

ANKE VANDENBERGHE
ELIZAVETA FOMENKO
PROF. DR. INES KEYGNAERT

Praktische richtlijn aanpak **seksueel en intrafamiliaal geweld** in eerste lijn

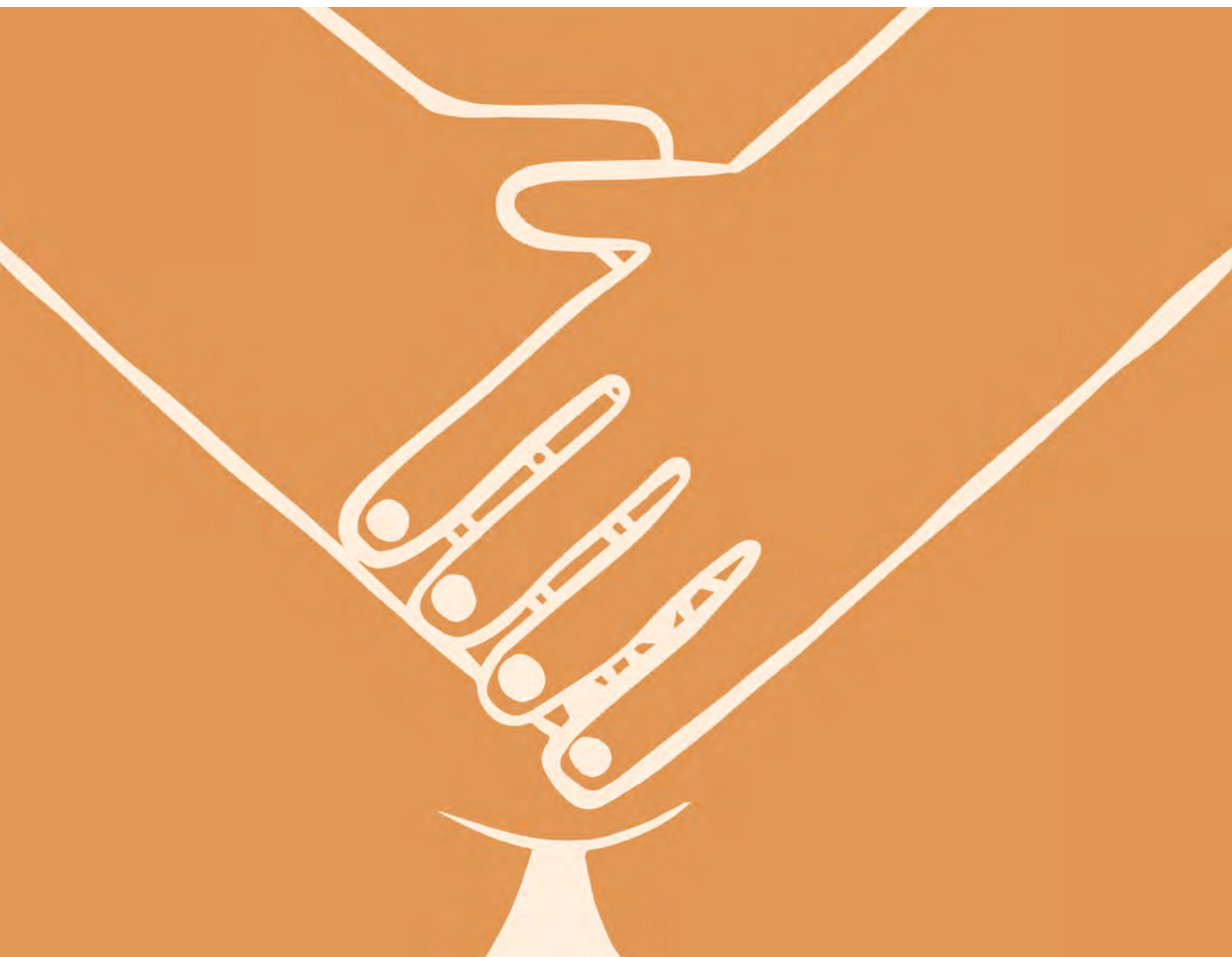


Inhoud

1. Seksueel en intrafamiliaal geweld, wat houdt dat in? ⓘ	5
2. Hoe vaak komen seksueel en interfamiliaal geweld voor? ⓘ	9
3. Wat is de impact van seksueel en intrafamiliaal geweld? ⓘ	12
4. Onthulling & screening ⓘ	19
5. Zorgen voor slachtoffers van geweld ⓘ	31
6. Psychologische evaluatie en verwijzing ⓘ	57
7. Rapporting ⓘ	59
8. Juridisch kader ⓘ	61
9. Ondersteuning voor familie en naasten ⓘ	71
10. Praktische tools ⓘ	76

ⓘ AANKLIKBARE LINK
+ UITKLAPBARE TEKST

1 Seksueel en intrafamiliaal geweld, wat houdt dat in?



1. Seksueel en intrafamiliaal geweld, wat houdt dat in ?

I.1 [Definities en vormen van seksueel geweld](#)

I.2 [Definities en vormen van intrafamiliaal geweld](#)

[AANKLIKBARE LINK](#)

[AANKLIKBARE DEFINITIE](#)

Kernboodschap:

De WHO definieert [seksueel geweld](#) [i](#) als:

“Elke seksuele daad tegen iemands wil, uitgevoerd door eender welke persoon, onafhankelijk van de relatie met het slachtoffer en in eender welke setting”.

