



IVA BICANIC

Initiatief tot bundeling zorg voldoet aan behoefte

Geïntegreerde opvang aan slachtoffers van verkrachting

 Centrum Seksueel Geweld

Centrum Seksueel Geweld
Medische hulp? Aangifte? Psychische hulp? Tel 088 - 755 55 88

www.centrumseksueelgeweld.nl | info@centrumseksueelgeweld.nl





Iva Bicanic

De kans op het ontwikkelen van PTSS na seksueel geweld is aanzienlijk. Een multidisciplinaire benadering van slachtoffers zou die kans kunnen verkleinen. Al meer dan tien jaar wordt daarom gepleit voor integratie van het gefragmenteerde zorgsysteem zoals we dat in Nederland kennen. Sinds begin dit jaar is het Centrum Seksueel Geweld geopend. Coördinator Iva Bicanic schetst de eerste ervaringen met deze nieuwe aanpak.

'Rape Center'

Jaarlijks wordt 2% van de vrouwen en 0,3 % van de mannen geconfronteerd met 1 of meer ongewenste seksuele contacten, in de meeste gevallen gaat het om vervelend of kwetsend gedrag maar bij 6 procent gaat het om aanranding of verkrachting en bij 12% om een poging daartoe. Vergeleken met andere traumatische ervaringen, is de prevalentie van Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) na seksueel geweld relatief hoog; ongeveer een kwart tot de helft van de volwassenen ontwikkelt PTSS op enig moment na het meemaken van seksueel geweld (Zinzow et al., 2011). Ongeveer de helft van de slachtoffers van een verkrachting maakt revictimisatie mee, hetgeen het risico op het ontwikkelen van PTSS verhoogt (Walsh et al., 2012). Amerikaanse studies tonen aan dat een multidisciplinaire aanpak zoals wordt toegepast door verpleegkundigen in een 'Rape Center' de kans op het ontstaan van psychische problemen en medische problemen verkleint, en de kans op het vinden en berechten van de dader verhoogt (Campbell, 2008; 2012). Al in 1999 pleitten onderzoekers voor 'Rape Centers' in Nederland. Zij concludeerden dat slachtoffers van een verkrachting in Nederland te maken krijgen met een gefragmenteerd zorgsysteem en meer tijd nodig hebben om te herstellen in vergelijking tot slachtoffers in de Verenigde Staten en Scandinavië, waar deze centra wel bestaan (Ensink & Van Berlo, 1999). Desondanks bestond er tot voor kort in Nederland geen Rape Center. Dit gemis is mogelijk het resultaat van onvoldoende beschikbare geldstromen, want het laatste decennium

staat seksueel geweld niet hoog op de politieke agenda. Maar sinds begin dit jaar is in het UMC Utrecht het eerste multidisciplinaire Centrum Seksueel Geweld geopend voor slachtoffers (van alle leeftijden) die recent seksueel geweld hebben meegemaakt. In dit centrum werken forensische en curatieve disciplines nauw met elkaar samen op één locatie.

Aanloop naar het Centrum Seksueel Geweld

Het Landelijk Psychotraumacentrum UMC Utrecht is de initiatiefnemer van het Centrum Seksueel Geweld. Van 2005 tot 2011 is in het Psychotraumacentrum onderzoek gedaan onder 323 adolescente slachtoffers van een eenmalige (poging tot) verkrachting en hun ouders. Daaruit kwam naar voren dat slachtoffers niet alleen hinder ondervinden van ernstige psychische klachten (Bicanic et al., 2012), maar tevens een ontregeld biologisch stresssysteem hebben (Bicanic et al., 2012). Ook is gebleken dat slachtoffers tegen een versnipperd zorgsysteem aanlopen (in de zin van verschillende locaties en organisaties voor verschillende aspecten van zorg), gemiddeld pas één jaar na de gebeurtenis hulp zoeken en opzien tegen moeilijke vragen van professionals. De praktijk van het Psychotraumacentrum is een bron van inspiratie geweest voor de opzet van het Centrum Seksueel Geweld, die twee jaar aan voorbereiding kostte. Tevens is het Utrechtse model geïnspireerd door en gebaseerd op de werkwijze van Rape Centers in Denemarken (Bramsen, Elklit, & Nielsen, 2009).

Begin 2012 hebben de samenwerkende partners, te weten het UMC Utrecht (Spoedeisende Hulp, Infectiologie, Gynaecologie, Pediatrie, SOA-poli, Landelijk Psychotraumacentrum), Politie Zeden Utrecht, de Forensische Polikliniek Kinder mishandeling en de Forensische Medische Maatschap Utrecht, de samenwerking officieel ondertekend. Het gezamenlijke doel van het centrum is om slachtoffers zo min mogelijk te belasten met noodzakelijke vraaggesprekken en (forensische) onderzoeken en zodanig hulp te bieden dat psychische en medische problemen op termijn worden voorkomen. De hulp is erop gericht om vanuit eigen veerkracht te herstellen van een aanranding of verkrachting.

