



What works

Effectieve ondersteuning
voor slachtoffers

Boomcriminologie

REDACTIE

Nieke Elbers
Chantal van den Berg
Marleen Kragting

Valérie Pijlman* en Veroni Eichelsheim**

4.1

INLEIDING

Jaarlijks worden naar schatting zo'n 470.000 personen van 16 jaar en ouder in Nederland slachtoffer van fysiek seksueel geweld (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020). Het werkelijke aantal slachtoffers is lastig te schatten en mogelijk nog hoger. Slachtoffers melden zich namelijk niet altijd of zoeken geen hulp bij officiële hulpverleningsinstanties (Bach et al., 2021; Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020). Slachtofferschap van seksueel geweld is immers omgeven door stigma en taboe, alsook door gevoelens van schaamte en schuld (bijvoorbeeld Stoner & Cramer, 2019). Er is, vermoedelijk door de lage meldingsbereidheid, sprake van een groot *dark number* van slachtoffers van seksueel geweld, wat mogelijk leidt tot een onderschatting van het probleem.

Het is zorgelijk dat een grote groep slachtoffers niet lijkt te worden bereikt door formele hulpverleningsinstanties. Slachtoffers kunnen immers langdurige fysieke en psychisch-emotionele problematiek ontwikkelen, waaronder seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's), een ongewenste zwangerschap en een posttraumatische stressstoornis (PTSS) (Möller et al., 2014). Uit onderzoek blijkt dat vroegtijdige professionele hulp mogelijk de ontwikkeling van deze langdurige gevolgen zou kunnen beperken (bijvoorbeeld Oosterbaan et al., 2019; Resnick et al., 2000). Het lijkt daarom van belang de mogelijkheden te vergroten dat slachtoffers hulp gaan zoeken na het ervaren van seksueel geweld.

Slachtoffers kunnen na hun slachtofferschap hulp zoeken binnen hun eigen sociale omgeving (*informele hulp*), maar kunnen ook hulp zoeken bij officiële hulpverleningsinstanties (*formele hulp*). In Nederland kunnen slachtoffers na het ervaren van seksueel geweld terecht bij verschillende hulpverleningsinstanties, zoals

* Valérie Pijlman, MSc, is PhD-student aan het Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving.

** Prof. dr. Veroni Eichelsheim is senior onderzoeker bij het Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving, Amsterdam en bijzonder hoogleraar bij de Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, afdeling Ontwikkelingspsychologie.

de politie en Slachtofferhulp Nederland.¹ Een andere bekende hulpverleningsinstantie waar slachtoffers terecht kunnen, is het Centrum Seksueel Geweld (CSG), waar in 2020 4.777 slachtoffers zich hebben gemeld.² Bij het CSG kunnen slachtoffers van seksueel geweld terecht voor forensische, medische en psychische hulp op één locatie. Na de opening van het eerste CSG in 2012 is het CSG doorgegroeid naar een organisatie die sinds 2018 met zestien locaties in heel Nederland operationeel is. Het CSG heeft als primair doel op een laagdrempelige wijze gecoördineerde multidisciplinaire hulp te verlenen aan iedereen die slachtoffer is geworden van seksueel geweld (Centrum Seksueel Geweld, 2021a).

Het CSG staat centraal in dit hoofdstuk. We beschouwen in dit hoofdstuk de hulpverlening die het CSG biedt als een interventie voor slachtoffers van seksueel geweld. Het CSG heeft immers diverse functies. Het fungeert als eerste als een centraal meld- en adviespunt voor slachtoffers. Als een slachtoffer zich meldt bij het CSG, krijgt het CSG een coördinerende rol. Slachtoffers krijgen acute medische en psychische hulp aangeboden. Het CSG organiseert, indien gewenst door het slachtoffer, contact met de politie voor een forensisch-medisch onderzoek en een mogelijke aangifte. Ook coördineert het CSG de zorg met de bestaande zorg van de slachtoffers. Daarnaast organiseert het verdere benodigde zorg en verwijst het slachtoffers naar ziekenhuizen of specialistische ggz-instellingen voor gespecialiseerde medische en psychische zorg. Er is dus maatwerk voor elk slachtoffer. Omdat het CSG deze diverse functies combineert, is de hulp door het CSG wellicht niet te beschouwen als een opzichzelfstaande interventie in de meest strikte zin van het woord. In het kader van de 'what works'-benadering die in dit boek centraal staat, beschouwen we de hulpverlening door het CSG als een interventie in de bredere zin van het woord.

Allereerst zullen wij bespreken wat de CSG's zijn en waartoe zij zijn opgericht, waarbij een korte historische context wordt geschetst. Enerzijds proberen we aan de hand van (empirisch) materiaal te onderzoeken of het CSG doet wat het beoogt. Welke slachtoffers bereikt het CSG en welke mogelijk niet? Wat doet het CSG om zijn bereikbaarheid en bekendheid te vergroten? Hierbij wordt de positie van het CSG beschouwd in het zorglandschap van ander aanbod. Ook wordt een korte internationale vergelijking gemaakt hoe hulpverlening is georganiseerd in andere Europese landen. Anderzijds zullen wij de verschillende onderdelen van de hulp die het CSG biedt bespreken. De effecten van deze hulp op slachtoffers, waaronder op langdurige medische en psychische klachten na slachtofferschap, bespreken wij

-
1. In 2020 zijn 3.935 meldingen van seksueel geweld bij de politie en 7.858 meldingen bij Slachtofferhulp Nederland gedaan (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2021; Slachtofferhulp Nederland, 2021). Slachtofferhulp Nederland gebruikt de term 'zedenmisdrijven', waaronder mogelijk ook vormen van niet-fysiek seksueel geweld vallen. De aantallen vanuit de politie betreffen enkel aanrandingen en verkrachtingen.
 2. Bij de cijfers van de politie, Slachtofferhulp Nederland en het CSG kan er sprake zijn van dubbel-tellingen. Een slachtoffer kan zich bijvoorbeeld zowel bij de politie als bij het CSG hebben gemeld.

aan de hand van beschikbare (empirische) literatuur. In de discussie gaan we in op mogelijke verbeterpunten en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.

4.2 ZORG VOOR SLACHTOFFERS VAN SEKSUEEL GEWELD IN NEDERLAND

4.2.1 *Wat is het Centrum Seksueel Geweld?*

Het CSG is een gespecialiseerde organisatie voor hulp aan slachtoffers van seksueel geweld met als doel op laagdrempelige wijze gecoördineerde multidisciplinaire hulp te bieden op één locatie, waaronder forensische expertise, medische zorg en psychosociale ondersteuning (Bicanic et al., 2014; Centrum Seksueel Geweld, 2021a). De zorg dient slachtoffers zo min mogelijk te belasten na de ingrijpende ervaring (Vanoni et al., 2014) door slachtoffers ‘zo snel mogelijk met zo min mogelijk professionals [te helpen], die zo goed mogelijk zijn opgeleid’ (Centrum Seksueel Geweld, 2017, p. 4). De huidige zestien CSG’s zijn ontstaan uit een samenwerking tussen verschillende regionale organisaties, waaronder ziekenhuizen, de zedenpolitie en Gemeentelijke Geneeskundige Diensten (GGD’s). Als gevolg hiervan zijn de CSG’s ingebed in bestaande organisaties, zoals ziekenhuizen en GGD’s.

Het eerste CSG is geopend op 1 januari 2012 op de Spoedeisende Hulp (SEH-afdeling) van het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Datzelfde jaar volgde een locatie in Nijmegen. Vervolgens zijn geleidelijk meer CSG-locaties geopend: in 2013 in Limburg, in 2015 in Twente-Achterhoek, Rotterdam, Friesland, Groningen en Drenthe, in 2016 in Amsterdam-Amstelland, Zuid-Holland, Noord-Holland, Flevoland en Zwolle, en in 2017 in Zeeland en Brabant-Oost. In januari 2018 opende het CSG in West-Midden-Brabant zijn deuren voor slachtoffers. Zes jaar na de opening van het eerste CSG is in 2018 met zestien locaties een landelijke dekking bereikt, wat inhoudt dat de maximale reistijd voor slachtoffers één uur bedraagt (Centrum Seksueel Geweld, 2019).

4.2.2 *Waarom is het CSG opgericht?*

Historische context: versnipperde hulpverlening

Een positieve ervaring bij het zoeken van formele hulp is van grote waarde. Uit onderzoek blijkt immers dat een negatieve ervaring met de ontvangen hulpverlening kan leiden tot secundaire victimisatie; slachtoffers lopen de kans opnieuw te worden getraumatiseerd, waardoor zij als het ware opnieuw slachtoffer worden (Campbell et al., 1999; Campbell et al., 2001; Campbell & Raja, 1999). Het ontvangen van gecoördineerde hulpverlening wordt door slachtoffers als positief ervaren (bijvoorbeeld Nielsen et al., 2014). Bij een gecoördineerd zorgtraject worden namelijk taken voor het slachtoffer weggenomen; zo hoeven zij zelf geen contact te zoeken met de politie en zelf geen verdere medische en/of psychische hulpverlening in te schakelen. Hierdoor wordt de kans vergroot dat slachtoffers de benodigde

hulp ontvangen en kan worden voorkomen dat slachtoffers (a) worden doorverwezen naar vele verschillende (niet-gespecialiseerde) hulpverleners en instanties, (b) worden overrompeld door onduidelijke procedures, en (c) herhaaldelijk hun verhaal moeten delen (Van Berlo & Höing, 2006; Vanoni et al., 2014).

Vóór de oprichting van het CSG was de zorg voor slachtoffers van seksueel geweld in Nederland versnipperd georganiseerd. Er was sprake van 'een lappendeken aan hulpaanbod, met grote regionale verschillen' (Vanoni et al., 2014, p. 8). Slachtoffers van seksueel geweld werden verwezen naar verschillende locaties voor hulp, onder andere de huisarts, de politie of een SEH-afdeling. Het was voor het slachtoffer en hun naasten vaak onbekend waar zij terechtkonden voor de eerste opvang, maar ook voor vragen en advies (Vanoni et al., 2014). Dit in combinatie met vaak lange wachttijden, onvoldoende expertise en het herhaaldelijk moeten delen van hun verhaal zorgde voor ontmoediging bij slachtoffers en een vertraging in hun psychisch herstel (Ensink & Van Berlo, 1999; Vanoni et al., 2014). Als gevolg van de versnipperde organisatie van de zorg en de mogelijke negatieve gevolgen voor slachtoffers werd het belang van gespecialiseerde hulp benadrukt door Ensink en Van Berlo (1999). Zij bevalen aan een nieuw systeem op te zetten in Nederland, gebaseerd op het best practice-systeem van de Sexual Assault Centers in Denemarken en de Verenigde Staten.

