners	GGD Zuid-Limburg en zedenpolitie	Fier Fryslân en Medisch Centrum Leeuwarden (MCL)	GGD (Steunpunt Seksueel Geweld) en zedenpolitie	GGD-regio Twente en zedenpolitie
Forensisch onderzoek	GGD forensisch arts	GGD forensisch arts	GGD forensisch arts	GGD forensisch arts
Medisch onderzoek	GGD-arts	Arts 4 SEH	GGD-arts	Arts SEH
Psycho-sociale hulp	Eerste opvang en nazorg: GGD-verpleegkundige	Eerste opvang: SEH-verpleegkundige. Nazorg: Fier Fryslân	Eerste opvang en nazorg: GGD-verpleegkundige	Eerste opvang: SEH-verpleegkundige.
Advies	Centrum voor seksuele gezondheid GGD	Fier Fryslân	Steunpunt Seksueel Geweld GGD	-
Locatie	Sporenvrije ruimte GGD Maastricht. Nazorg 6 overige spreekuurlocaties GGD	SEH MCL en SEH van streekziekenhuizen, locatie Fier Fryslân voor nazorg	Sporenvrije ruimte bureau zedenpolitie; Nazorg bij de GGD	Tijdens kantooruren GGD, buiten kantooruren Medisch Spectrum Twente
Geografische kenmerken	Provincie Limburg 1.1 miljoen inwoners. Grote regio, +/- 500 inwoners/km	Provincie Friesland 650.000 inwoners. Grote regio, +/- 200 inwoners/km	Inwoners Amsterdam 800.000. kleine regio. +/- 5000 inwoners/km	Provincie Overijssel 1.1 miljoen inwoners. Grote regio. +/- 350 inwoners/km
Sterke punten	Verpleegkundige in acute opvang verricht ook de nazorg. Koppeling centrum seksuele gezondheid	Minder lange reistijd door opvang in vier SEH's.	Verpleegkundige in acute opvang verricht ook de nazorg. Koppeling Steunpunt Seksueel Geweld	Zedenpolitie en GGD werken al goed samen op medische en forensische kernfuncties
Zwakke punten	Verpleegkundigen en artsen werken in piketdiensten; wel caseload maar ook financieel plaatje; Bij spoedeisende hulp naar 2 locaties	Verpleegkundigen in 4 ziekenhuizen moeten getraind worden voor goede opvang van slachtoffers en coördinerende taak	Slachtoffers die niet bij politie melden (nu) geen toegang nazorg GGD; Bij spoedeisende hulp naar 2 locaties	Psychosociale functie en nazorg in de huidige situatie niet duidelijk belegd; GGD is voor jongeren tot 25 jaar

3.5.2 Conclusie

De twee CSG's in Utrecht en Nijmegen en de vier bestuurde regionale initiatieven laten zien dat er verschillende opties zijn in de opzet en uitvoering van de CSG-functies.

Ten eerste is er het verschil in locatie. Friesland kiest ervoor om de medische zorg te laten plaatsvinden in de vier ziekenhuizen in de provincie; de politie hoeft haar werkwijze niet te veranderen en blijft met het slachtoffer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gaan. Bovendien worden de kosten voor de intake bij de SEH door de vier ziekenhuizen verdeeld. Dit betekent echter dat een slachtoffer niet wordt opgevangen door verpleegkundigen die veel ervaring hebben met de doelgroep.

In Limburg worden slachtoffers bij de GGD opgevangen. Door een CSG-functie te beleggen bij de GGD hoeft een slachtoffer niet te wachten, zoals op de SEH soms gebeurt als er een spoedgeval is en wordt de opvang ook toegankelijk gemaakt voor onverzekerden of mensen die anoniem willen blijven.

In Amsterdam wordt het slachtoffer opgevangen bij de politie en komt de zorgcoördinator naar het politiebureau om het slachtoffer te begeleiden en ondersteunen. Aangezien de meeste slachtoffers zich bij de politie melden, is het slachtoffer vaak al op de juiste locatie. De slachtoffers die geen melding bij de politie doen, worden in dit geval echter niet of onvoldoende geholpen.

Ten tweede is er een verschil in de betrokken partijen die de vier functies uitvoeren. Wat betreft de forensische opsporing wordt de forensisch arts door de politie ingeschakeld voor forensisch onderzoek. Alleen in Utrecht wordt bij minderjarige slachtoffers altijd een forensisch kinderarts van de FPKM ingezet. In de meeste initiatieven wordt de forensisch arts van de GGD ingeschakeld. De psychosociale opvang gebeurt in de initiatieven of door een verpleegkundige van de SEH of van de GGD. Indien het bij de GGD belegd is, verricht de verpleegkundige ook de nazorg. In de andere gevallen wordt de psychosociale nazorg vaak verricht door de organisatie van de initiatiefnemers (PTC, Gezondheidscentrum Heyendaal, Fier Fryslân). Ook de medische zorg wordt verricht bij SEH of door een GGD-arts. Een voordeel bij de SEH is dat alle medische hulp beschikbaar is. Maar de vraag is of dit nodig is; niet veel slachtoffers hebben specialistische medische hulp nodig. Een lichamelijke check, en het geven van medicatie en vaccinaties kan ook bij de GGD worden gedaan.

In de opzet van de initiatieven lijkt een keuze te worden gemaakt tussen toegankelijkheid en efficiency. Zo is er in Amsterdam al goede opvang van slachtoffers die zich bij de politie melden. De vraag is wat er gebeurt met de slachtoffers die zich niet bij de politie melden en of dit aantal voldoende aanleiding vormt om een andere opzet te maken van de CSG-functies, of dat samenwerkingsafspraken tussen (door)verwijzers afdoende zijn; bijvoorbeeld dat bij mensen die zich bij de SEH van het AMC melden, ook de zorgcoördinator van de GGD wordt ingeschakeld. Het CSG in Limburg wil

toegankelijk zijn voor alle slachtoffers, door anoniem en onverzekerde opvang mogelijk te maken, maar moet hiervoor wel artsen en verpleegkundigen in diensten beschikbaar hebben. De GGD kan bovendien niet de medische kosten declareren via de zorgverzekeraar, maar betaalt deze uit eigen middelen.

Opvallend is dat in de meeste initiatieven de rol van de gemeenten erg beperkt blijft. Uit een onderzoek van Maaïke van de Graaf (Graaf, van de, 2013), blijkt dat gemeenten moeite hebben met beleidsbepaling op dit gebied. In de agendavorming is het probleem van seksueel geweld voor gemeenten vaak onduidelijk en vaak is er geen specifiek beleid geschreven en/of beleidsmedewerker aangesteld met beleid seksueel geweld als specifiek beleidspunt. Uit het onderzoek blijkt dat gemeenten behoefte hebben aan stimulans of een opdracht van de landelijke overheid. Dit is opmerkelijk aangezien de gemeenten seksueel geweld wel zien als onderdeel van huiselijk geweld of geweld in de relationele sfeer, en dit ook expliciet benoemen in hun aanpak huiselijk geweld. In Amsterdam neemt de gemeente een actieve rol in door een onderzoek te laten uitvoeren naar de mogelijkheden, wenselijkheid en draagkracht voor een CSG.

3.6 Meerwaarde en knelpunten van een CSG

In deze paragraaf gaan we in op de meerwaarde en de knelpunten van een CSG, zoals deze naar voren zijn gekomen uit de evaluatie van de pilots en de analyse van vier andere initiatieven. We gaan eerst in op de opvang net na het incident van seksueel geweld, en vervolgens op de afstemming van de medische zorg en het forensisch onderzoek. Daarna gaan we in op de psychosociale nazorg. We besluiten met de adviesfunctie. We geven telkens zowel het perspectief van de slachtoffers weer, als dat van de organisaties en het beleid.

3.6.1 Het melden van slachtoffers; de eerste opvang

De kern van een CSG wordt gevormd door de samenwerking tussen sociaal-psychologische opvang, medische zorg en forensisch onderzoek in de acute fase na het seksueel geweld. De verpleegkundige is de schakel tussen de opvang van het slachtoffer, medische zorg en forensisch onderzoek. Ook is zij de verbinding met de casemanager of nazorgconsulente die de nazorg uitvoert.

De meerwaarde van de eerste opvang betreft laagdrempelige opvang waardoor meer slachtoffers zich melden en de concrete hulp aan slachtoffers wordt verbeterd. De organisaties werken beter samen en kunnen hun kerntaak beter uitvoeren. Als knelpunt komt naar voren dat de wachttijden lang kunnen zijn en niet is gewaarborgd dat het slachtoffer goed thuiskomt. Er is discussie over de plaats van een CSG-functie (ziekenhuis of GGD) en de mate van screenen op PTSS.

Perspectief slachtoffer

De belangrijkste doelstelling van de centra is het bieden van laagdrempelige hulp en het verbeteren van de zorg aan slachtoffers van seksueel geweld in de acute fase. Deze laagdrempelige toegang en concrete opvang zijn belangrijke meerwaarden. De laagdrempelige toegang betekent dat ook zonder melding bij de politie goede hulp kan worden geboden en door eerder hulp te zoeken kunnen deze slachtoffers eerder aan een herstelproces beginnen en kan ernstigere traumatisering worden voorkomen.

In Utrecht komt een derde niet via de politie binnen, maar via een arts, psychische hulpverlener of als zelfverwijzer. Een CSG bereikt dus een grotere groep, en deze groep zal naar verwachting in de loop der tijd toenemen, als het CSG meer bekend is. Uit de analyse van de vier initiatieven komt naar voren dat bijvoorbeeld wordt verwacht dat jonge meiden die niet (snel) naar de politie stappen, wel naar een laagdrempelige opvang zullen gaan, aldus de sociaalverpleegkundige van de GGD Twente. Maar ook jonge mannen zoeken hier eerder hulp, zoals blijkt uit het onderzoek in Engeland (Lovett, Regan & Kelly, 2004).

Naast een verbeterde toegang tot hulp door de laagdrempeligheid, is een ander voordeel te vinden in de concrete opvang en voorlichting rond het medisch en forensisch onderzoek. Deze ondersteuning en aandacht voor het slachtoffer door een verpleegkundige wordt zeer gewaardeerd door slachtoffers. Door de afstemming van psychosociale zorg, medische zorg en forensisch onderzoek wordt voorkomen dat slachtoffers op verschillende tijdstippen naar verschillende plekken moeten, dat ze telkens hetzelfde verhaal moeten vertellen of meerdere keren lichamelijk worden onderzocht.

Perspectief samenwerkende organisaties

Deze opvang heeft ook meerwaarde voor de samenwerkende organisaties. Seksueel geweld wordt door de samenwerking in een CSG sneller herkend door professionals, waardoor een medisch professional beter en sneller zijn werk kan doen. Bovendien blijkt door de samenwerking in een CSG dat de verschillende organisaties zich beter kunnen richten op hun kernfuncties. In Utrecht en Nijmegen zijn de kernpartners die participeren in het CSG goed op de hoogte van elkaars professie en hebben ze meer inzicht gekregen in de taken van de andere professies; hierdoor schakelen zij elkaar eerder in en worden slachtoffers beter en sneller doorverwezen. Dit voorkomt fouten; zoals het beoordelen van een situatie waar men niet de juiste expertise op heeft. Door de oprichting van het CSG is het contact intensiever geworden tussen medewerkers van de verschillende afdelingen. De lijnen zijn korter en de vertrouwensrelatie tussen de professionals is versterkt, wat het onderzoek en het voorkomen van dubbel werk ten goede is gekomen. Dit komt ook in de expertmeeting als meerwaarde naar voren.

Knelpunten en ontwikkelingen

De duur van de opvang en begeleiding bij de diverse medische en forensische onderzoeken kan lang zijn. Enkele slachtoffers spreken van zes uur. Na afloop van het onderzoek moeten de slachtoffers weer naar huis of een andere

veilige plek. Er is geen duidelijke regeling wie verantwoordelijk is voor de veilige terugkeer van het slachtoffer. De politie voelt zich hier dikwijls verantwoordelijk voor, en brengt het slachtoffer naar huis of waar het slachtoffer naar toe wilt. Maar het gaat ook wel eens mis. Een slachtoffer vertelde dat zij midden in de nacht naar huis is gelopen. In Denemarken bestaat de mogelijkheid tot overnachting; dit ontbreekt in Nederland. Een ander punt is dat de doorverwijzing vanuit andere professies naar een CSG nog in ontwikkeling is. Een centrum moet niet alleen investeren in de kernpartners maar ook in instellingen en professionals die belangrijk zijn in de doorverwijzing (vica versa), zodat signalen van seksueel geweld beter worden herkend en slachtoffers tijdig worden doorverwezen naar de juiste hulp. Daarnaast is er discussie over de vraag of een CSG in het ziekenhuis zijn basis moet vinden, of dat dit ook elders kan. Het grote voordeel van een ziekenhuis is dat alle medische zorg die nodig kan zijn, daar aanwezig is. Als negatief punt komt naar voren dat niet alle slachtoffers het prettig vinden om naar een ziekenhuis te gaan en tussen de patiënten te moeten wachten. De meeste slachtoffers hebben geen ernstig letsel en de gewenste medische handelingen kunnen ook elders worden verricht, zoals bij de GGD. Uit de analyse komt naar voren dat in Limburg het CSG bij de GGD wordt gevestigd, waarbij het slachtoffer direct door een gespecialiseerde hulpverlener worden opgevangen en niet te maken krijgen met wachtkamers. Bij medische noodzaak gaat men naar de SEH. Hierop aansluitend is de vraag of binnen het CSG in een ziekenhuis het slachtoffer te veel als patiënt wordt beschouwd en wordt gemedicaliseerd. Dit zal per geval anders zijn, zo blijkt ook uit de interviews met slachtoffers. De één voelt zich goed opgevangen en is blij dat er veel medische aandacht is, voor de ander zijn alle medische onderzoeken minder wenselijk.

3.6.2 Afstemming forensisch onderzoek en medische zorg

Afstemming tussen medische zorg en forensisch onderzoek is niet alleen voorbehouden aan een CSG. Vóór de oprichting van de CSG's in Utrecht en Nijmegen waren deze afspraken er ook al en ook in de regio's waar een analyse is uitgevoerd zijn er afspraken rond afstemming van medisch en forensisch onderzoek. De mogelijke meerwaarde van een CSG betreft dus niet zozeer de (herijkte/verbeterde) afstemming tussen medisch en forensisch onderzoek, maar juist de combinatie hiervan tezamen met psychosociale opvang en begeleiding van het slachtoffer door een verpleegkundige.

De belangrijkste meerwaarde voor het slachtoffer is dat zij of hij minder wordt belast met onderzoek en dat de verpleegkundige voorlichting geeft en begeleiding biedt. Een belangrijke meerwaarde voor de samenwerkende organisaties is dat meer forensisch bewijs wordt veilig gesteld. Als knelpunt komt naar voren dat forensisch onderzoek alleen mogelijk is als er melding is gedaan bij de politie. Ook zijn er knelpunten rond de voorlichtende taak van de nazorgconsulent/casemanager omtrent het wel of niet doen van een politiemelding. Ook is er discussie over de vraag of er een aparte ruimte moet komen binnen het CSG voor het voeren van het informatieve gesprek c.q. het doen van aangifte.

Perspectief slachtoffer

Slachtoffers stellen het doorgaans zeer op prijs dat zij medisch worden onderzocht, omdat het ze geruststelt. Door de afstemming tussen het forensisch onderzoek en de medische zorg wordt het slachtoffer minder belast; het slachtoffer hoeft bijvoorbeeld niet speciaal terug te komen voor het forensisch onderzoek, en hoeft slechts een maal bloed af te geven en zich slechts eenmaal uit te kleden. Slachtoffers geven expliciet aan dat het prettig is dat de verpleegkundige bij hen is, hen kan ondersteunen en nog nadere uitleg kan geven over de procedures en medicatie omdat veel informatie die wordt gegeven door de artsen op dat moment niet goed tot het slachtoffer doordringt.

Perspectief samenwerkende organisaties

Een CSG voorkomt dat de medische of sociale hulpverlening zodanig handelen dat daardoor het opsporingsbelang wordt geschaad. De forensisch verpleegkundige heeft bijvoorbeeld geleerd het slachtoffer geen hand te geven (en dit uit te leggen) om te voorkomen dat sporen verdwijnen, en slachtoffers krijgen aanwijzingen hoe ze kunnen voorkomen dat sporen verdwijnen als ze naar het CSG bellen. Een CSG verhoogt daarmee de kans dat sporen bewaard blijven. Ook kan er vaker forensisch onderzoek plaatsvinden omdat belemmeringen voor het slachtoffer worden weggenomen. Als forensisch artsen direct worden ingeschakeld zien zij meer letsel. En het geeft een beter resultaat als naast elkaar wordt gewerkt in plaats van na elkaar, zo komt uit de expertmeeting naar voren. Uit de data van Utrecht blijkt dat een deel van de zelfverwijzers uiteindelijk kiest voor politiebetrokkenheid door het doen van een melding, wat soms uitmondt in een aangifte.

De kwaliteit van het forensisch onderzoek in de regio's, zo komt uit de analyse van de vier initiatieven naar voren, laat soms te wensen over (zie ook Gezondheidsraad 2013). Doorgaans wordt verwezen naar de huisarts, maar deze is niet gespecialiseerd in forensisch onderzoek. Ook in de huidige CSG's zijn de forensisch artsen van de GGD en FMMU huis- of jeugdartsen die het forensische onderzoek erbij doen. Het probleem ligt in het aantal verrichtingen van een forensisch arts bij slachtoffers van seksueel geweld. Doet een forensisch arts niet voldoende praktijkervaring op, dan kan de kwaliteit niet gewaarborgd worden. Dit is echter een meer algemeen knelpunt en, afgezien van het feit dat wij niet de kwaliteit van de forensisch artsen hebben onderzocht, komt wel uit het onderzoek naar voren dat een CSG een stimulans biedt om de kwaliteit van forensisch onderzoek te verbeteren. Uit het onderzoek in Engeland komt naar voren dat daar de kwaliteit is verhoogd doordat systematischer en sneller werd gewerkt. Ook kan men kiezen om met een kleinere pool van forensisch artsen te werken bij slachtoffers van seksueel geweld en een minimum aantal verrichtingen te stellen voor het aantal onderzoeken per jaar, of bij minderjarigen altijd de gespecialiseerde forensisch artsen van de FPKM in te schakelen.

Ontwikkelingen en knelpunten

Door afstemming van medisch en forensisch onderzoek met begeleiding van het slachtoffer door een verpleegkundige krijgt het slachtoffer betere zorg. Daarnaast heeft een CSG tot doel de bewijspositie te verbeteren en de aangiftebereidheid te vergroten. We constateren een aantal knelpunten rond dit thema. Allereerst de beperkte mogelijkheid tot het doen van forensisch onderzoek, namelijk alleen als er een melding is gedaan bij de politie. Ten tweede de rol van de nazorgconsulente rond voorlichting over de mogelijkheid tot het doen van een politiemelding. En tot slot is er discussie over de vraag of het informatieve gesprek en de aangifte ook op het CSG zou moeten plaatsvinden.

Forensisch onderzoek

In Nederland is, in tegenstelling tot het buitenland, een forensisch onderzoek alleen mogelijk als het slachtoffer een melding doet bij de politie. De politie schakelt immers de forensisch arts in. Hiermee blijft een groep slachtoffers, die net na het incident geen melding bij de politie willen doen, maar later wel, buiten boord. Meerdere sleutelfiguren dringen erop aan ook forensisch onderzoek te verrichten als slachtoffers (nog) geen melding bij de politie willen doen, maar wel toestemming tot een forensisch onderzoek willen geven. Het aantal forensische onderzoeken kan hierdoor toenemen. Ook het aantal aangiften zou kunnen toenemen omdat het op een later moment doen van aangifte niet meer wordt afgeraden wegens het ontbreken van veiliggestelde sporen. De deelnemers aan de expertmeeting zijn van mening dat forensisch onderzoek mogelijk moet zijn als er nog geen melding is gedaan bij de politie. Vervolgens moet worden geregeld hoe lang het materiaal mag worden bewaard: moet al het materiaal na drie maanden worden vernietigd, zoals in Denemarken, of mag het bewaard blijven?

Voorlichting door nazorgconsulent of casemanager

In Utrecht melden (steeds meer) slachtoffers zich ook buiten de politie om. Door goede voorlichting kunnen deze slachtoffers alsnog besluiten toch een melding te doen bij de politie of mee te werken aan een forensisch onderzoek. Dit betekent wel dat er ook in het nazorgproces aandacht zou moeten zijn voor de vraag of het slachtoffer alsnog melding wil doen bij de politie. In het huidige CSG is door de scheiding tussen de opsporingslijn en de zorglijn geen expliciete taak weggelegd voor de casemanager of nazorgconsulent in het geven van voorlichting over het melden bij de politie en dit wordt wel als gemis beschouwd. Uit de analyse van de vier initiatieven komt naar voren dat het ontbreken van de afstemming tussen politie en hulpverlening over deze voorlichtende rol tot problemen kan leiden: de hulpverlener kan foute verwachtingen scheppen bij het slachtoffer over de haalbaarheid van een aangifte of door de manier van vragen aan het slachtoffer de waarde van de verklaring van het slachtoffer bij de politie verminderen. Uit de expertmeeting komt overigens naar voren dat in de acute fase binnen het CSG hier geen problemen zijn: dit knelpunt speelt vooral als het gaat om seksueel geweld dat langer gelden plaats heeft gevonden.

Informatief gesprek en/of aangifte

Bij het informatieve gesprek spelen twee aspecten: de plaats waar het informatieve gesprek (c.q. de aangifte) wordt gehouden, en negatieve ervaringen van slachtoffers.

In Utrecht en Nijmegen vindt het informatieve gesprek bij de politie plaats als het slachtoffer zich daar als eerste meldt, maar als het slachtoffer zich als eerste meldt bij het CSG, kan de politie ook met opnameapparatuur naar het CSG komen. Uit de pilotevaluaties komt de wens naar voren dat er een geschikte ruimte aanwezig is waar de politie het informatieve gesprek kan voeren met het slachtoffer (bij voorkeur met opnameapparatuur), zodat het slachtoffer niet (vaak 's avonds of 's nachts) nog naar het politiebureau hoeft voor het informatieve gesprek. Dit sluit aan bij de wens van een aantal slachtoffers om eerst opgevangen te worden en daarna pas een gesprek met de politie te voeren. Zij denken in deze situatie eerst aan zichzelf en de hulp die zij nodig hebben, en willen pas later denken aan de gebeurtenis en de rol van de pleger.

Daarnaast achten sommigen het ook wenselijk dat de aangifte op het CSG kan plaatsvinden, omdat het doen van aangifte op het politiebureau een extra drempel kan vormen. Een CSG is een vertrouwdere omgeving. Voor minderjarigen zou dan een aparte kindverhoorkamer moeten worden ingericht. Er zijn ook argumenten die pleiten tegen het doen van aangifte op het CSG.

De taken van de spoedeisende hulp worden zo vermengd met opsporingstaken, en dit kan verwarrend zijn voor het slachtoffer. Bovendien zitten er meestal enkele dagen tussen het eerste gesprek met de politie (informatieve gesprek) en de aangifte; het slachtoffer moet dan sowieso apart terugkomen en dan kan zij of hij ook naar een politiebureau gaan. Daarnaast is het inrichten van een kindverhoorkamer een enorme investering, waarbij het niet alleen gaat om de verhoorkamer, maar ook om de mogelijkheid van zedenagenten om het verhoor te volgen via een scherm en het verhoor te begeleiden.

Het andere aspect betreft de ervaring van slachtoffers met het informatieve gesprek: sommigen van hen vonden het informatieve gesprek erg belastend. Slachtoffers ervaren het informatieve gesprek soms als een verhoor, met (te) weinig aandacht voor hun gevoel en ervaring. Voor slachtoffers kan het een negatief effect hebben op hun zelfvertrouwen, zeker als de pleger daarnaast niet als verdachte wordt aangehouden en verhoord (zie Wijers & De Boer, 2010). In feite zou een CSG tegenwicht moeten bieden voor deze negatieve ervaring door goede opvang en hulpverlening.

3.6.3 Psychosociale nazorg

Niet alleen de eerste opvang, maar ook de nazorg komt als belangrijke potentiële meerwaarde van het CSG naar voren. De verpleegkundige geeft tijdens de opvang aan dat het slachtoffer wordt gebeld, geeft informatiefolders mee over de nazorg, stuurt een brief naar huisarts en licht de casemanager in. De slachtoffers worden de eerst volgende werkdag na het bezoek aan de SEH gebeld door de casemanagers/nazorgconsulenten om de hulpvraag te

inventariseren en te screenen op psychosociale klachten. In Nijmegen is het uitgangspunt dat er face-to-facecontacten zijn, terwijl in Utrecht het uitgangspunt een telefonisch contact is tussen de casemanager en het slachtoffer. In de praktijk is er in beide centra in eerste instantie een telefonisch contact en zo nodig een face-to-facecontact. De nazorg bestaat uit twee elementen: (praktische) ondersteuning en doorverwijzing, en screenen op PTSS.

De nazorg biedt voor het slachtoffer praktische ondersteuning en doorverwijzing naar de juiste hulp. Ook de naaste familie wordt ondersteund. Voor samenwerkende organisaties levert nazorg als meerwaarde op dat zij sneller in contact komen met het slachtoffer en eerder de juiste hulp kunnen bieden en dat zij hun eigen kerntaak beter kunnen uitvoeren. Er komen ook knelpunten naar voren: goede doorverwijzing is nog in ontwikkeling, het ontbreken van expertise over seksueel geweld bij behandelaren en medicalisering door te screenen op PTSS.

Perspectief slachtoffer

Voor slachtoffers biedt nazorg een aantal voordelen. Ze worden ondersteund in de medische zorg; slikken ze op tijd de juiste medicijnen en worden de vervolgtesten gedaan? Daarnaast wordt zo nodig vervolghulp gezocht en vindt warme overdracht plaats naar vervolghulp. Als er een wachttijd is voor therapeutische hulp, kan door het CSG tussentijds hulp worden geboden. Door werkafspraken kan ook om wachtlijsten heen gewerkt worden, zoals in Utrecht, waar een slachtoffer direct kan starten met een hulptraject. De ondersteuning en doorverwijzing wordt door slachtoffers doorgaans op prijs gesteld: ook als ze het in eerste instantie niet nodig vinden. Een enkeling vindt de nazorg niet plezierig; zij willen door met hun leven en niet stilstaan bij wat er is gebeurd.

Niet alleen het slachtoffer, maar ook betrokken familieleden, met name moeders, worden ondersteund of krijgen gesprekken met een hulpverlener. Uit de interviews met slachtoffers komt naar voren dat de moeder daardoor het kind beter kan opvangen. Ook komt naar voren dat daardoor de slachtoffers worden ontlast: zij hebben minder last van de emoties van hun moeder.

Naast ondersteuning vindt ook screening op PTSS plaats in Utrecht en Nijmegen, het zogenoemde *watchful waiting*. Als behandeling nodig is wegens PTSS-klachten kan dit bij slachtoffers onder de 25 jaar in Utrecht direct worden gestart, omdat het CSG gekoppeld is aan het PTC. Dit wordt overigens niet door alle slachtoffers gewaardeerd (zie onder knelpunten en ontwikkelingen).

Meerwaarde samenwerkende organisaties

Goede psychosociale nazorg is niet alleen voor slachtoffers van meerwaarde, maar ook voor samenwerkende organisaties. Er komen twee meerwaarden naar voren: verbetering in het hulpaanbod en verwijzing en versterking van de kernfunctie van de instelling/professional.

Door de nazorg wordt de doorverwijzing naar de juiste hulp voor het slachtoffer verbeterd. Bij de vier initiatieven blijkt dat het zonder CSG nogal willekeurig is welk hulpaanbod het slachtoffer krijgt en of de juiste stappen worden gezet, bijvoorbeeld als het slachtoffer zich heeft gemeld bij de politie. Door een casemanager bij een CSG wordt goede doorverwijzing en ondersteuning gewaarborgd, met name als het gaat om de psychosociale nazorg. Dit heeft als voordeel voor de samenwerkende organisaties dat zij eerder in contact komen met cliënten en de juiste hulp kunnen bieden.

Daarnaast is een belangrijke meerwaarde dat organisaties/professionals zich door goede nazorg beter op hun kernfunctie kunnen richten. Dit geldt bijvoorbeeld voor de advocatuur en de politie.

Een advocaat kan zich tot de juridische hulpverlening beperken als de hulp aan het slachtoffer goed is. Wat voor een advocaat ook van belang is dat een goede psycholoog iets kan vertellen over de schade die is aangericht bij het slachtoffer. Hiermee kan de vordering tot schadevergoeding beter worden onderbouwd. Nu willen psychologen lang niet altijd iets verklaren omdat ze bang zijn dat ze dan ook op de zitting als deskundige moeten optreden en dat willen ze doorgaans niet. Psychologen die betrokken zijn bij een CSG zullen makkelijker te benaderen zijn; er wordt een vertrouwensband opgebouwd. Doordat gewerkt wordt met eenzelfde doel, het slachtoffer ondersteunen, kan informatie worden uitgewisseld.

Voor de politie geldt deels hetzelfde: als de hulpverlening goed is, kan de politie zich toeleggen op de politietaak. Een erkenning van het seksueel geweld is belangrijk voor het helingsproces, en goede hulpverlening geeft slachtoffers die erkenning. 'Zij moeten voelen dat hun verhaal serieus wordt genomen en dat er ruimte is voor emotie', aldus de politie. Als dit goed wordt gedaan in het CSG, kan de politie zich meer toeleggen op haar kerntaak. Daarnaast heeft het CSG voor hen meerwaarde omdat de politie dan slachtoffers naar de juiste hulp kan doorverwijzen, zo komt uit de analyse naar voren. 'Nu is de hulpverlening een lappendeken en weet je niet goed waar je naar moet doorverwijzen; in een CSG weet je dat daar goede hulpverlening aanwezig is, zoals psychologische hulp, screening op PTSS of het aanbieden van een gedragstherapie.'