Seksueel geweld is een containerbegrip en omvat een brede reeks aan gedragingen. Er zijn vijf vormen van seksueel geweld te onderscheiden:

[Hands-off ? seksueel geweld:](#)

- › Seksuele verwaarlozing en niet respecteren van seksuele intimiteit
- › Seksuele intimidatie
- › [Hands-on ? seksueel geweld:](#)
- › Seksueel misbruik
- › Poging tot verkrachting
- › Verkrachting

De meest gangbare definitie in België voor [intrafamiliaal geweld](#) [i](#) is:

“Intrafamiliaal geweld is elk herhaald dwingend en/of intimiderend gedrag, uitgeoefend tegenover een gezins- of familielid of een (ex-) partner. Het geweld kan zowel van fysieke, psychische/emotionele, seksuele en/of economische aard zijn ongeacht de leeftijd van de betrokkenen. Het omvat onder meer kindermishandeling, oudermis(be)handeling, partnergeweld, stalking, incest, enzoverder”

Intrafamiliaal geweld omvat dus zowel fysiek, psychisch/emotioneel, seksueel als socio-economisch geweld. Deze vormen kunnen alleen voorkomen als samen. Het geweld dat wordt gepleegd in een context tussen koppels en/of tussen ouder en kind maakt deel uit van een cyclus die “cyclus van het intrafamiliaal geweld” wordt genoemd.

Deze cyclus bestaat uit vier fasen:



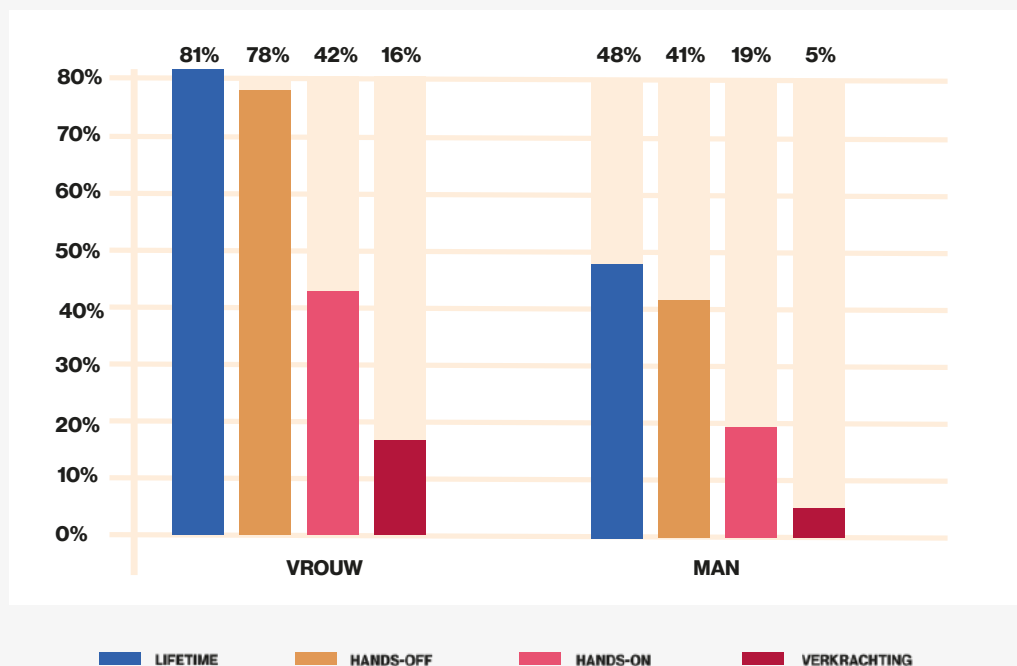
Seksueel en intrafamiliaal geweld zijn een belangrijk probleem voor de volksgezondheid, wat blijkt uit de hoge **prevalentiecijfers** ①.