Een nieuw behandelmodel

In Aarhus (Denemarken) is in 1999 het Danish Center for Rape Victims (CRV) opgezet. Het CRV diende als voorbeeld voor de huidige hulpverleningsmodellen voor slachtoffers van seksueel geweld in Denemarken en andere landen, waaronder dus Nederland (Bramsen et al., 2009). Het CRV is gebaseerd op een best practice-behandelmodel dat is ontwikkeld in de Verenigde Staten, waar in de jaren zeventig geprobeerd werd de toen versnipperde hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld te centraliseren (Bramsen et al., 2009). Men richtte zich daarbij op een zogeheten *gate management model*, waarbij professionals van meerdere disciplines integrale hulp bieden op één centrale locatie (Bramsen et al., 2009). De werkwijze van het San Diego County Sexual Assault Response Team (SART) werd hierbij als voorbeeld gebruikt (Bramsen et al., 2009). De kerndoelen van het SART-model bestaan uit het verbeteren van de zorg voor slachtoffers van seksueel geweld door (a) efficiënte en multidisciplinaire zorg te bieden en (b) zorg te dragen voor een nauwkeurige verzameling van sporen en bewijs om de aanhouding en vervolging van daders te bevorderen (San Diego County Sexual Assault Response Team, 2001). Zo wordt op een van de hiertoe aangewezen locaties hulp geboden aan slachtoffers, waarbij onder andere de politie, forensische pathologen, artsen en verpleegkundigen, counselors en advocaten worden betrokken. Om de juiste zorg voor slachtoffers te garanderen heeft de SART Systems Review Committee duidelijke richtlijnen opgesteld voor de zorgprofessionals voor hun rol in het proces, de te volgen procedures en de gestelde verwachtingen. Het SART-

behandelmodel is dus niet gebaseerd op theoretische bevindingen, maar op het idee dat een betere samenwerking tussen verschillende behandelaars zou zorgen voor betere hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld.

Het eerste CRV in Aarhus is opgezet in lijn met het SART-model en de bijbehorende richtlijnen. De benodigde zorg door multidisciplinaire en gespecialiseerde professionals wordt op één locatie aangeboden, waardoor het slachtoffer zijn/haar verhaal maar één keer hoeft te delen. Zo wordt het slachtoffer ondersteund in zijn/haar hersteltraject (Bramsen et al., 2009) en wordt ook de kans op secundaire victimisatie door negatieve ervaringen met de hulpverlening als kleiner geacht (Campbell et al., 2001). Bij het CRV kunnen slachtoffers zich 24 uur per dag melden en krijgen zij gratis toegang tot medische hulp, forensische expertise, counseling door psychologen en hulp van gespecialiseerde verpleegkundigen en de politie. Ook biedt het CRV een gestructureerd nazorgtraject (Bramsen et al., 2009). Slachtoffers kunnen zich te allen tijde melden bij het CRV, ook al heeft het seksueel geweld jaren geleden plaatsgevonden (Center for Voldtægtsøfre, z.d.). Door deze multidisciplinaire hulp op één plek samen te brengen kan kwalitatief betere ondersteuning worden geboden aan slachtoffers, waarmee aan zowel juridische als medische en psychische hulpbehoeften zou kunnen worden voldaan (Campbell & Ahrens, 1998; Campbell et al., 2001). De best practice-wijze waarop de hulpverlening in Denemarken en de Verenigde Staten is georganiseerd, heeft de basis gelegd voor de ontwikkeling van het CSG in Nederland (Bicanic et al., 2016).

4.2.3 *De algemene werkwijze van het CSG*

Een slachtoffer kan op verschillende wijzen in contact komen met het CSG. Slachtoffers kunnen zichzelf aanmelden via het landelijke telefoonnummer (24/7 beschikbaar) of via de online chat, waarna zij worden verwezen naar een regionaal centrum. Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat de politie of een hulpverlener, bijvoorbeeld een huisarts, het slachtoffer doorverwijst naar het CSG.

Wanneer het slachtoffer in contact komt met het CSG, wordt door het CSG een onderscheid gemaakt tussen acute en niet-acute slachtoffers. Acute slachtoffers zijn personen bij wie het seksueel geweld maximaal zeven dagen eerder plaatsvond dan het moment van melding bij het CSG. Niet-acute slachtoffers zijn personen bij wie het seksueel geweld meer dan zeven dagen geleden heeft plaatsgevonden. De periode van zeven dagen na het seksueel geweld wordt door het CSG als acuut geacht, omdat wordt verondersteld dat deze periode 'unieke kansen [biedt] op medisch, psychologisch en forensisch vlak die daarna verkeken zijn' (Centrum Seksueel Geweld, 2019, p. 6). Het zo spoedig mogelijk veiligstellen van sporen en de aangiftebereidheid van het slachtoffer zijn in het belang van de opsporing en de mogelijke vervolging van de dader. Hierbij geldt dat hoe sneller de sporen zijn veiliggesteld, hoe betrouwbaarder deze zijn. De World Health Organisation geeft als aanbeveling om het forensisch-medisch onderzoek (FMO) binnen 72 uur na het

seksueel geweld uit te voeren, omdat na 72 uur de kwaliteit van de sporen drastisch kan verminderen (World Health Organisation, 2003).³ Daarnaast wordt het noodzakelijk geacht om na het ervaren van seksueel geweld tijdig te handelen ter voorkoming van de ontwikkeling van een soa, hiv-infectie of ongewenste zwangerschap (Resnick et al., 2000). Verder wordt verondersteld dat het tijdig ontvangen van psychologische hulp een positieve bijdrage kan leveren aan de klachtenvermindering en het herstel van het slachtoffer (Birur et al., 2017; Covers et al., 2021; Oosterbaan et al., 2019).

4.2.4 *Welke stappen doorloopt een slachtoffer bij het CSG?*

Wanneer het slachtoffer ervoor kiest (na een mogelijke verwijzing) naar het CSG te gaan voor hulp, kunnen verschillende stappen in het hulpverleningsproces worden onderscheiden. Acute slachtoffers worden direct in contact gebracht met de dienstdoende casemanager en/of forensisch verpleegkundige. Zij worden zo spoedig mogelijk ontvangen door deze dienstdoende casemanager en/of forensisch verpleegkundige bij het voor het slachtoffer dichtstbijzijnde CSG. Het acute slachtoffer wordt vervolgens op forensisch, medisch en psychologisch vlak hulp geboden (Vanoni et al., 2014).

Ten eerste bestaat de mogelijkheid de politie te contacteren indien het slachtoffer aangifte wenst te doen of dit overweegt. Wanneer het slachtoffer twijfelt over het doen van aangifte, wordt een gestandaardiseerde uitleg gegeven door het CSG. Hierin wordt verteld dat bij twijfel een informatief gesprek met de politie kan plaatsvinden en wat dit inhoudt (Centrum Seksueel Geweld, 2019). Indien het slachtoffer de wens of intentie heeft om aangifte te doen, wordt vervolgens door de politie besloten of een FMO dient plaats te vinden, bijvoorbeeld in het geval van een verkrachting. Dit wordt gebaseerd op een inschatting van de sporen en het verhaal van het slachtoffer (Dorn et al., 2019). Het FMO wordt uitgevoerd door een forensisch arts, waarbij een forensisch rechercheur, zedenrechercheur en de dienstdoende casemanager of forensisch verpleegkundige aanwezig zijn. Tijdens het FMO kunnen (DNA-)sporen van de dader worden vastgesteld voor een juridisch vervolgingstraject. Omdat een FMO als zeer ingrijpend kan worden ervaren, is een zorgprofessional van het CSG aanwezig ter ondersteuning. Een slachtoffer hoeft na een FMO niet meteen het besluit te nemen aangifte te doen en kan er ook voor kiezen geen aangifte te doen of alleen een melding te doen. Ook kan zonder een FMO een melding bij de politie worden gedaan. Het is geen vereiste om aangifte te doen of contact te hebben met de politie om hulp te kunnen ontvangen bij een CSG (Centrum Seksueel Geweld, 2019).

3. De aanbevelingen voor de maximale tijdsperiode waarbinnen de sporen in een forensisch medisch onderzoek (FMO) moeten worden vastgesteld, verschillen echter per land (Ingemann-Hansen & Charles, 2013).

Ten tweede kan het slachtoffer, indien nodig, acute medische zorg ontvangen van een verpleegkundige en/of arts. Indien het slachtoffer een FMO zal ondergaan, zal het slachtoffer hierna acute medische zorg ontvangen. De acute medische zorg is dan afgestemd op het FMO om elkaar niet te hinderen, alsook om het slachtoffer zo min mogelijk te belasten (Centrum Seksueel Geweld, 2021a). De acute medische zorg die het CSG verleent, is gericht op het behandelen van lichamelijk letsel, maar ook op de preventie van soa's en ongewenste zwangerschappen.

Ten derde ontvangt het slachtoffer acute psychische hulp. Elk slachtoffer krijgt een casemanager toegewezen, die de dag na het eerste bezoek aan het CSG contact opneemt met het slachtoffer. De casemanager is de persoon die de verbinding houdt met alle (zorg)instanties en de multidisciplinaire zorg op elkaar afstemt (Dorn et al., 2019). Ook gaat de casemanager na wat de hulpbehoeften van het slachtoffer zijn en wordt de nieuwe hulpverlening afgestemd op de al bestaande hulpverlening van het slachtoffer (Vanoni et al., 2014). Verder wordt door de casemanager bekeken of een melding van huiselijk geweld bij Veilig Thuis nodig is. Daarnaast is de casemanager verantwoordelijk voor de acute psychische zorg. De casemanager maakt hiervoor gebruik van *watchful waiting* (Bicanic et al., 2014). *Watchful waiting*, ook wel *active monitoring* genoemd, houdt in dat de acute stressreacties van het slachtoffer tot vier weken na het ervaren van seksueel geweld regelmatig worden gemonitord door de casemanager via telefonisch en/of persoonlijk contact (National Institute for Health and Care Excellence, 2018; Centrum Seksueel Geweld, 2020). *Watchful waiting* is gericht op het verminderen van de initiële stressreacties van het slachtoffer en het voorkomen van de ontwikkeling van psychische stoornissen (bijvoorbeeld PTSS).⁴ Het is een laagdrempelige interventie, waarbij de casemanager psycho-educatie geeft aan het slachtoffer en eventuele naasten over de gebeurtenis, stressreacties en het omgaan met de gebeurtenis (ook wel copingstrategieën genoemd; Dorn et al., 2019).