Ontwikkelingen en knelpunten

Goede doorverwijzing naar andere professionals, niet alleen therapeutische hulp maar ook juridische hulp of praktische hulp, is een meerwaarde van een CSG, maar de wijze waarop de schil om de kernpartners heen georganiseerd moet worden en met wie afspraken moeten worden gemaakt, is nog in ontwikkeling. Dit geldt voor Utrecht en Nijmegen, maar zeker ook bij de nieuwe initiatieven tot een CSG.

Bijzondere aandacht vraagt ook de juridische ondersteuning. Slachtofferhulp Nederland biedt praktische en juridische ondersteuning aan slachtoffers van seksueel geweld door een professionele casemanager. In geval van complexe juridische problematiek is de hulp van een gespecialiseerde advocaat gewenst. In Utrecht is een directe lijn met de LANZS-advocaat, die is

gespecialiseerd in slachtoffers van seksueel geweld. Uit de analyse van de vier andere initiatieven komt naar voren dat de rol van Slachtofferhulp Nederland en de advocatuur als partijen waarnaar kan worden doorverwezen niet altijd duidelijk is. Hierdoor kan het gebeuren dat slachtoffers niet de juiste of niet tijdig praktische of juridische ondersteuning krijgen, of dat meerdere partijen zich met het slachtoffer bemoeien en zo langs elkaar heen werken dat er dingen dubbel gebeuren. Door goede afspraken en kennis te hebben van de organisaties en expertise moet dit worden voorkomen.

Een ander punt is het ontbreken van expertise omtrent seksueel geweld bij behandelaren. Ongeveer de helft van de slachtoffers van het CSG Utrecht hebben al een of andere vorm van (therapeutische) hulp. Als zorgpunt komt naar voren dat in geval slachtoffers al in behandeling zijn, de behandelaar lang niet altijd de expertise heeft om de gevolgen van het seksueel geweld in de behandeling te kunnen meenemen.

Een andere belangrijke discussie in het kader van de nazorg is de vraag of het monitoren van PTSS altijd noodzakelijk is en of altijd *early EMDR* (eye movement desensitization and reprocessing) moet plaatsvinden. Hierover lijkt een verschil van mening te bestaan tussen psychologen en behandelaren in het medische spectrum en hulpverleners in de eerstelijnszorg. Het screenen en toepassen van watchful waiting van PTSS-klachten betekent dat slachtoffers als patiënt worden gezien. Niet alle slachtoffers van seksueel geweld ontwikkelen echter PTSS. Volgens Slachtofferhulp Nederland is het niet nodig om iedereen te testen op PTSS vanuit preventieoogpunt en ook is niet altijd (early) EMDR of/en cognitieve gedragstherapie nodig. Slachtofferhulp Nederland benadrukt dat de klinische wereld in principe wil diagnosticeren, terwijl Slachtofferhulp Nederland juist wil normaliseren. Uit de interviews met slachtoffers komt naar voren dat enkele slachtoffers geen psychologische hulp willen, ook al geeft de PTSS-score een lichte aanwezigheid van PTSS aan. Of door de nazorg PTSS wordt voorkomen, of sneller wordt onderkend en behandeld, kan op grond van dit onderzoek niet worden vastgesteld; daarvoor is effectonderzoek nodig. In Utrecht wordt een dergelijk effectonderzoek opgezet. Wel is duidelijk dat de wensen van het slachtoffer in acht moeten worden genomen, en dat therapeutische hulp niet altijd gewenst is. Ook uit het onderzoek in Engeland naar centra seksueel geweld kwam naar voren dat slachtoffers vooral praktische hulp wilden en dat de ondersteuning flexibel moest zijn (Lovett, Regan & Kelly, 2004).

De nazorg wordt in Utrecht en Nijmegen geboden door iemand anders dan de verpleegkundige die de eerste opvang doet. In Amsterdam doet zorgcoördinator van de GGD zowel de eerste opvang als de nazorg. Slachtoffers waren erg tevreden over de zorgcoördinator (Goderie & Flikweert, 2012), maar ook over de nazorg door een andere persoon dan de verpleegkundige van de eerste opvang zijn geen klachten gekomen. Dit betekent dat het vooral van belang is dat de nazorg plaatsvindt, maar dat dit ook buiten de CSG kan worden geregeld; de functie van nazorg moet goed

zijn geborgd. Het belang van nazorg wordt onderstreept door het onderzoek naar de CSG in Engeland (Lovett, Regan & Kelly, 2004). Korte en snelle verbindingen met psychosociale nazorg kan secundaire victimisatie voorkomen; dat wil zeggen dat voorkomen wordt dat het slachtoffer opnieuw getraumatiseerd raakt omdat zij of hij niet de juiste hulp krijgt en zich in de kou voelt staan. Direct goede hulp kan een beroep op zorg- en hulpverleningsvoorzieningen later voorkomen. Maar de voorwaarde is wel dat de hulp wordt aangeboden als het slachtoffer eraan toe is.

3.6.4 Adviesfunctie

Beide centra vervullen een adviesfunctie. In Utrecht hebben veel mensen (n=659 in 18 maanden) contact gezocht met het CSG. In Nijmegen gaat het om 41 telefonische adviesvragen van voornamelijk huisartsen over een periode van één jaar.

De meerwaarde van de adviesfunctie voor slachtoffers is dat er goed advies wordt gegeven over alle aspecten (zorg, hulp en juridisch). En voor de samenwerkende organisaties geldt dat goed advies de kwaliteit van hun professionele handelen vergroot. Als knelpunt komt naar voren dat het onduidelijk is hoe de adviesfunctie moet worden ingevuld.

Meerwaarde voor slachtoffers, professionals en betrokken burgers

De adviesfunctie van een CSG werkt als het een herkenbaar, makkelijk bereikbare dienst waar alle informatie en expertise aanwezig is. Op het gebied van sociale en medische hulpverlening kunnen vragen voorgelegd worden, en ook strafrechtelijke kwesties kunnen worden voorgelegd doordat er een directe lijn met de politie is. Door de multidisciplinaire opzet van de twee CSG's in Utrecht en Nijmegen, wordt de adviesfunctie gevoed door de uitvoering. De lijnen tussen de verschillende disciplines zijn kort waardoor een goed advies mogelijk is. Uit het onderzoek blijkt dat bij organisaties in de regio behoefte is aan een expertisecentrum op het gebied van seksueel geweld, en ook de slachtoffers en familieleden geven aan bij het CSG terecht te kunnen met vragen.

Meerwaarde voor samenwerkende organisaties

Door in een CSG samen te werken, kunnen de organisaties de juiste expertise verkrijgen en verder uitbouwen. Een stevige adviesfunctie zal leiden tot meer aandacht voor seksueel geweld bij zorg- en hulpverleningsinstellingen in de eerste en de tweede lijn en dientengevolge tot meer kennis over de eerste opvang en doorgeleiding naar de juiste behandelaar. In Nijmegen is bijvoorbeeld een specifieke training voor huisartsen ontwikkeld voor het signaleren en behandelen van slachtoffers van seksueel geweld. Ook blijkt bij de vier initiatieven dat organisaties behoefte hebben aan een expertisecentrum waar zij terecht kunnen met vragen omtrent seksueel geweld. Niet altijd is bij hen de juiste kennis aanwezig over hoe te handelen en hoe het gesprek aan te gaan met het slachtoffer.

Ontwikkelingen en knelpunten

De vraag is of de adviesfunctie een kernfunctie is van een CSG. Er zijn grote verschillen tussen de adviesfunctie van Utrecht en Nijmegen, niet alleen in omvang, maar ook in doelgroep. Nijmegen lijkt zich meer op de medische professionals te richten, met name huisartsen en fysiotherapeuten en Utrecht lijkt een breder bereik te hebben.

Het kan goed zijn dat het CSG Utrecht als het Nederlandse expertisecentrum van seksueel geweld wordt beschouwd. Dit centrum is eerder van start gegaan dan dat in Nijmegen. Bovendien profileert dit centrum zich alleen op seksueel geweld. Door deze profilering weten professionals, maar ook bestuurders van instellingen waar seksueel misbruik plaatsvindt, het centrum wellicht makkelijker te vinden dan het centrum in Nijmegen dat een bredere insteek heeft (seksueel en familiaal geweld). Ook de ontstaansgeschiedenis die verschillend is, kan aan het verschil in bereik bijdragen. In Utrecht komt het centrum voort uit de ervaringen met slachtoffers van seksueel geweld die voor begeleiding bij het PTC kwamen, terwijl in Nijmegen het ontstaan samenhangt met de ervaringen van huisartsen met slachtoffers van partnergeweld en seksueel geweld.

Uit de analyse van de vier andere initiatieven komt naar voren dat verschillende regio's al een adviesfunctie hebben als het gaat om seksueel geweld. In Limburg is er bijvoorbeeld het centrum seksuele gezondheid bij de GGD en in Leeuwarden heeft Fier Fryslân een adviesfunctie. Bij Slachtofferhulp Nederland bestaat sinds kort de hulplijn seksueel misbruik waar slachtoffers en betrokkenen advies kunnen krijgen naar aanleiding van recent seksueel misbruik of seksueel misbruik in het verleden.

Uit de pilotevaluaties en de analyse van de vier initiatieven komt geen duidelijk beeld naar voren over hoe de adviesfunctie in een CSG eruit zou moeten zien; er is veel minder eenstemmigheid over dan over de eerste drie functies. Ook over de afstemming met de landelijke hulplijn seksueel geweld is geen duidelijkheid. Moeten alle CSG's eenzelfde soort adviesfunctie hebben of in verbinding staan met een adviesfunctie? Of moeten er specialisaties komen (op slachtoffer, op specifieke professionals zoals medische sector)? In Denemarken is er één hoofdvestiging met daaromheen zeven andere vestigingen, zo'n structuur zou ook voor een adviesfunctie kunnen gelden. Dat er behoefte is aan een adviesfunctie maakt de grote hoeveelheid adviesvragen in Utrecht duidelijk.

3.6.5 Conclusie: meerwaarde bundeling CSG-functies

De meerwaarde van de bundeling van de vier CSG-functies wordt vooral bepaald door de eerste drie functies: een goede psychosociale hulpverlening en begeleiding aan de voorkant, waardoor de afstemming tussen medische zorg en forensisch onderzoek voor het slachtoffer goed verloopt. Door aansluitende goede nazorg krijgt het slachtoffer de hulp die nodig is. Door bundeling van deze functies (op een herkenbare plaats) zullen meer slachtoffers sneller hulp zoeken, en zal vaker strafvervolgning ingesteld kunnen worden, zo is de verwachting van de CSG-initiatieven. Dit bevindingen zijn in

de expertmeeting getoetst en het beeld van de gerealiseerde meerwaarde van de twee centra blijkt bevestigd.

Het is wel zaak goed te registreren waardoor de effecten van alle CSG-initiatieven inzichtelijk gemaakt kunnen worden; bijvoorbeeld veranderingen in de verdeling tussen het aantal meldingen dat via de politie binnenkomt en het aantal zelfmelders. Ook wanneer een slachtoffer zich meldt is goed om te monitoren, gaan met de komst van de CSG-initiatieven slachtoffers zich eerder melden omdat zij en doorverwijzers beter de weg weten te vinden naar de juiste hulp? Daarnaast blijken de ervaringen van slachtoffers heel waardevol om de dienstverlening te verbeteren en knelpunten op te sporen. Aangezien er verschil bestaat in de opzet en werkwijze van de twee pilots en de andere CSG-initiatieven is het van belang ook de effecten en verschillen in effecten te meten bij de doelgroep in kwestie.

Wat betreft de adviesfunctie is wel duidelijk dat hier behoefte aan is, maar het is onduidelijk of deze altijd gekoppeld moet zijn aan de andere drie functies, of dat er gewerkt kan worden met bijvoorbeeld een landelijk expertisepunt.

4 VAN REGIONAAL INITIATIEF NAAR LANDELIJKE DEKKING

De aanpak van seksueel geweld in Nederland kan beter. Het gaat dan om twee zaken: de opvang van slachtoffers in de 'acute fase', dat wil zeggen binnen zeven dagen na het geweld; en het sporenonderzoek dat nodig is om met het oog op strafvervolgning sporen van het geweld veilig te stellen. Deze stelling wordt door zowel uitvoerende partijen als de betrokken ministeries (VenJ en VWS) onderschreven. De vraag is echter *hoe* de aanpak van seksueel geweld in de acute fase verbeterd kan worden. De afgelopen jaren hebben partijen in het veld in diverse regio's de handen ineen geslagen om te komen tot een betere aanpak. Het meest prominent is dit tot uiting gekomen in het CSG Utrecht, het CSFG Nijmegen en de zorgcoördinatie bij de zedenpolitie in Amsterdam. Maar ook in andere regio's wordt gewerkt aan een andere vorm van ondersteuning van slachtoffers van seksueel geweld in de acute fase; landelijk vindt door de partijen die hiermee bezig zijn afstemming en kwaliteitsontwikkeling plaats. Dit heeft zich voor een groot deel buiten het beeld van beleidsmakers afgespeeld. Seksueel geweld valt echter (deels) onder de definitie van huiselijk geweld en is daarmee onderdeel van het beleid ten aanzien daarvan; beleid waar landelijk op wordt gestuurd en dat regionaal en lokaal wordt ingevuld en uitgevoerd. Kennis over de ontwikkeling van de aanpak van seksueel geweld in de centra in Utrecht en Nijmegen en in andere regio's is dan ook belangrijk om de aanpak van seksueel geweld een plaats te kunnen geven in het beleid, onder andere ten aanzien van huiselijk geweld. Daarom sluiten wij dit rapport af met een overzicht van succes- en faalfactoren, te realiseren meerwaarde en organisatorische keuzemogelijkheden.

We hebben het daarbij niet meer over een CSG, maar over de bundeling van de CSG-functies (waarbij het dan gaat om medische zorg, forensisch onderzoek, psychosociale hulpverlening in de zin van eerste opvang en nazorg en advies). We doen dat omdat een CSG één van meerdere manieren is om deze functies te bundelen. Verderop in dit hoofdstuk zullen we beschrijven welke factoren van belang zijn bij het kiezen van een passende organisatievorm voor deze bundeling.

4.1 Hoe ziet de bundeling van CSG-functies eruit?

In het rapport is uitgebreid ingegaan op de opzet en werkwijze van de twee CSG's. In onderstaande tabel staan de belangrijkste punten weergegeven, die tevens de onderzoeksvragen 1 tot en met 9 beantwoorden.

Tabel 4.1 Kernachtige beantwoording onderzoeksvragen 1-9.

Onderzoeksvraag	CSG Utrecht	CSFG Nijmegen
1. Welke partijen participeren?	Politie, UMC, FMMU, FPKM	Politie, UMC, UGH, GGD
2. Op welke wijze participeren zij	Door inzet menskracht, delen kennis. SEH UMC onderzoeksruimte beschikbaar.	Door inzet menskracht, delen kennis. SEH UMC onderzoeksruimte beschikbaar
3.a Financiering door reguliere gelden	Werk politie en forensisch arts Werk medici indien DBC geopend	Werk politie en forensisch arts Werk medici indien DBC geopend
3.b Financiering geen structurele gelden	Eenmalige subsidie voor opleiding verpleegkundigen, PR en begeleiden 4 CSG-initiatieven	Eenmalige subsidie van provincie voor coördinatietaken, werk nazorgconsulent, advies en consultatie, PR en communicatie
4. Opvang slachtoffers	Afstemming werkzaamheden bij SEH, en (outreaching) benaderen slachtoffer bij nazorg	Afstemming werkzaamheden bij SEH, en (outreaching) benaderen slachtoffer bij nazorg
5. Opvang slachtoffer, familie en vrienden, professionals	Ook (na)zorg voor familie en vrienden. Adviesfunctie voor professionals	Adviesfunctie met name voor huisartsen
6. Hoe wordt samengewerkt	Wie doet wat wanneer is vastgelegd in protocollen voor SEH en in nazorg	Wie doet wat wanneer is vastgelegd in protocollen voor SEH en in nazorg
7. Samenwerking buiten centrum	Vooraf in de doorverwijzing: ggz, psychologen en juridische hulpverlening. Met enkele toeleiders wel afspraken over verwijzing, maar nog niet veel in praktijk gebracht. Geen actieve rol van gemeente.	Vooraf in de doorverwijzing naar hulp huisarts. Geen concrete afspraken met alle toeleiders. Geen actieve rol van gemeente.
8. Gestandaardiseerde werkwijze	Vastgelegd in eigen werkprotocollen	Vastgelegd in eigen werkprotocollen
9. Aantal slachtoffers	108 in 20 maanden	36 in 12 maanden
Aantal adviesvragen	659 in 20 maanden	41 in 12 maanden

Uit de analyse van de vier regionale initiatieven voor samenwerking en bundeling van de CSG-functies, blijkt dat de opzet zoals in Utrecht en Nijmegen geen standaard vormt. Verschillen in de opzet van een CSG lijken goed mogelijk en de uiteindelijke vorm wordt bepaald door reeds bestaande samenwerkingsverbanden in de regio.

De verschillen hebben betrekking op de soort organisaties die de CSG-functies vervullen: wordt de eerste opvang en medische zorg verricht door artsen en verpleegkundigen van een ziekenhuis of van bijvoorbeeld de GGD? Worden gespecialiseerde forensisch artsen of forensisch artsen uit een kleine

ervaren pool ingeschakeld, of wordt gewerkt met een groot aantal forensisch artsen? Vindt de eerste opvang plaats bij een ziekenhuis of GGD-locatie, waar het slachtoffer, politie en forensisch artsen naar toe gaan, of kunnen de medische professionals ook naar het politiebureau komen als een slachtoffer zich daar meldt? Wie verricht de nazorg en welke expertise hebben de casemanagers in verband met de adviesfunctie; is dit meer gericht op eerstelijns zorg, seksuele gezondheid, praktische ondersteuning of het behandelen van trauma's?

4.2 Meerwaarde van bundeling CSG-functies

Knelpunten in de bestaande werkwijze en goede ervaringen in het buitenland zijn aanleiding geweest voor de ontwikkeling van de CSG's in Utrecht en Nijmegen, en ook van de andere regionale initiatieven die er in Nederland zijn met het oog op de ondersteuning van slachtoffers van seksueel geweld in de acute fase.

Knelpunten bestaande werkwijze

In de acute fase na een verkrachting of aanranding, als het risico op langdurige posttraumatische klachten het grootst is, krijgen slachtoffers te maken met veel, soms onduidelijke procedures en protocollen en een veelheid aan instanties, zoals politie, forensisch arts, Slachtofferhulp Nederland en de GGD. Slachtoffers die naar de politie stappen, krijgen vaak niet direct medische zorg en moeten zelf het initiatief nemen om vervolghulp in te schakelen. Zij krijgen daardoor niet de juiste zorg op het juiste moment (denk bijvoorbeeld aan het direct toedienen van PEP-medicatie (aidsremmers), of het nemen van een morning-afterpil). De opvang is zeer gefragmenteerd. Slachtoffers worden soms meerdere malen onderzocht (door een huisarts, een verpleegkundige van de soa-poli, een forensisch arts, et cetera) en moeten meerdere malen hun verhaal vertellen. Onderzoek toont aan dat hierdoor gevoelens van schaamte en schuld geactiveerd worden. Hierdoor haken slachtoffers af en krijgen niet de psychosociale hulp die ze nodig hebben. Daarnaast kan bewijs verloren gaan, omdat het forensisch onderzoek niet tijdig plaatsvindt, of bewijs verloren gaat door ondeskundigheid bij de sociaalpsychische en medische hulpverlening.

Ervaringen buitenland

De bundeling van de CSG-functies zou idealiter moeten leiden tot het creëren van optimale voorwaarden om kwalitatief verantwoord forensisch onderzoek ten behoeve van waarheidsvinding te kunnen uitvoeren. In het buitenland is hier reeds ervaring mee opgedaan. Gebleken is dat de begeleiding door een verpleegkundige tijdens het medische en forensische onderzoek hoog wordt gewaardeerd, het forensisch onderzoek aan kwaliteit toeneemt en nazorg, vooral als deze praktisch en flexibel is, hoog wordt gewaardeerd.

Meerwaarde

Uit het onderzoek blijkt dat meerwaarde met name te vinden is in de eerste opvang van het slachtoffer en in de nazorg. De slachtoffers worden opgevangen door een gespecialiseerd persoon (vaak een verpleegkundige) die hen ondersteunt, informeert en begeleidt tijdens het verblijf. In de nazorg is vooral van meerwaarde dat een hulpverlener outreachend werkt en de hulp op elkaar laat afstemmen. Op deze wijze krijgt een slachtoffer zo min mogelijk te maken met een gefragmenteerd hulpaanbod of wordt de kans gereduceerd dat door een onduidelijk hulpaanbod een slachtoffer geen hulp zoekt/krijgt. Het bundelen van de functies die in Utrecht en Nijmegen in de CSG's zijn belegd, kan op diverse manieren van meerwaarde zijn voor de aanpak van seksueel geweld. Tabel 4.2 bevat een overzicht van de in het onderzoek aangetroffen meerwaarde, uiteengezet naar functie en voor het slachtoffer dan wel de samenwerkende partners; als ook voor het gecombineerde aanbod als geheel. De meerwaarde die is weergegeven, betreft de meerwaarde ten opzichte van bestaande structuren voor de aanpak van en hulp bij seksueel geweld.

Tabel 4.2 Meerwaarde bundeling CSG-functies

Functies	Slachtoffers	Samenwerkende partijen
Medische zorg	Adequate zorg op juiste moment: tegengaan van soa besmetting, ongewenste zwangerschap	Meer richten op eigen kernfunctie, slachtoffer sneller en beter behandelen, voorkomen van dubbel werk
Psychosociale hulpverlening	Laagdrempelige eerste opvang na incident: ondersteunen en informeren over procedures en onderzoeken. Nazorg: outreachend; slachtoffer hoeft niet zelf juiste hulp te zoeken	Slachtoffers eerder behandelen, screenen, voorkomen PTSS en toeleiden naar hulp
Forensisch onderzoek	Geen sporen verloren laten gaan door bijvoorbeeld niet douchen, gebruik wc, kleding weggooien	Sporen veiligstellen, zo min mogelijk sporencontaminatie: kans op aanhouding vergroten
Advies	Slachtoffer, familie en vrienden kunnen CSG consulteren i.v.m. vragen, informatie	Kennis inwinnen bij expertisecentrum vergroot signalering en juiste doorverwijzing naar CSG
Het gecombineerde aanbod	Beter afgestemd: zo min mogelijk belasting, beperkt aantal onderzoeken en beperkt aan maal verhaal vertellen	Leren van elkaars expertise en disciplines inzetten waar nodig. Voorkomen dat opsporingsbelang en zorgbelang worden geschaad

Knelpunten

De meerwaarde laat onverlet dat zich ook knelpunten voordoen bij de bundeling van de CSG-functies. We constateren knelpunten rond de financiering, rond het hulpaanbod in de nazorg en rond de aansluiting met het strafrechtelijke traject.

Het eerste knelpunt vormt de financiering. De kosten voor de inzet van forensisch onderzoek en de zedenpolitie worden via de politie gefinancierd en de medische (onder andere psychologische) kosten via de zorgverzekeraar indien een DBC op naam van de patiënt wordt opgestart. De kosten voor de inzet van (speciaal getrainde, vrijgestelde) verpleegkundigen, casemanagementtaken en adviestaken worden niet als zodanig structureel gefinancierd. De CSG-initiatieven doen dit nu vanuit eigen middelen. Met het oog op de toekomst waarbij een grotere aanloop van slachtoffers wordt verwacht, is het belangrijk alle functies kwalitatief en dus ook financieel te kunnen borgen. Daarnaast geven de initiatieven aan dat er in de regio meer bekendheid moet zijn bij toeleiders en dat voor voorlichting en het aangaan van samenwerkingsverbanden financiering nodig is. Er blijkt vraag te zijn naar een (landelijk) expertisecentrum van seksueel geweld. Dit wordt ondersteund door het aantal telefonische consulten van het CSG Utrecht en het aantal keer dat de website is bekeken. Het landelijk netwerk CSG's werkt aan één landelijke website (en liefst ook één landelijk nummer), waar de slachtoffers worden doorgeleid naar hulp (een CSG) bij hen in de buurt.

Het tweede knelpunt is de versnippering van hulp wat betreft de nazorg. De gebundelde hulp in de acute fase heeft het knelpunt van versnipperde hulp in de acute fase opgelost. In de nazorgfase is een goede afstemming nog in ontwikkeling. De kans bestaat dat de politie een slachtoffer doorverwijst naar Slachtofferhulp Nederland, een casemanager psychische ondersteuning biedt, een advocaat van LANZS juridische begeleiding geeft, ondertussen een melding wordt gedaan bij het AMK, en het gezin al in de hulpverlening bekend was, zonder dat hiertussen verbinding is. Een ander punt is dat niet ieder slachtoffer getraumatiseerd is en psychologische hulp nodig heeft. Het screenen op PTSS en (psychosociale) ondersteuning van slachtoffers is goed, maar alleen bij slachtoffers die daar behoefte aan hebben. Casemanagers moeten dus blijven luisteren naar de wensen van slachtoffers, ook als deze hun wensen en behoeften niet goed duidelijk of kenbaar (kunnen) maken. Op deze wijze kan worden voorkomen dat slachtoffers teveel of te snel als patiënt worden beschouwd.

Tot slot zien we een knelpunt in de aansluiting tussen de hulpverlening en het strafrechtelijke traject. Momenteel is een forensisch onderzoek niet mogelijk als het slachtoffer geen melding doet bij de politie. Dit betekent dat, mocht het slachtoffer later toch melding willen doen bij de politie, de sporen niet zijn veiliggesteld. Er is een breed gedragen wens dat, net als in het buitenland, forensisch onderzoek in de toekomst kan plaatsvinden zonder melding bij de politie en met toestemming van het slachtoffer. Daarnaast wordt als gevaar

gesignaleerd, dat vanuit de hulpverlening in de nazorgfase verwachtingen worden gewekt bij het slachtoffer ten aanzien van de mogelijkheden van strafrechtelijke vervolging die juridisch niet altijd haalbaar zijn. Als forensisch onderzoek ook zonder melding bij de politie mogelijk wordt, zou de casemanager in de nazorgfase wellicht expliciet een taak moeten krijgen wat betreft voorlichting over het informatieve gesprek bij de politie. Door periodieke evaluaties van de werkwijze en protocollen kan zicht worden gehouden op de kwaliteit van de afstemming tussen hulpverlening en strafrechtelijke mogelijkheden.

4.3 Landelijke toegankelijkheid CSG-functies

Uit de evaluatie van de twee specifieke centra en de vier andere regio's waarbij we hebben gekeken naar initiatieven om slachtoffers van seksueel geweld op te vangen en uit de expertmeeting die we hebben georganiseerd, is duidelijk gebleken dat alle betrokken partijen, zowel regionaal als landelijk een groot voorstander zijn van een landelijk dekkend aanbod van integrale opvang en hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld. Daarbij spelen ideologische/morele motieven (er moet opvang en hulpverlening zijn voor deze specifieke groep slachtoffers) en praktische argumenten (we hebben gezien dat het werkt) een rol.

Bij een landelijke toegankelijkheid van de integrale opvang en hulpverlening aan slachtoffers via een bundeling van CSG functies spelen drie aspecten een belangrijke rol:

1. Een landelijke toegankelijkheid impliceert een laagdrempelige eerste opvang waar het slachtoffer snel en 24/7 terecht kan. Dit uitgangspunt heeft consequenties voor de schaal waarop de CSG-functies georganiseerd moeten zijn/worden.
2. Bij de opvang van en hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld werken partners in de justitiële en de medische keten nauw samen. Snelheid van handelen, zorgvuldigheid en discretie zijn belangrijke kwaliteitsaspecten en vragen om uniforme landelijke kwaliteitsprotocollen en kwaliteitsbewaking.
3. De opvang en hulpverlening aan slachtoffers vraagt om continuïteit, zowel in financiële zin (structurele financiering), qua organisatie (permanente betrokkenheid van kernpartners) alsook in praktisch uitvoerend opzicht (beschikken over de juiste faciliteiten). Een goede beleidsmatige inbedding is hiervoor een absolute noodzaak. De opvang van en hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld vraagt om specifiek beleid waarin een juiste balans is aangebracht tussen hulpverlening, medische zorg en veiligheid.

Hieronder werken we deze drie aspecten nader uit.

4.3.1 Laagdrempelige opvang

Om een landelijke toegankelijkheid van de gebundelde CSG-functies te realiseren, is het nodig om de functies op regionaal niveau organisatorisch in te bedden. Gegarandeerd moet worden dat slachtoffers in heel Nederland binnen een redelijke tijd (binnen een uur met de auto bijvoorbeeld) en 24/7 toegang kunnen hebben tot een laagdrempelige opvang waarbij zij zoveel mogelijk op 1 locatie worden opgevangen in de acute fase, in verband met zo min mogelijk belasting voor het slachtoffer en zo min mogelijk sporencontaminatie. Dit betekent dat een sporenvrije onderzoeksruimte beschikbaar moet zijn en bij voorkeur ook een ruimte waar het informatieve gesprek met de politie kan plaatsvinden.

Een goed functionerende toegang is daarnaast afhankelijk van voldoende bekendheid: slachtoffers moeten de weg weten of gewezen krijgen.

De politie en de SEH zijn nu belangrijke plaatsen waar slachtoffers zich in de acute fase melden, maar slachtoffers kunnen ook hulp zoeken bij huisartsen, de GGD, soa-poli's, SHG's (straks: Advies- en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling, AMHK), KJTC et cetera.