I.1 Definities en vormen
van seksueel geweld

I.2 Definities en vormen
van intrafamiliaal
geweld

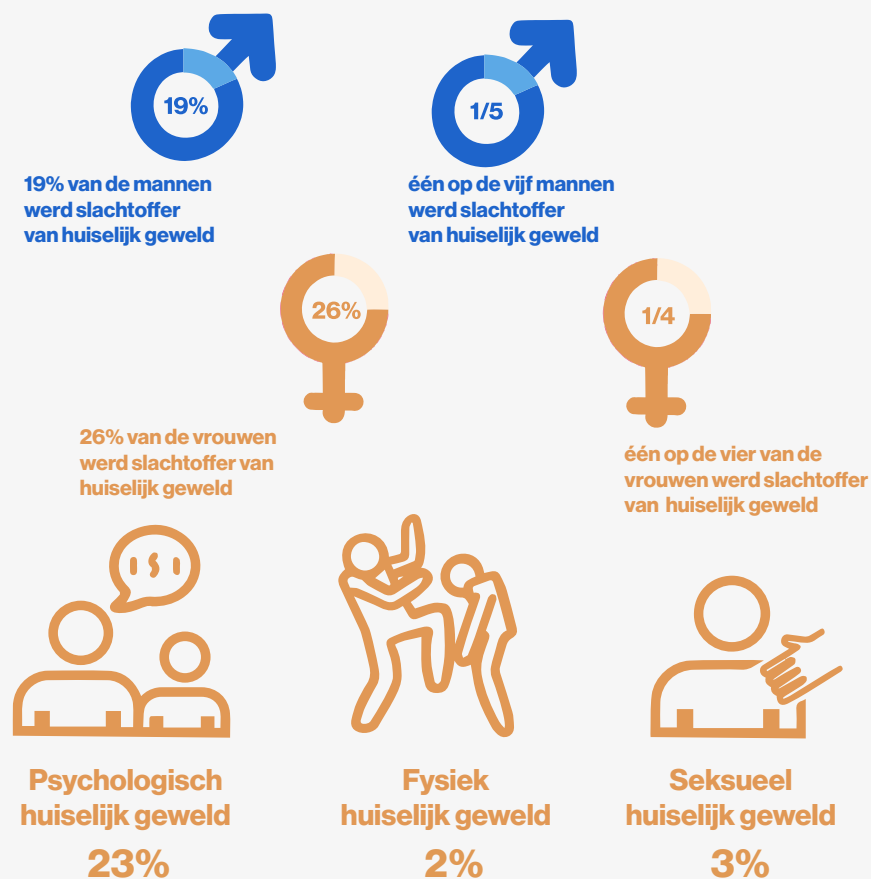
① AANKLIKBARE LINK

? AANKLIKBARE DEFINITIE



Figuur 1 ? : Voorkomen van seksueel geweld bij vrouwen en mannen in België anno 2020 [1].

Prevalente huiselijk geweld tijdens de tweede golf van coronamaatregelen



Figuur 2 ? : Prevalentie van huiselijk geweld tijdens de tweede golf van de coronamaatregelen [2].

1.1 Definities en vormen van seksueel geweld

I.1 Definities en vormen van seksueel geweld

I.2 Definities en vormen van intrafamiliaal geweld

? AANKLIKBARE DEFINITIE
+ UITKLAPBARE TEKST

De Wereldgezondheidsorganisatie omschrijft **seksueel geweld** als:

“Elke seksuele daad tegen iemands wil, uitgevoerd door eender welke persoon, onafhankelijk van de relatie met het slachtoffer en in eender welke setting” [3]. Dit includeert, maar is niet beperkt tot, (poging tot) verkrachting, seksuele slavernij, ongewenste aanrakingen, seksueel geweldsbedreigingen, (online) verplicht seksuele activiteiten doen, ongewenst blootstelling aan pornografie, voyeurisme en verbale seksuele intimidatie [3, 4].

De Belgische wetgeving hanteert een definitie van verkrachting binnen het kader van toestemming: “Verkrachting is elke daad van seksuele penetratie van welke aard en met welk middel ook, gepleegd op een persoon die daar niet in toestemt”. Er wordt gesproken van de afwezigheid van toestemming als geweld, dwang of misleiding betrokken is en/of het slachtoffer niet in staat wordt geacht deze toestemming te geven (bijvoorbeeld bij een mentale aandoening, leeftijd jonger dan 14 en onder invloed zijn van drugs of alcohol) [5, 6].

Seksueel geweld kan in vele vormen voorkomen, zowel online (bv. achter een webcam, via gsm,...) als in elkaars fysieke aanwezigheid. Dit kan zowel mét als zonder fysiek contact tussen slachtoffer(s) en pleger(s) [1, 7].

Op basis van het feit of er fysiek contact tussen slachtoffer(s) en pleger(s) was, is volgende opdeling mogelijk

Hands-off ? seksueel geweld (geen fysiek contact tussen slachtoffer(s) en pleger(s))

Seksuele verwaarlozing & niet respecteren van seksuele intimiteit

Seksuele intimidatie

Hands-on ? seksueel geweld (er is wel fysiek contact tussen slachtoffer(s) en pleger(s))

Seksueel misbruik

Poging tot verkrachting

Verkrachting

1.2 Definities en vormen van intrafamiliaal geweld

1.1 Definities en vormen van seksueel geweld

1.2 Definities en vormen van intrafamiliaal geweld

① AANKLIKBARE LINK

Voor wat **intrafamiliaal geweld** betreft, is de volgende definitie in België het meest gangbaar: “Intrafamiliaal geweld is elk herhaald dwingend en/of intimiderend gedrag, uitgeoefend tegenover een gezins- of familielid of een (ex-) partner. Het geweld kan zowel van fysieke, psychische/emotionele, seksuele en/of economische aard zijn ongeacht de leeftijd van de betrokkenen. Het omvat onder meer kindermishandeling, oudermis(be)handeling, partnergeweld, stalking, incest, enzoverder” [8]. Het is belangrijk op te merken dat elk van deze vormen van geweld (fysiek, psychisch/emotioneel, seksueel en economisch), inclusief bedreigingen en pogingen tot, kunnen leiden tot fysieke, psychologische en/of emotionele schade. Vaak komen de verschillende vormen van geweld samen voor.