Vervolgens wordt na deze vier weken *watchful waiting* een follow-up afspraak gemaakt om in te schatten of een opvolgende (trauma)behandeling nodig is (National Institute for Health and Care Excellence, 2018; Centrum Seksueel Geweld, 2020). Indien na deze vier weken geen sprake is van afnemende stressreacties of wanneer er aanwijzingen zijn voor PTSS of andere problematiek, zal een *evidence based* behandeling, zoals Eye Movement Desensitization and Reprocessing-therapie (EMDR) en cognitieve gedragstherapie (CGT), in gang worden gezet. Dit gebeurt in samenwerking met regionale ggz-instellingen om wachttijden te voorkomen (Centrum Seksueel Geweld, 2020; Dorn et al., 2019). Het slachtoffer wordt door het CSG naar deze ggz-instellingen doorverwezen.

Slachtoffers die zich na meer dan zeven dagen na de ervaring van seksueel geweld melden, kunnen ook worden geholpen bij een CSG. Zij krijgen een casema-

4. Het National Institute for Health and Care Excellence (NICE) beveelt in zijn richtlijnen voor de behandeling van PTSS (2018) *watchful waiting* aan als interventie voor de eerste maand na een traumatische ervaring.

nager toegewezen, die psychische ondersteuning kan geven, maar ook gespecialiseerde medische en psychologische hulp kan organiseren of hen in contact kan brengen met de politie.

4.3 WIE WORDEN ER SLACHTOFFER VAN SEKSUEEL GEWELD IN NEDERLAND?

Uit de *Prevalentiemonitor huiselijk geweld en seksueel geweld 2020* blijkt dat jongvolwassenen uit de leeftijdsgroep van 18 tot 24 jaar oud het vaakst slachtoffer worden van fysiek seksueel geweld (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020). Met name jonge vrouwen lijken gevoelig voor slachtofferschap. Zo is 22% van de vrouwen van 18 tot 24 jaar in de onderzoeksperiode van twaalf maanden slachtoffer geworden van fysiek seksueel geweld, tegenover 5,5% van de mannen uit dezelfde leeftijdsgroep. Daarnaast blijkt dat onder jongeren van 16 tot 18 jaar 14% van de vrouwen en 3% van de mannen slachtoffer wordt van fysiek seksueel geweld. Vrouwen worden vier keer vaker slachtoffer van seksueel geweld dan mannen. Daarnaast kunnen andere persoonskenmerken worden opgemerkt. Zo worden biseksuele vrouwen bijvoorbeeld het vaakst slachtoffer en is het risico op slachtofferschap groter voor alleenstaanden en personen met een lagere sociaaleconomische status. Deze bevindingen zijn in lijn met internationaal onderzoek (Morgan & Oudekerk, 2019; Smith et al., 2018).

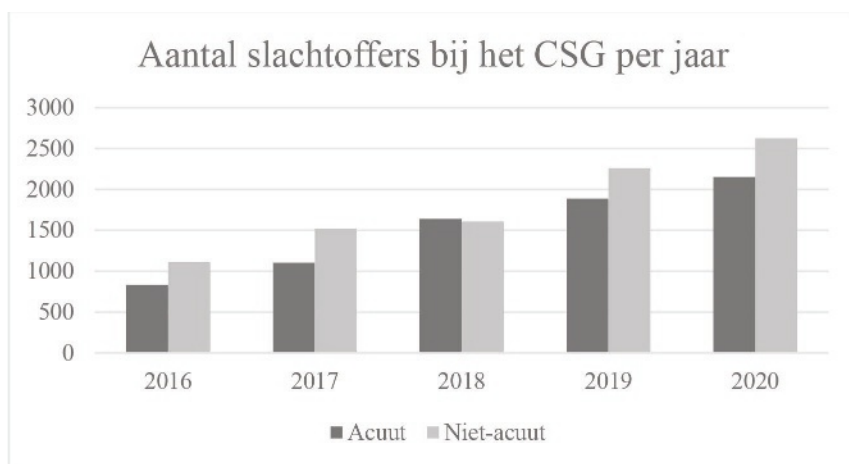
4.3.1 Wie zoeken hulp bij het CSG?

Het CSG (2021b) beschrijft seksueel geweld op haar website als: ‘alle seksuele handelingen die iemand gedwongen moet uitvoeren, ondergaan of zien. Het kan gaan om aanranding, verkrachting of seksueel misbruik. Slachtoffers van seksueel geweld kunnen bij het CSG terecht ongeacht hun leeftijd, etniciteit, geslacht(sidentiteit), nationaliteit en seksuele oriëntatie.

Sinds het bereiken van landelijke dekking in 2018 lijken in absolute zin meer slachtoffers hun weg naar de CSG's te hebben gevonden. Figuur 4.1 geeft een overzicht van het aantal aanmeldingen van 2016 tot en met 2020 (Centrum Seksueel Geweld, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021a). Het meest recente jaarrapport uit 2020 laat zien dat 2.151 acute slachtoffers en 2.626 niet-acute slachtoffers zich bij een CSG hebben gemeld – een totaliteit van 4.777 slachtoffers. Van de 2.151 acute slachtoffers heeft het in 413 gevallen niet tot fysiek contact geleid, vaak wegens angst voor een Covid-19-besmetting. Ten opzichte van 2019 is het aantal aanmeldingen met 15% toegenomen (Centrum Seksueel Geweld, 2021a). In vele opzichten is 2020 vanwege de Covid-19-pandemie geen representatief jaar. De absolute prevalentie van seksueel geweld is door de pandemie en de nationale maatregelen volgend op deze pandemie lastig vast te stellen, omdat de meldingsbereidheid en -mogelijkheid van slachtoffers mogelijk lager zijn of zijn geweest. Het kan voor slachtoffers moeilijker zijn geweest naar een CSG te gaan voor hulp, uit angst voor een

Covid-19-besmetting (Centrum Seksueel Geweld, 2021a) of uit angst voor negatieve reacties, omdat het seksueel geweld plaats kan hebben gevonden bij het overtreden van de nationale maatregelen (bijvoorbeeld op een illegaal feest) (Pijlman et al., 2021).

Figuur 4.1 Het aantal jaarlijkse slachtoffers bij het CSG over de periode van 2016 tot 2020



Wanneer deze instroomcijfers worden afgezet tegen recente schattingen van slachtofferschap van seksueel geweld van de *Prevalentiemonitor huiselijk geweld en seksueel geweld 2020* (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020),⁵ te weten 470.000 slachtoffers, dan lijkt een groot deel hiervan geen hulp te zoeken bij het CSG. Van de slachtoffers die zich hebben gemeld bij het CSG is bekend dat het grote merendeel bestaat uit vrouwen van boven de 18 jaar. Van de slachtoffers is ongeveer een kwart al eerder slachtoffer geweest van seksueel geweld (zie tabel 4.1) (CSG 2019, 2020, 2021a). Uit onderzoek onder slachtoffers die zich hebben gemeld bij het CSG blijkt dat deze personen vaak kwetsbare individuen zijn die eerder seksueel of fysiek geweld hebben ervaren, psychologische hulp hebben ontvangen of slechte levensomstandigheden hebben (bijvoorbeeld dakloosheid) (Bicanic et al., 2014).

5. De recente schattingen van de *Prevalentiemonitor huiselijk geweld en seksueel geweld 2020* van het CBS zijn mogelijk nog steeds een onderschatting van het werkelijke aantal slachtoffers.

Tabel 4.1 Kenmerken van de acute slachtoffers bij het CSG van 2018 tot 2020

Jaar	% Vrouwen	% < 18 jaar	% Eerder seksueel misbruik	% Acute medische zorg nodig	% FMO	% Aangifte gedaan	% Casemanager betrokken
2018	87,8	30,8	23,6	82,0	53,5	36,9	82,9
2019	88,4	31,0	25,1	72,5	45,3	31,9	85,6
2020	92,4	31,2	24,8	75,3	48,3	33,0	86,2

4.3.2 *Wie zoeken mogelijk nog geen hulp bij het CSG?*

Het is lastig in te schatten welke slachtoffers de weg naar het CSG minder goed kunnen vinden. Mannen lijken minder vaak slachtoffer te worden van seksueel geweld (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020; De Graaf et al., 2017), maar zoeken mogelijk ook minder vaak hulp bij een CSG (zie tabel 4.1). Mannelijke slachtoffers vinden het vaak lastig hun ervaring te onthullen en zoeken minder vaak hulp door schaamte en stigma (bijvoorbeeld Donne et al., 2018; Javaid, 2015; Weiss, 2010). In de samenleving heerst immers nog een maatschappelijk taboe rondom seksueel geweld, met name rondom mannelijke slachtoffers. De zogeheten heersende verkrachtingsmythes schetsen foutieve ideeën over wat een ‘echte’ verkrachting en ‘echte’ slachtoffers en daders zijn (Burt, 1980). Hiermee ondersteunen deze mythes het idee van een stereotiepe vorm van verkrachting, oftewel een gewelddadige verkrachting van een vrouw door een onbekende man (Graham, 2006). Slachtoffers en hun sociale omgeving kunnen deze verkrachtingsmythes hebben geïnternaliseerd (Mennicke et al., 2021), zoals het idee dat ‘echte’ mannen niet verkracht kunnen worden (Weiss, 2010). Als het ervaren seksueel geweld niet binnen dit kader valt, kan het slachtoffer het lastig vinden om het seksueel geweld als zodanig te labelen (Mennicke et al., 2021; Patterson et al., 2009). Zo kunnen mannelijke slachtoffers het gebeurde niet als seksueel geweld zien, en zichzelf niet als slachtoffer (Arttime et al., 2014). Mannelijke slachtoffers kunnen daarnaast bang zijn dat de verkrachting hun mannelijkheid heeft aangetast en dat zij als zwak gezien zullen worden. Dit kan hen ervan weerhouden om hulp te zoeken (Donne et al., 2018; Hlavka, 2017; Mulder et al., 2020).

Daarnaast kan het voor vluchtelingen als moeilijk worden ervaren om hulp te zoeken, onder andere wegens cultuurgebonden stigma rondom het zoeken van (psychologische) hulp, een gebrek aan vertrouwen in en kennis over de hulpinstanties, een taalbarrière en het hebben van een instabiele financiële en woonsituatie (Bach et al., 2021; Byrow et al., 2020).