Bij de organisatie van de CSG-functies moet worden gewerkt aan een groot netwerk van regionale ketenpartners, waarbij de mensen in de uitvoering weten wat te doen bij signalen van seksueel geweld. Er moet als het ware gestreefd worden naar een kern van partners en een schil daaromheen van samenwerkende partijen waarmee (werk)afspraken zijn gemaakt, zoals in figuur 4.1 weergegeven.

Figuur 4.1 Betrokken partijen aanpak acuut seksueel geweld



Er zijn diverse regio-indelingen die in dit kader relevant zijn.

- De veiligheidsregio's: er zijn in Nederland 25 veiligheidsregio's, ingesteld met het oog op een betere rampenbestrijding en crisisbeheersing.
- De politie-eenheden: er zijn tien regionale eenheden van de politie, die vallen onder één landelijk politiekorps.
- Vrouwenopvangregio's: er zijn in Nederland 35 regio's vrouwenopvang. De aanpak van huiselijk geweld is georganiseerd rondom deze regio's (centrumgemeenten vrouwenopvang).
- GGD: er zijn in Nederland 27 GGD-regio's. Dit zijn samenwerkingsgebieden ten behoeve van de gemeentelijke gezondheidsdiensten.
- UMC's: er zijn acht UMC's in Nederland, waar de opvang van slachtoffers in de acute fase kan plaatsvinden op de SEH. Ook kan er opvang in de buurt van een UMC worden georganiseerd, mits heldere afspraken zijn gemaakt met de SEH over de opvang als er medische noodzaak is.
- Sense-regio's: er zijn acht regio's van Sense waar jongeren tot 25 jaar terecht kunnen bij speciaal opgeleide verpleegkundigen met al hun vragen over seksuele gezondheid.

Uit de gesprekken met sleutelfiguren en de expertmeeting komt naar voren dat er geen regio-indeling is die aansluit bij regionale dekking van de bundeling van CSG-functies. Er wordt een aantal bezwaren naar voren gebracht. De vrouwenopvangregio's zijn niet geschikt want deze worden binnenkort anders ingedeeld; daarnaast gaan de SHG's samen met de AMK's wat ook tot een andere indeling zal leiden. Bovendien komt de spreiding niet overeen met wat nodig is voor de bundeling van CSG-functies. De doelstelling van de veiligheidsregio's sluit niet aan bij de doelstelling van de bundeling van CSG-functies en ook qua aantal sluiten ze niet aan. Aansluiting bij 8 UMC's zou een mogelijkheid kunnen zijn, maar voldoet niet aan een goede regionale spreiding over Nederland. Ditzelfde geldt ook voor Sense-regio's, waarbij ook nog geldt dat deze alleen hulp bieden aan jongeren tot 25 jaar. Aansluiting bij GGD-regio's of de politieregio's bieden nog de beste opties. De tien politieregio's geven een redelijke dekking en binnen een grote politieregio zouden eventueel twee opvangplekken kunnen worden gerealiseerd. Voor de 27 GGD-regio's geldt dat deze wat veel in aantal zijn, maar er zouden regio's samen kunnen gaan.

Het punt is dat geen van de regio-indelingen duidelijke voordelen heeft en seksueel geweld een problematiek betreft die niet (geheel) samenvalt met de problematiek van huiselijk geweld. Voor een regionale dekking kan er daarom beter worden gekeken naar objectieve criteria, zoals het aantal inwoners in een regio, de reisafstand (per auto), het aantal meldingen bij de politie van verkrachting en aanranding, en het aantal (potentiële) slachtoffers dat zich meldt.

Er kan ook uitgegaan worden van de huidige initiatieven, als de spreiding ervan aansluit bij de hierboven genoemde objectieve criteria. Er lijkt sprake van een redelijke spreiding over Nederland.

Aan deze initiatieven kunnen eisen worden gesteld wat betreft de bundeling van CSG-functies. Er moet sprake zijn van:

- laagdrempelige opvang (24/7) waar via zorgcoördinatie het slachtoffer de juiste opvang krijgt en de verbinding wordt gemaakt tussen medische zorg en forensisch onderzoek. Deze opvang moet toegankelijk zijn voor alle slachtoffers van seksueel geweld, of ze zich nu wel of niet bij de politie willen melden;
- nazorg (outreaching) waarbij het slachtoffer wordt ondersteund in de medische stappen, praktische en emotionele ondersteuning krijgt en zo nodig therapeutische hulp;
- landelijke kwaliteitscriteria en minimaal aantal slachtoffers per CSG-initiatief, zodat voldoende ervaring wordt opgebouwd bij de verschillende functies;
- landelijke registratie en monitoring.

De adviesfunctie lijkt geen inherent onderdeel van de bundeling van CSG-functies te zijn. In Amsterdam is bijvoorbeeld geen koppeling met een adviesfunctie. Er zijn in Nederland verschillende adviesfuncties rond seksueel geweld, zowel regionaal specifiek voor seksueel geweld of als onderdeel van een SHG, als landelijk zoals de hulplijn seksueel geweld bij Slachtofferhulp Nederland. Uit het hoge aantal adviesaanvragen bij CSG Utrecht komt naar voren dat er ondanks de diversiteit aan regionale en landelijke adviesfuncties er behoefte was aan een dergelijke op multidisciplinaire samenwerking geënte adviesmogelijkheid. Het grote voordeel van dit adviescentrum is dat de advisering gestoeld is op uitvoering van de functies in de multidisciplinaire aanpak; advies en uitvoering versterken elkaar, wat door monitoring en een wetenschappelijke inbedding geïntensiveerd wordt. Aansluitend bij de ervaring in Denemarken zou ervoor kunnen worden gekozen om één algemeen adviescentrum op te zetten en daaromheen een aantal regionale of gespecialiseerde adviesmogelijkheden (bijvoorbeeld een adviesfunctie voor huisartsen en medische professie en een hulplijn seksueel geweld voor slachtoffers).

4.3.2 Kwaliteitsbewaking

Het doel van de bundeling van de CSG-functies is tweeledig: een betere ondersteuning van slachtoffers (waardoor zij ook beter de afweging kunnen maken om wel of geen aangifte te doen), en het beter faciliteren van opsporingsonderzoek. Ons onderzoek heeft laten zien dat beide doelen verenigbaar zijn in het belang van het slachtoffer, maar dat deze afstemming nauw luistert. Daarom is het van groot belang dat er, zeker in geval de opvang en hulpverlening aan slachtoffers niet centraal maar regionaal wordt georganiseerd, gewerkt wordt aan en met landelijke kwaliteitsprotocollen die het slachtoffer, waar hij of zij zich ook bevindt, garandeert dat altijd en overal gewerkt wordt met dezelfde hoge kwaliteit.

In het landelijk netwerk CSG's wordt gewerkt aan criteria en protocollen om de kwaliteit bij de uitvoering van de functies en de bundeling ervan te borgen.

- Een goede opvang en begeleiding van slachtoffers in de acute fase vergt deskundigheid (kwaliteit) en tijd (capaciteit). De zorgcoördinatie is essentieel en de grootste winst van een CSG.
- Forensisch onderzoek is aan landelijke standaarden gebonden en vergt een bepaald aantal verrichtingen per arts per jaar om dusdanige ervaring te genereren dat de kwaliteit is geborgd. Voor forensisch onderzoek in geval van seksueel geweld zou als eis kunnen gelden dat een forensisch arts een minimaal aantal gynaecologische onderzoeken per maand moet doen om gekwalificeerd te zijn.
- Om de kwaliteit te borgen moet gewerkt worden met landelijke kwaliteitscriteria. Gedacht kan worden aan een handboek. Daarnaast is voor het bewaken van de kwaliteit monitoring essentieel. Het gaat hierbij zowel om het in kaart brengen van de doelgroep, als het monitoren van de uitvoering van de protocollen en kwaliteitscriteria. Ook kunnen behaalde effecten worden gemeten. Alle CSG-initiatieven zouden dit op eenzelfde manier moeten doen. Op deze wijze is het mogelijk de werkwijze te optimaliseren en tevens is het mogelijk de CSG-initiatieven met elkaar te vergelijken.

4.3.3 Beleidsmatige inbedding

Van de ontwikkelingen in het buitenland kunnen we leren dat zonder landelijke eisen er een lappendeken ontstaat met verschillend vormgegeven initiatieven, waar ook verschillende kwaliteitseisen gelden (Campbell, Patterson & Bybee, 2012; Lovett, Regan & Kelly, 2004). Dit kan in Nederland worden voorkomen door eisen te stellen aan de wijze waarop de verschillende functies moeten worden uitgevoerd, zonder eisen te stellen aan de wijze waarop de functies worden georganiseerd. De ministeries van VenJ en VWS kunnen vanuit hun verantwoordelijkheid voor het veiligheidsbeleid en zorgbeleid een kader opstellen voor de bundeling van CSG-functies. Via ondersteunende subsidiëring kunnen ook voorwaarden worden gesteld.

Naast de landelijke overheid hebben ook gemeenten een verantwoordelijkheid. In Nederland zijn gemeenten verantwoordelijk voor het voeren van beleid op de aanpak van huiselijk geweld; seksueel geweld maakt daar (voor zover gepleegd door mensen uit de huiselijke kring) deel van uit. In de praktijk zien we echter dat gemeenten – met uitzondering van Amsterdam – niet of nauwelijks betrokken zijn bij de initiatieven die rondom de CSG's zijn ontstaan. Het is van belang dat gemeenten hun rol hierin oppakken om twee redenen: ten eerste kan de bundeling van de CSG-functies bijdragen aan de volledigheid en effectiviteit van het beleid op het gebied van huiselijk en seksueel geweld (het is immers de gemeente die op dit terrein de regieverantwoordelijkheid heeft); ten tweede is het in het belang van de gemeente om deze ontwikkeling af te stemmen op andere actuele ontwikkelingen, die daaraan raken omdat de problematieken van seksueel en

huiselijk geweld deels overlappen/ samenhangen. Momenteel worden regiovisies ontwikkeld wat betreft de aanpak van huiselijk geweld, en hier zou de aanpak van seksueel geweld in kunnen worden meegenomen. Zeker als het gaat om de adviesfunctie en wellicht ook voor de nazorg zou kunnen worden aangesloten bij het beleid dat voor huiselijk geweld is ontwikkeld. Binnen een aantal SHG's wordt momenteel al een adviesfunctie voor seksueel geweld ingericht en wordt doorverwijzing naar goede hulpverlening ontwikkeld. Daarbij is het wel van essentieel belang dat, ondanks dat de problematiek van seksueel geweld en huiselijk geweld deels overlappen, deze niet als gelijk worden beschouwd. Zo kent seksueel geweld een andere aard en dynamiek, en is de impact van seksuele dwang anders. Dit hangt ermee samen dat seksualiteit doorgaans een intieme en positieve ervaring is, terwijl geweld altijd negatief is. Door de ingewikkelde relatie tussen dwang, het schenden van vertrouwen en seksualiteit heeft de inbreuk op seksualiteit een andere impact dan fysiek geweld of huiselijk geweld zonder seksueel geweld. Ook voor andere aanpalende problematieken, zoals loverboys en mensenhandel geldt een eigen dynamiek. De ministeries dienen erop aan te sturen dat in de beleidsmatige inbedding bij de gemeenten (en in de gemeentelijke regiovisies) voldoende expertise aanwezig is om verschillen in de aanpak van de problematieken naar behoren uit te werken.

Het bovenstaande betekent dat de landelijke overheid landelijke kwaliteitscriteria zou moeten vaststellen en via (tijdelijke) subsidiëring eisen moet stellen aan de voorwaarden waaronder de functies ingevuld worden. Daarnaast hebben gemeenten de verantwoordelijkheid voor zorg en veiligheid, waaronder zorg voor slachtoffers van seksueel geweld en dient de aanpak van seksueel geweld, waaronder de bundeling van CSG-functies, onderdeel te zijn van een gemeentelijk beleid.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

Beschrijving Centrum Seksueel Geweld Utrecht

B1.1 Inleiding

Op 17 januari 2012 is het Centrum Seksueel Geweld (CSG) Utrecht geopend. Het centrum heeft als doel alle relevante forensische, medische en psychologische zorg onder één dak te leveren aan slachtoffers van seksueel geweld. De aanleiding voor het oprichten van het centrum is de versnippering van de zorg aan slachtoffers van seksueel geweld. Er bestond al wel een samenwerking tussen het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht), de Forensisch Medische Maatschap Utrecht (FMMU) en de politie (zedepolitie en Forensische Opsporing), beschreven in het MOSS-protocol. Het protocol richtte zich vooral op het medische forensisch onderzoek en er was geen rol voor de psychologische hulp en opvang van slachtoffers in de acute fase vastgelegd. Slachtoffers van seksueel geweld moesten zelf hulp zoeken bijvoorbeeld door de huisarts in te schakelen.

Het team van het Landelijk Psychotraumacentrum (PTC) van het UMC Utrecht heeft het initiatief genomen voor het opzetten van het CSG, naar aanleiding van een zesjarig onderzoek (van 2005 tot 2011) onder ruim driehonderd slachtoffers van seksueel geweld. Hieruit bleek dat slachtoffers gemiddeld één jaar wachten met hulp zoeken en te maken krijgen met versnipperde zorg. Uit groter onderzoek was al bekend dat de helft van hen een posttraumatische stress-stoornis ontwikkelt. De multidisciplinaire benadering van slachtoffers zou de kans hierop kunnen verkleinen.¹ Een belangrijke voorwaarde hierbij is dat alle hulp op één plek gecentreerd is, en een nadrukkelijke rol is weggelegd voor de opvang van slachtoffers in de acute fase en in de fase erna. In het buitenland (Verenigde Staten en Scandinavië) is integrale en gecoördineerde hulp aan slachtoffers van seksueel geweld op één locatie al gerealiseerd in zogenoemde Rape Centers.²

De oprichting van het CSG Utrecht heeft een aanloop gekend van ruim twee jaar, waarbij de initiatiefnemers proactief ketenpartners zijn gaan benaderen om uitleg te geven over het doel en de opzet van de samenwerking.³ In 2010 is een eerste bijeenkomst gepland om het draagvlak te toetsen voor deze multidisciplinaire benadering. Twintig professionals van verschillende organisaties en disciplines waren hierbij aanwezig. Op het initiatief om in de

¹ Bicanic, I. *Geïntegreerde opvang aan slachtoffers van verkrachting*. Cogiscope 0312.

² Bicanic, I. et al. *Multidisciplinaire zorg onder één dak voor slachtoffers van verkrachting*. Critical Care nr. 06/2012.

³ Interviews met de oprichters van het CSG Utrecht, Iva Bicanic en Astrid Kremers.

bestaande zorg meer disciplines te gaan betrekken, werd positief gereageerd.⁴ Tot aan januari 2013 hebben negen bijeenkomsten plaatsgevonden om zowel de samenwerking op bestuurlijk als op uitvoerend niveau vorm te geven. De notulen van deze bijeenkomsten laten de betrokkenheid van deelnemers zien, niet alleen in aantal en in diversiteit, maar ook door de inhoudelijke discussies die worden gevoerd. Deze gaan onder andere over de uitvoering, het opstellen en het verfijnen van de werkprocessen en -afspraken en het opstellen en concretiseren van de protocollen.

Vanuit de initiatiefnemers is veel tijd en energie gestoken in het benaderen van de samenwerkingspartners en er is getracht niet alleen op management-niveau samenwerking te bereiken, maar ook direct op de werkvloer en vanuit de werkvloer commitment te krijgen, door onder andere het geven van presentaties of 'meelopen' met elkaar. Zo heeft een casemanager van het CSG Utrecht een week meegelopen met de zedenpolitie en andersom, heeft de zedenpolitie een week meegelopen met een casemanager van het CSG. Maar samenwerking wordt ook bereikt doordat de partijen meedenken, meepraten en meebeslissen. Ook zijn de kernpartners (SEH UMC Utrecht, PTC UMC Utrecht, Kinderpediatrie UMC, zedenpolitie Utrecht, de FMMU, de FPKM, Juridische ondersteuning slachtoffers seksueel geweld (JOSS-advocaten)) samen op werkbezoek geweest bij het Rape Center Aarhus in Denemarken om te leren van de ervaringen daar.

Doelstelling

De samenwerking heeft als doel kwaliteitsverbetering van de zorg voor slachtoffers van seksueel geweld te bewerkstelligen, alsook het optimaal kunnen uitvoeren van forensisch medisch onderzoek door afstemming van de samenwerkende disciplines.⁵ Er is afstemming van werkzaamheden, maar er is ook een duidelijke scheiding tussen de werkzaamheden behorend bij de forensische opsporingslijn en bij de zorglijn.

1. Voor de forensische opsporingslijn geldt dat de samenwerking borgt dat op juiste wijze tactisch en forensisch bewijs verzameld wordt ten behoeve van het opsporingsonderzoek.
2. Voor de zorglijn gaat het om het voorkomen, beperken en/of behandelen van psychische en/of lichamelijke gevolgen van het seksueel geweld.

De uitgangpunten die uit de doelstelling volgen zijn:

- alle zorg onder één dak voor slachtoffers van acuut seksueel geweld (<7 dagen geleden) in de regio Midden Nederland;
- 24-uurs bereikbaarheid op het speciale telefoonnummer;
- multidisciplinaire aanpak en afstemming tussen professionals: adequate zorg en minimale belasting van het slachtoffer;
- protocollair werken;

⁴ Notulen overleg 18-02-2010.

⁵ *Convenant multidisciplinaire samenwerking binnen Centrum Seksueel Geweld* p.1.

- nazorg: proactieve benadering van het slachtoffer, doorverwijzen en screening op ontwikkeling van psychosociale klachten;
- watchful waiting;
- advies- en informatiefunctie voor slachtoffers van niet-acuut seksueel geweld, professionals en anderen;
- verbinding met wetenschappelijk onderzoek van het PTC en andere afdelingen van het UMC Utrecht.

B1.2 Bestuurlijke organisatie en financiering

Bestuurlijke organisatie

De kernpartners van het CSG Utrecht zijn het UMC Utrecht (daarbinnen de afdelingen: SEH, Infectiologie, Pediatrie, soa-poli en het PTC), de politie Utrecht, de FMMU en de FPKM. Bestuurders van deze organisaties hebben op 17 januari 2012 de overeenkomst multidisciplinaire samenwerking binnen het Centrum Seksueel Geweld ondertekend, waarmee het CSG bestuurlijk is geborgd. De overeenkomst heeft een duur van vijf jaar. De coördinator van het CSG is tevens hoofdbehandelaar van de slachtoffers die zich melden bij het CSG.

De taakverdeling tussen de kernpartners is als volgt:

- De zedenrechercheurs en forensisch rechercheurs van de politie Utrecht verrichten het opsporingsonderzoek.
- De forensisch artsen van de FMMU voeren het forensisch onderzoek bij meerderjarigen uit.
- De forensisch artsen van de FPKM voeren het forensisch onderzoek bij minderjarigen uit.
- De verpleegkundigen van de SEH UMC Utrecht vangen de slachtoffers op in de acute fase en coördineren de zorg en afstemming tussen de verschillende professionals.
- De casemanagers van het PTC benaderen de slachtoffers in de nazorgfase voor screening op acute stressstoornis (ASS), PTSS en andere klachten en doorverwijzing naar de juiste hulpverlening. Indien geïndiceerd geven de casemanagers zelf evicende-based traumabehandeling.
- Bemensing van de 24-uurs telefoonlijn door opgeleide hulpverleners: binnen kantooruren zijn dat de casemanagers van het PTC, buiten kantooruren neemt de dienstdoende verpleegkundige van de SEH UMC Utrecht de telefoon aan.

Naast de kernpartners werkt het CSG samen met regionale organisaties, die een aantal maal per jaar samenkomen in de overleggroep. De overleggroep bestaat uit meerdere afdelingen van het UMC Utrecht: de SEH, het PTC, Infectiologie AZU, Kinderinfectiologie Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ), Algemene pediatrie WKZ, gynaecologie en de soa-polikliniek. Daarnaast zijn

aanwezig: de FPKM, FMMU, politie, GGD/Sense, JOSS-advocaten, BJZ Utrecht/AMK en Slachtofferhulp Nederland.

Het CSG werkt daarnaast samen met ggz-instellingen, zoals Altrecht of PsyQ en vrijgevestigde psychologen, in verband met het doorverwijzen bij psychosociale hulp. Het CSG heeft met deze organisaties afspraken gemaakt betreffende de samenwerking en doorverwijzing. Als het slachtoffer al (therapeutische) hulp krijgt, neemt de casemanager van het CSG contact daarmee op als het slachtoffer toestemming geeft.

Bij kans op soa's en/of ongewenste zwangerschap verwijst het CSG door naar Siriz, soms ook FIOm en de soa-poli. Andersom kunnen organisaties slachtoffers van seksueel geweld verwijzen naar het CSG.

De samenwerking en afstemming met het Advies Steunpunt Huiselijk Geweld/Moviera vrouwenopvang is (nog) niet bewerkstelligd. Dit komt veelal doordat de casemanagers zelf slachtoffers doorverwijzen naar de benodigde hulpverlening. Ook is er niet veel contact met de gemeenten in de regio Midden Nederland. De contacten die er zijn, bestaan uit een bezoek van burgemeester Wolfsen en een subsidie voor de organisatie van de Internationale Rape Conference 2010.

Financiering

De vier kernfuncties van het CSG worden gefinancierd door de reeds bestaande geldstromen. De kernfunctie van forensisch onderzoek en opsporing wordt gefinancierd door het rijk, via de politie. De kernfunctie van het medisch onderzoek wordt gefinancierd door de zorgverzekeraar. Als een slachtoffer bij de SEH binnenkomt, wordt hij of zij ingeschreven en wordt op die naam een DBC (Diagnose Behandel Combinatie) opgestart en de benodigde medische hulp daarop geschreven. De kernfunctie van de psychosociale hulpverlening wordt gefinancierd voor zover een DBC ggz-behandeling wordt opgestart en verstrekt door een erkende ggz-behandelaar.

De taken die niet onder de reguliere financiering vallen, zijn de coördinatie-taken van het CSG, de consultatievragen van naasten en professionals, de PR-werkzaamheden en een deel van de casemanagerstaken (indien geen DBC wordt opgestart in het PTC).

De coördinatie-taken en taken van de casemanager kunnen niet worden weggeschreven en worden nu niet gespecificeerd gefinancierd door het UMC Utrecht. Het CSG heeft in 2012 subsidie ontvangen van Fonds Slachtofferhulp onder meer voor PR-taken, het opleiden van de SEH-verpleegkundige en de begeleiding van vier initiatieven in den lande voor het opzetten van een CSG. Het betreft een eenmalige subsidie, geen structurele financiering.

In de subsidieaanvraag voor het Landelijke Netwerk Centra Seksueel Geweld⁶ staan de geraamde kosten beschreven voor het opzetten en uitvoeren van het CSG, die niet binnen de reguliere financiering van zorgverzekeraars vallen; dit zijn de regionale en landelijke coördinatie/de regionale en landelijke PR/het

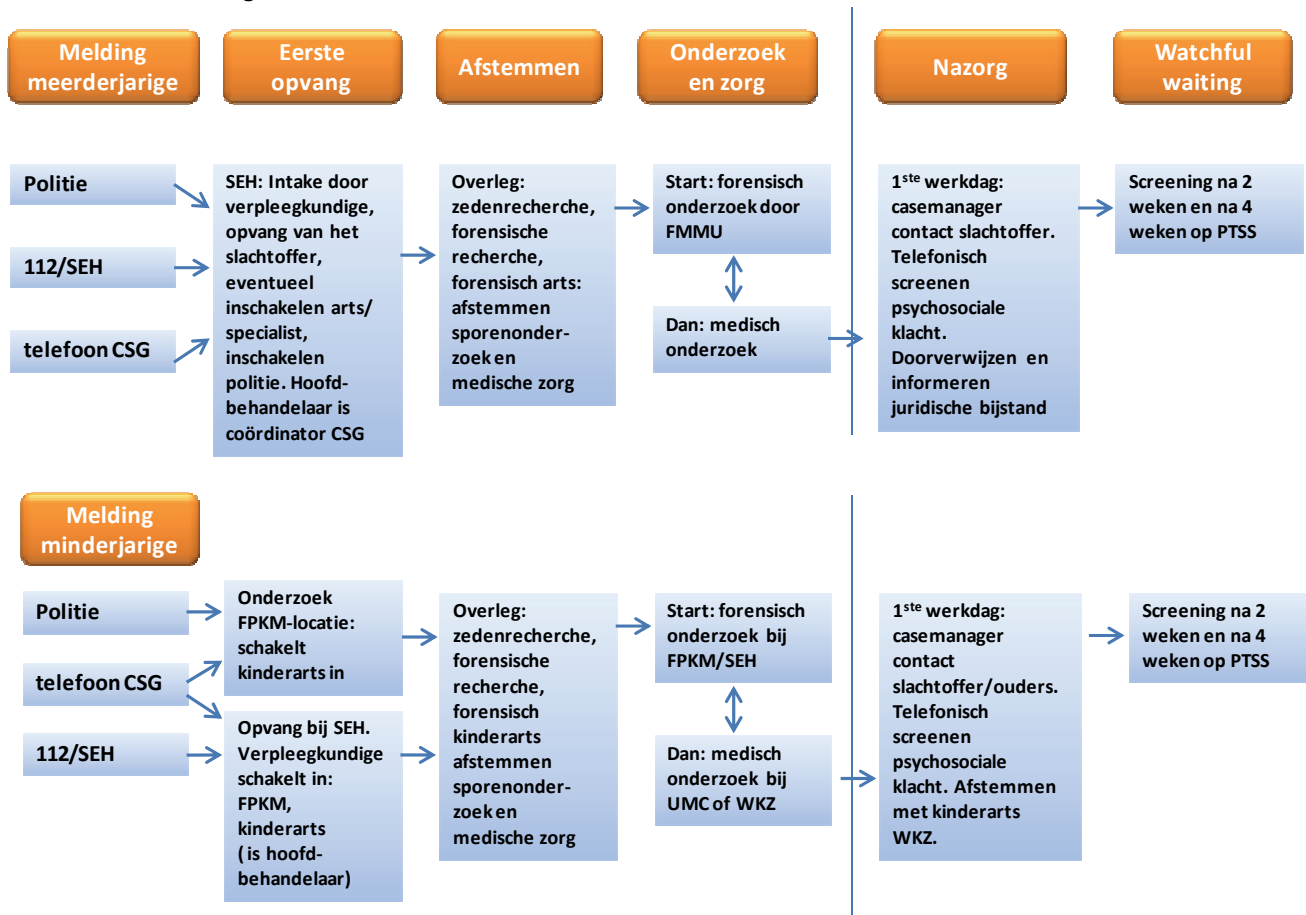
⁶ Subsidieaanvraag versie 1 d.d. 28 november 2012.

boventallig inzetten van een (forensisch) verpleegkundige in de SEH/opleiding forensische verpleegkunde/beschikbaar stellen van een sporenvrije ruimte, en het CSG toegankelijk maken voor onverzekerden.

B1.3 Werkwijze

In deze paragraaf staan we stil bij de wijze waarop in het CSG de eerste opvang, nazorg en informatie-uitwisseling is geregeld. We beginnen met de drie manieren waarop slachtoffers bij het CSG aankloppen. In het stroomschema (figuur B1.1) is de route te zien die slachtoffers nemen.

Figuur B1.1 Stroomschema slachtoffers CSG Utrecht



Routes van binnenkomst

Slachtoffers van acuut seksueel geweld kunnen op verschillende wijzen binnenkomen bij het CSG, namelijk via de politie, doordat zij zich melden via de telefonische hulpdienst van het CSG, of door naar de SEH te gaan. Als een slachtoffer zich meldt bij de politie, belt de politie de verpleegkundige van de SEH om de komst van het slachtoffer aan te kondigen. Ook maakt de zedenrechercheur van de politie de afweging of een forensisch medisch

onderzoek nodig is en schakelt hij of zij vervolgens een forensisch arts in. De forensisch artsen van de FMMU werken in piketdiensten en de dienstdoende arts gaat naar de SEH. Dit is dezelfde werkwijze als voor de oprichting van het CSG.

Wanneer slachtoffers de telefoonlijn van het CSG bellen (088-7555588), wordt onderscheid gemaakt tussen een acute hulpvraag of een andere vraag. Bij urgente gevallen wordt het slachtoffer direct naar de dienstdoende casemanager doorverwezen en wordt het slachtoffer telefonisch direct te woord gestaan. Als het slachtoffer contact wil met de politie, wordt het contact gelegd en gaat de politie met het slachtoffer naar de SEH. Wil het slachtoffer geen hulp van de politie, maar wel medische zorg, dan wordt het slachtoffer verwezen naar de SEH. De casemanager belt de dienstdoende verpleegkundige op de SEH om te laten weten dat het slachtoffer eraan komt. Indien het slachtoffer acute psychische zorg behoeft, bijvoorbeeld vanwege een psychose of suïcidaliteit, wordt 112 gebeld. Om sporen veilig te kunnen stellen, verzoekt de casemanager het slachtoffer niet te eten en te drinken, toiletbezoek te vermijden, zich niet te wassen of te douchen, alles op het plaats delict zoveel mogelijk onaangetast te laten/gedragen kleding niet in de wasmand of wasmachine te stoppen/gedragen kleding los te laten liggen.⁷ Wanneer een slachtoffer op eigen initiatief naar de SEH gaat, bespreekt de verpleegkundige van de SEH met het slachtoffer of de zedenpolitie ingeschakeld mag worden voor een informatief gesprek (zie verder eerste opvang).