Verschillende vormen van geweld [9]:

Fysiek geweld: verwondingen kunnen variëren van kleine, al dan niet zichtbare, letsels tot botbreuken en rijtewonden, hoofdwonden en verwondingen aan inwendige organen. Voor veel slachtoffers komt het geweld regelmatig voor. Sommigen worden bedreigd met wapens, zoals messen, of huishoudelijke artikelen, zoals een heet strijkijzer, sigaretten of een rubberen slang. Fysiek geweld kan vele vormen aannemen, zoals het vernielen van eigendommen, of het doden of verwonden van huisdieren;

Psychisch/emotioneel geweld: kan bestaan uit subtiel of openlijk verbaal geweld, vernedering, bedreigingen of elk gedrag dat erop gericht is de persoon die het geweld meemaakt bang te maken of te terroriseren. Slachtoffers kunnen hun zelfvertrouwen, eigenwaarde of autonomie verliezen. Psychisch/emotioneel geweld kan vele vormen aannemen, waaronder dreigen met zelfmoord, extreme jaloezie, stalking, intimidatie op het werk of door het gebruik van technologie;

Seksueel geweld: Elke seksuele daad tegen iemands wil, uitgevoerd door eender welke persoon, onafhankelijk van de relatie met het slachtoffer en in eender welke setting ([zie definities en vormen seksueel geweld](#)) ①;

Socio-economisch geweld: het isoleren van het slachtoffer van familie en vrienden, en andere contacten in de gemeenschap. Economisch geweld omvat het beperken van de toegang tot geld en essentiële behoeften, het frauduleus gebruiken van andermans geld voor persoonlijk gewin, of stelen van het slachtoffer; het illegaal wegnemen, misbruiken, of verbergen van fondsen of eigendommen;

Verwaarlozing: het aanhoudend verzuim om te voorzien in de fysieke en/of psychologische basisbehoeften van een persoon voor wie u zorgt, zoals het niet beschermen tegen fysieke schade of gevaar, of het niet zorgen voor toegang tot passende medische zorg of behandeling. Het kan ook verwaarlozing inhouden van, of niet reageren op, de emotionele basisbehoeften van de ander.



Het geweld dat wordt gepleegd in een context tussen koppels en/of tussen ouder en kind maakt deel uit van een cyclus die “cyclus van het intrafamiliaal geweld” wordt genoemd. Deze cyclus wordt door de pleger gebruikt om macht te hebben en te houden op zijn slachtoffer. In een relatie (tussen partners, tussen ouder en kind, ...), die getekend is door geweld, herhaalt deze cyclus zich en versnelt deze met de tijd. De gebruikte geweldsvormen worden vaak ook ernstiger en de honeymoonfase wordt mettertijd steeds korter tot het soms zelfs helemaal verdwijnt. Het is vaak op dat moment dat slachtoffers pas beseffen dat zij dit niet langer alleen kunnen dragen en extern hulp proberen te zoeken.

1.1 [Definities en
vormen van seksueel
geweld](#)

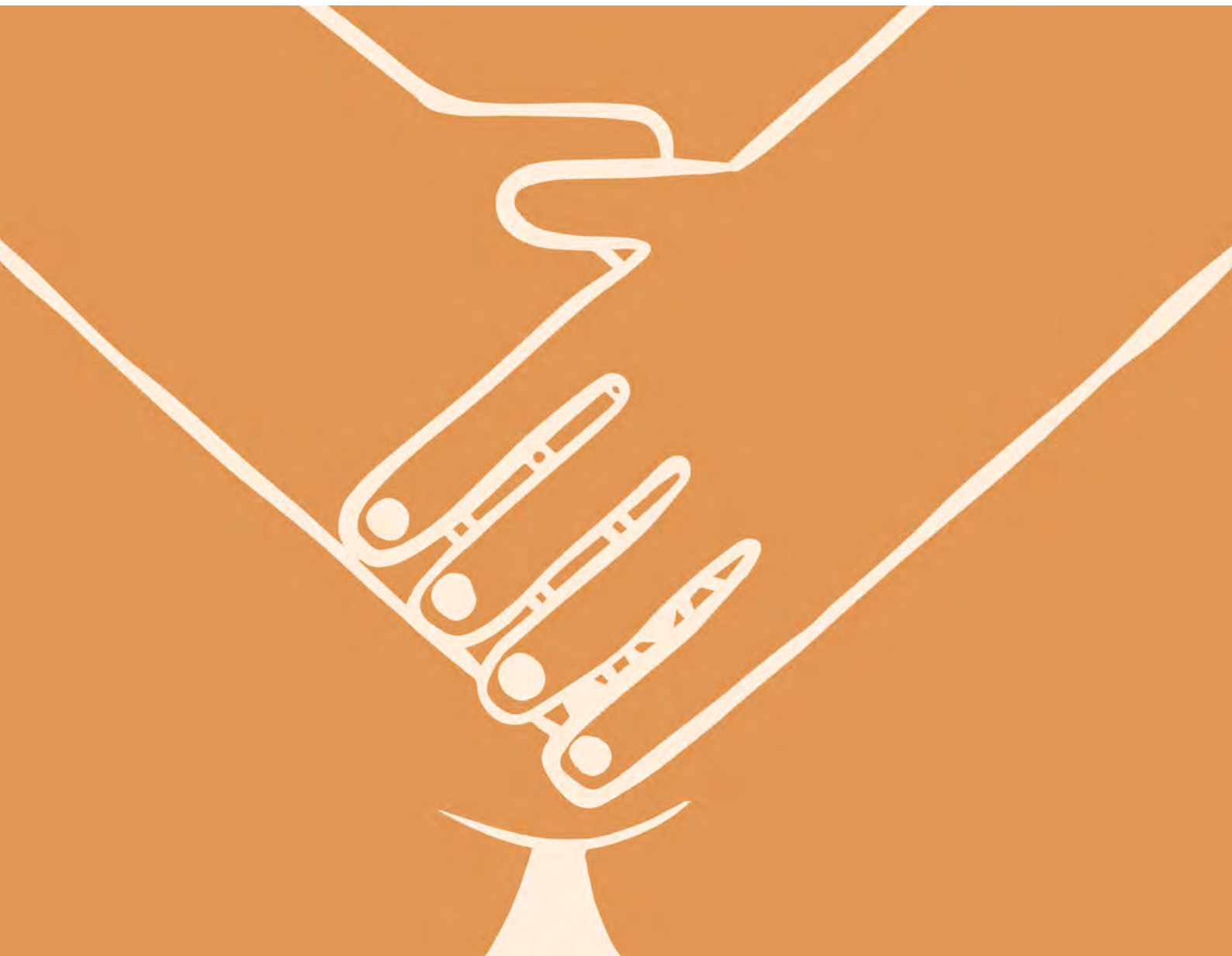
1.2 [Definities en vormen
van intrafamiliaal
geweld](#)