4.3.3 *De bereikbaarheid en bekendheid van het CSG*

Het CSG neemt verschillende stappen om zijn bereikbaarheid te vergroten, waaronder samenwerkingsverbanden aangaan met verschillende hulpverleningsinstanties, de landelijke dekking, de mogelijkheid om 24/7 te bellen en de mogelijkheid om anoniem te chatten (Centrum Seksueel Geweld, 2021a). Om haar bekendheid te vergroten heeft het CSG de afgelopen jaren verschillende campagnes opgezet, mede in samenwerking met het ministerie van Justitie en Veiligheid. Voorbeelden zijn de sociale mediacampagne ‘#nietjouwschuld’ om kinderen die thuis seksueel misbruik ervaren een hart onder de riem te steken, en ‘Wat kan mij helpen?’ voor het verhogen van de meldingsbereidheid onder slachtoffers van seksueel geweld. Het is bekend dat campagnes het gedrag van personen kunnen beïnvloeden (bijvoorbeeld Wakefield et al., 2010). Uit een campagne-effectonderzoek van DVJ Insights (2021) over de ‘Wat kan mij helpen?’-campagne bleek dat na deze campagne meer mensen een positievere associatie hadden met het zoeken van hulp en dat de boodschap van de campagne duidelijk was overgebracht. Dergelijke gerichte campagnes rondom het belang van het zoeken van hulp zouden dus kunnen bijdragen aan de meldingsbereidheid van slachtoffers. Ook speelt het CSG in op media-aandacht rondom seksueel geweld. De meldingen van seksueel grensoverschrijdend gedrag bij *The Voice of Holland* zijn hier een voorbeeld van. De media-aandacht rondom dit televisieprogramma en het belang van het zoeken van hulp heeft geleid tot meer aandacht voor en aanmeldingen bij het CSG (Centrum Seksueel Geweld, 2022). Het CSG is genoemd in vele nieuwsartikelen en medewerkers van het CSG hielden interviews met populaire media-kanalen (bijvoorbeeld Deelen, 2022). Wanneer de aandacht voor seksueel geweld en het CSG in de maatschappij wordt vergroot, zou dus kunnen worden verwacht dat meer mensen hulp gaan zoeken bij het CSG.

4.4 DE POSITIE VAN HET CSG IN HET NEDERLANDSE ZORGLANDSCHAP

4.4.1 *Regionale verschillen*

De CSG's zijn gevestigd in zestien regio's verspreid in Nederland. Binnen deze regio's is een aantal regionale verschillen op te merken. Het belangrijkste verschil is de locatie van het CSG. De CSG's zijn immers ingebed in bestaande organisaties, te weten ziekenhuizen (op de SEH-afdeling) of GGD's. Dit kan van invloed zijn op de kosten voor het slachtoffer. Als een slachtoffer op een SEH-afdeling terecht komt, wordt vaak de eigen bijdrage van de zorgverzekering aangesproken. Dit is niet altijd het geval bij een GGD, waar sommige diensten zoals een soa-test en een hepatitis B-vaccinatie gratis zijn.

Verder kan de toewijzing van een casemanager aan het slachtoffer verschillen. In een aantal regio's is de casemanager van het slachtoffer de dienstdoende case-

manager of forensisch verpleegkundige die aanwezig is bij de acute opvang op dag 0. In de meeste regio's wordt de nazorg op dag 1 overgedragen aan een andere persoon, die dan de casemanager wordt (Gupta Strategists, 2020). De uiteindelijke toegewezen casemanager kan dus een andere persoon zijn dan de bij de eerste opvang aanwezige persoon (bijvoorbeeld een forensisch verpleegkundige werkzaam bij het ziekenhuis) (Gupta Strategists, 2020). Omdat elk CSG middels dezelfde werkwijze werkt, zou de zorg voor slachtoffers op regionaal niveau verder niet moeten verschillen.

4.4.2 *Het zorglandschap en samenwerkingsverbanden*

Slachtoffers van seksueel geweld kunnen in Nederland terecht bij verschillende hulpverleningsinstanties, anders dan het CSG, zoals een SEH-afdeling, de politie, huisarts, psycholoog of GGD. De website slachtofferwijzer.nl van het Fonds Slachtofferhulp biedt een uitgebreid overzicht van de verschillende instanties waar slachtoffers hulp kunnen ontvangen (Slachtofferwijzer, z.d.).⁶

Om integrale multidisciplinaire zorg te kunnen bieden heeft elk CSG een samenwerkingsverband met regionale ketenpartners in het zorglandschap, waaronder de politie, ziekenhuizen, lokale ggz-instellingen en de GGD, maar ook Slachtofferhulp Nederland, Fier! en Veilig Thuis (Centrum Seksueel Geweld, 2020). Indien slachtoffers bij andere opties in het zorglandschap terechtkomen, is er een grote kans dat zij via die organisaties worden doorverwezen naar het CSG. Dit draagt ook bij aan de bekendheid en bereikbaarheid van het CSG. Ook heeft het CSG een adviesfunctie voor professionals die in hun beroepspraktijk in enige vorm te maken kunnen krijgen met slachtoffers van seksueel geweld. Zo kan het CSG informatie verschaffen over seksueel geweld en het vervolgtraject voor slachtoffers (Vanoni et al., 2014).

De samenwerkingsverbanden maken het bijvoorbeeld mogelijk dat een slachtoffer verder kan worden bijgestaan door Slachtofferhulp Nederland voor aanvullende hulp of ondersteuning bij onder andere een aangifte, een strafrechtelijk proces en een aanvraag voor financiële tegemoetkoming bij het Schadefonds Geweldsmisdrijven (Dorn et al., 2019). Ook kan bij een vermoeden van huiselijk geweld door de casemanager van het CSG een traject bij Veilig Thuis in werking worden gezet. Daarnaast wordt de doorstroom naar een specialistische ggz-instelling door de samenwerking vereenvoudigd, wat mogelijk kan bijdragen aan een kortere wachttijd voor het slachtoffer.

6. Zo kunnen slachtoffers voor juridische en praktische ondersteuning terecht bij Slachtofferhulp Nederland. Indien slachtoffers psychische ondersteuning nodig hebben, kunnen zij bijvoorbeeld terecht bij MIND Korrelatie en Interapy voor professionele psychische hulp. Ook wanneer slachtoffers emotionele ondersteuning wensen, bijvoorbeeld een luisterend oor, zijn er verschillende hulplijnen die zij kunnen bereiken. Voorbeelden zijn de Luisterlijn, Fier!, de Kindertelefoon en Slachtofferhulp Nederland. Ten slotte zijn er ook organisaties voor slachtoffers om te praten met lotgenoten over hun ervaring, zoals Lotgenoten Seksueel Geweld.

4.4.3 *De kosten van de zorg*

In verreweg de meeste gevallen gaat de hulpverlening bij het CSG ten koste van het eigen risico van de zorgverzekering. Dit betekent dat het slachtoffer een eigen bijdrage aan de zorgverzekeraar verschuldigd is voor deze hulp. In sommige gevallen krijgen slachtoffers op grond van andere redenen hun eigen risico reeds vergoed, bijvoorbeeld via de gemeente op sociale gronden. De locatie van het CSG kan een rol spelen bij het verschuldigd zijn van een eigen bijdrage voor de ontvangen hulp: wanneer een CSG is ingebed in een GGD, hoeft de eigen bijdrage soms niet te worden aangesproken vanwege de beschikbaarheid van gratis soa-testen en hepatitis B-vaccinaties.

In de politiek en de samenleving is discussie ontstaan over deze eigen bijdrage na het ervaren van seksueel geweld. Bij het Schadefonds Geweldsmisdrijven (SGM) bestond al de mogelijkheid een aanvraag te doen voor een financiële tegemoetkoming na slachtofferschap van seksueel geweld. De aanvragen worden in een deel van de gevallen gehonoreerd. De toekenning van de tegemoetkoming is afhankelijk van verschillende aspecten, zoals de mate waarin voldoende aannemelijk kan worden gemaakt dat tegen het slachtoffer opzettelijk een geweldsmisdrijf in de zin van de wet is gepleegd, waarin hij of zij geen eigen aandeel had en hij of zij ernstig lichamelijk of geestelijk letsel heeft opgelopen (Schadefonds Geweldsmisdrijven, 2021). Het SGM veronderstelt bij een voldoende aannemelijk gemaakte aanranding of verkrachting altijd dat het slachtoffer geestelijk letsel heeft. Toch zijn deze aspecten bij veel slachtoffers van seksueel geweld lastig vast te stellen, zij doen immers vaak geen aangifte of pas later. De aannemelijkheid van het misdrijf wordt onder meer bepaald op basis van objectieve informatie zoals een aangifte. Ook kan door het slachtoffer aangeleverde objectieve informatie, zoals getuigenverklaringen of beeld- of geluidsmateriaal, bijdragen aan de aanvraag (Schadefonds Geweldsmisdrijven, 2021). Toch is dit mogelijk op zichzelf niet voldoende (Elbers & Becx, 2020).

Een dergelijke afwijzing kan voor slachtoffers zeer vervelend zijn en ervaren worden als een ontkenning van het slachtofferschap (Mulder, 2013). In september 2020 is een tijdelijke regeling in het leven geroepen door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het ministerie van Justitie en Veiligheid. Gedurende deze tijdelijke regeling, die liep van 1 september 2020 tot 31 augustus 2021, konden volwassen slachtoffers met een Nederlandse zorgverzekering die zich binnen zeven dagen na het voorval meldden bij het CSG een vergoeding aanvragen van het wettelijk verplichte eigen risico (te weten € 385) bij het SGM. Recentelijk is onderzoek uitgevoerd naar deze pilot (Pijlman et al., 2021). Het is op het moment van schrijven nog onduidelijk of deze pilot een vervolg zal krijgen.