Eerste opvang SEH; volgens protocol >= 18 jaar

Het slachtoffer wordt aangemeld bij de receptie, de verpleegkundige stelt zich voor als de contactpersoon en beoordeelt de ernst van de klachten en schakelt, indien nodig, de SEH-arts of specialist(en) in. Vanaf 1 oktober 2013 is de arts interne standaard betrokken. De verpleegkundige geeft uitleg omtrent de procedure van het forensisch en medisch onderzoek en de psychologische zorg. De verpleegkundige biedt geen eten/drinken aan en geeft bij voorkeur geen hand. Bij toiletbezoek zorgt de verpleegkundige ervoor dat de urine wordt opgevangen.

Een belangrijke stap bij de opvang op de SEH is de medische screening door de verpleegkundige en het overleg tussen de forensische recherche (twee forensisch rechercheurs en één zedenrechercheur) en de forensisch arts. Het forensisch onderzoek (FO) gaat voor het medisch onderzoek (MO), tenzij er sprake is van spoedeisende verwondingen waarvoor een arts direct ingeschakeld moet worden. In het klinisch pad opvang CSG-patiënt staat aangegeven: 'per casus zal de volgorde van het FO/verpleegkundig/medisch onderzoek kunnen afwisselen, afhankelijk van hoe groot de kans is om 'verse' sporen te contamineren'.⁸

⁷ Protocol CSG-telefoon. Versie 2 februari 2012.

⁸ Protocol Spoed Eisende Hulp bij slachtoffers van seksueel geweld. Divisie Kinderen UMC Utrecht/WKZ, p.3.

De forensisch arts, forensisch rechercheur en de CSG-verpleegkundige zijn aanwezig bij het FO. De zedenrechercheur bevindt zich ook in de kamer, maar buiten het gezichtsveld van de patiënt. In lijn met de doelstelling van het CSG dat het slachtoffer zo min mogelijk wordt belast, vindt afstemming tussen het FO en MO plaats. Als de forensisch arts bijvoorbeeld een buisje bloed moet afnemen, kan er gelijk een extra buisje worden afgenomen dat de verpleegkundige naar het lab kan sturen.

Het FO is gericht op het vinden van sporen. Het MO richt zich op het testen van soa's, zwangerschap e.d. en indien nodig het inschakelen van de infectioloog (voor het toedienen van vaccinaties en medicatie), de gynaecoloog e.d.

De kamer waar het forensisch medisch onderzoek plaatsvindt, is een onderzoekskamer bij de SEH, de zogenaamde mrsa-kamer. Het CSG werkt eraan om een sporenvrije onderzoekskamer beschikbaar te krijgen speciaal voor het forensisch medisch onderzoek, dat voldoet aan alle criteria.

Na afloop van het FO en MO geeft de verpleegkundige het slachtoffer uitleg over de medicatie, en geeft een aantal folders mee, waaronder een folder over het CSG Utrecht. Daarnaast geeft de verpleegkundige aan dat een casemanager de eerste volgende werkdag zal bellen.

Hiervoor is een checklist opgesteld. De verpleegkundige stuurt een e-mail naar het PTC met het UMC-patiëntnummer en contactgegevens van het slachtoffer, zodat de casemanager dit de eerst volgende werkdag kan oppakken. De verpleegkundige vult tevens in het elektronisch patiëntendossier EZIS een formulier in met de naam en gegevens van de patiënt, met de aard van het incident, medische gegevens en de acties die op de SEH hebben plaatsgevonden (bloedtesten, medicaties, vaccinaties).

De arts (SEH, of AIOS interne, gynaecoloog, infectioloog of anders) doet de verslaglegging van het medisch onderzoek in het registratiesysteem EZIS en stelt de brief naar de huisarts op.

De eerste opvang van de slachtoffers van seksueel geweld bij de SEH is dus gericht op medische zorg en forensisch onderzoek. De psychosociale hulpverlening wordt de eerste werkdag na het bezoek aan de SEH gestart door de casemanagers (tenzij het slachtoffer direct psychologische zorg behoeft).

In alle gevallen noteert de SEH twee telefoonnummers en een e-mailadres van slachtoffer en/of ouders/verzorgers, zodat de casemanager op meerdere manieren contact kan zoeken. De gemiddelde duur dat een slachtoffer (volwassene en minderjarige) aanwezig is bij de SEH, is 3 à 4 uur.

Eerste opvang FPKM; volgens protocol <18 jaar.

Indien een slachtoffer jonger dan 18 jaar is, wordt voor het forensisch onderzoek de forensisch arts van de FPKM ingeschakeld. De FPKM werkt landelijk en heeft mobiele teams, maar omdat het kantoor in Utrecht is, gaan de minderjarige slachtoffers in acute situaties naar de FPKM toe. Hier is een speciale onderzoeksruimte ingericht met de juiste apparatuur om inwendig

onderzoek bij kinderen te kunnen verrichten. De onderzoeksruimte heeft een kindvriendelijke inrichting. De FPKM en UMC Utrecht streven ernaar om de onderzoeken onder de beste omstandigheden in het UMC te kunnen laten plaatsvinden.

In principe wordt het kind dus eerst gezien door de forensisch arts van de FPKM. Er kan hiervan worden afgeweken, bijvoorbeeld als acute medische zorg nodig is. De arts die het slachtoffer als eerste ziet, schakelt volgens protocol altijd de andere arts in bij een incident dat korter dan 3 dagen geleden heeft plaatsgevonden (kinderarts ↔ forensische arts).⁹

De kinderarts van het WKZ wordt ingeschakeld voor de benodigde medische zorg en is niet aanwezig bij het forensisch onderzoek. De opsporingslijn en curatieve lijn worden strikt gescheiden gehouden. Het team van kinderartsen bestaat uit vijf mensen; drie kinderartsen sociale pediatrie, één kinderarts intensivist¹⁰ en één kinderneuroloog. Zij hebben 24/7 dienst.

Een kinderarts geeft aan dat de patiënten uit voorzorg overbehandeld worden; de kinderarts schat de kans in van de transmissie van virussen en recentelijk (voorjaar 2013) is in het protocol opgenomen dat ook minderjarigen PEP-medicatie toegediend kunnen krijgen na verkrachting.

Nazorg

De nazorg wordt uitgevoerd door de casemanager. Het team bestaat uit acht casemanagers van het PTC.

De eerste werkdag nadat een slachtoffer bij de SEH is geweest, neemt de dienstdoende casemanager contact op met haar/hem (of de ouders/verzorgers). De casemanager vraagt eerst of het slachtoffer akkoord is dat de casemanager belt en legt vervolgens het doel uit van het gesprek: informatie geven, stress-reductie, preventie PTSS. In het protocol wordt dit naar drie domeinen onderscheiden.¹¹

- Medisch: hoe is het SEH-bezoek ervaren/vragen rondom medicaties of soa's/afspraken met CSG-partners/huisarts op de hoogte?
- Psychisch: onder andere gericht op de huidige stressreacties/eet- en slaappatroon/veiligheid/hulpvraag.
- Juridisch: hoe is het contact met de politie ervaren/forensisch-medisch onderzoek/is melding of aangifte gedaan/is slachtofferhulp ingeschakeld?

De casemanager bespreekt met het slachtoffer welke hulp geïndiceerd is. Indien er al hulpverleners betrokken zijn, neemt de casemanager na toestemming van het slachtoffer contact op met de behandelaar en overlegt met deze of de behandelaar de problematiek van het seksueel geweld op zich

⁹ Protocol Spoed Eisende Hulp bij slachtoffers van seksueel geweld. Divisie Kinderen UMC Utrecht/WKZ, p.4.

¹⁰ Een intensivist is een medisch specialist die zich verder gespecialiseerd heeft in het behandelen van patiënten op een intensivereafdeling.

¹¹ Protocol Spoed Eisende Hulp bij slachtoffers van seksueel geweld. Divisie Kinderen UMC Utrecht/WKZ, p.7-8.

kan en wil nemen; of dat een behandeling bij het PTC of andere organisatie nodig is. Indien er wordt doorverwezen, gebeurt dit meestal via warme overdracht (telefonisch).

Het volgende contactmoment met het slachtoffer is twee weken na het bezoek van de SEH en na vier weken. Bij beide contactmomenten wordt de screeningslijst telefonisch afgenomen om te screenen op acute stressstoornis (ASS) en posttraumatische stressstoornis (PTSS). Bij kinderen van acht tot achttien jaar wordt de CRIES13 afgenomen (vragenlijst voor het screenen op posttraumatische stressklachten bij kinderen van 8 tot 18 jaar). Bij slachtoffers onder de 25 jaar worden de ouders standaard begeleid. De casemanagers gaan uit van het principe 'watchful waiting'. In de meeste gevallen lukt het de casemanager om contact te krijgen met het slachtoffer.

Het justitiële traject

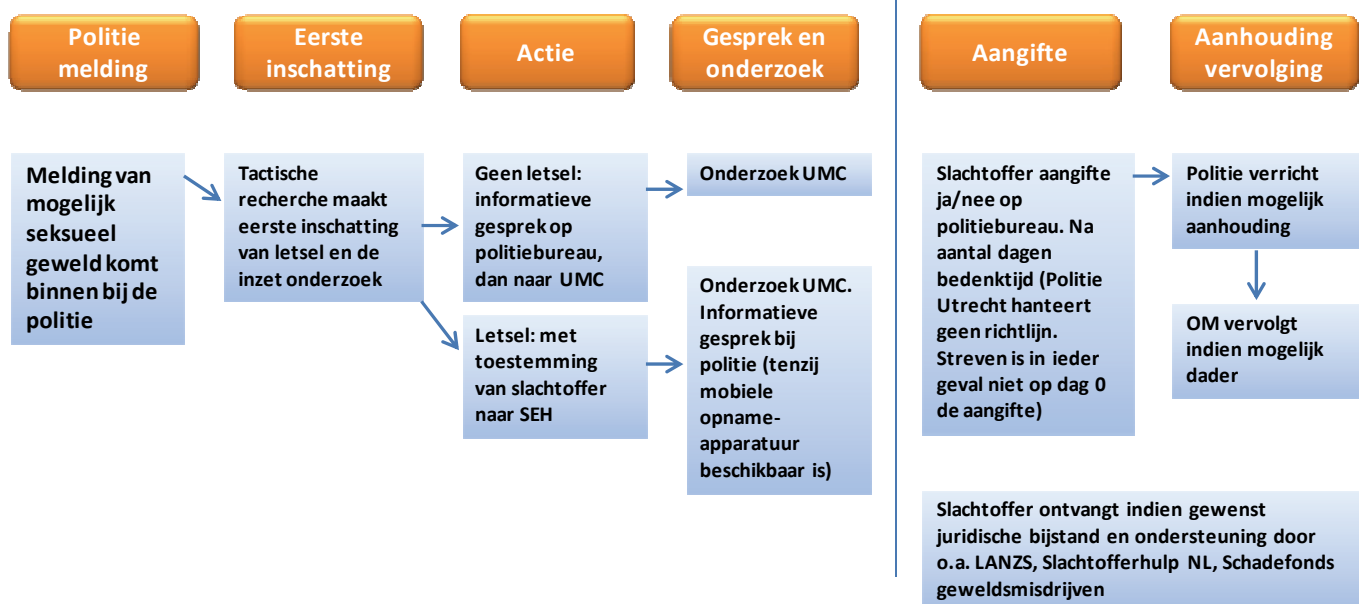
Het justitiële traject loopt vanaf de melding van het slachtoffer tot aan eventuele vervolging van het OM en juridische bijstand van het slachtoffer. De politie wordt ingeschakeld door het slachtoffer zelf, het CSG of de SEH. De meeste meldingen (62 procent) van seksueel geweld komen binnen via de politie. Twee tactische rechercheurs van de zedenpolitie maken de inschatting of het slachtoffer spoedeisende hulp nodig heeft en of en welke vervolgonderzoeken nodig zijn. Als er sprake is van letsel en indien het slachtoffer instemt wordt de SEH en de forensisch arts ingeschakeld en gaat de politie samen met het slachtoffer naar de SEH. Indien er geen sprake is van (ernstig)letsel heeft de politie met het slachtoffer een eerste gesprek op het bureau, omdat daar opnameapparatuur beschikbaar is. Het Forensisch Medisch onderzoek vindt wel plaats bij het UMC. Vanuit een eerder samenwerkingsverband tussen politie, forensisch arts en UMC Utrecht, vastgelegd in het eerder genoemde MOSS-protocol, was deze procedure al vastgelegd.

Als iemand zichzelf meldt bij de SEH en betrokkenheid van de politie wilt, gaat de zedenpolitie naar de SEH. Eventueel kan mobiele opnameapparatuur mee worden genomen voor opname van het informatieve gesprek. Aangifte wordt veelal de dag(en) na het voorval gedaan op het politiebureau. De zedenpolitie raadt het slachtoffers aan om er in ieder geval een nacht over te slapen voordat hij/zij aangifte doet. De politie hanteert geen richtlijn of protocol; aangifte is ook direct mogelijk, maar gezien het grote aantal valse of onterechte meldingen, en het feit dat een aangifte niet teruggetrokken of ongedaan kan worden gemaakt, wordt geadviseerd enige bedenktijd te nemen. Het afnemen van de aangifte gaat gepaard met kritische vragen, dus ook met het oog op de emotionele toestand van het slachtoffer vindt de zedenpolitie Utrecht het beter om de aangifte na dag 0 af te nemen.

Na de aangifte wordt onderzocht of vervolging mogelijk is, en kan het slachtoffer juridische bijstand krijgen van LANZS-advocaten (Landelijk Advocaten Netwerk Zeden Slachtoffers) en ondersteuning van Slachtofferhulp Nederland en Schadefonds Geweldsmisdrijven.

In onderstaand stroomschema is het juridische traject van het CSG Utrecht weergegeven.

Figuur B1.2 Stroomschema juridisch traject CSG Utrecht



Samenwerking en informatie-uitwisseling

De samenwerking met de kernketenpartners (SEH, forensisch arts, politie, PTC) is opgenomen in protocollen. De informatie-uitwisseling staat ook beschreven. De politie geeft informatie (alleen die informatie die nodig is om goede medische zorg te geven) aan de forensisch arts en de SEH-verpleegkundige. Indien nodig en relevant geeft de politie ook informatie over de melding/aangifte/aanhouding aan de casemanager. Om de opsporingslijn en zorglijn gescheiden te houden (ook in verband met eventuele juridische stappen bij vervolging verdachte) worden de resultaten van het forensisch onderzoek niet aan de arts en casemanagers gegeven. Op deze wijze wordt de vertrouwensrelatie tussen de behandelaars en het slachtoffer gewaarborgd. Andersom wordt de medische informatie niet aan de politie of forensisch artsen gegeven, omdat hun taak alleen de opsporing van de dader betreft. Bij minderjarige slachtoffers, kan de casemanager relevante informatie opvragen bij de kinderarts van het WKZ, maar niet bij de forensisch arts van het FPKM.

De informatie-uitwisseling is beperkt, maar door samenwerking wordt wel zo mogelijk dubbel medisch onderzoek en vragen stellen aan het slachtoffer voorkomen. Bepaalde medische handelingen worden wel door de forensisch arts gedaan, zoals het afnemen van een extra buisje bloed.

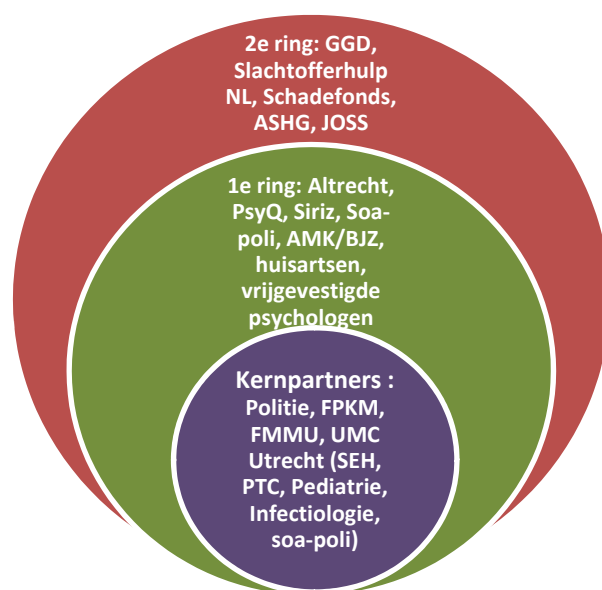
Er wordt verschillend samengewerkt met regionale en landelijke partijen. Van alle slachtoffers die zich melden bij het CSG, gaat er een brief naar de huisarts met informatie over de behandeling bij de SEH. Alle slachtoffers krijgen een

casemanager toegewezen. De casemanager werkt met de partijen uit de tweede lijn samen als een slachtoffer wordt doorverwezen of een behandelaar van reeds lopende hulpverlening geconsulteerd moet worden. Er wordt onder andere doorverwezen naar ggz-instellingen zoals Altrecht en PsyQ, de GGD Sense, en naar Siriz of Fiom bij ongewenste zwangerschap. De casemanager maakt slachtoffers ook attent op het feit dat zij vrijwillige hulp kunnen krijgen van Slachtofferhulp Nederland, via het Schadefonds Geweldsmisdrijven een aanvraag kunnen doen voor een schadevergoeding, en via JOSS-advocaten (aangesloten bij LANZS) gratis juridische bijstand kunnen krijgen als dit nodig is.

Andersom kunnen organisaties ook slachtoffers doorverwijzen naar het CSG als er sprake is van acuut seksueel geweld of als zij vragen hebben hieromtrent. Zo melden zich bij het ASHG in Utrecht slachtoffers van mensenhandel bij wie sprake kan zijn van een acute situatie van seksueel geweld, of meisjes uit gesloten jeugdzorginstellingen (zogenoemde jeugdzorg plus). Zij kunnen dan doorverwezen worden. Bij minderjarige slachtoffers licht de politie of de FPKM het AMK in. Het AMK start vervolgens een onderzoek.

Schematisch kan onderscheid worden gemaakt tussen de kernpartners, een eerste ring van ketenpartners, waarmee het CSG samenwerkingsafspraken heeft gemaakt, al dan niet vastgelegd in een protocol. En een tweede ring van regionale organisaties waarmee geen samenwerkingsafspraken zijn gemaakt. Deze organisaties hebben een directe hulpverleningsrelatie met het slachtoffer. De tweede ring van organisaties bestaat uit organisaties waar zo nodig naar kan worden doorverwezen of die juist doorverwijzen naar het CSG, maar waarmee (nog) geen samenwerkingsafspraken zijn gemaakt.

Figuur B1.3 Betrokken partijen CSG Utrecht



Wijze van registratie

Het UMC Utrecht werkt met het registratiesysteem Ezis. Dit systeem is voor alle betrokken professionals van het UMC Utrecht toegankelijk. In Ezis zijn er openbare delen, zoals wanneer iemand bij het UMC is geweest, waarom en hoe er is behandeld, en er zijn afgeschermden delen, zoals gespreksverslagen of behandelresultaten. In principe is alleen die informatie per professional van het UMC zichtbaar die voor die professional relevant is.

Het CSG houdt een database bij om de doelgroep in kaart te kunnen brengen; naast demografische kenmerken als leeftijd en geslacht, worden veel andere variabelen in de database ingevoerd; zoals aard van het seksuele geweld, welke medici zijn ingezet, welke onderzoeken zijn gedaan, wat de uitslagen zijn en welke hulp wordt ingezet.

B1.4 Uitvoering in cijfers

Het CSG houdt in een database bij wie zich bij het CSG meldt en welke hulp wordt verleend. Zo is er zicht op de doelgroep en de eventuele veranderingen in de doelgroep, zoals het aantal zelfmelders.

De werkprocessen zijn opgenomen in protocollen. Deze zijn opgesteld door de kernpartners en worden aan de hand van evaluaties aangepast.

Het CSG is meerdere malen geëvalueerd (na één maand, 22 weken, 40 weken en na 1 jaar). In de periode van 22-1-2012 tot en met 15-10-2013 (1 jaar en 8 maanden) hebben zich 108 slachtoffers van seksueel geweld in de acute fase (≤ 7 dagen geleden) bij het centrum gemeld. In 99 gevallen gaat het om vrouwen en 9 keer om mannen. 56 procent is boven de 18 jaar ($n=61$) en de overige 47 slachtoffers zijn minderjarig.

Slachtofferkenmerken

Driekwart van slachtoffers komt uit de provincie Utrecht. Vier vijfde van de slachtoffers die zich bij het CSG melden, is van Nederlandse afkomst ($n=88$), 12 procent is van niet-westerse afkomst ($n=13$) en 6,5 procent van westerse afkomst ($n=7$).

In 61,9 procent van de gevallen is de politie de verwijzer; 17,1 procent is doorverwezen door een (huis)arts, 10,5 procent is zelfverwijzer, 9,5 procent wordt doorverwezen door psychische hulpverlening en 1 procent wordt door familie/netwerk doorverwezen naar het CSG Utrecht. In ruim vier vijfde van de gevallen is de pleger een bekende ($n=89$). De meeste slachtoffers melden zich op dag 0 (28,6 procent) of op dag 1 (34,3 procent).

Een derde van de slachtoffers heeft eerder seksueel geweld meegemaakt (32,4 procent), ruim vier tiende van de slachtoffers (42,6 procent) kent geen historie van seksueel geweld, van de overige kwart van de slachtoffers is het niet bekend (25 procent)

Medische zorg

De meeste slachtoffers krijgen medische zorg in het CSG (88,1 procent, exclusie slachtoffers van aanranding) en bij ruim twee derde wordt spoedeisende hulp ingezet (67,7 procent, exclusie slachtoffers van aanranding). De infectioloog-volwassenen wordt ingezet bij de meeste slachtoffers (86,2 procent, exclusie aanranding en minderjarigen). Bij ruim een tiende wordt de gynaecoloog ingezet (13,5 procent, exclusie voor mannen en aanranding). In slechts een enkel geval is directe hulp van een psycholoog nodig (93 procent, exclusie aanrandingen). Als het gaat om minderjarige slachtoffers (n=43), wordt in de meeste gevallen een kinderarts ingeschakeld (83,7 procent, exclusie volwassenen en aanranding) en in bijna de helft van de gevallen een infectioloog kinderen (46,3 procent, exclusie volwassenen en aanranding).

Bij driekwart van de slachtoffers is geen letsel (75,5 procent). De meeste slachtoffers van de overige kwart hebben dan wel non-genitaal letsel waarvoor geen medische behandeling nodig is (12,7 procent) dan wel non-genitaal letsel, waar wel medische behandeling nodig is (5,8 procent).

Juridisch traject

De politie is in de meeste gevallen betrokken (85,2 procent) en in bijna twee derde van de gevallen wordt forensisch medisch onderzoek verricht (61,7 procent). Dit gebeurt vaker bij minderjarigen (72,2 procent) van bij volwassenen (54,9 procent). Ruim een derde van de slachtoffers besluit over te gaan tot aangifte (34 procent). Veertig procent doet alleen melding bij de politie (40,6 procent) en een kwart (24,5 procent) doet geen melding of aangifte. Bij één geval is er ambtshalve politie-onderzoek verricht (0,9 procent).

Nazorg

Ruim vier vijfde van de slachtoffers (80,6 procent) ontvangt casemanagement als psychische zorg. De overige slachtoffers heeft het casemanagement actief afgewezen (19,4 procent).

Van de 87 slachtoffers bij wie het casemanagement wordt gestart, is in de meeste gevallen drie of meer maal contact met het slachtoffer gezocht (39,1 procent). Bij een kwart is eenmalig contact geweest (25,3 procent) en bij twintig procent is er twee maal contact geweest (20,7 procent).

In bijna de helft van de gevallen (48 procent) is er reeds bestaande hulp waarmee de casemanager contact zoekt. En bij ruim de helft van de slachtoffers (55 procent) wordt nazorg opgestart.

Advies

In de periode van januari 2012 tot 15 oktober 2013 heeft het CSG Utrecht van 659 personen een of meer malen een telefoontje gehad aangaande seksueel geweld. Dit leidde in bijna twee derde van de gevallen tot een consult (61,5 procent) en in de overige gevallen tot een aanmelding bij het centrum (38,5 procent).

De website van het CSG Utrecht is ruim 2000 maal aangeklikt, met name in de afgelopen vijf maanden.

In onderstaande tabel staat dat weergegeven.

Tabel B1.1 Kenmerken advies

Kenmerken advies			
Telefonisch consult	659 personen . gemiddeld 31 contacten per maand		
Website aangeklikt	187 in periode	1942 in periode	2.129
	1-12 tot 6-13	6-13 tot 10-13	totaal
Website op google getoond	200.498 in periode	217.346 in periode	417.844
	1-12 tot 6-13	6-13 tot 10-13	totaal

B1.5 De praktijk

De uitvoering verloopt over het algemeen genomen zoals in de verschillende protocollen staat opgenomen. Deze protocollen zijn uitgedacht en opgesteld vanuit de werkvloer, en zijn aangepast aan de praktijkervaring. Een aantal voorbeelden zijn:

- De telefoniste van het PTC nam als de CSG Utrecht telefoonlijn overging, direct op en liet haar andere werkzaamheden liggen. De telefoontjes bleken niet altijd te gaan om een acute situatie. Nu is er een keuzemenu gemaakt waardoor de telefoniste weet wanneer het om een acute situatie gaat en daar naar kan handelen.
- In eerste instantie zijn slechts twee verpleegkundigen van de SEH opgeleid voor de CSG-werkzaamheden, maar het blijkt dat het toch beter is om met een grotere pool van verpleegkundigen te werken. Deze pool van 40 à 60 verpleegkundigen zijn in de zomer 2013 getraind.
- De casemanagers hebben in eerste instantie telefonisch contact met het slachtoffer. De volgende afspraken die zij met het slachtoffer maken kunnen ook face-to-faceafspraken zijn, zodat deze bezoeken gedeclareerd kunnen worden via een DBC ggz.

De voorbeelden laten zien dat de werkwijze van het CSG in ontwikkeling is en blijft. De samenwerking en werkzaamheden worden geëvalueerd en waar nodig en waar mogelijk aangepast.

Een aantal punten waarover gesproken wordt in het CSG zijn:

- de aanschaf van de juiste apparatuur in de SEH voor forensisch pediatrisch onderzoek, zodat de FPKM het onderzoek altijd bij de SEH kan uitvoeren en het slachtoffer niet naar twee locaties hoeft;
- de mogelijkheid om forensisch onderzoek te doen als de betrokkenheid van de politie door het slachtoffer niet gewenst is. Indien het slachtoffer zich later bedenkt en wel melding en aangifte wil doen, zijn de sporen door het forensisch onderzoek al verzameld en veiliggesteld.

- Aangezien het sporenonderzoek sowieso plaatsvindt in het UMC, bestaat er de wens een verhoorkamer met de juiste apparatuur op de SEH in te richten zodat de politie het informatieve gesprek met het slachtoffer aldaar kan voeren.
- Ook met betrekking tot de hulpverlening blijft het CSG zich ontwikkelen. Cijfers van het PTC tonen aan dat veertig procent van de slachtoffers een PTSS ontwikkelen, ondanks watchful waiting van de casemanagers. Daarom zal in 2014 worden gestart met early EMDR¹²; in plaats van vier weken wachten totdat de diagnose van PTSS kan worden gemaakt, wordt na ongeveer twee weken als er sprake is van signalen van PTSS al gestart met de behandeling, bij alle slachtoffers die aangeven te willen deelnemen.

De route die slachtoffers volgen

De standaardroute bij een meerderjarig slachtoffer is dat een slachtoffer vanuit huis (of elders) met de politie naar de SEH gaat, waar het forensisch en medisch onderzoek plaatsvindt. Als het slachtoffer vervolgens aangifte wil doen, kan het informatieve gesprek met de politie op de SEH plaatsvinden. Voor aangifte moet zij of hij later naar het politiebureau.

De standaard route bij een minderjarig slachtoffer is dat een minderjarig slachtoffer bij de politie komt en vervolgens naar de FPKM gaat voor het forensische onderzoek. Na het forensisch onderzoek gaat het slachtoffer naar het UMC Utrecht. Voor aangifte gaat het slachtoffer later naar de politie. Het CSG werkt er samen met de FPKM aan dat ook het forensisch onderzoek bij kinderen altijd bij de SEH kan plaatsvinden, door de mogelijkheden te bekijken voor aanschaf van het juiste materiaal dat nodig is voor forensisch pediatrisch onderzoek.

Advisering en samenwerking

De kernpartners van het CSG voelen zich betrokken en zien zichzelf als onderdeel van het CSG. Bij de oprichting is gekozen om vanaf de werkvloer de betrokkenheid van mensen te stimuleren, waardoor de mensen die het werk zouden moeten gaan uitvoeren, mee hebben gedacht met de invulling van taken en werkprocessen. Door meerdere respondenten wordt genoemd dat het enthousiasme van de oprichters aanstekelijk heeft gewerkt.

Door de betrokkenheid van de verschillende professionals zijn de lijnen tussen de organisaties kort. De respondenten (van de kernpartners en eerste ring) geven aan elkaar te kennen en makkelijk contact op te nemen bij vragen of verzoeken. Het werkbezoek aan het Rape Centre in Denemarken heeft de collegialiteit bevorderd, waardoor mensen bereid zijn om zich in te zetten. In de interviews is aangegeven dat dit erg verschilt met hoe de samenwerking was vormgegeven vóór de oprichting van het CSG: de samenwerking was toen erg formeel.

Ook wordt aangegeven dat er, op de informelere manier van samenwerken na, in wezen niet veel is veranderd in de uitvoering van de werkzaamheden van deze organisaties. De politie, forensische opsporing en medische

¹² Early EMDR: Presentatie van Iva Bicanic. 13 september 2013; onderwijsdag CSG's.

professionals werkten al samen en daar ligt de meerwaarde volgens hen meer bij de gevolgen voor het slachtoffer. Het CSG zorgt ervoor dat slachtoffers goed worden opgevangen, niet meerdere malen het verhaal hoeven vertellen of meerdere malen lichamelijk worden onderzocht. De psychologische zorg bestaat uit de opvang, traumascreening, traumabehandeling en ouderbegeleiding.