Werkwijze Centrum Seksueel Geweld

Het Centrum Seksueel Geweld is een overkoepelend centrum waar medische, forensische en psychosociale disciplines zo snel mogelijk, bij voorkeur binnen 1 week na de verkrachting, integraal hulp bieden op één locatie. Het centrum biedt een 24-uurs bereikbaarheid op telefoonnummer 088-755588. De Spoedeisende Hulp (SEH) is de meest geschikte locatie voor de eerste opvang vanwege de laagdrempeligheid en de 24-uurs beschikbaarheid. In het UMC Utrecht is een rustige en speciaal ingerichte onderzoeksruimte vrijgemaakt voor de beschreven doelgroep. In de acute fase ligt de regie over de zorg in handen van de daartoe opgeleide (forensisch) verpleegkundige. Zij blijft gedurende het (forensisch-)medisch onderzoek bij het slachtoffer, vangt direct betrokkenen op, geeft uitleg over de procedure, regelt indien nodig een specialist

(bij letsel, ruptuur, besmetting, overtijdbehandeling), regelt zaken rondom zwangerschap- en SOA-onderzoek, en stuurt de contactgegevens van het slachtoffer naar de case-manager van het Psychotraumacentrum. De case-manager is in de sub-acute fase aanspreekpunt en verantwoordelijk voor de zorgcoördinatie om te voorkomen dat in de zorgverlening door het UMC gaten ontstaan. De case-manager zoekt een werkdag na het SEH-bezoek contact met het slachtoffer (en ouders/partner). Dit contact bestaat vooral uit psycho-educatie over (het omgaan met) stressreacties en het aansluiten bij de hulpvraag. Er is nadrukkelijk geen sprake van zogenaamde 'emotional debriefing', omdat bekend is dat de ontwikkeling van PTSS daardoor niet kan worden voorkomen (Rose, Bisson, Churchill, & Wessely, 2009). In de eerste vier weken wordt gescreend op acute stressstoornis (ASS) en PTSS zodat, indien nodig, snel kan worden gestart met behandeling, zoals cognitieve gedragstherapie of EMDR.

De geboden medische zorg na acuut seksueel geweld is bedoeld om besmetting door SOA's en zwangerschap te voorkomen en eventueel letsel te behandelen. De acute medische zorg dient bij voorkeur binnen 72 uur na het incident ingezet te worden. Alleen dan zijn de anti-HIV medicatie (post-exposure profylaxe (PEP)) en de morning-afterpil effectief. Op basis van de anamnese wordt een risico-inschatting gemaakt voor SOA's. Lichamelijk onderzoek is gericht op mogelijk letsel, omdat onderzoek aantoonde dat tot 50% van de slachtoffers van een verkrachting lichamelijk letsel heeft na seksueel geweld (Linden, 2011).

Evaluatie

Op 21 juni 2012 is tijdens een symposium de nieuwe werkwijze na een looptijd van 22 weken geëvalueerd. Hieruit blijkt dat de nieuwe multidisciplinaire werkwijze van het Centrum Seksueel Geweld voor slachtoffers van recent seksueel geweld voorziet in een behoefte. Sinds de opening in januari belden bijna 200 mensen de 24-uurslijn. Bijna de helft van de minderjarige en volwassen slachtoffers maakte gebruik van medische en/of psychische hulp in het UMC Utrecht. Wekelijks kon één slachtoffer van een recente verkrachting, korter dan 72 uur geleden, worden geholpen volgens de hierboven beschreven werkwijze. De politie bleek de belangrijkste verwijzer. Van de groep zeer recente slachtoffers (<72 uur) viel op dat allen slachtoffer waren van een verkrachting; dat de helft minderjarig was; dat 80% slachtoffer was van een bekende; en dat een kwart een cognitieve beperking had. Een opvallende bevinding was het relatief hoge percentage allochtone slachtoffers (20%). Eerder zochten allochtonen nauwelijks hulp bij verwerking van seksueel geweld. Vermoedelijk spreekt het Centrum allochtone slachtoffers aan vanwege de aandacht voor de medische kant (zie Gouweloos, Kremers, Sadat, & Bicanic, 2011). Zoals verwacht op basis van onderzoek naar seksuele revictimisering (Walsh et al., 2012), bleek een aanzienlijk deel eerder slachtoffer te zijn geweest van seksueel en/of lichamelijk geweld. Bij twee volwassenen kon de PEP medicatie (die heftige bijwerkingen kent) vroegtijdig worden gestaakt, omdat de verdachte niet besmet bleek te zijn. Omdat de mobiele telefoon van volwassen slachtoffers vaak in beslag wordt genomen