4.4.4 *Het hulpaanbod in andere Europese landen*

Zoals eerder beschreven, is het behandelmodel van het CSG gebaseerd op het Deense CRV. De hulp in andere Europese landen is te vergelijken met het CRV en het CSG. Voorbeelden zijn bijvoorbeeld de Sexual Assault Referral Centres in Engeland en Wales, het Seri Support Centre in het Women's Hospital in Helsinki (Finland) en de Emergency Clinic for Rape Victims in het Stockholm South Hospital (Södersjukhuset) in Zweden. Het hulpaanbod in deze landen komt overeen met dat van het CRV en het CSG; zo wordt er veelal op één locatie forensische, medische en psychosociale hulp geboden en zijn er samenwerkingsverbanden met de politie. Het hulpaanbod verschilt op twee punten met het CSG. Bij het CSG kunnen slachtoffers van seksueel geweld altijd terecht, ongeacht de tijdsperiode tussen het voorval en het zoeken van hulp. Dit is anders in Engeland en Wales, waar slachtoffers tot twaalf maanden na het voorval hulp kunnen zoeken, en in Finland en Zweden, waar slachtoffers slechts tot één maand na het voorval hulp kunnen zoeken. Het tweede en grootste verschil wordt opgemerkt bij de kosten van de hulp. Zo zijn in Engeland en Wales, Finland, Zweden en Denemarken de diensten van de centra gratis. Slachtoffers hoeven dus niet te betalen om hulp te krijgen voor hun slachtofferschap, terwijl bij het CSG het eigen risico van de zorgverzekering van toepassing is.

4.5 WAT IS BEKEND OVER DE EFFECTIVITEIT?

De effectiviteit zal in dit hoofdstuk als volgt worden uiteengezet: een beoordeling of het CSG aan zijn doelstelling voldoet, namelijk het bieden van gecoördineerde multidisciplinaire hulp aan slachtoffers van seksueel geweld om langdurige medische en psychische klachten na slachtofferschap te verminderen. Oftewel het vroegtijdig behandelen van de medische en psychische consequenties van het ervaren seksueel geweld en het veiligstellen van forensisch-medische gegevens (Bicanic et al., 2016). Eerst zal de meerwaarde van integrale en multidisciplinaire hulp in het algemeen worden gesproken. Daarna zal de effectiviteit van de hulp bij het CSG per onderdeel worden besproken, namelijk de forensische, medische en psychische hulp.

In het buitenland, met name de Verenigde Staten, is onderzoek gepubliceerd over de meerwaarde van integrale en multidisciplinaire hulpverlening voor slachtoffers van seksueel geweld in het algemeen. Zo wordt in een review van de bevindingen van verschillende kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeken in de Verenigde Staten uit 1983 tot 2003 beschreven dat integrale en multidisciplinaire hulpverlening een positieve invloed heeft op het emotioneel herstel van het slachtoffer en de kans op psychische en medische problematiek kan verkleinen (Campbell et al., 2005). Uit een ander onderzoek bleek dat multidisciplinaire hulpverlening de kans op vervolging van de dader vergroot (Campbell et al., 2012). Dit onderzoek

maakte gebruik van een quasi-experimentele opzet waarin de casussen van twee groepen slachtoffers werden vergeleken, namelijk een controlegroep bestaande uit casussen van slachtoffers voor de implementatie van multidisciplinaire hulpverlening, en een experimentele groep bestaande uit casussen van slachtoffers die deze multidisciplinaire zorg wel ontvingen (Campbell et al., 2012). De slachtoffers in de controlegroep bleken minder ver te komen met hun aanklacht in rechtssysteem dan de slachtoffers in de experimentele groep. Daarnaast is in Denemarken een vragenlijststudie uitgevoerd onder 563 slachtoffers van seksueel geweld die tussen januari 2002 en januari 2014 hulp hebben gezocht bij het Deense CRV (Nielsen et al., 2014). De kenmerken van deze slachtoffers zijn vergelijkbaar met de kenmerken van de slachtoffers die zich melden bij het CSG. Het merendeel van de slachtoffers was vrouwelijk en had een gemiddelde leeftijd van 22,5 jaar. Van de slachtoffers had 48% zich meer dan zeven dagen na het incident gemeld bij het CRV. Uit de resultaten van de vragenlijst bleek dat 88% van de slachtoffers naar hun eigen mening de voor hen benodigde hulp had gekregen. Deze slachtoffers waren tevreden met de hulp en behandeling die zij hadden ontvangen bij het CRV. Over het algemeen kan worden verondersteld dat de integrale en multidisciplinaire hulpverlening een mogelijke meerwaarde heeft ten opzichte van versnipperde hulpverlening, zoals voor het bestaan van het CSG.

Omdat het CSG hulp biedt op verschillende vlakken, zal de effectiviteit van deze verschillende aspecten van de hulp apart worden besproken. Ten eerste bieden de CSG's forensische ondersteuning aan slachtoffers. Slachtoffers kunnen, indien zij dit wensen, in contact worden gebracht met de politie en een FMO ondergaan om (DNA-)sporen van de dader vast te stellen voor een juridisch vervolgingstraject. Het contact met de politie wordt echter als wisselend ervaren. Vóór de landelijke dekking van het CSG is in 2014 een onderzoek gepubliceerd naar de meerwaarde van de nieuwe vorm van integrale hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld bij de CSG's in Utrecht en Nijmegen (Vanoni et al., 2014). Uit interviews met dertien slachtoffers bleek dat zij tevreden waren met de opvang, de uitleg en het advies door de CSG-medewerkers en de ondersteuning van de CSG-medewerkers bij het FMO. Daarentegen ervoeren zij het informatief gesprek met de politie als belastend. Gelijke bevindingen kwamen naar voren bij een onderzoek bij het CSG Amsterdam-Amstelland naar de beoordeling van het hulpaanbod bij het CSG door interviews met zestien vrouwelijke slachtoffers (Dorn et al., 2019). Slachtoffers waardeerden de aanwezigheid, uitleg en steun van de casemanager bij het FMO en het proces van aangifte. De tevredenheid van slachtoffers betreffende hun ervaringen met de politie was wisselend. Waar een deel tevreden was over de uitleg en bejegening, voelden anderen zich te weinig geïnformeerd en op onpretentieve wijze bejegend. Ook uit het eerdergenoemde vragenlijstonderzoek uit Denemarken kwam naar voren dat slachtoffers minder tevreden waren over de hulp van de politie (Nielsen et al., 2014).

Ten tweede bieden de CSG's acute medische zorg gericht op het behandelen of voorkomen van langdurige fysieke problematiek. Het vroegtijdig behandelen van fysieke problematiek wordt als belangrijk gezien, omdat noodanticonceptie of soa-behandelingen dan als het meest effectief worden geacht (Ebert et al., 2018; Resnick et al., 2000). Uit het eerdergenoemde onderzoek gebaseerd op interviews met slachtoffers van de CSG's uit Utrecht (Vanoni et al., 2014) en Amsterdam-Amstelland (Dorn et al., 2019) bleek dat slachtoffers tevreden waren met de medische zorg die zij hadden ontvangen bij het CSG, alsook de coördinatie hiervan door de casemanager.

Ten derde biedt de casemanager slachtoffers psychische ondersteuning door middel van *watchful waiting*. Uit een recentelijk uitgevoerde *randomized controlled trial* naar de effecten van vroegtijdige traumabehandeling met EMDR en *watchful waiting* bleek dat het ontvangen van een gebruikelijk *watchful waiting*-traject op de lange termijn even effectief is als het meteen ontvangen van twee EMDR-sessies in het verminderen van meerdere psychische symptomen (Covers et al., 2021). Daarnaast bleek uit het eerdergenoemde onderzoek onder slachtoffers van het CSG Amsterdam-Amstelland dat zij tevreden waren met de psychische ondersteuning en nazorg door de casemanagers (Dorn et al., 2019). Door de psycho-educatie alsook de betrokkenheid en aandacht van de casemanagers voor de reacties en klachten van slachtoffers voelden zij zich gesteund en gerustgesteld. Ook functioneerde de casemanager als een luisterend oor en hielp de casemanager om gevoelens van schuld en schaamte weg te nemen. Voor enkele slachtoffers bestond echter de wens om meer (face-to-face)ondersteuning en nazorg te ontvangen.

Ten slotte kunnen de casemanagers slachtoffers doorverwijzen naar specialistische ggz-instellingen voor bijvoorbeeld een gespecialiseerde traumabehandeling indien de klachten na vier weken *watchful waiting* nog niet zijn verminderd. Uit onderzoek blijkt dat vroegtijdige professionele psychische hulp voor PTSS of acute stresssymptomen, waaronder CGT en EMDR, de klachten van slachtoffers kan verminderen en de kans op herstel kan vergroten (bijvoorbeeld Birur et al., 2017; Lomax & Meyrick, 2020; Oosterbaan et al., 2019).

Over het algemeen lijken slachtoffers tevreden te zijn over de hulpverlening bij het CSG. Er zijn verbeterpunten betreffende het contact met de politie en de wens voor meer (face-to-face)contact met de casemanagers. Toch moeten de hiervoor genoemde bevindingen met een kritische noot worden bekeken; tevredenheid is immers geen effectiviteit. Ook is meer onderzoek nodig; er is nog weinig bekend over de effectiviteit van de geboden hulp bij het CSG zelf. Wat is immers het effect van de hulp bij het CSG op de (langdurige) fysieke en psychische klachten van de slachtoffers?

4.6 DISCUSSIE

4.6.1 *De effectiviteit van het CSG: een reflectie*

In de vorige paragraaf zijn verschillende bevindingen met betrekking tot de effectiviteit van de geboden hulp bij het CSG besproken. Het is echter met deze bevindingen lastig de effectiviteit en meerwaarde van het CSG te beoordelen. Ten eerste, voor de best practice integrale hulpverlening zoals gebruikt in Denemarken (CRV), de Verenigde Staten (SART) en Nederland (CSG), ontbreekt een theoretische onderbouwing en zijn geen recente effectiviteitsstudies beschikbaar. Ten tweede is informatie afwezig over de daadwerkelijke effectiviteit van het CSG als een interventie voor slachtoffers. Losse elementen van de hulpverlening zijn wel onderzocht, zoals het gebruik van *watchful waiting* of EMDR voor PTSS-klachten. Al is meer onderzoek naar de effectiviteit van deze elementen van hulpverlening met verschillende onderzoeksmethoden wenselijk om een beter beeld van de werkelijke effectiviteit te geven. Over het algemeen blijft een evaluatie van het gehele zorgtraject en de gevolgen op de psychische en fysieke klachten van slachtoffers achter. Er is een focus op tevredenheid van slachtoffers, dit is echter geen meting van effectiviteit. Mogelijk is dit het gevolg van het grijze gebied waarin het CSG zich bevindt als 'zorgaanbieder'. Het CSG organiseert en coördineert hulp, terwijl de uitvoering grotendeels ligt bij samenwerkingspartners. Doordat de zorg wordt uitgevoerd door verschillende partijen, en niet alleen door het CSG als organisatie, wordt de beoordeling van de effectiviteit van de geboden multidisciplinaire hulp door het CSG bemoeilijkt. Ook is ten opzichte van het eerdere versnipperde zorglandschap geen informatie bekend over de effectiviteit van de integrale hulpverlening bij het CSG. Toekomstig onderzoek zou zich ook hierop moeten richten.