De meerwaarde van het CSG met betrekking tot de adviesfunctie is meer zichtbaar voor de kernpartners en de organisaties in de eerste ring. De respondenten geven aan dat zij elkaar kunnen consulteren bij vragen over seksueel geweld en dat het CSG een duidelijke rol heeft als expertisecentrum.

Sommige organisaties uit de tweede ring blijken (nog) niet goed op de hoogte te zijn van het CSG. Zij kennen het CSG wel, maar weten niet wat het CSG doet: wie er terecht kan en wanneer.

Voor het functioneren van de vier functies van het CSG lijkt de samenwerking met deze organisaties minder vanzelfsprekend of nodig. Deze organisaties kunnen wel een belangrijke verwijzer zijn naar het CSG. En ook voor het collegiaal consulteren vervult het CSG een belangrijke rol; de evaluatie laat immers zien dat veel professionals het CSG hebben geconsulteerd. Er kan gewerkt worden aan het genereren van meer bekendheid over het CSG en de expertise in onder andere de tweede-ringorganisaties, temeer omdat kennis over het CSG een organisatie werk uit handen kan nemen, zo geeft de Sense-afdeling van de GGD aan. Hebben zij te maken met iemand die recent seksueel geweld heeft meegemaakt, dan verwijzen zij direct door.

Een belangrijke meerwaarde van het CSG volgens de kernpartners, is dat alle hulp op één plek wordt geleverd. De ingang bij de SEH zorgt ervoor dat er geen wachtlijsten zijn voor slachtoffers van seksueel geweld. Een ander voordeel is het registratiesysteem Ezis dat door de professionals van het UMC Utrecht geraadpleegd wordt. Men kan hierdoor makkelijker een behandeling starten of de werkzaamheden starten, zonder te wachten op informatie of toestemming. Bovendien zorgt het UMC Utrecht voor de verbinding met de wetenschap, waardoor volgens enkele kernpartners zowel de evaluatie van het CSG als de behandelingen van patiënten op wetenschappelijke wijze worden aangepakt.

Medische zorg

De medische zorg wordt grotendeels verricht op de SEH. Hierdoor krijgen slachtoffers van seksueel geweld direct de zorg die zij nodig hebben, denk aan medicatie om soa's en zwangerschap tegen te gaan, maar ook behandeling tegen infecties, behandeling van lichamelijk letsel e.d. Een mogelijke succesfactor is dat alle medische disciplines op één plek zijn (het UMC Utrecht) en direct ingeschakeld kunnen worden door de dienstdoende SEH-verpleegkundige, SEH-arts of kinderarts. Hiermee is de medische zorg die wordt geleverd professioneel en compleet. Een kinderarts geeft aan dat slachtoffers per definitie worden overbehandeld, omdat ter preventie medische

behandelingen worden opgestart of medicatie wordt gegeven waarvan nog niet is gebleken dat een slachtoffer deze nodig heeft. Denk bijvoorbeeld aan het toedienen van aids-remmers voordat de uitslag op de HIV-test beschikbaar is. Het risico bestaat dat slachtoffers teveel worden overbehandeld of gemedicaliseerd. Bij aankomst bij de SEH worden zij patiënt van het UMC, terwijl zij geen patiënt hoeven te zijn. Een aantal respondenten geeft aan dat niet alle slachtoffers de medische zorg behoeven die bij de SEH wordt gegeven.

De opvang van het slachtoffer door de verpleegkundige neemt de politie werk uit handen, waardoor de zedenrechercheur en forensisch rechercheur zich meer kunnen richten op hun kernwerkzaamheden. Aan de andere kant duurt het verblijf bij de SEH relatief lang (3 á 4 uur). De rechercheurs voelen zich vaak verantwoordelijk voor het slachtoffer en blijven aanwezig tot alle onderzoeken klaar zijn.

De goede afstemming en informatieverschaffing van de politie en forensisch arts van de FPKM aan de kinderarts, werkt volgens de betrokken professionals goed. In een interview wordt aangegeven dat soms geen extra lichamelijk onderzoek bij het minderjarige slachtoffer nodig is. Door de goede afstemming wordt dubbel lichamelijk onderzoek van het slachtoffer voorkomen.

Forensisch onderzoek

De uitvoering van het forensisch onderzoek gebeurt door twee verschillende organisaties, te weten de FMMU bij meerderjarigen en de FPKM bij minderjarigen. Beide organisatie hanteren een verschillende werkwijze en hebben andere expertise en ervaring. Recentelijk heeft de Gezondheidsraad een studie uitgebracht over de forensische geneeskunde. Hierin wordt gesteld dat op dit moment de kwaliteit in de beroepspraktijk lang niet altijd gegarandeerd is. Bovendien hebben artsen in andere disciplines vaak niet de vereiste kennis van de eerste stappen – melden, sporen veiligstellen – in een medisch-forensisch traject.¹³ De politie schat in of een forensisch medisch onderzoek nodig is. Een verschil met de werkwijze van de Rape Centres in Denemarken is dat daar alle slachtoffers een top-to-toe-onderzoek ondergaan. In Nederland krijgt niet elk slachtoffer een dergelijk onderzoek. Een forensisch arts geeft aan dat voor sporenonderzoek specifieke kennis en (veel) ervaring is vereist om sporen te kunnen zien en dat het daarom belangrijk is om forensisch artsen met veel praktijkervaring dit onderzoek te laten verrichten. Men moet juist gebruikmaken van elkaars expertise, omdat je vanuit een andere professie dingen niet ziet of herkent.

Psychosociale hulpverlening

Slachtoffers van seksueel geweld kunnen getraumatiseerd raken. De casemanagers screenen de slachtoffers hierop om de ontwikkeling van een

¹³ Forensische geneeskunde ontleed. Naar een volwaardige plaats voor een bijzondere discipline. Gezondheidsraad, april 2013, Den Haag.

trauma tegen te gaan, dan wel vroegtijdig op te sporen. Indien geïndiceerd kunnen de casemanagers zelf vroegtijdig traumabehandeling starten, of de slachtoffers doorverwijzen naar ggz-instellingen of vrijevestigde psychologen als dit nodig blijkt, waar vervolgens een ggz-behandeling wordt opgestart. Dit gebeurt veelal door een warme overdracht, waarbij wachtlijsten omzeild kunnen worden. Dit is afgesproken met deze instellingen. Slachtoffers blijken regelmatig (in ongeveer een derde van de gevallen) al in de hulpverlening te zitten. In dat geval wordt contact opgenomen met de behandelaar.

Uit de interviews komt naar voren dat sommige ggz-behandelaren van andere organisaties, niet goed weten hoe zij het onderwerp seksueel geweld moeten aanpakken. Zij zijn bang dat door dit onderwerp aan te snijden, iemand die bijvoorbeeld onder behandeling is voor een stoornis waarbij de behandeling goed blijkt te verlopen, weer een terugval zal krijgen.

Uit de interviews blijkt dat behandelingen in ggz- of andere instellingen niet altijd tijdig worden opgestart. Bij de koppeling van het CSG met het PTC wordt als groot voordeel ervaren, dat de casemanagers indien nodig ook snel de behandeling van PTSS en parallelle ouderbegeleiding kunnen opstarten.

De financiering van de ggz-behandeling loopt via de zorgverzekeraar (via de DBC ggz). De werkzaamheden van de casemanagers, zoals contact opnemen met het slachtoffer, invoeren in registratiesysteem, contact opnemen met behandelaar (warme) overdracht, en de screening PTSS, worden niet vergoed vanuit een DBC. Als een slachtoffer een behandeling bij het PTC start, kunnen de uren van de casemanagers hier wel op worden geschreven. Door screening, watchful waiting en adviezen aan ouders, proberen de casemanagers echter de ontwikkeling van een PTSS tegen te gaan.

Een doel van het CSG is dat door goede zorg en opvang, en de mogelijkheid voor goed forensisch onderzoek, de aangiftebereidheid toeneemt. De casemanager heeft echter geen taak om het slachtoffer te stimuleren aangifte te doen, wel om goede voorlichting te geven. Temeer omdat de scheiding bestaat tussen de opsporingslijn en de zorglijn. De vraag is of deze scheiding wenselijk is.¹⁴

Randvoorwaarden voor CSG's en landelijke dekking

In de interviews wordt het idee bevestigd dat men moet denken in termen van functies en niet (primair) in organisaties. Een randvoorwaarde voor een succesvol CSG is dat de organisaties die deze functies uitoefenen, dit goed kunnen doen. Daarvoor moeten duidelijke werkafspraken worden gemaakt: wie wat doet en wanneer.

Tevens moet men inzicht hebben in elkaars discipline, zodat op het juiste moment de juiste professional wordt ingeschakeld.

Wat betreft de landelijke dekking komt naar voren dat organisaties de verbinding met een UMC als pluspunt ervaren, omdat alle medische zorg aanwezig is en de wetenschappelijke expertise wordt geborgd. Verbinding met

¹⁴ Notulen landelijk overleg CSG kwaliteitscriteria.

een UMC heeft de voorkeur maar is geen randvoorwaarde. Het merendeel van de respondenten geeft aan dat als zij hun werkzaamheden goed kunnen uitoefenen, de plek en organisatiestructuur niet veel uitmaken. De verschillende initiatieven in den lande worden als positief ervaren. Aan de andere kant wordt ook aangegeven dat het goed zou zijn als landelijk zoveel mogelijk eenduidig wordt gewerkt, waardoor het enerzijds voor de organisaties niet uitmaakt met welk CSG ze te maken hebben, en anderzijds dat het voor een slachtoffer niet uitmaakt uit welk deel van Nederland hij of zij vandaan komt.

De coördinator van het CSG in Utrecht is tevens de kartrekker van de landelijke bijeenkomsten voor CSG's. In de landelijke bijeenkomsten CSG wordt momenteel in drie werkgroepen gewerkt aan het opstellen en operationaliseren van kwaliteitscriteria. De werkgroepen zijn ingedeeld in juridische en politiewerkzaamheden, medische zorg, en psychische opvang en psychische zorg. In september 2013 zijn de kwaliteitscriteria gepresenteerd en besproken tijdens de onderwijsdag van het landelijk netwerk CSG's.

B1.6 Bronnen

Literatuur

- Krantenartikelen; o.a. Volkskrant 14-01-2012/Gelderlander 19-01-2012/AD 20-06-2011/Telegraaf 22-06-2011 en 18-01-2012.
- Bicanic, I., G. van Dunschoten, E. Graauwmans. *Multidisciplinaire zorg onder één dak voor slachtoffers van verkrachting*. Critical Care. Nr. 06/2012.
- Binanic, I. *Initiatief tot bundeling zorg voldoet aan behoefte. Geïntegreerde opvang aan slachtoffers van verkrachting*. Cogiscope 03 12.
- Brandt, E. *Zorg na verkrachting nu gebundeld*. Medisch Contact 13 januari 2012. 07. Nr 2.

Documentatie

- Notulen bijeenkomst multidisciplinaire zorg na acute verkrachting in de regio Utrecht, data; 18-02-2010/13-01-2011/03-03-2011/12-05-2011/01-09-2011/10-11-2011/16-02-2012/05-04-2012/10-01-2013.
- Presentaties: 3e Bijeenkomst multidisciplinaire zorg na verkrachting definitief/Centrum seksueel geweld presentatie bijeenkomst 5 april 2012/CSG in oprichting/CSG Utrecht 25-10-2012/CSG Utrecht profiel slachtoffer 24-1-2013/CSG Utrecht toelichting aanvraag 24-1-2013/Evaluatie 16-02-2012/Evaluatie over 40 weken/Landelijk netwerk CSG/Presentatie multidisciplinaire zorg na verkrachting 01-07-2010/Presentatie overeenkomsten en verschillen NL-D 03-03-2011.
- Convenant samenwerking CSG Utrecht 17-01-2012.
- Werkafspraken en protocollen: 12 mei logistiek protocol/Afspraken hoofdbehandelaarschap/Afspraken over communicatie/Logistieke

procedure versie 16 september 2011/Protocol CSG 07062013/werkwijze
CSG telefoon.

- Website www.centrumseksueelgeweld.nl.
- Flyer en folder CSG.
- Trauma Screening vragenlijst en CRIES 13 (screening PTSS).

Interviews respondenten

Kernpartners

- coördinator en casemanager CSG
- casemanager CSG
- kinderarts Wilhelmina Kinderziekenhuis
- team-chef zedenpolitie
- forensisch rechercheur
- forensisch arts FPKM
- forensisch arts FMMU

Samenwerkende partners

- GGD Sense
- Soa-poli
- Siriz
- JOSS advocaat (mede LANZS)
- PsyQ
- Altrecht
- SHG/Moviera

Observaties

- Rondleiding Spoedeisende Hulp door verpleegkundige Gerda van Dunschoten
- Uitleg telefoniste van het CSG: 088-7555588

Registraties

- Korte uitleg Ezis
- Cijfers uit database

BIJLAGE 2

Beschrijving Centrum Seksueel en Familiaal Geweld Nijmegen

B2.1 Inleiding

Het Nijmeegs Centrum voor Seksueel en Familiaal Geweld (CSFG) is op 22 oktober 2012 geopend. Ruim een jaar voor de opening (september 2011) zijn de eerste stappen gezet om de mogelijkheden te onderzoeken om het centrum op te richten met als belangrijkste achterliggende gedachte om de hulp aan slachtoffers van seksueel en familiaal geweld te verbeteren. Deze hulp bestond voor de oprichting uit gescheiden circuits van forensisch onderzoek, medische en psychologische hulp, waardoor slachtoffers naar verschillende locaties moesten en meerdere malen hun verhaal moesten doen. Het initiatief tot het centrum is genomen door medewerkers van Vrouwenstudies Medische Wetenschappen/UGC Heyendaal. Toine Lagro, hoogleraar bij Vrouwenstudies Medische Wetenschappen en huisarts werd in haar huisartsenpraktijk veel geconfronteerd met partnergeweld en zocht naar een laagdrempelige opvang. De *Assault Centres* in Scandinavië, Groot-Brittannië en de Verenigde Staten, waarbij de hulp voor slachtoffers van seksueel en familiaal huiselijk geweld op één plek samenkomt, inspireerden tot de oprichting van het CSFG in Nijmegen.¹⁵

De initiatiefnemers spraken met gewenste kernpartners van de medische zorg, de forensische opsporing, de (zedes) politie en de eerstelijns geneeskunde: respectievelijk de SEH van het Radboud UMC, de GGD en het UGC Heyendaal. Begin 2012 werd er een stuurgroep opgericht bestaande uit de GGD, SEH en Vrouwenstudies Medische Wetenschappen/UGC Heyendaal. Daarnaast zijn er door de leden van de stuurgroep diverse (kennismakings) gesprekken gevoerd met verschillende samenwerkingspartners, zoals het AMK/BJZ, Moviera vrouwenopvang, Politie Gelderland-Zuid huiselijk geweld keten, Radboud UMC werkgroep kindermishandeling, een jurist, het meldpunt bijzondere zorg en de SoaSense-poli van de GGD-regio Nijmegen¹⁶, het Veiligheidshuis gemeente Nijmegen, Bureau Slachtofferhulp, Stichting Hulp na Seksueel Misbruik en het CSG Utrecht. Het doel van deze gesprekken betrof voornamelijk kennismaking, het bespreken van de mogelijke samenwerking en

¹⁵ Visiedocument, oktober 2012; interview met T. Lagro, hoofd CSFG.

¹⁶ Sinds 1 juli 2013 gefuseerd tot GGD Gelderland-Zuid.

afstemming.¹⁷ Bij de oprichting van het CSFG is de stuurgroep overgegaan in een begeleidingscommissie van de kernpartners. Daarnaast is begin 2012 een bredere klankbordgroep opgericht, waaraan naast de stuurgroep ook vertegenwoordigers van direct betrokken samenwerkingspartners deelnemen. De klankbordgroep is in 2012 driemaal en in 2013 eenmaal bij elkaar gekomen.

In het voorjaar en zomer van 2012 heeft het centrum drie informatiebijeenkomsten georganiseerd om samenwerkingspartners in te lichten over het centrum, ze te enthousiasmeren en draagvlak te creëren. Diverse partijen uit de regio waren bij deze bijeenkomsten aanwezig, zoals MBZ, SoaSense-poli, jgz, Moviera vrouwenopvang, NIM (maatschappelijk werk), Ambulance Voorzieningen, VSK, Bureau Slachtofferhulp, psychiatrie Radboud UMC, Pro Persona, Stichting Hulp na Seksueel Misbruik, Werkgroep Kindermishandeling Radboud UMC.

Doelstelling

De doelstelling van het centrum is slachtoffers van seksueel en/of familiaal geweld één veilige plek te bieden waar de medische, forensische en politiehulp bijeenkomt: een laagdrempelige plek waar slachtoffers van seksueel geweld komen voor opvang in de acute fase en de toeleiding naar nazorg.

Het centrum richt zich op slachtoffers van zowel seksueel als familiaal geweld. Familiaal geweld is intentioneel of impulsief geweld dat door iemand uit de huiselijk kring van het slachtoffer wordt gepleegd. Het centrum vangt slachtoffers van alle leeftijden op voor wie geldt dat er sprake is van acuut geweld. Voor seksueel geweld geldt dat het geweld korter dan zeven dagen geleden heeft plaatsgevonden. Bij acuut familiaal geweld heeft het geweld zich korter dan 24 uur geleden afgespeeld of er moet een indicatie zijn voor de SEH.¹⁸

Naast het bieden van multidisciplinaire zorg is het centrum ook een kenniscentrum voor advies en consultatie; een verzamelpunt van kennis over seksueel en familiaal geweld waar (eerstelijns) professionals terecht kunnen tijdens kantooruren voor consultatie en advies wanneer zij te maken hebben met (een vermoeden van) seksueel en/of familiaal geweld.¹⁹

De uitgangspunten van het CSFG:

- Veiligheid en laagdrempeligheid zijn kernbegrippen voor het CSFG. Er is één plek op de SEH waar de acute hulp bijeenkomt. Na de acute fase wordt contact opgenomen met het slachtoffer door een nazorgconsulent die een coördinerende rol heeft m.b.t. de nazorg. Het slachtoffer hoeft hierdoor niet zelf andere instanties of hulp te zoeken en in te schakelen.

¹⁷ Overzicht gesprekken.

¹⁸ Protocol SFG juni 2013 V2.

¹⁹ Visiedocument, oktober 2012.

- De doelgroep van het CSFG zijn slachtoffers van seksueel en familiaal geweld van alle leeftijden, zowel vrouwen als mannen.
- Het CSFG heeft een medische insteek. De locatie voor de acute zorg is op de SEH van het Radboud UMC en de subacute nazorg wordt gecoördineerd vanuit het UGC Heyendaal.
- Kennis en advies is er voor (eerstelijns) hulpverleners, met name (huis)artsen.
- Het CSFG heeft ook een rol met betrekking tot professionalisering van (eerstelijns) hulpverleners door middel van training over seksueel en huiselijk geweld en de link met wetenschappelijk onderzoek.

B2.2 Bestuurlijke organisatie en financiering

Organisatie(structuur)

Het CSFG wordt gevormd door de Spoedeisende Hulp Radboud UMC, Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, UGC Heyendaal en de GGD Gelderland Zuid. Het CSFG is voor de acute zorg gevestigd op de SEH en voor de toeleiding naar subacute (na)zorg in het UGC Heyendaal.²⁰ De politie vormt geen onderdeel van het CSFG, maar is wel een ketenpartner. Het centrum heeft geen formeel bestuur of oprichtingsstatuten.

Overlegstructuur

Het CSFG kent verschillende overlegstructuren. De begeleidingscommissie heeft de kwaliteitsbewaking tot doel, door monitoring van de uitvoering en het eventueel bijstellen van protocollen. Deze begeleidingscommissie komt elke drie maanden bij elkaar.²¹

In de klankbordgroep nemen de volgende personen deel: coördinator forensisch arts GGD Gelderland-Zuid, directeur UGC Heyendaal, SEH-arts, hoofd SEH, manager AGZ GGD Gelderland-Zuid, beleidsmedewerker GGD Gelderland-Zuid en tevens mede-coördinator van CSFG, hoofd CSFG, en coördinator CSFG, vertegenwoordiger van huisartsen/Centrale Huisartsendienst Nijmegen en van politie Gelderland-Zuid. Het voornaamste doel van de klankbordgroep is om feedback te krijgen van de essentiële ketenpartners die betrokken zijn bij het centrum. De klankbordgroep vindt halfjaarlijks plaats.²² De ketenpartners die zitting hebben in de klankbordgroep kunnen worden beschouwd als de eerste ring om de kernpartners heen.

Naast de overleggen van de begeleidingscommissie en klankbordgroepen zijn er procesbesprekingen en casusoverleggen opgezet.

De procesbesprekingen vinden maandelijks plaats met de direct betrokkenen, dat wil zeggen SEH-arts, forensisch arts (en coördinator), zedenpolitie,

²⁰ Visiedocument, oktober 2012.

²¹ Beschrijving monitor proces (revisie juni 2013).

²² Beschrijving monitor proces (revisie juni 2013).

nazorgconsulent, hoofd CSFGN, coördinator CSFGN, en zo nodig ook: kinderartsen die bij de casus zijn betrokken. Het doel van de proces-besprekingen is om te evalueren of er zich faciliterende en belemmerende factoren voordoen in de praktische gang van zaken van CSFG. Het casusoverleg vindt tweewekelijks plaats met de nazorgconsulenten. Tot slot wordt er elk half jaar een open bijeenkomst georganiseerd voor belangstellenden uit het werkveld om hen op de hoogte te houden van de resultaten en de werkwijze van het centrum.²³

Financiering

Alle professionals die bij het CSFG betrokken zijn worden in principe door hun eigen organisatie betaald. Voor de medische behandelingen geldt dezelfde systematiek als in Utrecht; via de Diagnose Behandel Combinatie wordt op naam van het slachtoffer gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Het centrum ontvangt een eenjarige subsidie van de provincie Gelderland. Hiervan worden de coördinatietaken van het centrum, de werkzaamheden van de nazorgconsulenten, de advies- en consultatiefunctie en PR en communicatie betaald.

Voor structurele financiering wordt momenteel naar de mogelijkheid gekeken om de advies- en consultatiefunctie via de zorgverzekeraar te laten lopen. Dit is echter een lastig punt; de zorgverzekeraar financiert op persoon terwijl het centrum de anonimiteit van slachtoffers wil garanderen. Het centrum gaat nu met meerdere zorgverzekeraars de optie bespreken of het mogelijk is dat meerdere zorgverzekeraars gezamenlijk geld reserveren.

B2.3 Werkwijze

Het centrum maakt in haar werkwijze een onderscheid tussen seksueel en familiaal geweld.

De term seksueel geweld wordt gebruikt als paraplu begrip voor allerlei vormen van seksueel getinte, ongewenste handelingen, zoals aanranding, verkrachting, incest, seksueel misbruik en seksuele intimidatie. Verder ontstaan er voortdurend nieuwe vormen van seksueel geweld, zoals loverboyproblematiek en cyber-abuse. Het betreft seksuele handelingen die worden afgedwongen door fysiek geweld, bedreigingen met geweld, chantage en/of gebruik van macht. Seksueel geweld kan verschillende vormen aannemen, afhankelijk van de aard van het seksuele contact en de context. Het omvat verkrachting en aanranding, maar ook gedwongen worden tot seksueel gedrag dat vernederend is, ongewenste seksuele toenaderingen en vragen om seks in ruil voor gunsten.²⁴

Familiaal huiselijk geweld is intentioneel of impulsief geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer wordt gepleegd. Dat is iemand die een duurzame relatie onderhoudt of in het verleden heeft onderhouden met

²³ Protocol NZC juni 2012.

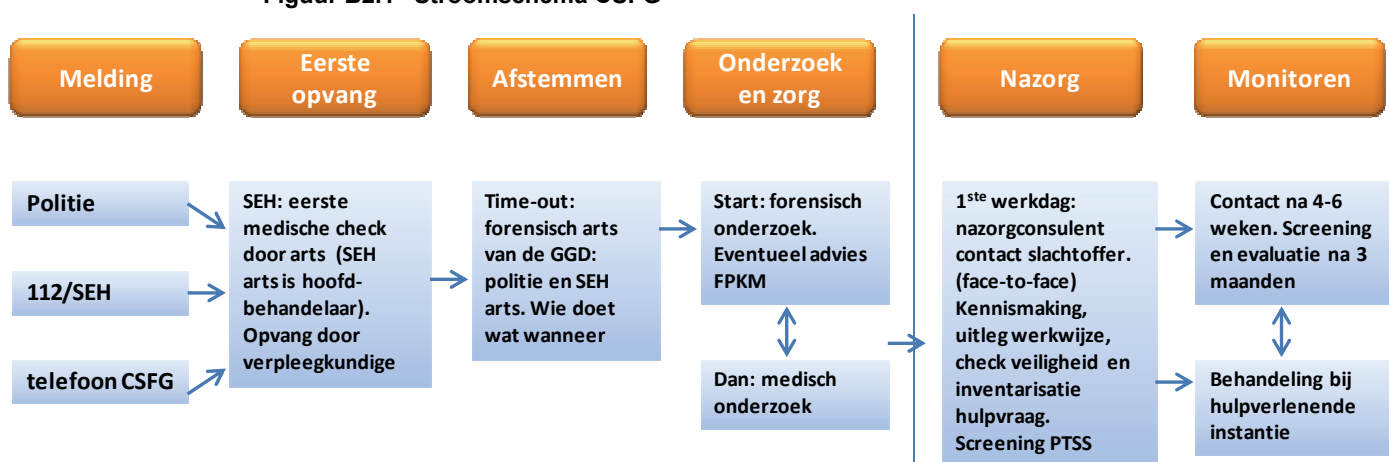
²⁴ Protocol SFG juni 2013 v2.

het slachtoffer of met iemand uit haar/zijn onmiddellijke omgeving op basis van verwantschap, vriendschap of een bepaalde functie (bijv. oppas, verzorgende) en die het slachtoffer in de huiselijke sfeer pleegt te ontmoeten.²⁵ Seksueel geweld en familiaal geweld zijn geen elkaar uitsluitende begrippen: seksueel geweld gepleegd door iemand uit de huiselijke kring is zowel seksueel geweld als familiaal geweld. Het centrum richt zich dus naast seksueel geweld ook op (acuut) familiaal geweld, omdat anders een grote groep slachtoffers vergeten zou worden en geen goede opvang zou krijgen.²⁶

Het centrum is toegankelijk voor volwassenen en minderjarigen. De opvang en zorg is in principe gelijk, maar als er sprake is van een minderjarige wordt een ander protocol aangehouden: bij seksueel geweld bij kinderen moet altijd advies worden gevraagd aan de vertrouwensarts van het AMK en moet er rekening worden gehouden met de toestemmingsbevoegdheid van het kind. Is het kind onder de zestien jaar, dan moeten de ouder(s)/verzorger(s) ook toestemming geven. Indien er sprake is van familiaal geweld bij kinderen geldt het protocol kindermishandeling.

In onderstaand figuur is het stroomschema weergegeven van binnenkomst bij het centrum tot aan de nazorg.

Figuur B2.1 Stroomschema CSFG



Er zijn verschillende manieren waarop een patiënt bij het CSFG binnen kan komen. De patiënt kan zich zelf melden bij de SEH (dit zijn de zogenoemde 'zelfmelders'), komt via de politie binnen of via de ambulance. De werkwijze is voor elk van de patiënt eenmaal op het centrum aangekomen het zelfde. Indien er sprake is van een slachtoffer van familiaal geweld zonder seksueel geweld, wordt niet de zedenpolitie ingeschakeld maar de 'reguliere' politie.

²⁵ Protocol SFG juni 2013 v2.

²⁶ Interview R. Spanninga, huisarts.

Indien de politie op verzoek van het slachtoffer wordt ingeschakeld volgt zij haar eigen protocol. De rest van de werkwijze komt overeen met de werkwijze van seksueel geweld; de politie gaat met het slachtoffer naar de SEH. Na de eerste opvang wordt door de SEH-arts de afweging gemaakt welke hulp er nodig is; zelf in starten, een melding doen bij het AMK of het SHG.

Eerste opvang sociale en praktische ondersteuning volwassenen

Voor volwassen slachtoffers van seksueel geweld vindt de directe acute zorg plaats op de SEH van het Radboud UMC. Het slachtoffer meldt zich of wordt aangemeld bij de balie en wordt ingeschreven onder de SEH/Interne. Vervolgens brengt de verpleegkundige het slachtoffer direct naar een speciaal ingerichte kamer op de SEH. Het slachtoffer wordt voorgelicht over de procedure: het medisch onderzoek en de mogelijkheid tot het doen van een melding of aangifte en daarbij behorend forensisch onderzoek. Indien de persoon melding of aangifte wil doen, wordt er contact opgenomen met de (zeden)politie en zo neemt de politie weer contact op met de forensisch arts van de GGD en komen zij vervolgens naar de SEH. Indien de patiënt zich eerst heeft gemeld bij de politie komt de patiënt samen met de politie naar het centrum. De politie heeft vooraf contact met het centrum opgenomen om hun aankomst te melden en de forensisch arts is ingeschakeld. De politie, forensisch arts en SEH-arts hebben voordat zij aan de slag gaan, een time-out. Zij bespreken kort de casus en beslissen wie wat gaat doen.

Medische zorg

Allereerst ziet de SEH-arts de patiënt en verleent de eerste noodzakelijke medische hulp. Mogelijke andere betrokkenen, bijvoorbeeld een infectioloog, gynaecoloog of kinderarts worden via de SEH-arts ingeschakeld. Als het gaat om minderjarigen of het seksueel geweld vond in het kader van familiaal geweld plaats, wordt gewerkt volgens het protocol kindermishandeling respectievelijk huiselijk geweld.