**Cliquez sur le chiffre
pour plus d'info**

2

Hoe vaak komen
**seksueel en
interfamiliaal
geweld voor?**



2. Hoe vaak komen seksueel en intrafamiliaal geweld voor ?

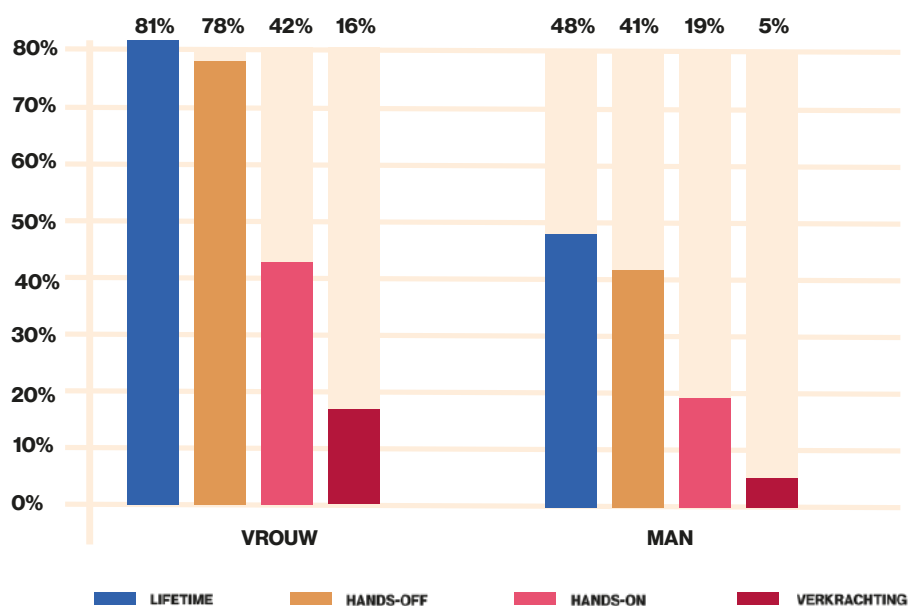
Seksueel en intrafamiliaal geweld komen overal ter wereld voor en treffen mensen van alle genders, in alle leeftijdscategorieën, en overschrijdt culturele, etnische en economische grenzen [10, 11]. Ook in België vormen seksueel en intrafamiliaal geweld een volksgezondheidsprobleem.

Er zijn verschillende onderzoeken gevoerd naar het voorkomen van **seksueel geweld** in België. Tot voor 2021 was geen enkel bestaand onderzoek voldoende representatief voor de gehele Belgische bevolking. De prevalentiecijfers varieerden van 20,4% tot 22,3% voor vrouwelijke en 10,1% tot 10,7% voor mannelijke slachtoffers [12, 13].

? AANKLIKBARE DEFINITIE

Het eerste representatieve onderzoek naar seksueel geweld in België onder leiding van Prof Dr Ines Keygnaert toonde aan dat 64% van de inwoners in België tussen 16 en 69 jaar oud reeds slachtoffer werden van een vorm van seksueel geweld in hun leven: dit betreft 81% van de vrouwen en 48% van de mannen in deze leeftijdsgroep [1]. Bovendien gaf 44% aan ook seksueel geweld in de 12 maanden die aan hun deelname voorafgingen te hebben meegemaakt. De prevalentiecijfers voor seksueel geweld in de laatste 12 maanden zijn het hoogst in de leeftijdsgroep van 16 tot 24 jaar [14, 15]. In het deelonderzoek bij de Belgische bevolking ouder dan 70 jaar waren 55% van de vrouwen en 29% van de mannen ooit in hun leven slachtoffer van seksueel geweld. Bij 8,4% vond het laatste seksueel geweld plaats in de afgelopen 12 maanden, meer specifiek betrof dit 7% voor **hands-off** ? en 2,5% voor **hands-on** ? seksueel geweld [16].

Niettemin blijven de prevalentiecijfers een onderschatting van de realiteit [17, 18]. Het bovenvermelde onderzoek stelde vast dat de tot op heden aangenomen inschatting dat slechts 1 op 10 verkrachtingen bij volwassenen zou worden gemeld aan hulpverleners zoals politie en andere [11, 12], nog een overschatting was: dit blijkt de dag van vandaag slechts om 7% te gaan die formele hulp zoeken en slechts 5% die naar de politie stapt [1].



Figuur 1 ? Voorkomen van seksueel geweld bij vrouwen en mannen in België anno 2020 [1].