Over het algemeen is het internationale onderzoek gedateerd en bestaat het recentere onderzoek uit Nederland, dat specifiek is gericht op de CSG's, voornamelijk uit beleidsdocumenten en onderzoeken die zijn uitgevoerd door het CSG of gelieerde instanties. Deze onderzoeken zijn veelal uitgevoerd met kleine steekproeven op de korte termijn, dus zonder een follow-up periode. Dit belemmert de beoordeling van de kwaliteit van deze onderzoeken. Er kan immers niet duidelijk worden gesteld of deze bevindingen objectief en onafhankelijk zijn. Dit is ook een aandachtspunt voor toekomstig onderzoek. Naar aanleiding van het gebrek aan (onafhankelijk) onderzoek over de effectiviteit van het CSG is het dan ook niet mogelijk om de effectiviteit van het CSG als interventie te kunnen beoordelen. Nationaal en onafhankelijk onderzoek naar de kwaliteit en effectiviteit van de zorg van het CSG is noodzakelijk. Door op lange termijn systematisch goed onderzoek uit te voeren met een follow-up periode kan mogelijk een beter inzicht worden gegenereerd in de effectiviteit van het gehele zorgtraject bij het CSG op de potentiële langdurige psychische en fysieke klachten van slachtoffers.

4.6.2 Wat kan worden verbeterd?

Drempels voor slachtoffers om hulp te zoeken

Ondanks de beschikbaarheid van de integrale zorg bij het CSG bereikt nog niet ieder slachtoffer het CSG. Redenen hiervoor kunnen per slachtoffer verschillen. Slachtoffers kunnen immers drempels ervaren om hun ervaring te onthullen en hulp te zoeken (bijvoorbeeld Stoner & Cramer, 2019). In internationale literatuur worden verschillende drempels genoemd voor slachtoffers om hulp te zoeken, waarvan een paar zullen worden toegelicht.⁷

Bekende drempels voor slachtoffers om hulp te zoeken zijn gevoelens van schaamte en schuld. Slachtoffers kunnen zich schamen voor wat er gebeurd is en willen niet dat anderen erachter komen (bijvoorbeeld Stoner & Cramer, 2019). Ook kunnen zij zichzelf verwijten maken voor wat er gebeurd is of menen dat zij geen hulp verdienen (bijvoorbeeld Carson et al., 2020; DeLoveh & Cattaneo, 2017). Verder kan de sociale omgeving van het slachtoffer voor een drempel zorgen. Slachtoffers kunnen bang zijn dat zij niet worden geloofd of beschuldigd zullen worden (*victim blaming*) wanneer zij hun ervaring onthullen (bijvoorbeeld DeLoveh & Cattaneo, 2017; Ullman et al., 2020). Een gebrek aan steun vanuit de sociale omgeving kan een slachtoffer ervan weerhouden om (verdere) hulp te zoeken (bijvoorbeeld Ullman et al., 2020). Tevens kunnen eerdere negatieve ervaringen met het onthullen van het seksueel geweld of het zoeken van hulp van negatieve invloed zijn op de keuze van het slachtoffer om hulp te zoeken (bijvoorbeeld DeLoveh & Cattaneo, 2017; Patterson et al., 2009).

Verder kan een gebrek aan kennis over de mogelijkheden om hulp te zoeken of het hebben van een negatief beeld van de hulpverlening een drempel vormen voor slachtoffers om hulp te zoeken (bijvoorbeeld Bramsen et al., 2009; DeLoveh & Cattaneo, 2017; Holland & Cortina, 2017; Mennicke et al., 2021; Stoner & Cramer, 2019). Het is daarom wenselijk dat informatie hierover bekend is bij het slachtoffer en zijn of haar sociale omgeving, maar ook bij mogelijke doorverwijzers zoals huisartsen, soa-poli's, wijkverpleegkundigen en ggz-instellingen.

Daarnaast kan op maatschappelijk niveau aandacht worden besteed aan het bespreekbaar maken van seksueel geweld. Een voorbeeld is het opnemen van onderwerpen als seksualiteit en grensoverschrijding in het lesmateriaal op middelbare scholen. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van verschillende lesmaterialen van bijvoorbeeld het Rutgers Kenniscentrum Seksualiteit, waaronder de lesmethode 'Kriebels in je buik'. Meer openheid in de maatschappij over seksuele gezondheid en seksueel geweld zou het makkelijker kunnen maken voor slachtoffers om hun ervaringen te bespreken en de drempel kunnen verlagen om hulp te zoeken.

7. Voor een uitgebreider overzicht van mogelijke drempels om hulp te zoeken, zie bijvoorbeeld Pijlman et al., 2021 of Stoner & Cramer, 2019.

Tijdig handelen

Aan de hand van de instroomcijfers van het CSG (zie figuur 4.1) kan worden afgeleid dat veel slachtoffers zich melden in de niet-acute fase. Wat maakt dat slachtoffers pas later de stap zetten om hulp te zoeken? Uit onderzoek van Bicanic et al. (2015) blijkt dat verschillende factoren hierbij een rol spelen. Ten eerste speelt leeftijd een rol: 12- tot 17-jarigen zoeken minder vaak hulp in de acute fase dan 18- tot 25-jarigen. Ook kan worden verondersteld dat 0- tot 12-jarigen op een later moment hulp zoeken, omdat zij veelal afhankelijk zijn van de hulp van ouders/verzorgers en er vaak relatief laat achter het seksueel geweld wordt gekomen (Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen, 2014). Verder inzicht in het hulpzoekgedrag van deze jongere groep slachtoffers is van belang.

Ten tweede benoemen Bicanic et al. (2015) dat het kennen van de dader een effect kan hebben op het tijdig zoeken van hulp; zo zoeken slachtoffers vaker in de niet-acute fase hulp wanneer de dader een bekende is. Het is immers bekend dat het gecompliceerder kan zijn om hulp te zoeken indien de dader een bekende is (bijvoorbeeld Carson et al., 2020).

Een gerichte campagne op het belang van het tijdig zoeken van hulp, zoals 'Wat kan mij helpen?', zou kunnen bijdragen aan het voorkomen van late meldingen en daarmee het risico op de ontwikkeling van langdurige problematiek kunnen verminderen.

De rol van de politie

Ongeveer de helft van de acute slachtoffers die hulp zoeken bij het CSG doet geen FMO en geen aangifte (zie tabel 4.1). Een gebrek aan sporen of bewijs kan een reden zijn voor slachtoffers om geen aangifte te doen. Ook zoeken slachtoffers minder snel contact met de politie wanneer het ervaren seksueel geweld niet past bij het stereotiepe beeld van een gewelddadige verkrachting door een onbekende (Ceelen et al., 2019). Verdere factoren die de aangiftebereidheid van slachtoffers kunnen beïnvloeden zijn een gevoel van loyaliteit tegenover de dader (Carson et al., 2020; Dorn et al., 2019), het ervaren van acute stressreacties (Hansen et al., 2018), de angst om niet geloofd te worden (Ceelen et al., 2019) of de wens zich te richten op het eigen herstel (Dorn et al., 2019). Tevens kunnen slachtoffers een gebrek aan vertrouwen hebben in de politie en het juridisch proces (Dorn et al., 2019).

De politie kan zelf ook invloed uitoefenen op de aangiftebereidheid van het slachtoffer. Slachtoffers kunnen het informatief gesprek met de politie als belastend ervaren (Vanoni et al., 2014) of kunnen negatieve reacties of een gebrek aan steun van de politie hebben ontvangen (Campbell, 2008; Davies et al., 2009). Daarom wordt aanbevolen aan het CSG om aandacht te besteden aan de samenwerking met en overdracht naar de politie (Dorn et al., 2019). De politie heeft stappen gezet in de verbetering van de bejegening van slachtoffers en het informatief gesprek

(Grapperhaus, 2021). Zo wordt intervisie gegeven aan zedenrechercheurs wat betreft de uitvoering van het informatief gesprek, en wordt ervoor gezorgd dat zedenrechercheurs goed opgeleid en gecertificeerd zijn (Grapperhaus, 2021).

Toch willen slachtoffers mogelijk initieel geen contact met de politie of geen aangifte doen, maar bestaat deze wens pas op een later moment. Terwijl de kans op het veiligstellen van sporen in de acute fase het grootst wordt geacht, is een FMO alleen mogelijk wanneer het slachtoffer een melding doet bij de politie. Het is daarom van belang te kijken naar de mogelijkheid om een FMO uit te voeren zonder eerst een melding bij de politie te doen, zodat de sporen bewaard kunnen blijven voor het geval het slachtoffer later besluit wel contact te willen met de politie (Vanoni et al., 2014). Omdat ernstige seksuele misdrijven, zoals een verkrachting, geen verjaringstermijn hebben, is het mogelijk voor het slachtoffer om op een later moment aangifte te doen, bijvoorbeeld na het acute medische en psychische hulptraject.⁸ Dit zou de latere aangiftebereidheid van slachtoffers kunnen vergroten en verder kunnen bijdragen aan het verkleinen van het *dark number*. Toch moet worden erkend dat een dergelijke maatregel de tijdige opsporing van de dader zou kunnen tegenwerken. Dit behoeft verdere aandacht en onderzoek.

Versnipperde (na)zorg

De ontwikkeling van de gecoördineerde multidisciplinaire zorg bij het CSG lijkt een meerwaarde te hebben ten opzichte van de eerdere versnipperde zorg. Toch kan de zorg voor slachtoffers nog als gefragmenteerd worden ervaren. De politie is immers nog vaak het eerste aanspreekpunt van slachtoffers en er bestaan vele verschillende organisaties die slachtoffers hulp kunnen bieden (Slachtofferwijzer, z.d.). Meerdere organisaties, waaronder het CSG, hebben een gezamenlijke oproep gedaan voor één landelijk punt voor slachtoffers van kindermisbruik en seksueel geweld. Kamerlid Van der Werf (D66) heeft hierop volgend een motie ingediend, met als gevolg dat er onderzoek uitgevoerd zal worden naar de mogelijkheid van dit centrale entreepunt en de hulpbehoeften van slachtoffers (Dekker, 2021).