Na een eerste korte medische check door de SEH-arts voeren de forensisch arts en de zedenpolitie het forensisch onderzoek uit. Indien er geen zwaar lichamelijk letsel is, heeft het veilig stellen van sporen de eerste prioriteit. Vervolgens onderzoekt de SEH-arts het slachtoffer uitgebreider. Ook wordt het slachtoffer ingelicht over mogelijke besmettingsgevaars met aids en over de PEP (anti-aids medicatie) die hiervoor moet worden geslikt. Tot slot wordt nagegaan of er een opname-indicatie is en of het slachtoffer veilig naar huis kan.

Forensisch onderzoek

De zedenpolitie heeft een vaste procedure als het gaat om het veilig stellen van sporen op en in het lichaam van het slachtoffer. Zij maken hierbij gebruik van hun zedenkit. De forensisch arts voert het forensisch onderzoek uit en de zedenpolitie ondersteunt daarbij. De politie staat bij het onderzoek achter het gordijn en zorgt ervoor dat het materiaal van het sporenonderzoek wordt aangepakt en goed wordt vastgelegd.

Tijdens het onderzoek of vlak erna probeert de politie een informatief gesprek te houden met het slachtoffer. Dit informatieve gesprek is erop gericht om de situatie beter in kaart te brengen en om vast te stellen of er sprake is van een (bewijsbaar) strafbaar feit. Indien wordt ingeschat dat er geen sprake is van een te bewijzen strafbaar feit, dan wordt dit aan het slachtoffer uitgelegd; het slachtoffer kan altijd aangifte doen, maar de kans bestaat dat het niet leidt tot een opsporingsonderzoek en aanhouding. Als er wel sprake is van een strafbaar feit waarvan wordt ingeschat dat het bewijsbaar is, wordt gestart met het opsporingsonderzoek en wordt aan het slachtoffer gevraagd om aangifte te doen. De aangifte wordt doorgaans niet direct afgenomen, maar één à twee dagen later op het politiebureau, waar het getuigenverhoor op de video wordt vastgelegd. In de toekomst wordt ernaar gestreefd om dit ook op de SEH te laten plaatsvinden.

Na het forensisch en medisch onderzoek wordt het slachtoffer door de zedenpolitie naar huis/veilige plek gebracht, of de zedenpolitie zorgt ervoor dat het slachtoffer wordt opgehaald.²⁷

Nazorg

Voordat het slachtoffer naar huis gaat, krijgt zij of hij een folder mee met daarin een korte voorlichting over seksueel en familiaal geweld, mogelijke gevolgen (o.a zwangerschap), werkwijze van het CSFG en belangrijke telefoonnummers.²⁸ Tevens wordt gezegd dat er de volgende dag contact wordt opgenomen door een nazorgconsulent van het centrum. De nazorgconsulenten zijn getrainde mentormoeders.²⁹

De SEH stuurt een fax met daarin de gegevens van de patiënt naar het centrum. In de fax staan onder andere vermeld: de persoonlijke gegevens, het soort geweld en of er aangifte wordt gedaan. Het centrum geeft deze gegevens door aan de nazorgconsulent en deze belt de dag na het incident met het slachtoffer. Het eerste gesprek heeft als doel: kennismaking, uitleg werkwijze, veiligheid checken en inventarisatie van de hulpvraag. Indien er behoefte bestaat aan hulp dan wordt er een afspraak gemaakt om langs te komen op het centrum. De nazorgconsult ziet de persoon, afhankelijk van de situatie, één tot drie maal. In de gesprekken wordt de hulpvraag geconcretiseerd en wordt gekeken welke hulp(verlener) geschikt is. De nazorgconsulent meldt de persoon aan bij de hulpverlenende instantie. Na vier tot zes weken wordt er weer contact opgenomen met het slachtoffer waarbij de nadruk ligt op het evalueren van de actuele situatie en het nalopen van de

²⁷ Protocol SFG, juni 2013v2.

²⁸ Protocol SFG, juni 2013v2; Visiedocument.

²⁹ De methode MeMoSA richt zich op het terugdringen van partnergeweld bij moeders of vrouwen die zwanger zijn. Mentormoeders coachen deze vrouwen. Dit doen ze onder meer door hen te stimuleren om professionele hulp te zoeken en hun sociale netwerk te verbeteren. Uit onderzoek blijkt een duidelijk positief effect van mentorhulp op het verminderen van partnergeweld. De methode draagt ook bij aan het verminderen van depressieve klachten en aan het verbeteren van lichamelijk en geestelijk welzijn (G.J. Prosman e.a.).

gemaakte afspraken. Tot slot vindt er na drie maanden een afsluitend gesprek plaats waarin de zorg wordt geëvalueerd en het contact wordt afgesloten. Tijdens het nazorgtraject neemt de nazorgconsulent tevens een aantal vragenlijsten af om te screenen op posttraumatische stressklachten: de Composite Abuse Scale wordt één tot twee weken na het incident afgenomen, en de Trauma Screening Vragenlijst wordt gedurende het traject tweemaal afgenomen.

In het nazorgtraject is een belangrijke rol weggelegd voor de huisarts. De nazorgconsulent neemt contact op met de huisarts van het slachtoffer (na toestemming), die o.a. hulp biedt bij soa's, vragen met betrekking tot seksualiteit en anticonceptie. Medische zorg kan ook geleverd worden door een in seksueel en familiaal geweld gespecialiseerde huisarts van het UGC Heyendaal. De eigen huisartsen en ook de artsen en verpleegkundigen van de SoaSense-poli van de GGD kunnen een rol spelen in kortdurende, laagdrempelige opvang met betrekking tot soa's en seksualiteit. Voor complexe en/of psychosociale hulp kan verwezen worden naar de samenwerkende gespecialiseerde eerste- en tweedelijns psychologische hulp (Ambulatorium), een maatschappelijk werker van het NIM of seksuoloog van het Radboud UMC. Tevens Moviera vrouwenopvang, Meldpunt Bijzondere Zorg of Bureau Slachtofferhulp. Daarnaast kan de nazorgconsulent ondersteuning bieden in contacten met de politie of advocatuur/juristen.³⁰

Werkwijze bij kinderen < 18 jaar

De werkwijze bij slachtoffers van seksueel geweld jonger dan achttien jaar komt grotendeels overeen met die van volwassenen. Wel zijn er enkele duidelijke verschillen. Allereerst moet worden gekeken naar de toestemmingsbevoegdheden, die verschillen naar leeftijdscategorie.³¹ Indien ouders niet kunnen of willen optreden als belangenbehartiger van de minderjarige jonger dan 16 jaar en er is sprake van een zorgelijke situatie, dan wordt er melding gedaan bij het AMK.³²

Een ander verschil met de werkwijze bij volwassenen is dat bij het forensisch onderzoek de forensische polikliniek kindermishandeling in Utrecht (FPKM) kan worden gebeld voor advies en eventueel specialistisch lichamelijk onderzoek.

Daarnaast geldt voor slachtoffers jonger dan actien jaar dat het protocol kindermishandeling moet worden gevolgd bij seksueel en familiaal geweld. Dit houdt in dat er bij (vermoeden) van kindermishandeling melding gemaakt moet worden. Als sprake is van seksueel geweld moet er ook altijd advies worden gevraagd bij de vertrouwensarts van het AMK.

³⁰ Protocol NZC juni 2013.

³¹ Kinderen tussen 12 en 16 jaar moeten zelf toestemming geven evenals de ouders met gezag, terwijl vanaf 16 jaar alleen het kind toestemming kan geven en jonger dan 12 alleen de ouders met gezag. De hulpverlener heeft geheimhoudingsplicht tegenover derden, ook tegenover de ouders, bij kinderen van 16 en 17 jaar.

³² Protocol SFG juni 2013 v2.

Advisering (slachtoffers/ouders, familie, vrienden/professionals)

Het centrum is niet alleen voor opvang en onderzoek direct na seksueel en familiaal geweld, maar wil ook als kenniscentrum fungeren voor advies en consultatie voor professionals, slachtoffers en anderen, bij vragen over seksueel en familiaal geweld. Twee derde van de consultatie- en adviesvragen komen van professionals die vragen hebben over een casus die vastloopt of waarbij sprake is van een lastige situatie. De andere vragen zijn afkomstig van familieleden van een slachtoffer van huiselijk of seksueel geweld.³³ Om de consultatie- en adviesfunctie onder de aandacht te brengen is vanuit het centrum een brief gestuurd naar alle huisartsen, fysiotherapeuten en verloskundigen.

Daarnaast is er een training opgezet voor huisartsen, praktijkassistenten, verloskundigen en SEH-personeel, om de kennis van seksueel en familiaal geweld te vergroten. Als trainingsmateriaal is een video gemaakt voor de vroegsignalering 'Als zwijgen niet helpt'. Bij het CSFG zijn twee mensen werkzaam in de nazorg en advisering.

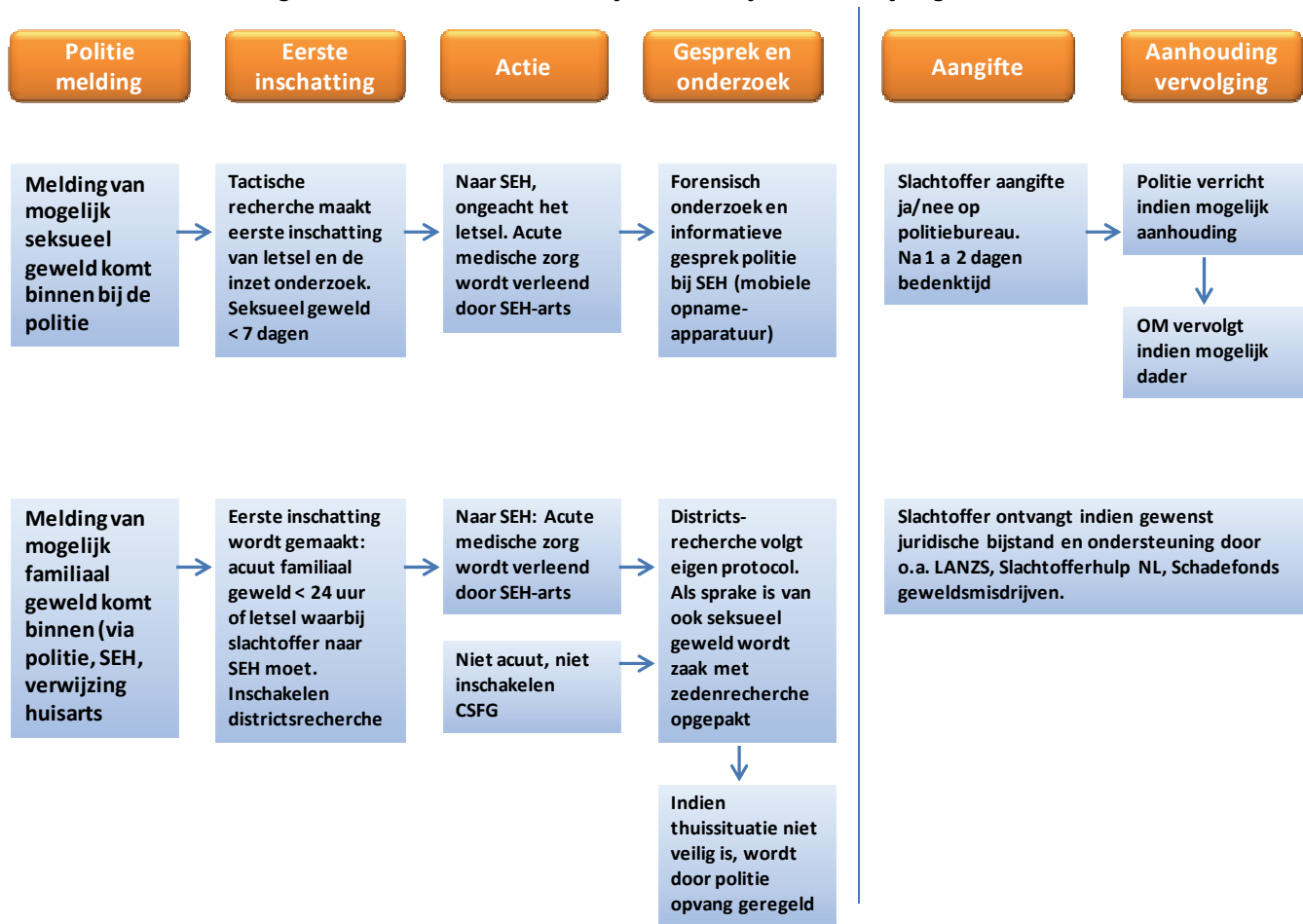
Justitiële traject

Als er een melding is van seksueel geweld wordt de zedenpolitie ingeschakeld. Is er een melding van familiaal geweld dan schakelt de basispolitie de districtrecherche in; zij handelen de midden-criminaliteitszaken af, waaronder het huiselijk geweld veelal valt. Als er sprake is van seksueel geweld binnen de huiselijke kring, wordt dit vaak gecombineerd opgepakt door de zedenpolitie en de districtrecherche. In de praktijk wordt vaak de zedenpolitie ingezet bij de acute situatie en wordt de districtrecherche wat later ingeschakeld. De districtrecherche doet vervolgens volgens protocol de melding bij het Veiligheidshuis.

Driekwart van de slachtoffers komt via de politie bij het centrum terecht. Als een slachtoffer zichzelf meldt, wordt gevraagd of de politie erbij betrokken mag raken en wordt uitleg gegeven over het doen van een melding en aangifte. Het sporenonderzoek en het informatieve gesprek vindt plaats bij de SEH. De politie geeft aan het slachtoffer aan niet direct aangifte te doen, maar vraagt dit vaak na twee dagen te doen op het politiebureau. De politie schetst in het informatieve gesprek met het slachtoffers een reëel beeld van de aangifte en vervolging. Als er sprake is van een moeilijk te bewijzen strafbaar feit, of er twijfel is of het een strafbaar feit betreft, geeft de zedenrecherche aan dat aanhouding en vervolging moeilijk zal worden en moet het slachtoffer zelf beslissen of hij/zij het hele traject van aangifte met verklaring wil ingaan. Na de aangifte wordt onderzocht of vervolging mogelijk is, en kan het slachtoffer juridische bijstand en praktische ondersteuning krijgen. In onderstaand stroomschema is het juridische traject van het CSFG weergegeven.

³³ Interview huisarts Spanninga.

Figuur B2.2 Stroomschema juridisch traject CSFG Nijmegen



Samenwerking en informatie-uitwisseling

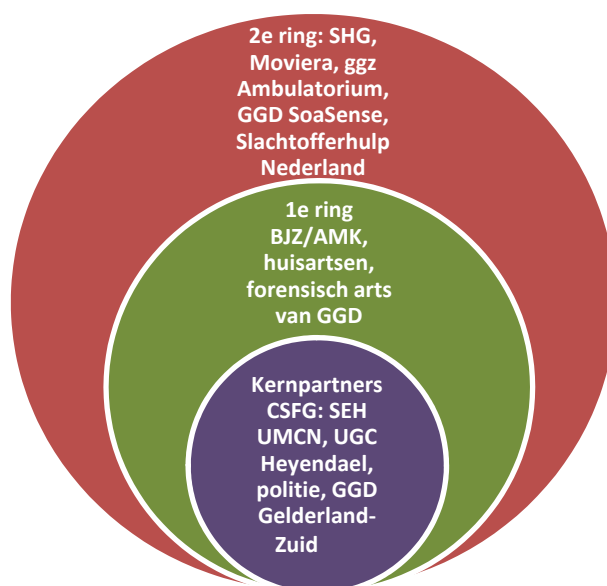
De samenwerking tussen de kernpartners en ketenpartners (SEH, forensisch arts, politie, GGD) is grotendeels vastgelegd in het protocol seksueel en familiaal geweld. In het protocol is er tevens aandacht voor de informatie-uitwisseling tussen de kernpartners. Zo overhandigt de SEH-arts, na toestemming van de patiënt, informatie aan de politie. Hiervoor wordt gebruikgemaakt van het aanvraagformulier medische informatie. Hoe de informatie-uitwisseling verloopt tussen de forensisch arts en de zedenpolitie staat niet beschreven in de protocollen. De informatie uitwisseling tussen de SEH-arts en de nazorgconsulenten vindt plaats via een daarvoor opgesteld overdrachtsformulier. Deze vult de SEH-arts samen met de patiënt in en dit formulier wordt vervolgens per fax verstuurd naar het UGC Heyendaal.

Naast samenwerking met de kernpartners vind er ook samenwerking plaats tussen verschillende regionale en landelijke partijen. Met name de nazorgconsulent heeft contact met deze partijen indien zij de patiënt doorverwijst. Zo kan er onder andere contact zijn met; huisarts, SoaSense-poli, Bureau Slachtofferhulp, Meldpunt Bijzondere Zorg, Moviera

vrouwenopvang, een maatschappelijk werker, een psycholoog of een seksuoloog.³⁴

De kernpartners en samenwerkingspartijen zijn samengevat in onderstaande figuur. Met de partijen uit de eerste ring zijn werkafspraken gemaakt. Met partijen uit de tweede ring zijn geen werkafspraken gemaakt.

Figuur B2.2 Betrokken partijen CSFG Nijmegen



Wijze van registratie

De SEH van het Radboud UMC meldt in het eigen systeem de patiënt aan. Daarnaast houdt het CSFG een registratie bij van alle slachtoffers die zijn gezien in het centrum. Hierin wordt onder andere geregistreerd op:

- kenmerken van de patiënt; o.a. leeftijd en geslacht;
- verwijsinformatie: o.a. door wie verwezen naar CSFG, tijdstip en soort geweld;
- kenmerken acute zorg: o.a. is de politie betrokken, is er aangifte/melding gedaan, heeft forensisch onderzoek plaatsgevonden?
- kenmerken nazorgtraject: o.a. is er gebeld door nazorgconsulent, hoe vaak contact geweest, welke nazorg is ingezet?
- Lijsten: score van de verschillende vragenlijsten.

³⁴ Protocol NZC juni 2013.

B2.4 Uitvoering in cijfers

Acute zorg

In de periode van 1 november 2012 tot en met 1 november 2013 hebben zich in totaal 36 slachtoffers gemeld bij het centrum op de SEH. Hiervan was er bij 19 slachtoffers sprake van seksueel geweld en 17 keer betrof het familiaal geweld. De slachtoffers van seksueel geweld zijn voornamelijk jongeren (n=12 tussen de 0-25 jaar). De slachtoffers van familiaal geweld waren vooral tussen de 26-65 jaar (n=13). Alle kinderen zijn via de SEH-arts gemeld bij het AMK.

Meer dan de helft van de slachtoffers (n=20) is verwezen via de politie. Dit zijn met name slachtoffers van seksueel geweld. Slachtoffers van familiaal geweld komen vaker uit zichzelf naar de SEH. Een enkeling is verwezen via de huisarts. Bij meer dan driekwart van de slachtoffers is of raakt de politie betrokken. Bij seksueel geweld is dit bijna twee keer vaker dan bij familiaal geweld. Bij meer dan de helft van de slachtoffers die zich melden bij CSFG wordt forensisch onderzoek gedaan. Dit is vooral wanneer er seksueel geweld heeft plaatsgevonden. Bij slachtoffers van familiaal geweld wordt weinig gebruikgemaakt van de forensisch arts.

Nazorg

In de praktijk blijkt dat meer dan de helft van de slachtoffers, op het moment dat zij op de SEH acute zorg ontvangen, nog niet bezig met de verwerking. Daarom is de werkwijze van de nazorgconsulenten in juni veranderd en worden alle patiënten die gezien zijn op de SEH de volgende dag gebeld door de nazorgconsulent. Negen slachtoffers zijn in een persoonlijk consult gezien. Vijf slachtoffers hebben het traject doorlopen op de precieze, in het protocol vastgelegde evaluatiemomenten. Alle evaluatiemomenten zijn aangepast aan de situatie van het slachtoffer en hebben bij alle slachtoffers plaatsgevonden.

Advisering

Het CSFG is in de periode 1 november 2012 t/m 1 november 2013 41 keer om advies gevraagd. De adviesaanvragers zijn met name huisartsen (n=17), maar ook slachtoffers zelf (n=5), familie van slachtoffers (n=5) en verpleegkundigen (n=4). 22 adviseringsgesprekken hebben telefonisch plaatsgevonden en er zijn 19 gesprekken in de vorm van een persoonlijk consult gevoerd.

In 73 procent van de adviesaanvragen was er sprake van familiaal huiselijk geweld. Bij 55 procent van de slachtoffers die zijn blootgesteld aan familiaal huiselijk geweld was er sprake van enige vorm van seksueel geweld (n=17). In 32 procent van de adviesaanvragen was er (ook) sprake van niet-familiaal huiselijk geweld. Bij deze slachtoffers was er in 85 procent van de gevallen sprake van seksueel geweld (n=11).

B2.5 De praktijk

De kernpartners werken over het algemeen conform de werkwijze vastgelegd in de protocollen. Vanuit de praktijk worden afspraken aangepast of aangescherpt. Dit is met name gebeurd in het nazorgtraject. Zo is er een duidelijke wijziging betreffende het contact opnemen met het slachtoffer door de nazorgconsulent. Oorspronkelijk moest de SEH-arts volgens het protocol expliciet aan het slachtoffer vragen of een nazorgconsulent van het CSFG contact op mag nemen. Ongeveer de helft van de slachtoffers gaf geen toestemming. Naar aanleiding hiervan is besloten de werkwijze te wijzigen: de SEH-arts geeft aan het slachtoffer aan dat de nazorgconsulent contact opneemt.

Daarnaast blijkt het protocol voor de nazorgconsulenten niet altijd even toepasbaar in de concrete casus. De doelgroep is een moeilijk bereikbare groep. Het protocol wordt door de nazorgconsulenten dan ook meer gezien als richtlijn. Zo vinden de gesprekken niet altijd plaats bij het centrum, maar ook telefonisch of op een andere locatie, bijvoorbeeld bij de persoon thuis.

Vanuit de praktijkervaring van het centrum kan de werkwijze zoals op papier bedacht en geformuleerd worden aangepast en kunnen knelpunten gesignaleerd worden. Het betreft dan o.a.:

- De mogelijkheid om in de toekomst ook aangifte te doen op de SEH. Nu moet het slachtoffer daarvoor naar het politiebureau omdat daar de geschikte (video)apparatuur is. Een kanttekening is dat de Spoedeisende Hulp en het politiewerk dan niet meer goed gescheiden zijn.
- Bij slachtoffers die zich melden op de SEH en op dat moment geen politie-betrokkenheid willen, kunnen geen sporen worden afgenomen en veilig gesteld. De opsporingstaak is namelijk wettelijk gezien voorbehouden aan de politie/het Openbaar Ministerie, waarbij de sporen volgens forensisch technische normen (NB. dit zijn politienormen) worden verzameld en waarbij de politie een forensisch arts inschakelt voor afname van de sporen. Indien een slachtoffer in een later stadium toch aangifte wil doen, kan het slachtoffer niet terugvallen op forensisch bewijsmateriaal.
- Een discussiepunt was of de kinderarts uit forensisch perspectief aanwezig mocht zijn bij het forensisch onderzoek bij kinderen, dat is inmiddels verhelderd; er is geen bezwaar.
- Een van de geïnterviewden geeft aan dat de frequentie van het overleg in de toekomst minder zou kunnen. In het begin was het maandelijks nodig om de 'kinderziektes' eruit te halen, maar inmiddels doen zich minder knelpunten voor.

Samenwerking kernpartners

De kernpartners zijn elk vanaf het begin betrokken geweest bij het opstellen van de protocollen en de invulling van de taken en werkwijze. Op deze manier konden zij ook hun wensen en behoeften duidelijk maken. Zo was het voor bijvoorbeeld de zedenpolitie van belang dat er naast een aparte onderzoeksruimte ook een extra ruimte was om hun apparatuur e.d. neer te kunnen zetten

en te kunnen overleggen. De kernpartners geven aan dat het in het begin even zoeken was hoe met elkaar om te gaan, maar dat juist door het intensieve contact de lijnen kort zijn en minder formeel en dit een plezierige en efficiënte werkverhouding tot gevolg heeft. De kernpartners noemen als meerwaarde van het centrum dat slachtoffers minder wordt belast door de laagdrempelige voorziening en multidisciplinaire aanpak en dat de follow-up verbeterd is. Ook wordt de koppeling tussen seksueel geweld en familiaal geweld ervaren als een pluspunt.

Het centrum heeft samenwerking gezocht met huisartsen in de regio, voor het informeren en trainen van huisartsen over het herkennen en professioneel handelen bij seksueel en familiaal geweld. Met het AMK zijn ook werkafspraken gemaakt: in het protocol van het centrum staat opgenomen dat als er minderjarige slachtoffers zijn, contact moet worden opgenomen met een vertrouwensarts van het AMK. Alle kinderen worden via de SEH-arts gemeld bij het AMK.

Ook andere partijen uit de tweede ring geven aan dat er wel naar elkaar toe verwezen kan worden, maar dat echte afstemming nog kan worden verbeterd. Men moet op de hoogte zijn van elkaars expertise en daar gebruik van maken; de expertise ligt op verschillende gebieden zoals psychosociale klachten, huiselijk geweld, seksueel geweld, systeemaanpak, kindermishandeling. Een aantal respondenten geeft aan dat het belangrijk is om die multidisciplinaire samenwerking goed op gang te krijgen. De meerwaarde van het centrum, alle hulp gecentreerd op één plek, wordt gezien. Maar het is ook de vraag in hoeverre een nieuw instituut wordt ontwikkeld, omdat de samenwerking met reeds bestaande organisaties omtrent seksueel geweld nog niet goed verloopt.

Eerste opvang en medische zorg

De SEH-verpleegkundige verzorgt de eerste opvang van het slachtoffer, waardoor de politie, SEH-arts en forensisch arts direct kunnen overleggen en tot een plan kunnen komen. Het enige knelpunt dat naar voren komt, is dat het soms erg druk kan zijn op de SEH en dat de kamer die beschikbaar is gesteld voor het onderzoek dan bezet is. Doorgaans is de ruimte beschikbaar, maar het kan voorkomen dat een slachtoffer moet wachten.

De medische zorg wordt grotendeels verricht op de SEH. De SEH-arts is ook de behandelend arts van het slachtoffer. De SEH-arts kan indien nodig een beroep doen op de gynaecoloog, infectioloog, kinderarts, chirurg, traumatoloog, hiv-deskundige en/of psychiater binnen het Radboud UMC. Het medische stuk is hierdoor volledig gedekt. Slachtoffers kunnen bij de SEH-arts terecht met hun vragen over zwangerschap, soa's en dergelijke. Over het algemeen verblijven slachtoffers enkele uren op de SEH. Als de politie is betrokken, wacht deze doorgaans tot alle onderzoeken zijn afgelopen om het slachtoffer naar huis/of elders te brengen.

Forensisch onderzoek

De uitvoering van het forensisch onderzoek gebeurt door de zedenpolitie en de forensisch arts van de GGD. Deze samenwerking bestond al. Bij het forensisch onderzoek doen zich niet of nauwelijks knelpunten voor. Wel wordt opgemerkt dat de politie een ander perspectief heeft dan medewerkers van het CSFG als het gaat om bijvoorbeeld het doen van aangifte. De politie bekijkt een zaak puur strafrechtelijk en onderzoekt of er sprake is van een strafbaar feit. Een aangifte wordt door de politie gezien als de start van het opsporingsonderzoek, terwijl de hulpverlening een aangifte ook ziet als een onderdeel van het verwerkingsproces, ook al is er geen sprake van een strafbaar feit. De politie geeft in het informatieve gesprek met het slachtoffer uitleg over de gang van zaken en maakt een realistische voorstelling van de opsporing en eventuele aanhouding. Indien de bewijsbaarheid van de strafbare feiten gering is, bijvoorbeeld als er geen getuigen zijn, geeft de politie uitleg aan het slachtoffer, om zo eventuele teleurstellingen te voorkomen.

Psychosociale hulpverlening

De nazorgconsulent heeft een belangrijke rol in het benaderen en het in beeld houden van de slachtoffers. Nu de nazorgconsulent standaard de patiënt belt een dag na het bezoek aan de SEH heeft zij zicht op alle slachtoffers en is er ook standaard na drie maanden een follow-up. De nazorgconsulent inventariseert de hulpvraag en bekijkt welke hulp het meest geschikt is voor het slachtoffer. Veel slachtoffers hebben al hulp. Tot nu toe volstaan gesprekken met de nazorgconsulent meestal. Enkele slachtoffers zijn doorverwezen naar een vrijgevestigde psycholoog en naar een GGZ-instelling. Het is nog niet voorgekomen dat er is doorverwezen naar andere instellingen/organisaties.

Volgens het hoofd van het centrum en andere eerstelijns (en andere) hulpverleners, blijft de kennis van huisartsen over seksueel en familiaal geweld nog een punt van aandacht. Huisartsen hebben een belangrijke signaalfunctie, maar weten soms nog te weinig over deze typen van geweld. Het centrum ziet voor zichzelf een taak om huisartsen te trainen en deskundigheidsbevordering te stimuleren.

Randvoorwaarden voor het CSFG en landelijke dekking

Er zijn een aantal randvoorwaarden genoemd die van belang zijn voor het goed functioneren van het centrum:

- goede en enthousiaste trekker, functie moet bij iemand daadwerkelijk worden neergelegd en de persoon moet hiervoor (deels) worden vrijgemaakt;
- kernpartners van begin af betrekken en blijven betrekken;
- duidelijke werkafspraken maken;
- koppeling aan eerste lijn borgen;
- zorgdragen voor terugkerend momenten van overleg met alle kernpartners om de kwaliteit te bewaken;
- laagdrempelige toegang: de SEH als eerste poort;

- coördinator die de kwaliteit borgt;
- financiering van het werk van de coördinator.