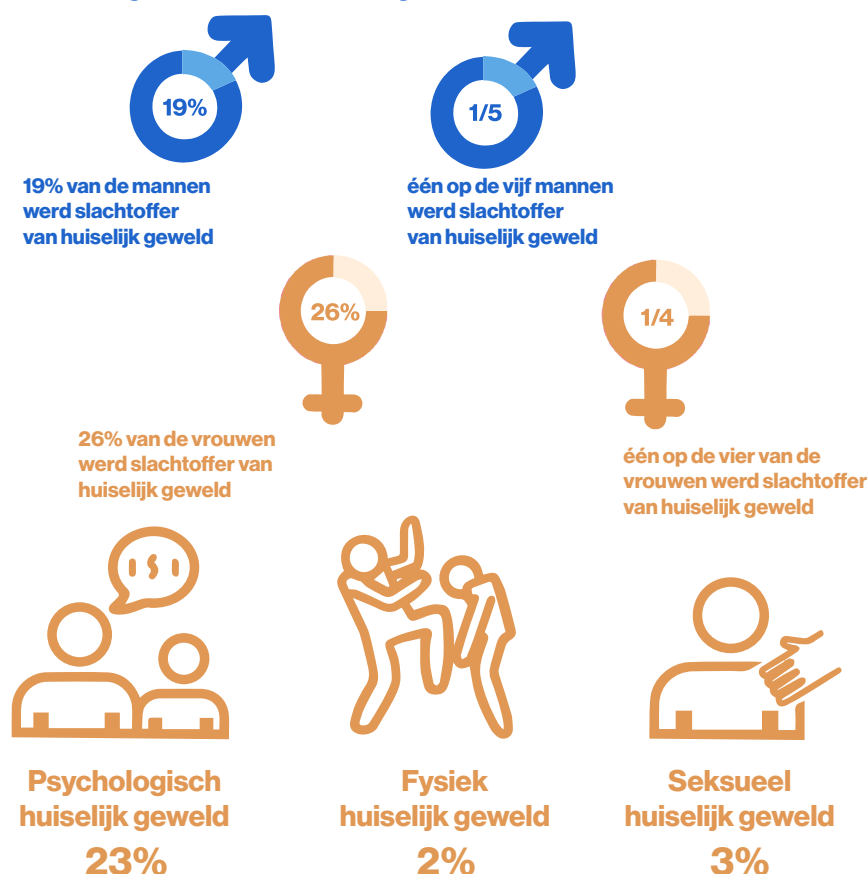
Onderzoek heeft ook aangetoond dat **LGBT+ ?** en migranten risicogroepen zijn voor het ervaren van seksueel geweld [19-22]. Zo gaf 78% van de LGB+ aan ooit slachtoffer te zijn geweest van seksueel geweld, dit is 16% meer dan hetero respondenten [1]. Een studie in België en Nederland vond prevalentiecijfers tot 56,6% voor seksueel geweld tegen migranten [19].

Ook **intrafamiliaal geweld** is een volksgezondheidsprobleem dat in alle werelddelen, sociale klassen en opleidingsachtergronden voorkomt met belangrijke negatieve effecten op de gezondheid en het welzijn van de gezinsleden maar ook van hun omgeving [2, 12].

In een recent onderzoek naar relaties, stress en agressie in de eerste twaalf maanden van de COVID-19 pandemie in België, geleid door Prof Dr Ines Keygnaert, gaf 29.8% van de respondenten aan zelf minstens één keer slachtoffer te zijn geweest van huiselijk geweld tijdens de eerste en tweede golf van de coronamaatregelen [12]. De geslacht specifieke prevalentie is weergegeven in figuur 2. Dit is in lijn met voorgaand onderzoek naar ervaringen van vrouwen en mannen met psychologisch, fysiek en seksueel geweld [10]. Hierin rapporteerden 12,5% van de respondenten slachtoffer te zijn geweest van partnergeweld en minstens 13,1% van de respondenten was slachtoffer van geweld gepleegd door de naaste omgeving in de twaalf maanden voor de bevraging. Hierbij stelde men dat ongeveer 1 op 4 Belgen slachtoffer wordt van huiselijk geweld op jaarbasis [10]. In tijden van COVID-19 blijkt dat in de eerste 12 maanden van COVID-19 maatregelen ongeveer 1 op 3 Belgen slachtoffer werd van huiselijk geweld in België [12].

Deze studie ging ook het voorkomen van **indirect ?** huiselijk geweld tijdens de eerste en tweede golf van de COVID-19 pandemie na. Bij indirect geweld is de respondent getuige van geweld dat op een huisgenoot is gepleegd. Hieruit blijkt dat tijdens de eerste en/of tweede golf van de COVID-19 pandemie 18,2% van de respondenten rapporteerde dat een huisgenoot minstens één keer slachtoffer werd van huiselijk geweld en de respondent daarvan op de hoogte was [12]. Bij 14% van de respondenten die samen leefden met minstens één kind (jonger dan 18 jaar) betreft dit indirect geweld, geweld op kinderen. Dit geweld werd in 28% van de gevallen gepleegd door de respondent zelf of de (pleeg-)ouder van het kind en in 35% van de gevallen door de (ex-)partner van de respondent of de andere (pleeg-)ouder van het kind [23].