Verder is nog steeds sprake van fragmentatie met betrekking tot de ontvangen nazorg (Vanoni et al., 2014). Slachtoffers die na het *watchful waiting*-traject niet meteen via het CSG gespecialiseerde psychologische hulp wensen bij een ggz-instelling, kunnen op een later moment tegen lange wachtlijsten aanlopen. Verder blijkt uit Deens onderzoek dat slachtoffers die zich hebben gemeld bij het Deense CRV, zich hierna vaker melden bij de huisarts voor hulp voor verdere klachten (Elklit & Shevlin, 2010). Dit, terwijl de kwaliteit van de nazorg door de eigen huisarts van het slachtoffer kan verschillen (Dorn et al., 2019). Daarom zou meer aan-

8. Een verkrachting van een persoon van 16 jaar of ouder heeft geen verjaringstermijn (Rijksoverheid, 2022b). Ook heeft een verkrachting van, aanranding van of gemeenschap met kinderen onder de 16 jaar geen verjaringstermijn (Rijksoverheid, 2022a). Een aanranding van personen van 16 jaar of ouder heeft een verjaringstermijn van twintig jaar (Rijksoverheid, 2022b).

dacht moeten worden besteed aan de nazorg voor slachtoffers om ervoor te zorgen dat zij tijdig de benodigde hulp ontvangen.

4.7 CONCLUSIE

Het is van belang dat slachtoffers van seksueel geweld tijdig hulpverlening ontvangen. Gerichte gecoördineerde en multidisciplinaire hulpverlening kan immers positieve gevolgen hebben voor het hersteltraject van het slachtoffer en de kans op secundaire victimisatie verlagen. De hulpverlening die het CSG biedt, vult dan ook een lacune in het eerder versnipperde zorglandschap. Al blijft informatie over de effectiviteit van deze vorm van hulpverlening achter en is de effectiviteit van het CSG als 'interventie' onduidelijk. Ook blijft er sprake van een *dark number* van slachtoffers van seksueel geweld. De meldings- en aangiftebereidheid onder slachtoffers blijft laag. Door verschillende drempels, zoals schaamte- en schuldgevoelens, kan het lastig zijn om hulp te zoeken. Ook spelen de bekendheid en het bewustzijn van de opties voor hulpverlening hierbij een grote rol. Het is noodzakelijk dat slachtoffers, hun sociale omgeving en gerelateerde professionals zich bewust zijn van het bestaan van het CSG en zijn hulpaanbod, en ze hiervan ook een positief beeld hebben. Het wegnemen van deze drempels om hulp te zoeken blijft daarom een aandachtspunt. Middels nationale campagnes, maar ook door voorlichtingen bij hulpprofessionals en op scholen, zou het belang van het tijdig zoeken van hulp onder de aandacht kunnen worden gebracht. Verder blijft het een punt van zorg dat de hulp voor slachtoffers gecoördineerd blijft en dat het zorglandschap niet opnieuw versnipperd wordt. De recente motie van Kamerlid Van der Werf (D66) is al een stap in de goede richting. Tot slot is het zorglandschap voor slachtoffers van seksueel geweld in de laatste jaren sterk verbeterd. Toch blijft het van belang om de effectiviteit van deze zorg te evalueren en waar nodig te verbeteren.

REFERENTIES

- Arttime, T.M., McCallum, E.B., & Peterson, Z.D. (2014). Men's acknowledgment of their sexual victimization experiences. *Psychology of Men & Masculinity*, 15(3), 313-323. doi: org/10.1037/a0033376.
- Bach, M.H., Beck Hansen, N., Ahrens, C., Nielsen, C.R., Walshe, C., & Hansen, M. (2021). Underserved survivors of sexual assault: a systematic scoping review. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). doi: org/10.1080/20008198.2021.1895516.
- Berlo, W. van, & Höing, M. (2006). Seksuele victimisatie. In F. Bakker & I. Vanwesenbeeck (Red.), *Seksuele gezondheid in Nederland 2006* (p. 139-156). Eburon.
- Bicanic, I.A., Hehenkamp, L.M., Putte, E.M. van de, Wijk, A.J. van, & Jongh, A. de (2015). Predictors of delayed disclosure of rape in female adolescents and young adults. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1). doi: org/10.3402/ejpt.v6.25883.

Bicanic, I., Jongh, A. de, Lagro-Janssen, T., & Leusink, P. (2016). Centrum Seksueel Geweld voor acute slachtoffers. *Huisarts en Wetenschap*, 59(6), 265-267.

Bicanic, I., Snetselaar, H., Jongh, A. de, & Putte, E. van de (2014). Victims' use of professional services in a Dutch sexual assault centre. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1). doi: org/10.3402/ejpt.v5.23645.

Birur, B., Moore, N.C., & Davis, L.L. (2017). An evidence-based review of early intervention and prevention of posttraumatic stress disorder. *Community Mental Health Journal*, 53(2), 183-201. doi: org/10.1007/s10597-016-0047-x.

Bramsen, R.H., Elklit, A., & Nielsen, L.H. (2009). A Danish model for treating victims of rape and sexual assault: The multidisciplinary public approach. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18(8), 886-905. doi: org/10.1080/10926770903291811.

Burt, M.R. (1980). Cultural myths and supports for rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(2), 217-230. doi: org/10.1037/0022-3514.38.2.217.

Byrow, Y., Pajak, R., Specker, P., & Nickerson, A. (2020). Perceptions of mental health and perceived barriers to mental health help-seeking amongst refugees: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 75. doi: org/10.1016/j.cpr.2019.101812.

Campbell, R. (2008). The psychological impact of rape victims. *American Psychologist*, 63(8), 702-717. doi: org/10.1037/0003-066x.63.8.702.

Campbell, R., & Ahrens, C.E. (1998). Innovative community services for rape victims: An application of multiple case study methodology. *American Journal of Community Psychology*, 26(4), 537-571. doi: org/10.1023/a:1022140921921.

Campbell, R., Patterson, D., & Bybee, D. (2012). Prosecution of adult sexual assault cases a longitudinal analysis of the impact of a sexual assault nurse examiner program. *Violence Against Women*, 18(2), 223-244. doi: org/10.1177/1077801212440158.

Campbell, R., Patterson, D., & Lichy, L.F. (2005). The effectiveness of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) program: A review of psychological, medical, legal, and community outcomes. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6, 313-329. doi: org/10.1177/1524838005280328.

Campbell, R., & Raja, S. (1999). Secondary victimization of rape victims: Insights from mental health professionals who treat survivors of violence. *Violence and Victims*, 14(3), 261-275.

Campbell, R., Sefl, T., Barnes, H.E., Ahrens, C.E., Wasco, S.M., & Zaragoza-Diesfeld, Y. (1999). Community services for rape survivors: Enhancing psychological well-being or increasing trauma? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 847-858. doi: org/10.1037//0022-006x.67.6.847.

Campbell, R., Wasco, S.M., Ahrens, C.E., Sefl, T., & Barnes, H.E. (2001). Preventing the 'second rape': Rape survivors experiences with community service providers. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 1239-1259. doi: org/10.1177/088626001016012002.

Carson, K., Babad, S., Brown, E.J., Brumbaugh, C., Castillo, B., & Nikulina, V. (2020). Why women are not talking about it: reasons for nondisclosure of sexual victimization and associated symptoms of posttraumatic stress disorder and depression. *Violence Against Women*, 26(3-4), 271-295. doi: org/10.1177/1077801219832913.

Ceelen, M., Dorn, T., Huis, F.S. van, & Reijnders, U.J. (2019). Characteristics and post-decision attitudes of non-reporting sexual violence victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(9), 1961-1977. doi: org/10.1177/0886260519658756.

Center for Voldtægtsfre (z.d.). *Center for Voldtægtsfre: Aarhus Universitetshospital*. www.voldtaegt.dk.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2020). *Prevalentiemonitor huiselijk geweld en seksueel geweld 2020*. <https://longreads.cbs.nl/phgsg-2020>.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2021). *Geregistreeerde criminaliteit; soort misdrijf, regio*. https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/83648NED/table?ts=1598445302771_

Centrum Seksueel Geweld (2017). *Jaarverslag: Landelijk Netwerk Centrum Seksueel Geweld 2016*. Centrum Seksueel Geweld.

Centrum Seksueel Geweld (2018). *Jaarverslag: Landelijk Netwerk Centrum Seksueel Geweld 2017*. www.fier.nl/includes/downloadFile.asp?id=MTBjTVRZMk5nPT04NmQ%3D&date=10c86d.

Centrum Seksueel Geweld (2019). *Jaarverslag: Landelijk Netwerk Centrum Seksueel Geweld 2018*. www.centrumseksueelgeweld.nl/wp-content/uploads/2020/01/CEN146-Jaarverslag-CSG-landelijk-2018.pdf.

Centrum Seksueel Geweld (2020). *Jaarverslag: Landelijk Netwerk Centrum Seksueel Geweld 2019*. <https://centrumseksueelgeweld.nl/wp-content/uploads/2020/08/CSG-jaarversag-2019.pdf>.

Centrum Seksueel Geweld (2021a). *Jaarverslag: Landelijk Netwerk Centrum Seksueel Geweld 2020*. <https://centrumseksueelgeweld.nl/wp-content/uploads/2021/12/Jaarverslag-CSG-2020.pdf>.

Centrum Seksueel Geweld (2021b). *Veelgestelde vragen (FAQ)*. <https://centrumseksueelgeweld.nl/faq>.

Centrum Seksueel Geweld (2022). *Explosieve stijging chats en telefoontjes CSG na uitzending BOOS over misstanden bij The Voice of Holland*. <https://centrumseksueelgeweld.nl/explosieve-stijging-chats-en-telefoontjes-na-uitzending-boos>.

Covers, M.L., Jongh, A. de, Huntjens, R.J., Roos, C. de, Hout, M. van den, & Bicanic, I.A. (2021). Early intervention with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy to reduce the severity of post-traumatic stress symptoms in recent rape victims: a randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). doi: org/10.1080/20008198.2021.1943188.

Davies, M., Smith, R., & Rogers, P. (2009). Police Perceptions of Rape as Function of Victim Gender and Sexuality. *The Police Journal*, 82(1), 4-12. doi: org/10.1350/pojo.2009.82.1.466.

Deelen, M. (2022, 16 februari). Werken bij het Centrum Seksueel Geweld is drukker dan ooit. VICE. www.vice.com/nl/article/3ab7aw/the-voice-metoo-centrum-seksueel-geweld.

Dekker, S. (2021). *Zorg aan slachtoffers seksueel geweld*. www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/11/09/tk-zorg-aan-slachtoffers-seksueel-geweld.