Wat betreft de landelijke dekking worden door de kernpartners twee punten genoemd die van belang zijn bij een landelijke uitrol. Allereerst wordt de reistijd voor het slachtoffer genoemd. Kernpartners van het centrum merken op dat de regio, zeker na samenvoeging met Rivierenland, behoorlijk groot is. Het kan voorkomen dat slachtoffers langer dan een uur reistijd hebben om naar het centrum te komen. Dat is voor een slachtoffer behoorlijk belastend. Het is dan ook bij een landelijke uitrol van belang om de afstanden beperkt te houden. Een uur reistijd, enkele reis, voor het slachtoffer wordt acceptabel gevonden. Tegelijkertijd wordt benadrukt om niet teveel centra te initiëren omdat dan de ervaring en expertise te versnipperd raken en zich niet kan optimaliseren.

Daarnaast zien alle kernpartners de SEH als de juiste plek voor het centrum. De SEH is 24 uur per dag bereikbaar en biedt alle medische zorg die op dat moment nodig is. De SEH wordt daarnaast gezien als laagdrempelig en goed bereikbaar.

Andere organisaties geven aan dat het van belang is aansluiting te vinden met de gemeente, gezien de komende transitie.

B2.6 Bronnen

Documentatie

- Protocol Seksueel en Familiaal Geweld op de SEH (juni 2013 V2)
- Protocol Nazorgconsulenten CSFG (juni 2013 V2)
- Visiedocument CSFG (oktober 2012)
- Overzicht afspraken n.a.v. procesbespreking CSFG
- Overzicht afspraken n.a.v. procesbespreking CSFG
- Beschrijving monitoring proces CSFG
- Nieuwsbrief CSFG (maart 2013)
- Nieuwsbrief CSFG (juli 2013)
- Website www.sfgnijmegen.nl
- Folder CSFG

Interviews respondenten

Kern- en ketenpartners

- Toine Lagro, Hoofd CSFG
- Elza Zijlstra, coördinator CSFG
- Rinske van der Bij, beleidsmedewerker GGD
- Marie Louise Moors, SEH-arts Radboud UMC
- Astrid Reinders, nazorgconsulent CSFG
- Mireille Bosveld, zedenpolitie
- Renske Spanninga, huisarts
- Francée Aarts, forensische arts GGD

Samenwerkende partners

- SHG
- AMK
- GGZ Ambulatorium
- SoaSense-poli van de GGD
- Moviera vrouwenopvang

Registraties

- Up-to-date informatie uit de database

BIJLAGE 3

Analyse vier initiatieven

B3.1 CSG Limburg

Aanleiding tot samenwerking in uitvoering CSG-functies: de GGD (forensisch arts en het centrum voor seksuele gezondheid) merkte dat de opvang van slachtoffers van seksueel geweld niet adequaat verliep. Ten eerste moest het initiatief vanuit het slachtoffer zelf komen, door het bijvoorbeeld te bespreken met de huisarts en dan volgde vaak geen goede doorverwijzing naar medische zorg, psychosociale zorg en/of doorverwijzing naar politie in verband met opsporingsonderzoek.

Als een slachtoffer zich bij de politie meldde, ging het slachtoffer voor de komst van het CSG met de politie naar de gynaecoloog in een ziekenhuis in de buurt. Daar werd het slachtoffer onderzocht door een gynaecoloog, en verrichtte de zedenrecherche en de forensisch arts het forensisch onderzoek. De praktijk kende een aantal beperkingen; zo moest het slachtoffer vaak lang wachten, omdat de gynaecoloog bijvoorbeeld bezig was met een bevalling, wat prioriteit heeft. De wachttijd op de SEH was voor het slachtoffer maar ook voor de betrokken professional zoals de politie vaak lang. Meestal werd het slachtoffer gezien door de dienstdoende assistent-gynaecoloog. Deze hebben vaak niet veel ervaring met seksueel geweld, en zien (door de spreiding over de ziekenhuizen in de regio) weinig slachtoffers. Zij hebben daardoor weinig routine. In een deel van de regio Limburg worden slachtoffers helemaal niet gezien door een gynaecoloog; daar doet de forensisch arts het sporenonderzoek en verwijst verder naar huisarts of GGD. Er was vanuit de medische zorg geen continuïteit van betrokken professionals mogelijk. Voor de nazorg werd het slachtoffer door de gynaecoloog wel doorverwezen naar de GGD voor de soa-vervolgonderzoeken. Omdat het slachtoffer zelf de vervolgafspraak moest maken en dat, mede door mijdingsgedrag (wat past bij seksueel geweld), vaak niet doet, kwamen de meeste slachtoffers niet naar de GGD of huisarts en kregen daardoor geen nazorg. Daarbij is de hiervoor genoemde zorg alleen geregeld voor slachtoffers die aangifte doen bij de politie en waarbij ook een sporenonderzoek wordt gedaan. Dit is slechts een zeer klein deel van de slachtoffers. De meeste slachtoffers weten niet waar ze voor zorg naar toe moeten en komen vaak veel te laat. Veel huisartsen in de regio geven aan dat zij vaak niet weten wat ze aan moeten met de hulpvraag seksueel geweld omdat ze er weinig ervaring mee hebben. Slachtoffers krijgen daardoor niet de juiste of geen complete zorg.

Deze praktijksituatie was voor de GGD drie jaar geleden aanleiding om samen met de zedenpolitie op zoek te gaan naar een meer afgestemde opvang van slachtoffers.

Wie: de GGD Limburg heeft samen met de zedenpolitie Limburg het initiatief genomen om een toegankelijk CSG op te zetten met borging van de functies; medische zorg, psychosociale hulpverlening en forensische opsporing. Het centrum voor seksuele gezondheid van de GGD biedt integrale (nulde en eerste lijns) curatieve (en preventieve) seksuele gezondheidszorg. Met als producten de vroegere soa-poli en Sense. Van hieruit wordt in het kader van de opvang van slachtoffers van seksueel geweld de eerste opvang gedaan, en de medische zorg en de nazorg geboden.

De telefoonlijn wordt 24 uur bemand en als een slachtoffer zich meldt wordt de dienstdoende verpleegkundige en arts opgeroepen en indien gewenst de zedenrecherche en forensisch arts. De zedenrecherche en forensisch arts voeren de forensische/opsporingsfunctie uit. De nazorg bestaat uit het screenen van slachtoffer op de ontwikkelingen van stressklachten, watchful waiting, soa-testen en vaccinaties toedienen en doorverwijzing naar vervolghulpverlening als dit nodig blijkt.

Wat: het CSG Limburg is een samenwerking tussen de zedenpolitie en de GGD waarbij ervaren GGD-artsen en GGD-verpleegkundigen van het centrum voor seksuele gezondheid, net als de zedenrecherche en forensisch arts, piketdiensten draaien. Als een slachtoffer van acuut seksueel geweld zich bij het CSG meldt, dan wel via de politie, dan wel via het CSG-telefoonnummer of anders, dan krijgt zij/hij meteen de dienstdoende verpleegkundige aan de telefoon en wordt de arts ingeschakeld.

De verpleegkundigen (en artsen) zijn verpleegkundige/arts bij het GGD centrum voor seksuele gezondheid en hebben allen de opleiding soa en seksuele gezondheid gevolgd en een aantekening seksuologie behaald; zodoende hebben zij expertise op het gebied van seksuele gezondheid en het voorkomen en behandelen van soa's en ongewenste zwangerschap. De verpleegkundige vangt het slachtoffer op en is gedurende de eerste opvang en de nazorg de zorgcoördinator.

Waar: de sporenvrije ruimte van de GGD in Maastricht. De opgeroepen professionals komen daar samen: in ieder geval de GGD-arts en de verpleegkundige. Indien het slachtoffer akkoord is met de inmenging van de politie, komt ook de zedenrecherche en de forensisch arts van de GGD. Als er sprake is van zwaar lichamelijk letsel gaat het slachtoffer naar de SEH. Kinderen onder de twaalf jaar worden gezien door een kinderarts. Als gynaecologische zorg nodig is in verband met inwendige bloedingen dan wordt een gynaecoloog ingeschakeld. Als geen sporenonderzoek nodig is en voor vervolgspraken kan een slachtoffer op alle zes de spreekuurlocaties van het centrum voor seksuele gezondheid in Limburg terecht.

Samenwerking: de samenwerking in de uitvoering tussen de kernpartners wordt vastgelegd in werkafspraken en protocollen: wie doet wat en wanneer? De samenwerkingsovereenkomst is bijna af en daarin staat ook opgenomen hoe wordt omgegaan met informatie-uitwisseling tussen de organisaties.

Ook met andere organisaties zijn afspraken gemaakt over wanneer naar elkaar toe wordt doorverwezen of gebruikt wordt gemaakt van elkaars expertise. Op beleidsmatig gebied heeft de GGD het CSG makkelijk in kunnen passen in het centrum voor seksuele gezondheid. Er is koppeling en afstemming met het Steunpunt Huiselijk Geweld en veiligheidshuizen en CLAS en daarmee het beleid omtrent de aanpak huiselijk geweld. Met de gemeente in de regio is contact geweest over het opzetten van het CSG, maar er zijn geen afspraken gemaakt en er is ook geen extra financiering voor gereserveerd.

Potentieel initiatief: werken met een kleine groep artsen en verpleegkundigen wat moet leiden tot ervaring en expertise. Vanuit de GGD is er de koppeling met het SHG en met het centrum voor seksuele gezondheid, welke al een adviserende rol heeft op het gebied van seksuele, en de GGD is gekoppeld aan de gemeente wat zorgt voor verbinding met het beleid omtrent de aanpak van huiselijk geweld en in de toekomst de jeugdzorg. De verpleegkundige verricht de eerste opvang en de nazorg en werkt outreachend naar het slachtoffer. De financiering gebeurt nu vanuit de gemeentelijke middelen van de GGD; de gemeente heeft er geen extra financiering voor vrijgemaakt. Piketdienst van de zeven verpleegkundigen en vijf artsen zorgt voor continuïteit, maar maakt enerzijds de uitvoering duurder. Anderzijds is de zorg door de GGD waarschijnlijk veel goedkoper dan de tweedelijns ziekenhuiszorg, terwijl deze tweedelijns zorg vaak niet nodig is. Een groot deel van de acute zorg is preventief gericht. De toegang tot het CSG is bij de GGD waardoor anonieme opvang mogelijk is. Een sporenvrije kamer wordt voorlopig bekostigd door de GGD en de politie.

B3.2 Friesland

Aanleiding voor het CSG Friesland: de aanleiding voor het oprichten van een CSG in Friesland is de wens naar samenhangende integrale zorg bij acuut seksueel geweld. Het congres in Utrecht op 21 juni 2012 n.a.v. de ervaringen van het CSG Utrecht motiveerde eveneens tot het onderzoeken van de mogelijkheden van een CSG in Friesland. Er bestaat al ketensamenwerking zoals binnen het MDKM, binnen het netwerk tegen Loverboy-problematiek en Directe Hulp bij Huiselijk Geweld (DHHG), een samenwerkingsverband van zorg, politie en justitie waarbij de meldingen huiselijk geweld van de politie direct worden doorgezet zodat het team DHHG directe hulp kan verlenen. Omtrent seksueel geweld zijn deze afspraken (nog) niet gemaakt en ook in de eerste opvang, hulpverlening en met name de nazorg zagen de initiatiefnemers verbeterpunten, zoals: eerdere screening, medische zorg en het vroeger opstarten van behandeling. De politie en SEH werkten al goed samen. Door de oprichting van het CSG krijgt men meer kijk op elkaars expertise en kan er nog beter integraal worden samengewerkt. Zo ligt een deel van de aanleiding ook in de opsporingskant. Vaak zijn de vermeende plegers van seksueel geweld een bekende van het slachtoffer. Door een geïntegreerde medische, psychologische en forensische aanpak kan bereikt worden dat een slachtoffer (en zijn of haar omgeving) goed wordt geholpen, en daardoor eerder geneigd is om ook aangifte te doen. Het is nog niet bekend wanneer het CSG Friesland start.

Wie: Fier Fryslân en het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) hebben het initiatief genomen tot het starten van een CSG Friesland; zij tekenen hiertoe een samenwerkingsovereenkomst. Met de andere direct betrokken partijen zoals de politie, GGD, BJZ en Slachtofferhulp Nederland wordt een CSG-convenant opgesteld.

Wat: Fier Fryslân gaat de 24-uursbereikbaarheid van het landelijke telefoonnummer CSG verzorgen: de eerste telefonische opvang. Hier kunnen de meldingen binnenkomen en vindt de eerste triage plaats. Is er sprake van acuut seksueel geweld, dan wordt het slachtoffer doorverwezen naar de SEH en wordt de SEH tegelijkertijd op de hoogte gebracht. Wil het slachtoffer inmenging van de politie, dan wordt ook deze ingeschakeld. De verpleegkundige van de SEH MCL vangt het slachtoffer op en is tijdens het proces van medisch/forensisch onderzoek de regiehouder. De periode van watchful waiting wordt door Fier Fryslân of het MCL opgepakt; op basis daarvan wordt direct aansluitend eventueel traumabehandeling ingezet. Deze traumabehandeling vindt plaats in het traumacentrum van Fier Fryslân of elders wanneer slachtoffers elders al in traumabehandeling waren.

Waar: Fier Fryslân en het MCL bevinden zich in Leeuwarden. In de regio Friesland zijn naast het MCL, nog enkele streekziekenhuizen gevestigd. Slachtoffers, politie en forensisch artsen gaan nu nog naar al deze ziekenhuizen in de provincie in verband met reistijden voor het slachtoffer en

de huidige werkwijze. Hoe dit er in de toekomst uit gaat zien, wordt afgestemd met de betrokken ziekenhuizen.

Een belangrijk knelpunt is de financiering van de interventies van het CSG. Pas bij ernstig letsel, en als een specialist wordt ingeschakeld kan er een DOT (DBC Op weg naar Transparantie) worden geopend en kan er ook direct worden doorverwezen naar traumabehandeling conform de DBC-systematiek. Een DOT/DBC op kindermishandeling/seksueel geweld/huiselijk geweld die geopend kan worden bij opname zou uitkomst bieden. Voor de preventieve, coördinerende en casemanagementkant van de aanpak is geen financiering. Ervaringen in Utrecht wijzen uit dat de helft van de zaken minderjarigen betreft. Binnen de huidige financieringssystematiek zijn er ook geen middelen voor gesprekken met minderjarigen samen met hun ouders terwijl dit een belangrijk onderdeel is van preventie: slachtoffers van seksueel geweld en hun naasten ondersteunen om het seksueel geweld bespreekbaar te maken.

Samenwerking: voor de samenwerking in de uitvoering zijn afspraken gemaakt met de SEH van het MCL en de politie conform het protocol zeden. Binnen de aanpak wordt gewerkt met de protocollen kindermishandeling zoals die in het MCL gelden. Daarin is een directe samenwerking met het AMK/BJZ. Slachtofferhulp is direct betrokken bij de politie voor inzet bij praktische en juridische ondersteuning. Er wordt nog contact gezocht met de andere ziekenhuizen voor afstemmingsafspraken.

Fier Fryslân is een expertisecentrum op het gebied van geweld in afhankelijkheidsrelaties: huiselijk geweld, seksueel geweld, kindermishandeling, eengerelateerd geweld en binnenlandse en buitenlandse kinder- en mensenhandel. Fier Fryslân biedt diverse mogelijkheden van eenmalig contact tot en met residentiële traumabehandeling en van begeleidend contact tot en met intensieve traumabehandeling. Doordat Fier Fryslân de voordeur vormt voor het CSG kan het seksuele geweld in bredere context worden geplaatst en aangepakt.

Het MCL is een topklinisch opleidingsziekenhuis met locaties in Leeuwarden en in Harlingen. Daarnaast neemt het MCL voor de gehele provincie Friesland een plaats in tussen het Universitair Medisch Centrum Groningen en de andere Friese ziekenhuizen. Dit komt bijvoorbeeld tot uitdrukking in een aantal regionale (top-)functies, subspecialisaties, multidisciplinaire samenwerkingsverbanden en de aandacht voor onderwijs en onderzoek.

Potentieel initiatief: laagdrempelige opvang, afstemming met samenwerkende partijen, voortwerken op bestaande werkprocessen, integrale verbinding van een medische, psychologische en forensische aanpak, gebruikmakend van de mogelijkheden in de regio.

B3.3 Amsterdam

Huidige situatie: Binnen de gemeente Amsterdam is gekozen voor een overkoepelende aanpak om alle vormen van geweld in afhankelijkheidsrelaties onder te brengen in de aanpak Huiselijk Geweld en Kindermishandeling. Seksueel geweld valt binnen de aanpak Huiselijk Geweld, maar krijgt daarbinnen wel specifieke aandacht. Seksueel geweld betreft immers niet altijd geweld in een afhankelijkheidsrelatie. Begin 2013 heeft het College van Burgemeester en Wethouders het Uitvoeringsplan Aanpak Seksueel Geweld 2013-2014 vastgesteld. Doel van dit uitvoeringsplan is intensivering van de aanpak en meer samenhang en regie.

Het Steunpunt Huiselijk Geweld in Amsterdam functioneert als netwerkorganisatie waarbinnen alle expertise rond geweld in afhankelijkheidsrelaties beschikbaar is. Het SHGA werkt samen met het AMK en het Steunpunt Seksueel Geweld Amsterdam (SSGA).³⁵ Zowel burgers als professionals kunnen 24 uur per dag bij het SHG terecht met vragen om hulp, informatie en/of advies. Het SSGA van de GGD is een afdeling van de GGD die zich specifiek bezighoudt met alle vormen van seksueel geweld. Het steunpunt ondersteunt professionals en instellingen in de regio die hulp en opvang bieden aan slachtoffers van seksueel geweld.

Slachtoffers van seksueel geweld die melding willen doen komen terecht bij Bureau Zedenpolitie. Hier vindt een informatief gesprek plaats eventueel gevolgd door sporenonderzoek. Als er aangifte wordt gedaan, gebeurt dat vaak na een aantal dagen. Sinds januari 2012 krijgen zedenslachtoffers op het politiebureau en in de periode daarna van een zorgcoördinator begeleiding en een adequaat en passend hulpaanbod aangeboden.³⁶ Er zijn ook slachtoffers van seksueel geweld die zich niet willen melden bij de zedenpolitie.

Onduidelijk is waar deze slachtoffers zich melden. Dit kan het ziekenhuis zijn, de huisarts, het SHG, maar ook andere ingangen zijn denkbaar. Deze slachtoffers moeten vaak zelf hun weg zoeken in het hulpverleningsaanbod. Daarnaast zijn er ook slachtoffers die in het geheel niet weten waar zij terecht kunnen en zich om die reden nergens melden.

Momenteel voert de Dienst Wonen, Zorg en Samenleven, in samenwerking met de GGD (SSGA), een onderzoek uit naar de haalbaarheid en wenselijkheid van een CSG. Dit onderzoek mondt uit in een advies dat wordt voorgelegd aan de Stuurgroep Huiselijk Geweld en Kindermishandeling en, afhankelijk van de inhoud van het advies, ook aan de Driehoek. Naar aanleiding van dit advies wordt tot bestuurlijke besluitvorming overgegaan.

³⁵ Onderdeel van de GGD is het SSGA. SSGA heeft als doel bestrijding en preventie van seksueel geweld en verbetering van hulpverlening na seksueel geweld. SSGA is een klein specialistisch bureau binnen het cluster Maatschappelijke en Geestelijke Gezondheidszorg, gericht op de specifieke problematiek van seksueel misbruik.

³⁶ Uitvoeringsplan aanpak seksueel geweld Amsterdam 2013-2014. Amsterdam: Gemeente Amsterdam. Dienst Wonen, Zorg en Samenleven.

De opvang van slachtoffers van seksueel geweld gebeurt in samenwerking tussen de zedenpolitie en GGD Amsterdam. Als een slachtoffer zich bij de politie meldt, wordt een informatief gesprek gevoerd om te achterhalen wat er is gebeurd. Indien er sprake is of vermoedens zijn van een zedenmisdrijf wordt gedurende het intakegesprek de zorgcoördinator van de GGD gebeld. De zorgcoördinatoren zijn vrouwelijke forensisch verpleegkundigen van de GGD die werken in piketdiensten. De beschikbaarheid van de zorgcoördinatie is 7x24 uur. De centrale taak van de zorgcoördinator is de afstemming van de zorg of ondersteuning die vanuit verschillende instanties aan een slachtoffer van seksueel geweld wordt geboden. De zorgcoördinator kan een aantal taken van de forensisch arts overnemen voorafgaand en na afloop van het sporenonderzoek. Hierbij kan gedacht worden aan de uitleg over risico's op seksueel overdraagbare aandoeningen en/of zwangerschap, bloedafname, vaccinatie en verstrekking van de morning-afterpil. Het sporenonderzoek zelf wordt uitgevoerd door de forensisch arts.

Kinderen tot 12 jaar worden medisch en forensisch onderzocht in het AMC en daarna voor traumabehandeling vaak doorverwezen naar De Bascule (een ggz-instelling). De politie doet het verhoor van kinderen tussen 4 en 12 jaar in een speciaal daartoe ingerichte studio, waar het hele gesprek audiovisueel wordt opgenomen. Het daaraan voorafgaande informatieve gesprek is in aanwezigheid van de ouders. Tussen de 12 en 16/18 jaar wordt een afweging gemaakt tussen AMC (jeugdroute) of politie (volwassenenroute). Volwassenen die een sporenonderzoek willen, gaan naar de politie. Slachtoffers die niet naar de politie willen, zijn lastiger te begeleiden. Als het goed gaat, melden zij zich bij de soa-poli van de GGD, maar soms 'verdwijnen' zij zonder goede opvang.

Wat: De zorgcoördinator geeft op het politiebureau en in de dagen daarna uitleg over risico's op seksueel overdraagbare aandoeningen, zwangerschap, en over bloedafname, vaccinatie en verstrekking van de morning-afterpil. Zij blijft het vaste aanspreekpunt voor het slachtoffer en biedt begeleiding op maat wat betreft het doorverwijzen naar vervolghulpverlening en praktische ondersteuning. De begeleiding van de zorgcoördinator wordt meestal na een paar maanden, afhankelijk van de specifieke situatie en behoefte van het slachtoffer, afgesloten.

Waar: Forensisch onderzoek wordt verricht op het bureau van de zedenpolitie die een speciaal ingerichte kamer hiervoor heeft of wordt verricht op de SEH van een ziekenhuis. Afhankelijk van waar slachtoffers zich melden, verloopt hun traject anders. Als zij zich bij de politie melden, dan krijgen zij meteen een zorgcoördinator toegewezen. In geval van ernstige verwondingen, wordt het slachtoffer door de politie begeleid naar het ziekenhuis. Als een slachtoffer zich direct meldt bij de SEH, krijgt het slachtoffer daar de medische zorg. Voor nazorg wordt het slachtoffer dan doorverwezen naar andere hulpverlenende instanties.

Samenwerking: Voor de opvang van slachtoffers die zich bij de politie melden, is er goede samenwerking en afstemming tussen het SSGA, de forensisch artsen en zorgcoördinatoren van de GGD en Bureau Zedenpolitie. Ook voor een standaard PTSS-screening of een doorverwijzing naar traumahulpverlening bij de ggz (zonder wachttijd) zijn afspraken gemaakt tussen de zorgcoördinatoren en BRicht GGZ. Er is een knelpunt in de hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld die niet bij de politie terechtkomen. Onduidelijk is waar deze slachtoffers zich melden. Dit kan het ziekenhuis zijn, de huisarts, het SHG, maar andere ingangen zijn ook denkbaar'.

Wenselijke situatie: De gemeente Amsterdam (Dienst Wonen Zorg en Samenleven) inventariseert in samenwerking met het SSGA van de GGD de wenselijkheid en haalbaarheid van een CSG en voert daartoe gesprekken met de betrokken ketenpartners. Het uitgangspunt moet de behoefte/de vraag van het slachtoffer zijn. Het slachtoffer wil weten bij wie zij of hij terecht kan, wat zij of hij kan verwachten, hoe zij of hij opgevangen zal worden, et cetera. Vervolgens moet worden gekeken hoe hieraan tegemoet gekomen kan worden, gelet op de rollen van partijen. Daarna is de vraag hoe je dit vervolgens organiseert (bijvoorbeeld via een CSG).

In de huidige situatie ontvangen slachtoffers, die zich melden bij de zedenpolitie, zorgcoördinatie. De zorgcoördinatie borgt de opvang in de acute fase en zorgt tevens voor nazorg. Slachtoffers die zich niet melden bij de zedenpolitie moeten vaak zelf nog hun weg zoeken in het hulpverleningsaanbod. Voor hen is het ook wenselijk de hulpverlening goed te organiseren.

B3.4 Twente

Huidige situatie: In de regio Twente werken GGD SoaSense en de zedenpolitie nauw samen als het gaat om slachtoffers van seksueel geweld. De medische en forensische functie is in deze regio goed afgedekt, maar de psychosociale functie en de nazorg werken nog niet optimaal en kunnen mogelijk verbeterd worden. Op dit moment onderzoekt de GGD SoaSense de behoefte onder ketenpartners om een CSG op te zetten. Nog niet alle betrokken ketenpartners, zoals SHG, zijn op de hoogte van dit initiatief. Uit de gesprekken met de GGD, zedenpolitie en SHG komt naar voren dat zij alle drie een meerwaarde zien van een koppeling van de vier functies (medisch onderzoek, forensisch onderzoek, psychosociale hulp en adviesfunctie) in een CSG. Ook huisartsen bellen nu vaak de GGD, omdat zij niet weten hoe de stappen van de opvang en de werkwijze van de politie in elkaar steken. Een aantal knelpunten, zoals het ontbreken van goede nazorg bij een melding bij de politie, of een melding bij het SHG en het ontbreken van duidelijke werkafspraken tussen ketenpartners kan door een CSG worden opgelost. Ook zou een CSG slachtoffers kunnen bereiken die nu niet naar de politie gaan.

Wie: De GGD en de zedenpolitie werken in deze regio nauw samen voor slachtoffers van seksueel geweld. In de huidige situatie geeft de zedenpolitie aan dat zij snel het zicht kwijt raken op een slachtoffer als dit slachtoffer in een hulpverleningstraject 'verdwijnt'. Op het strafrechtelijke traject hebben zij wel goed zicht. De GGD biedt alleen hulp voor slachtoffers van seksueel geweld tot 25 jaar. De GGD heeft geen zicht op de slachtoffergroep die ouder is. Volgens de GGD zou een mogelijk CSG slachtoffers van alle leeftijden een duidelijk begeleidingstraject kunnen bieden, waar de vier functies bij elkaar komen. Vaak bemerkt het SHG dat slachtoffers geen forensisch onderzoek hebben laten verrichten, omdat zij de stap naar de (zeden)politie te zwaar vonden.

Wat: De slachtoffers die bij het GGD SoaSense-spreekuur terechtkomen, weten vaak niet waar ze heen moeten en vinden het een te grote stap om meteen de politie in te schakelen. Bij het SHG komen in de huidige situatie vaak slachtoffers terecht die zich niet meer in de acute fase bevinden.

Waar: Forensisch onderzoek valt nu dagelijks voor 17.00 uur onder de verantwoordelijkheid van de GGD en na 17.00 uur verplaatst dit naar het ziekenhuis (Medisch Spectrum Twente). De forensisch arts wordt betaald door de zedenpolitie en bij aangifte neemt de politie het slachtoffer mee naar de GGD. In de huidige situatie ontbreekt een duidelijke verwijzingslijn als het gaat om de hulpverlening aan slachtoffers.

De GGD, SHG en de zedenpolitie zien een meerwaarde van een CSG en opperen dat dit mogelijk 24 uur kan worden ondergebracht bij een ziekenhuis. De gemeente Enschede ziet wel een meerwaarde in de verbetering van de kernfuncties, maar niet in de oprichting van een 'nieuw' CSG.

Samenwerking: In de huidige situatie is er een goede samenwerking tussen de GGD, zedenpolitie en het ziekenhuis (Medisch Spectrum Twente). Hiermee zijn de medische en forensische functie afgedekt, al zijn er nog geen werkafspraken tussen de partners op schrift gesteld, zoals in een convenant of protocol. Op het gebied van de psychosociale functie kan de samenwerking tussen ketenpartners verbeteren; veel lijkt nu nog ad hoc geregeld. Het aanbod voor slachtoffers van seksueel geweld is enigszins versnipperd en de GGD, zedenpolitie en SHG hebben het idee dat zij slachtoffers missen, vooral de slachtoffers boven de 25 jaar die niet via de GGD binnenkomen. Vooral de adviesfunctie is niet goed belegd in deze regio. Betrokkenen van de GGD, zedenpolitie, SHG en gemeente pleiten voor duidelijke samenwerkingsafspraken over werkwijzen hoe zij omgaan met slachtoffers van seksueel geweld, vooral omtrent taakstelling en doorverwijzing.

Wenselijke situatie: Alle vier de ketenpartners willen een verbetering van de samenwerkingsafspraken over de werkwijze in de acute fase en over de doorverwijzing tussen de partners onderling. De GGD ziet zeker meerwaarde in een CSG en bij voorkeur met een 24-uursbeschikbaarheid van een coördinator. De adviesfunctie omtrent seksueel geweld die nu in de regio niet goed belegd is voor slachtoffers van seksueel geweld, zou op die manier vervuld kunnen worden. Op de afdeling Seksuele Gezondheid van de GGD zitten eventuele vervangers van een dergelijke coördinator. Betrokkenen van de GGD, de zedenpolitie en het SHG geven aan dat een CSG voor slachtoffers van elke leeftijd toegankelijk moet zijn met een specifieke aanpak voor de verschillende doelgroepen. Idealiter zijn GGD, zedenpolitie en ziekenhuis kernpartners. In de tweede schil zit dan SHG (maatschappelijk werk), de psychosociale hulp, jeugdzorg en andere nazorg zoals praktische en juridische ondersteuning. De gemeente geeft aan dat goed moet worden gekeken of er niet weer een apart centrum wordt opgezet of een zogenoemde loketfunctie, terwijl je met afspraken en inbedding in de bestaande organisaties ook een heel eind kunt komen.