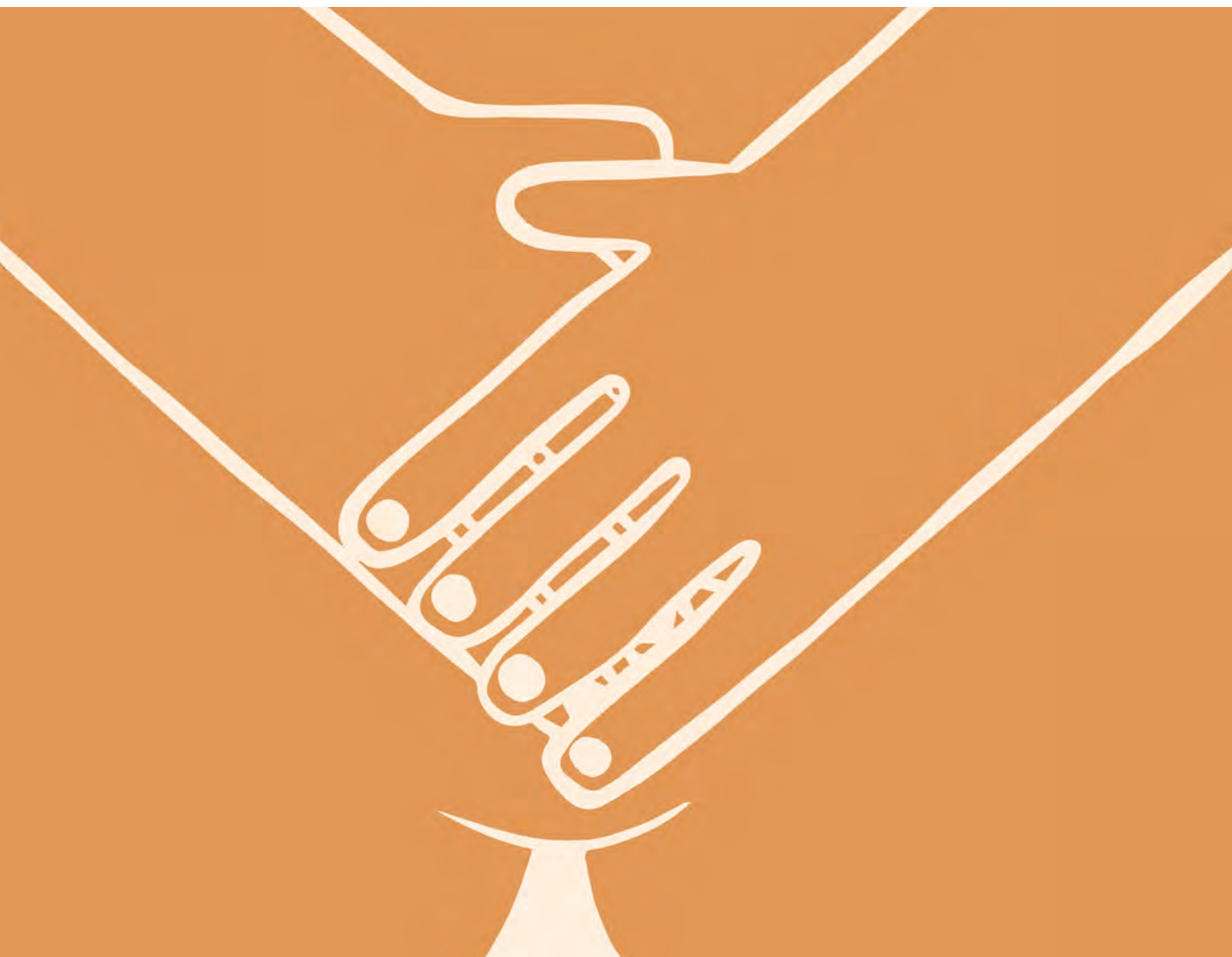
Prevalente huiselijk geweld tijdens de tweede golf van coronamaatregelen



Figuur 2 ? Prevalentie van huiselijk geweld tijdens de tweede golf van de coronamaatregelen [2].

3

Wat is de impact
van **seksueel** en
intrafamiliaal
geweld?



3. Wat is de impact van seksueel en intrafamiliaal geweld?

3.1 Tijdens de geweldservaring: Biologische reacties op geweld

3.2 Na het slachtofferschap: Gevolgen van geweld

① AANKLIKBARE LINK
+ UITKLAPBARE TEKST

Kernboodschap:

Tijdens een ernstige daad van geweld gaat het lichaam in ‘overlevingsmodus’ en ervaren slachtoffers **biologische reacties** ① waar ze geen bewuste controle over hebben. Deze reacties kunnen worden aangeduid als ‘fight-flight freeze-and-appease’ reacties.

Seksueel en intrafamiliaal geweld leiden tot verschillende korte en lange termijn gevolgen:

- > **Fysieke, seksuele en reproductieve gevolgen** ①
- > **Psychologische gevolgen** ①
- > **Neurobiologische gevolgen** ①
- > **Sociaal-economische gevolgen** ①

3.1 Tijdens de geweldservaring: Biologische reacties op geweld

Op het eigenlijke moment dat iemand aan geweld wordt onderworpen, kan dit door slachtoffers worden ervaren als een levensbedreigende daad. Tijdens een geweldservaring kunnen slachtoffers reacties ervaren waar ze geen bewuste controle over hebben. De reacties van het lichaam op een dergelijk traumatisch event zijn vaak automatisch en vormen de natuurlijke reactie van het lichaam op gevaar. Het lichaam gaat in ‘overlevingsmodus’. Soms reageren slachtoffers op een manier die ze absoluut niet verwachten. Ze kunnen worden aangeduid als ‘fight-flight freeze-and-appease’ reacties [24, 25].