na aangifte, was het lastig om telefonisch contact met ze te krijgen. Contact houden bleek ook niet altijd eenvoudig met volwassen slachtoffers; waarschijnlijk vanwege vermindering van trauma-gerelateerde situaties. Met minderjarigen lukte het wel om (follow-up) contact te onderhouden vanwege de bezorgdheid van ouders danwel verzorgers. Tevens bleek bij de minderjarigen de ouderbegeleiding onmisbaar. Slachtoffers leken de geboden zorg als prettig en ondersteunend te ervaren, maar dit is niet systematisch in kaart gebracht. Omdat geen enkele casus dezelfde was, varieerde de duur van het verblijf op de SEH van 2-6 uur, met name wanneer het seksueel geweld gepaard ging met lichamelijk geweld. Bij een enkeling bleek een chirurgische operatie noodzakelijk.

Landelijke implementatie

Het Centrum Seksueel Geweld heeft vanaf de opening veel aandacht genoten van andere organisaties en gemeentes. Dit geeft aan dat er serieuze interesse bestaat voor de geïntegreerde multidisciplinaire aanpak voor slachtoffers van seksueel geweld. Een landelijk netwerk van Rape Centers, zoals in Denemarken, biedt ondermeer de mogelijkheid om op grotere schaal onderzoek te doen naar de preventieve werking van acute opvang. Cruciaal voor het slagen van een landelijk netwerk, zo blijkt ook uit het buitenland, is het verbinden van de centra met (potentiële) gebruikers en hun omgeving, alsook verwijzers. Onlangs heeft het Fonds Slachtofferhulp subsidie toegezegd op voorwaarde van cofinanciering voor ondersteuning in de opzet van een landelijk netwerk. Op 25 oktober 2012 vindt de

eerste bijeenkomst plaats met geïnteresseerden uit verschillende regio's. Het Centrum Seksueel Geweld in Utrecht streeft er naar de reeds opgedane kennis, ervaring en protocollen te delen met toekomstige nieuwe centra.

www.centrumseksueelgeweld.nl

Referenties

- Bicanic, I., R. Postma, G. Sinnema, C. de Roos, M. Olf, F. van Wesel & E. van de Putte (2012), 'Salivary cortisol and dehydroepiandrosterone in adolescent rape victims with Post Traumatic Stress Disorder' in: *Psychoneuroendocrinology*, in druk.
- Bicanic, I., R. Postma, & E. van de Putte (2012), 'Analysis of 323 Cases of Adolescent Rape'. Ter publicatie aangeboden.
- Bramsen, R., A. Elklit & L. Nielsen (2009), 'A Danish model for treating victims of rape and sexual assault: The public multidisciplinary approach', in: *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* vol. 18, pp. 886-905.
- Campbell, R., D. Patterson, A.E. Adams, R. Diegel & S. Coats (2008), 'A participatory evaluation project to measure SANE nursing practice and adult sexual assault patients' psychological wellbeing', in: *Journal of Forensic Nursing* vol. 4, 19-28.
- Campbell, R., D. Patterson & D. Bybee (2012), 'Prosecution of adult sexual assault cases: a longitudinal analysis of the impact of a sexual assault nurse examiner program', in: *Violence Against Women* vol. 18, 223-244.
- Ensink, B., & W. van Berlo (1999), *Indringende herinneringen; de ontwikkeling van klachten na een verkrachting*. Delft: Ebron.
- Gouweloos, J., A. Kremers, A., Sadat & I. Bicanic (2011), 'Traumabehandeling na eenmalig seksueel geweld. Hoe kan drop out van Turkse en Marokkaanse meisjes worden verminderd?', in: *Psychologie & Gezondheid* vol. 39 (3), 175-179.
- Linden, J. (2011), 'Care of the adult patient after sexual assault', in: *The New England Journal of Medicine* vol. 365, 834-841.
- Rose, S., J. Bisson, R. Churchill & S. Wessely (2009), 'Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD)', in: *Cochrane database of systematic reviews*, Online, 1, CD000560.
- Walsh, K., C.K. Danielson, J.L. McCauley, B.E. Saunders, D.G. Kilpatrick & H.S. Resnick (2012), 'National prevalence of Posttraumatic Stress Disorder among sexually revictimised adolescent, college and adult household-residing women', in: *Archives of General Psychiatry*, in druk.
- Zinzow, H.M., H.S. Resnick, J.L. McCauley, A.B. Amstadter, K.J. Ruggiero & D.G. Kilpatrick (2011), 'Prevalence and risk of psychiatric disorders as a function of variant rape histories: Results from a national survey of women', in: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* vol. 47, 893-902.

IVA BICANIC is onderzoeker en GZ psycholoog i.o. tot klinisch psycholoog in het Landelijk Psychotraumacentrum, tevens is zij coördinator van het Psychotraumacentrum en Centrum Seksueel Geweld