DeLoveh, H.L., & Cattaneo, L.B. (2017). Deciding where to turn: a qualitative investigation of college students' helpseeking decisions after sexual assault. *American Journal of Community Psychology*, 59(1-2), 65-79. doi: org/10.1002/ajcp.12125.

Donne, M.D., DeLuca, J., Pleskach, P., Bromson, C., Mosley, M. P., Perez, E. T., ... Frye, V. (2018). Barriers to and facilitators of help-seeking behavior among men who experience sexual violence. *American Journal of Men's Health*, 12(2), 189-201. doi: org/10.1177/1557988317740665.

Dorn, T., Husen, G. van, & Reijnders, U.J.L. (2019). *Evaluatie van het aanbod CSG Amsterdam-Amstelland aan meerderjarige acute slachtoffers van seksueel geweld*. GGD Amsterdam. www.ggd.amsterdam.nl/publish/pages/473214/evaluatie_van_het_aanbod_csg_amsterdam-amstelland.pdf.

DVJ Insights (2021). *Campagne-effectonderzoek: Meldingsbereidheid Seksueel Geweld*. www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2021/02/17/campagne-effectonderzoek-meldingsbereidheid-seksueel-geweld-oktober-december-2020/rapportage-campagne-effectonderzoek-meldingsbereidheid-seksueel-geweld.PDF.

Ebert, J., Sperhake, J.P., Degen, O., & Schröder, A.S. (2018). The use of HIV post-exposure prophylaxis in forensic medicine following incidents of sexual violence in Hamburg, Germany: a retrospective study. *Forensic Science, Medicine and Pathology*, 14(3), 332-341. doi: org/10.1007/s12024-018-9985-7.

Elbers, N., & Becx, I. (2020). *Secundaire victimisatie als probleem. Herstelrecht als oplossing? Een onderzoek naar de reikwijdte van secundaire victimisatie en herstelrecht in het straf-, civiel- en bestuursrecht in Nederland*. VU Research Portal. https://nscr.nl/app/uploads/2020/10/Elbers-Becx-2020_Rapport-Secundaire-victimisatie-als-probleem-herstelrecht-als-oplossing_DEF.pdf.

Elklit, A., & Shevlin, M. (2010). General practice utilization after sexual victimization: A case control study. *Violence Against Women*, 16(3), 280-290. doi: org/10.1177/1077801209359531.

Ensink, B., & Berlo, W. van (1999). *Indringende herinneringen. De ontwikkeling van klachten na een verkrachting*. NISSO/Eburon.

Graaf, H. de, Borne, M. van den, Nikkelen, S., Twisk, D., & Meijer, S. (2017). *Seks onder je 25e. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2017*. Rutgers and Soa Aids Nederland.

Graham, R. (2006). Male rape and the careful construction of the male victim. *Social & Legal Studies*, 15(2), 187-208. doi: org/10.1177/0964663906063571.

Grapperhaus, F.B.J. (2021). *Seksuele intimidatie en geweld*. www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2021Z10931&did=2021D23753.

Gupta Strategists (2020). *Onderzoek Financiering Centrum Seksueel Geweld. Eindrapportage 20 november 2020*. www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/11/20/onderzoek-financiering-centrum-seksueel-geweld.

Hansen, N.B., Hansen, M., Nielsen, L.H., Bramsen, R.H., Elklit, A., & Campbell, R. (2018). Rape crimes: Are victims' acute psychological distress and perceived social support associated with police case decision and victim willingness to participate in the investigation? *Violence Against Women*, 24(6), 684-696. doi: org/10.1177/1077801217710002.

Hlavka, H.R. (2017). Speaking of stigma and the silence of shame: Young men and sexual victimization. *Men and Masculinities*, 20(4), 482-505. doi: org/10.1177/1097184X16652656.

Holland, K.J., & Cortina, L.M. (2017). 'It happens to girls all the time': Examining sexual assault survivors' reasons for not using campus supports. *American Journal of Community Psychology*, 59(1-2), 50-64. doi: org/10.1002/ajcp.12126.

Ingemann-Hansen, O., & Charles, A.V. (2013). Forensic medical examination of adolescent and adult victims of sexual violence. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(1), 91-102. doi: org/10.1016/j.bpobgyn.2012.08.014.

Javaid, A. (2015). Male Rape Myths: Understanding and Explaining Social Attitudes Surrounding Male Rape. *Masculinities and Social Change*, 4(3), 270-294. doi: org/10.17583/mcs.2015.1579.

Lomax, J., & Meyrick, J. (2020). Systematic Review: Effectiveness of psychosocial interventions on wellbeing outcomes for adolescent or adult victim/survivors of recent rape or sexual assault. *Journal of Health Psychology*. doi: org/10.1177/1359105320950799.

Mennicke, A., Bowling, J., Gromer, J., & Ryan, C. (2021). Factors associated with and barriers to disclosure of a sexual assault to formal on-campus resources among college students. *Violence Against Women*, 27(2), 255-273. doi: org/10.1177/1077801219889173.

Möller, A.T., Bäckström, T., Söndergaard, H.P., & Helström, L. (2014). Identifying risk factors for PTSD in women seeking medical help after rape. *PloS one*, 9(10). doi: org/10.1371/journal.pone.0111136.

Morgan, R.E., & Oudekerk, B.A. (2019). *Criminal Victimization, 2018* (Report NCJ 253043). U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics. <https://bjs.ojp.gov/content/pub/pdf/cv18.pdf>.

Mulder, J.D.W.E. (2013). *Compensation: The victim's perspective*. Wolf Legal Publishers.

Mulder, J.D.W.E., Pemberton, A., & Vingerhoets, A.J. (2020). The feminizing effect of sexual violence in third-party perceptions of male and female victims. *Sex Roles*, 82(1-2), 13-27. doi: org/10.1007/s11199-019-01036-w.

Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2014). *Op goede grond. De aanpak van seksueel geweld tegen kinderen*. Nationaal Rapporteur.

National Institute for Health and Care Excellence (2018). *Post-traumatic stress disorder: NICE guideline* [NG116]. www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/recommendations#active-monitoring.

Nielsen, L.H., Hansen, N.B., & Elklit, A. (2014). Service utilization and satisfaction with service providers in victims of rape and sexual assault. *US-China Law Review*, 11, 1176-1191.

Oosterbaan, V., Covers, M.L., Bicanic, I.A., Huntjens, R.J., & Jongh, A. de (2019). Do early interventions prevent PTSD? A systematic review and meta-analysis of the safety and efficacy of early interventions after sexual assault. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). doi: [org/10.1080/20008198.2019.1682932](https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1682932).

Patterson, D., Greeson, M., & Campbell, R. (2009). Understanding rape survivors' decisions not to seek help from formal social systems. *Health and Social Work*, 34(2), 127-136. doi: [org/10.1093/hsw/34.2.127](https://doi.org/10.1093/hsw/34.2.127).

Pijlman, V., Eichelsheim, V., Pemberton, A., & Waardt, M. de (2021). *Onderzoek naar de 'tijdelijke regeling vergoeding eigen risico zorgverzekering slachtoffers van seksueel geweld'*. Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving. https://nscr.nl/app/uploads/2021/12/NSCR_Tijdelijke-Regeling-Slachtoffers-Seksueel-Geweld_311021.pdf.

Resnick, H.S., Holmes, M.M., Kilpatrick, D.G., Clum, G., Acierno, R., Best, C.L., & Saunders, B.E. (2000). Predictors of post-rape medical care in a national sample of women. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(4), 214-219. doi: [org/10.1016/s0749-3797\(00\)00226-9](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(00)00226-9).

Rijksoverheid (2022a). Geldt er een verjaringstermijn voor het aangeven van seksueel misbruik van kinderen? www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kindermishandeling/vraag-en-antwoord/geldt-er-een-verjaringstermijn-voor-het-aangeven-van-seksueel-misbruik-van-kindern.

Rijksoverheid (2022b). *Verjaringstermijn misdrijven en overtredingen*. www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/straffen-en-maatregelen/verjaringstermijn-misdrijven.

San Diego County Sexual Assault Response Team (2001). *Standards of Practice: For Members of the Interdisciplinary SART Team*. www.sandiego.gov/sites/default/files/legacy/police/pdf/standards.pdf.

Schadefonds Geweldsmisdrijven (2021). *Beleidsbundel Schadefonds Geweldsmisdrijven. 1 augustus 2021*. www.schadefonds.nl/wpcontent/uploads/2021/08/Beleidsbundel-20210801.pdf.

Slachtofferhulp Nederland (2021). *Jaarverslag 2020*. www.slachtofferhulp.nl/globalassets/media/jaarverslag-2020_def_spreads.pdf.

Slachtofferwijzer (z.d.). *Slachtofferwijzer*. <https://slachtofferwijzer.nl>.

Smith, S.G., Zhang, X., Basile, K.C., Merrick, M.T., Wang, J., Kresnow, M., & Chen, J. (2018). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2015 Data Brief – Updated Release*. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.

Stoner, J.E., & Cramer, R.J. (2019). Sexual violence victimization among college females: A systematic review of rates, barriers, and facilitators of health service utilization on campus. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(4), 520-533. doi: [org/10.1177/1524838017721245](https://doi.org/10.1177/1524838017721245).

Ullman, S.E., O'Callaghan, E., Shepp, V., & Harris, C. (2020). Reasons for and Experiences of Sexual Assault Nondisclosure in a Diverse Community Sample. *Journal of Family Violence*, 35(8), 839-851. doi: [org/10.1007/s10896-020-00141-9](https://doi.org/10.1007/s10896-020-00141-9).

Vanoni, M., Lünnevan, K.D., Kriek, F., Drost, L., & Smits van Waesenberghe, E. (2014). *Meerwaarde van integrale opvang en hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld*. Verwey Jonker Instituut & Regioplan. www.verwey-jonker.nl/wp-content/uploads/2020/07/7379-Eindrapport-Meerwaarde-integrale-opvang-en-hulpverlening-aan-slachtoffers-van-seksueel-geweld-Regioplan-maart2014-2.pdf.

Wakefield, M.A., Loken, B., & Hornik, R.C. (2010). Use of mass media campaigns to change health behaviour. *The Lancet*, 376(9748), 1261-1271. doi: [org/10.1016/s0140-6736\(10\)60809-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)60809-4).

Weiss, K.G. (2010). Male sexual victimization: Examining men's experiences of rape and sexual assault. *Men and Masculinities*, 12(3), 275-298. doi: [org/10.1177/1097184X08322632](https://doi.org/10.1177/1097184X08322632).

World Health Organization (2003). *Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42788/924154628X.pdf>.