Als het ziekenhuis de voorkeur van het CSG gaat vormen zoals sommige betrokkenen aangeven, dan moeten verpleegkundigen een (korte) opleiding krijgen waarin aandacht is voor het aannemen van een dergelijke cliënt (slachtoffer van seksueel geweld). Als tweede optie kan de GGD als inlooppunt gebruikt worden, waarbij verpleegkundigen in piketdiensten werken. In ieder geval willen de betrokken organisaties in de regio Twente toe naar een toegankelijke opvang voor slachtoffers van seksueel geweld, die zich 24 uur per dag kunnen melden om zo de juiste en afgestemde zorg te krijgen.

BIJLAGE 4

Overzicht respondenten en expertmeeting

Kernpartners CSG Utrecht

- Iva Bicanic, teamleider PTC, coördinator en casemanager CSG
- Astrid Kremers, cognitief gedragstherapeutisch werker/seksuoloog PTC, casemanager CSG
- Elise van der Putte, kinderarts Wilhelmina Kinderziekenhuis
- Hans Berghout, team-chef zedenpolitie
- Mienetta Groenendaal, forensisch rechercheur
- Lonneke van Duurling, forensisch arts FPKM
- Satisch Moekoet, forensisch arts FMMU

Samenwerkende partners CSG Utrecht

- GGD Sense; manager afdeling gezondheidsbescherming
- Soa-poli; sociaal verpleegkundige
- Siriz; teamleider FrontOffice
- JOSS-advocaat, advocaat (mede LANZS)
- PsyQ; manager zorg
- Altrecht; teamleider trauma
- SHG/Moviera: medewerker SHG

Kern- en ketenpartners CSFG

- Toine Lagro, Hoofd CSFG
- Elza Zijlstra, coördinator CSFG
- Rinske van der Bij, beleidsmedewerker GGD
- Marie Louise Moors, SEH-arts Radboud UMC
- Astrid Reinders, nazorgconsulent CSFG
- Mireille Bosveld, zedenpolitie
- Renske Spanninga, huisarts
- Francée Aarts, forensische arts GGD

Samenwerkende partners

- SHG
- AMK
- GGZ Ambulatorium
- SoaSense-poli van de GGD
- Moviera vrouwenopvang

Sleutelfiguren landelijk

- OM: plaatsvervangend hoofdofficier van justitie
- KLPD: coördinator landelijke expertisegroep bijzondere zedenzaken

- Slachtofferhulp Nederland: beleidsmedewerker Landelijk
- Slachtofferhulp Nederland: coördinator casemanagement
- Schadefonds geweldsmisdrijven: directeur
- Movisie: Senior adviseur huiselijk en seksueel geweld
- LANZS-advocaat

Respondenten analyse Limburg

- Coördinator CSG
- Politie, plaatsvervangend Districtchef Noord- en Midden Limburg
- GGD, afdelingshoofd gezondheid en maatschappelijk participatie
- OM, Officier van Justitie
- GGZ, behandelaar

Respondenten analyse Friesland

- Coördinator CSG
- Fier Fryslân SHG, bestuurder
- Medisch Centrum Leeuwarden, kinderarts
- Medisch Centrum Leeuwarden en GGD Sense, arts-seksuoloog
- Politie, teamchef opsporing

Respondenten analyse Twente

- Gemeente Enschede, adviseur maatschappelijke ontwikkeling
- Manager maatschappelijk werk/SHG
- Zedenpolitie, teamleider
- GGD sociaal verpleegkundige

Interviewverslagen respondenten analyse Amsterdam, uitgevoerd door de gemeenten Amsterdam

- diverse regionale ketenpartners vanuit de medische, juridische en psychosociale hulpverlening

Respondenten expertmeeting

- Ico Kloppenburg, VNG
- Yvonne Velthuizen, SHG Kennemerland
- Marianne van Staa, GGD Amsterdam
- Peter van den Wijngaard, politie Amsterdam bureau Zeden
- Jan de Jonge, Politie Amsterdam
- Selena de Vries, FPKM
- Siekina Dalhuysen, Slachtofferhulp NL
- Martine Reukers, Gemeente Amsterdam
- Paul van den Eshof, KLPD
- Astrid Kremers, CSG Utrecht
- Janet ten Hoope, OM
- Rinske van der Bij, GGD Nijmegen en CSFG
- Maaike van de Graaf, gemeente Rotterdam

BIJLAGE 5

Mogelijkheden om de hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld te verbeteren?

Vorbereidende notitie voor de expertmeeting van 4 november 2013

Inleiding

In opdracht van de ministeries van VenJ en VWS onderzoeken Regioplan en Verwey-Jonker Instituut de hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld zoals deze plaatsvindt in Utrecht en Nijmegen. In beide regio's is een CSG actief. Deze centra zijn een bundeling van verschillende (medische, forensische, psychosociale en advies-) functies die door verschillende partijen worden vervuld en tot doel hebben slachtoffers van seksueel geweld beter te kunnen helpen.

Het doel van dit onderzoek is om na te gaan hoe deze functies in de beide CSG's worden vervuld en of, en zo ja, welke meerwaarde er is voor slachtoffers, voor de samenwerkende partijen, voor het hulpverleningsbeleid en voor het justitiebeleid inzake de vervolging van vermeende daders.

Het onderzoek is in de eindfase beland. We hebben uitgebreid gekeken naar het functioneren van beide centra in Utrecht en Nijmegen en ook gekeken naar de wijze waarop de hulpverlening aan slachtoffers in de acute fase en de nazorgfase is vormgegeven in Amsterdam, Friesland, Twente en Limburg.

De laatste stap in het onderzoek is met een aantal experts door te praten over de wenselijkheid en de (on)mogelijkheden om de hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld op lokaal/regionaal niveau in heel Nederland te verbeteren.

Deze korte notitie dient als achtergrondinformatie ten behoeve van de expertmeeting op maandag 4 november 2013 ten kantore van Regioplan.

Waarom een CSG?

Met name in de acute fase na een verkrachting of aanranding, als het risico op langdurige posttraumatische klachten het grootst is, krijgen slachtoffers te maken met veel, soms onduidelijke procedures en protocollen en een veelheid aan instanties, zoals politie, forensisch arts, Slachtofferhulp Nederland en GGD.³⁷ Slachtoffers krijgen vaak niet direct medische zorg en moeten zelf initiatief nemen om vervolghulp in te schakelen. Zij krijgen daardoor niet de juiste zorg op het juiste moment (denk bijvoorbeeld aan het direct toedienen van PEP-medicatie (aidsremmers), of het nemen van een morning-afterpil). De opvang is zeer gefragmenteerd. Slachtoffers worden soms meerdere malen onderzocht (door een huisarts, een verpleegkundige van de Soa-poli, een forensisch arts, et cetera) en moeten meerdere malen hun verhaal vertellen.

³⁷ Meintser en Van Beek, 2006; Van Berlo en Höing, 2005.

Onderzoek toont aan dat hierdoor gevoelens van schaamte en schuld geactiveerd worden. Hierdoor haken slachtoffers af en krijgen niet de psychosociale hulp die ze nodig hebben.

Daarnaast kan bewijs verloren gaan, omdat het forensisch onderzoek niet tijdig plaatsvindt, of door ondeskundigheid bij de sociaalpsychische en medische hulpverlening. Een bundeling van functies zoals deze is georganiseerd in een CSG zou idealiter moeten leiden tot het creëren van optimale voorwaarden om kwalitatief verantwoord forensisch onderzoek ten behoeve van waarheidsvinding te kunnen uitvoeren.³⁸

Wat is een CSG?

Een CSG is een bundeling van functies. Deze bundeling kan op verschillende manieren worden georganiseerd. Utrecht en Nijmegen zijn daar twee voorbeelden van, maar ook andere organisatievormen zijn denkbaar. De meerwaarde van een CSG kan liggen in de afstemming tussen medische, psychosociale zorg en forensisch onderzoek in de acute fase nadat het seksueel geweld heeft plaatsgevonden. De kernfuncties van een CSG zijn daarom medische zorg, forensisch onderzoek en psychosociale hulpverlening, dat laatste bestaand uit een eerste opvang in de acute fase en de psychosociale nazorg. In Utrecht en Nijmegen wordt daarnaast een advies en/of consultatiefunctie vervuld, waarbij professionals, familie en anderen advies kunnen vragen omtrent casuïstiek en seksueel geweld. Met het uitvoeren van deze kernfuncties wordt voorzien in een laagdrempelige instap die 24 uur toegankelijk is en waarbij medisch en forensisch onderzoek op elkaar wordt afgestemd. Hierdoor wordt het slachtoffer zo min mogelijk belast. De nazorg omvat een proactieve benadering van het slachtoffer waardoor moet worden voorkomen dat slachtoffers niet de juiste hulp op het juiste moment krijgen. De nazorg bestaat uit meerdere onderdelen; onder andere het screenen op ontwikkeling van posttraumatische stressklachten, doorverwijzen naar vervolghulpverlening en afspraken voor medicatie en vaccinatie omtrent soa's.

Een CSG heeft primair een hulpverleningsdoelstelling; dat wil zeggen dat de beleving van het slachtoffer centraal staat. Daarnaast is er een opsporingsdoelstelling, wat betekent dat de waarheidsvinding van een zedenmisdrijf centraal staat. De hulpverleningsdoelstelling kan botsen met doelstelling van waarheidsvinding, bijvoorbeeld als adequate hulp aan het slachtoffer forensisch onderzoek in de weg staat. Maar een goede hulp kan ook sporenonderzoek vergemakkelijken, waarmee de opsporingsdoelstelling wordt ondersteund.

Een CSG heeft tot doel slachtoffers integrale hulp te bieden in de acute fase na de verkrachting, dat wil zeggen binnen zeven dagen na een verkrachting. Een CSG dient een laagdrempelige plek te zijn waar de patiënt durft aan te kloppen en zich verzekerd weet van goede multidisciplinaire zorg. Na het

³⁸ Bicanic, I. et al. *Multidisciplinaire zorg onder; één dak voor slachtoffers van verkrachting*. Critical Care nr. 06/2012.

acute moment dient de patiënt gefaciliteerd te worden in het vinden van goede nazorg.

Voorwaarden voor een CSG

Een CSG moet aan een aantal voorwaarden voldoen. We onderscheiden bestuurlijke, organisatorische, praktische en financiële voorwaarden.

Bestuurlijke voorwaarden

Een CSG betreft een *samenwerking* tussen meerdere partijen. Dit zijn de politie in de vorm van de zedenrecherche, de forensisch artsen en medische professionals die de eerste medische opvang doen zoals verpleegkundigen en artsen, en de professionals die de nazorg verrichten. Die samenwerking kan op verschillende manieren worden georganiseerd. Een bestuurlijke voorwaarde is dat er op schrift gestelde samenwerkingsafspraken zijn tussen partners die de kernfuncties vervullen, bijvoorbeeld in de vorm van een convenant of samenwerkingsovereenkomst. Daarnaast is het belangrijk dat wordt nagegaan of de samenwerkingsafspraken die gemaakt zijn, worden nagekomen, bijvoorbeeld door periodieke monitoring. Ook moet er de mogelijkheid bestaan om bij te sturen en de afspraken aan te passen of aan te scherpen, bijvoorbeeld door periodiek bestuurlijk overleg. Van belang is dat de CSG-functies duidelijk zijn gepositioneerd ten opzichte van aanpalende voorzieningen die een medische, justitiële, of sociaal-psychologische loketfunctie voor slachtoffers hebben.

Organisatorische voorwaarden

Het CSG is 24 uur per dag bereikbaar voor slachtoffers, zowel telefonisch als fysiek. Er zijn werkprocesbeschrijvingen voor elke kernfunctie die ingaan op de taakverdeling tussen de kernpartners, het prioriteren van de werkzaamheden en eventuele samenwerking met derden, zoals doorverwijzen naar andere professionals. Daarnaast wordt er gewerkt met kwaliteitsprotocollen en vindt er informatieoverdracht plaats tussen eerste opvang (bv. SEH) en de nazorg (bv. casemanagers); zoals de naam en contactgegevens van het slachtoffer en beperkte informatie over het incident.

Praktische voorwaarden

Om de verschillende functies goed te kunnen vervullen, moet worden voldaan aan een aantal praktische voorwaarden. Zo moet voor het forensisch onderzoek een schone (bij voorkeur sporenvrije) onderzoeksruimte beschikbaar zijn. Daarnaast is het wenselijk voor de politie om te kunnen beschikken over een geschikte ruimte waar de politie een informatief gesprek kan voeren met het slachtoffer (bij voorkeur met opnameapparatuur), zodat het slachtoffer niet naar het politiebureau hoeft voor het informatieve gesprek. Ook moet de telefoonlijn 24/7 bereikbaar zijn, dus buiten kantooruren moet deze doorgeschakeld zijn naar bijvoorbeeld de SEH.

Financiële voorwaarden

Het medische onderzoek wordt structureel gefinancierd vanuit reguliere gelden. Indien een DBC wordt opgestart vindt de bekostiging plaats via de zorgverzekeraars. Het forensisch onderzoek door de forensisch arts en zedenpolitie wordt gefinancierd door overheidsgelden.

De overheadtaken, het vervullen van de casemanagersfunctie en de adviesfunctie kennen geen structurele financiering. Daarnaast moet bekendheid worden gegeven aan het CSG; deze PR-taken worden niet gefinancierd door reguliere middelen.

Discussiepunten

In Utrecht en Nijmegen heeft het CSG een specifieke invulling gekregen. Het is echter ook goed denkbaar dat de hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld op een geheel andere wijze wordt ingericht, afhankelijk van de regionale (historisch bepaalde) mogelijkheden en voorkeuren van betrokken partijen om samen te werken. Een CSG is daarmee niet zozeer een instituut dat op een specifieke wijze is georganiseerd, maar een bundeling van specifieke functies die op verschillende manieren gerealiseerd kan worden.

Tijdens de expertmeeting besteden we aandacht aan de volgende vier onderwerpen:

1. Meerwaarde CSG

- Wat moet de meerwaarde van een CSG-aanpak voor slachtoffers zijn?
- Wat moet de meerwaarde zijn voor de samenwerkende partijen in een CSG c.q. voor het beleid inzake de aanpak van seksueel geweld? Zowel voor de hulpverleningsdoelstelling als voor de opsporing en vervolging?

2. Uniforme werkwijze versus regionale verschillen

- Hoe kunnen de CSG-functies het beste vervuld worden, rekening houdend met de historisch gegroeide werkwijze bij de aanpak van huiselijk geweld en de justitiële aanpak van zedendelicten?
- Als de CSG-functies landelijk toegankelijk worden gemaakt, bij welke regio-indeling kan dan het beste worden aangesloten? Met welke regiokenmerken moet rekening worden gehouden? Wat is er al en waar kan op worden voortgeborduurd?
- Wat moet uniform geregeld worden en wat kan lokaal/regionaal ingekleurd worden?

3. Voorwaarden samenwerking

- Welke partijen zijn onmisbaar in de samenwerking?
- In welke rol en hoedanigheid?
- Aan welke bestuurlijke, organisatorische, financiële en werkinhoudelijke voorwaarden moet daarbij worden voldaan?
- Hoe moet de regierol van de (centrum)gemeenten worden ingevuld?

4. *Beleid aanpak seksueel geweld*

- Op welke manier kan/moet worden aangesloten bij de ketenaanpak geweld in huiselijke kring (partnergeweld, kindermishandeling, denk aan de rol van het SHG en AMK)?
- Wat moet daarbij dan de rol van de (centrum)gemeente zijn?
- Hoe kan het Rijk de samenwerking van functies bij de bestrijding van seksueel geweld het beste stimuleren?

BIJLAGE 6

ITEMLISTEN

Itemlist werkwijze CSG

Introductie

- Achtergrond en doel onderzoek

Werkwijze centra algemeen: stellen aan coördinator/hoofd centrum

Wordingsgeschiedenis:

- Hoe en wanneer is het centrum opgericht?
- Lukte het om de samenwerking te starten?
- Waren er partijen waarbij het makkelijker lukte commitment te krijgen dan bij andere partijen?
- Hoe hebben jullie dit opgelost?
- Welke partijen betrokken bij centra ?(verschil Utrecht/Nijmegen)
- Wat is de werkwijze met betrekking tot de opvang van cliënten?
(onderscheiden naar vier functies: medische zorg, psychologische hulpverlening, forensisch onderzoek en advisering)
- Wat is de werkwijze met betrekking tot de opvang van cliënten?
(onderscheiden naar slachtoffers, vrienden en familie, en professionals)
- Is er sprake van een gestandaardiseerde werkwijze? Welke? Lukt het ook om het zo uit te voeren zoals op papier is bedacht? Welke zaken lopen goed/minder goed?
- Hoe wordt omgegaan met privacygevoelige informatie?
- Hoe en wat wordt geregistreerd? Voor wie is dat toegankelijk?
- Hoe vind samenwerking plaats tussen de vier functies?
- Hoe vind samenwerking plaats met partijen buiten het CSG? Welke worden gemist?
- Hoe worden centra gefinancierd? Voldoende middelen? (ook naar de toekomst)
- Ervaringen tot nu toe?
- Verschillen en overeenkomsten Utrecht/Nijmegen?

Werkwijze geïnterviewde/organisatie: naar vier functies

forensisch onderzoek: politie

medische zorg: kinderarts

psychologische hulpverlening: psycholoog

adviesing:

- Op welke wijze bent u betrokken bij het centrum?
- Kunt u uw werkwijze/werkzaamheden omschrijven, van begin tot einde?
- Sprake van gestandaardiseerde werkwijze? Hoe?

- Ervaringen tot nu toe? hoeveel cliënten al geholpen? Wat gaat goed/minder goed.
- Randvoorwaarden?
- Hoe verloopt de samenwerking met andere partijen binnen het centrum? Wat gaat goed/wat gaat minder goed?
- Zijn er vaste contactmomenten met de andere partijen binnen het centrum? Hoe vaak?
- Hoe verloopt de informatie-uitwisseling tussen de andere partijen binnen het centrum?
- Hoe registreert u? Voor wie is deze informatie toegankelijk?
- Is men op de hoogte van elkaars werkwijze?
- Is er ook samenwerking met partijen buiten het centrum? Zo ja, met welke partijen? Welke worden gemist?
- Hoe verloopt deze samenwerking? Goede en minder goede punten? Informatie-uitwisseling?
- Is er zicht op andere CSG's dan die in Utrecht of Nijmegen?

Succesfactoren

- Wat is de meerwaarde van de samenwerking binnen het CSG? (medische zorg, psychologische hulpverlening, forensisch onderzoek en advisering)
- Wat is de meerwaarde van centra seksueel geweld voor cliënten? (onderscheiden naar: medische zorg, psychologische hulpverlening, forensisch onderzoek en advisering, en het gecombineerde aanbod)
- Wat is de meerwaarde van centra seksueel geweld voor cliënten? (onderscheiden naar slachtoffers, vrienden en familie, en professionals)
- Wat is de meerwaarde van het CSG ten opzichte van andere structuren/aanpakken seksueel geweld.

Regionale toegankelijkheid

- Concept regionale uitrollen: ziet u mogelijkheden/meerwaarde in het regionaal toegankelijk maken van CSG-functies?
- Hoe zou dit vorm moeten krijgen?
- Moet het bij regio's aanhaken en waarom en welke? (bv. 25 politieregio's, 13 GGZ-regio's of andere spreiding?)
- Welke rol/taken hebben de ministeries van V&J en VWS ten aanzien van de uitrol van de CSG-functies?
- Welke rol/taken hebben centrumgemeenten en samenwerkingspartners ten aanzien van de uitvoering van CSG-functies?

Itemlist analyse vier initiatieven bundeling CSG-functies

Vragen:

1. Worden op dit moment slachtoffers van seksueel geweld (in voldoende mate) bereikt en geholpen in uw regio?
2. Welke functies van een CSG worden (wel) vervuld en welke niet?
3. Welke partijen zijn daarbij betrokken en op welke wijze zijn zij betrokken, onderscheiden naar medische zorg, forensische zorg, psychosociale hulpverlening, individueel en in de onderlinge samenwerking? Hoe is de bestuurlijke inbedding geregeld?
4. Hoe is de samenwerking geborgd (bestuurlijk, organisatorisch, financieel en praktisch uitvoerend)?
5. In hoeverre en op welke wijze is de (centrum)gemeente er bij betrokken? Hoe is het ingebed in het beleid van deze gemeente?
6. Welke resultaten zijn/worden geboekt in termen van meerwaarde voor slachtoffers, voor de samenwerkende instellingen en voor het beleid? Wat gaat goed, wat gaat minder goed?
7. Ziet u mogelijkheden om de functies te verbeteren?
8. Zo ja, wat moet daar dan voor gebeuren (bestuurlijk, organisatorisch, praktisch/uitvoerend, financieel) en wie moeten daarbij betrokken zijn?
9. Zijn er eventuele alternatieve werkwijzen denkbaar in uw regio?
10. Beschouwt u een CSG als een instituut met landelijke spreiding en één uniforme werkwijze of beschouwt u een CSG als een samenwerkingsverband tussen verschillende functies waarvan de invulling regionaal kan verschillen? Waarom?

De vragen 11 t/m 18 stellen voor die functies van een CSG die in de regio niet of onvoldoende vervuld worden.

11. Indien slachtoffers niet of in onvoldoende mate worden bereikt, wat is daarvan de oorzaak?
12. Welke functies worden niet of in mindere mate vervuld? Waarom?
13. Hoe zouden die functies wel vervuld kunnen worden?
14. Welke partijen zouden daarbij betrokken moeten en kunnen zijn en op welke wijze moeten zij betrokken worden, onderscheiden naar medische zorg, forensische zorg, psychosociale hulpverlening, individueel en in de onderlinge samenwerking?
15. In hoeverre en op welke wijze zou de gemeente erbij betrokken moeten zijn?
16. Hoe zouden de functies gefinancierd moeten worden?
17. Is er één scenario voor de vervulling van de CSG-functies denkbaar of meerdere? Waarom?
18. Beschouwt u een CSG als een instituut met landelijke spreiding en één uniforme werkwijze of beschouwt u een CSG als een samenwerkingsverband tussen verschillende functies waarvan de invulling regionaal kan verschillen? Waarom?

Itemlist interviews gebruikers dienstverlening CSG Utrecht

Opvang verpleegkundige

1. Hoe heb je de eerste opvang ervaren bij de eerste hulp?
2. Hoe vond je dat de verpleging (verpleegkundige) met je omging? Waren ze vriendelijk, namen ze je serieus?
3. Wat was volgens jou goed aan de opvang van de verpleegkundige? En wat kan volgens jou verbeterd worden?

Indien relevant: betrokkenheid politie

4. Heb je ook een gesprek gevoerd met de politie over wat er was gebeurd? Hoe heb je dat ervaren?
5. Hoe vond je dat de politie met jou omging? Waren ze vriendelijk, namen ze je serieus?
6. Wat was volgens jou goed aan de rol van de politie? En wat kan volgens jou verbeterd worden?

Medische zorg en onderzoeken

7. Hoe waren deze onderzoeken op elkaar afgestemd? Werd er bijvoorbeeld één keer of vaker bloed afgenomen? Moest je je bijvoorbeeld één keer of vaker uitkleden voor onderzoek?
8. Hoe vond je dat de artsen met jou omgingen? Waren ze aardig, namen ze je serieus?
9. Wat was volgens jou goed aan de onderzoeken van de artsen en politie? En wat kan volgens jou verbeterd worden?

Nazorg

Na je bezoek aan de eerste hulp ben je de dag(en) erna gebeld door een casemanager van het CSG.

10. Hoe heb de nazorg van de casemanager ervaren?
11. Hoe vond je dat de casemanager met jou omging? Was hij/zij aardig, werd je serieus genomen?
12. Wat was volgens jou goed? En wat kan volgens jou verbeterd worden?

Het CSG in Utrecht is opgericht om slachtoffers van seksueel geweld goed op te vangen, in de fase net na het geweld, maar ook daarna.

13. Hoe tevreden ben je over de dienstverlening van het CSG Utrecht in het algemeen. En waarom?
14. Heeft de dienstverlening van het CSG jou geholpen bij de verwerking van het incident? Waarom wel/niet? Op welke wijze?

BIJLAGE 7

Literatuurlijst

Bakker, F., Graaf, H. de, Haas, S. de, Kedde, H., Kruijer, H. & Wijsen, C. (2009). *Seksuele gezondheid in Nederland 2009*, Utrecht: Rutgers Nisso Groep.

Bakker, H, Van Delft, A, Doornink, N & Meintser, N. (2011). *Naar een betere regionale (keten)aanpak van seksueel geweld*. Utrecht: Movisie.

Berlo, W. van & Höing, M. (2006). Seksuele victimisatie. In: F. Bakker & I. Vanwesenbeeck (Red.) *Seksuele gezondheid in Nederland 2006* (pp. 139-156) (RNG-studies 9). Delft: Eburon.

Campbell, R., Patterson, D. & Bybee, D. (2012). Prosecution of Adult Sexual Assault Cases; A Longitudinal Analysis on the Impact of Sexual Assault Nursery Examiner Program, *Violence against Women*. Jrg. 18, Afl 2, p. 223-244.

Campbell, R. and Wasco, S.M. Understanding rape and sexual assault. 20 years of progress and future directions. In: *Journal of Interpersonal Violence*, volume 20, no 1, January 2005, pp. 127-131.

Delft, A. van & Meintser, N. (2009). *Een frontoffice seksueel geweld? Onderzoek naar een draagvlak voor een frontoffice seksueel geweld*. Utrecht: Movisie.

Emancipatiemonitor 2012. Merens, M. Hartgers & M. van den Brakel (Red.) SCP/CBS, Den Haag, 2012.

Gezondheidsraad (2013). *Forensische geneeskunde ontleed. Naar een volwaardige plaats voor een bijzondere discipline*. Den Haag.

GGD Groningen (2012). *Sociale kaart Preventie en hulpverlening seksueel geweld Provincie Groningen*.

Goderie, M. & Flikweerd, M. (2012). *Zorgcoördinatie voor slachtoffers van verkrachting in Amsterdam. Verslag van een pilot*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Graaf, M. van de (2013). *Aanpakken met beleid. Een onderzoek naar de wijze waarop gemeenten effectief beleid voor de aanpak van seksueel geweld kunnen ontwikkelen*. Opdrachtgever Partnership Aanpak Seksueel Geweld.

Holm Bramsen, R., Elklit, A & Hjort Nielsen, L. (2009). A Danish Model for Treating Victims of Rape and Sexual Assault: The Multidisciplinary Public Approach. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. Jrg 18, p. 886-905.

Home Office (2009). *Revised National Service Guide. A Resource for Developing Sexual Assault Referral Centres*.

<http://www.dh.gov.uk/publications>

Höing & Van Berlo, (2006). Seksuele dwang. In: F. Bakker & I. Vanwesenbeeck (Red.). *Seksuele gezondheid in Nederland 2006* (pp. 157-166) (RNG-studies 9). Delft: Eburon.

Korver, R. (2012). *Recht van spreken. Slachtoffers in het Nederlandse strafproces*. Amsterdam/Antwerpen: De Arbeiderspers.

Lovett, J., Regan, L. & Kelly, L. (2004). *Sexual Assault Referral Centres: Developing Good Practice and Maximising Potentials. Home Office Research Study 285*.

Lünnemann, K.D., Six, F. & Smit, W. (2012). *Seksueel misbruik in de jeugdzorg. Governance vanuit het kindperspectief*. (Deelonderzoek 2b van het Verwey-Jonker Instituut en VU bij rapport Commissie Samson: Omringd door zorg, toch niet veilig: seksueel misbruik van door de overheid uit huis geplaatste kinderen, 1945 tot heden). Amsterdam: Boom.

Lünnemann, K.D. Goderie M. & Tierolf, B. (2010). *Geweld in afhankelijkheidsrelaties. Ontwikkelingen in vraag naar en aanbod van hulp en opvang*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Lünnemann, K.D. & Piechocki, D.J.G. (2001). *Seksueel geweld betaald gezet. Juridische gids civiel- en strafrechtelijke schadevergoedingsmogelijkheden*. Nijmegen: Ars Aequi Libri.

Mason, G. E., Ullman, S., Long, S. E., Long, L. & Starzynski, L. (2009). Social support and risk of sexual assault revictimization. *Journal of Community Psychology*, 37, 58-72.

Meintser, N. & Van Beek, I. (2006). *Aanpak van seksueel geweld in Nederland. Stand van zaken & aanbevelingen voor beleid. Onderzoek, preventie en hulpverlening*.

Niekamp, A. (GGD Zuid-Limburg), H. Berghout (Politie-eenheid Midden-Nederland) en I. Bicanic (Landelijk Psychotraumacentrum UMC Utrecht). *Kwaliteitscriteria voor disciplines werkzaam in een multidisciplinair centrum voor acute slachtoffers van seksueel geweld*. Als concepttekst opgesteld op 10 september 2013.

Reemst, L. van, Fisher, T. & Dongen, S. van (verschijnt 2013). Risicofactoren voor herhaald slachtofferschap. Een literatuurscan. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Wijers, M. & Boer, M. de (2010). *Een keer is genoeg. Verkennend onderzoek naar secundaire victimisatie van slachtoffers als getuigen in het strafproces*. Rapport in opdracht van het WODC.

Regioplan Beleidsonderzoek

**Nieuwezijds Voorburgwal 35
1012 RD Amsterdam**

T 020 531 531 5

F 020 626 519 9

E info@regioplan.nl

I www.regioplan.nl