Fight (vecht):

Freeze (bevriezen):

Flight (vlucht):

Appease (gehoorzamen):

Slachtoffers zijn vaak teleurgesteld over hun eigen reactie en vragen zich vervolgens af waarom ze niet teruggevochten hebben of gevlucht zijn. Het is dus zeer belangrijk om te duiden dat ze op dat ogenblik niet konden kiezen, hun lichaam koos om te overleven op die manier.

3.2 Na het slachtofferschap: Gevolgen van geweld

3.1 Tijdens de
geweldservaring:
Biologische reacties
op geweld

3.2 Na het
slachtofferschap:
Gevolgen van
geweld

Fysieke, seksuele en reproductieve gevolgen

Fysieke gevolgen van geweld kunnen bestaan uit acute verwondingen zoals kneuzingen, schaafwonden, hemorrhagieën en botbreuken, alsook uit infecties zoals tetanus. De patiënt kan in een zeer onstabiele toestand verkeren en veel pijn kennen. Amputaties, functiebeperkingen en zelfs de dood kunnen het gevolg zijn van zeer gewelddadige vormen van geweld [17, 26, 27].

Zeer specifiek voor seksueel geweld komen hier nog bij: seksueel overdraagbare aandoeningen (inclusief **HIV/AIDS** ?), bekkenontsteking, urineweginfecties, chronische genitale en extra-genitale pijn en seksuele disfunctie. Vrouwelijke slachtoffers kunnen verstoorde periodes van menstruatie en acute vaginale bloedingen krijgen [28-32]. Bij aanvallen met fysiek geweld kunnen vrouwen die zwanger zijn een miskraam krijgen [28]. Genitale verwondingen zoals scheurtjes in de vagina, het perineum, het rectum en de anus, penis, anale of scrotale erytheem houden meestal verband met fysiek gewelddadige verkrachtingen [27], evenals ongewenste zwangerschap, gedwongen abortus, (langdurige) onvruchtbaarheid en de dood [33].

Merk echter op dat er geen algemeen aanvaarde typologie van letsels bestaat en dat er vaak helemaal geen fysieke letsels zijn na seksueel geweld [27].

Complicaties op langere termijn zijn chronische pijn, migraine, alsook andere gezondheidsimplicaties van gastro-intestinale aard, psychologische, cardiopulmonaire en neurologische symptomen [26].

Specifiek voor seksueel geweld komen hier nog bij: vaginale bloedingen, pijnlijke geslachtsgemeenschap en menstruatie, genitale irritaties, fibroïden, bekkenpijn en verminderde seksuele verlangens [17, 26].

Psychologische gevolgen

Veel voorkomende psychologische reacties die onmiddellijk na ernstige vormen van geweld voorkomen zijn **schok, ontkenning, zelfopgelegde isolatie of sociale terugtrekking, boosheid, angst, een laag humeur, verlies van interesse in activiteiten** en zogenaamde “Acute Stress Symptomen”. Acute Stress Symptomen kunnen nachtmerries en/of flashbacks zijn, het vermijden van plaatsen die verband houden met het incident of de pleger, overdreven alert zijn op waargenomen gevaar en/of zich prikkelbaar, beschaamd of verdoofd voelen [34, 35]. Symptomen kunnen **direct** ? na het geweld optreden en kunnen tot jaren later aanwezig zijn, vooral als ze niet worden behandeld [36, 37].

Symptomen kennen een piek na 3 weken, blijven vaak aanwezig voor 1 à 2 maanden en zwakken daarna af [26]. Als de symptomen na verloop van tijd blijven aanhouden, kan een slachtoffer de diagnose van **Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS ?)** krijgen. PTSS wordt vaak gediagnosticeerd bij slachtoffers van seksueel geweld. De symptomen blijken over het algemeen na verloop van tijd af te nemen [24, 38, 39]. Daarnaast komt PTSS vaak voor bij slachtoffers van ernstige vormen van geweld in combinatie met depressie, angst, wanhoop en vijandigheid [39-42]. Velen zullen meer blijvende en ernstigere gevolgen ondervinden zoals PTSS, middelenmisbruik, depressie en zelfmoord, die vaak gepaard gaan met elkaar [24, 26, 42].

? AANKLIKBARE DEFINITIE

Het belangrijkste verschil tussen acute stress symptomen en posttraumatische stressstoornis is de duur van de symptomen (sprake van **PTSS** ? bij aanhoudende klachten langer dan 1 tot 3 maanden na de blootstelling aan de gebeurtenis) en het optreden van dissociatieve symptomen zoals depersonalisatie en derealisatie [43]. PTSS wordt gekenmerkt door het herbeleven van symptomen en aspecten van het trauma, het vermijden van herinneringen aan het trauma, hyperarousal en apathie. Symptomen van PTSS kunnen onmiddellijk of met enige vertraging optreden [44].

Bijkomende psychologische gevolgen kunnen zijn: een laag zelfbeeld, stemmings- en angststoornissen, slaapstoornissen, eetstoornissen, middelenmisbruik, sociale fobie, suïcidale ideeën of zelfmoord, agressie en genderrolverwarring [26, 32, 45-49].

Daarenboven toonden verschillende onderzoeken aan dat psychische kwetsbaarheid een belangrijke risicofactor is voor slachtofferschap van fysiek, psychisch en seksueel geweld [2, 26, 34, 50, 51]. Zo blijkt dat slachtoffers van huiselijk geweld kampen met een hoger stressniveau, meer depressieve en angstklachten, meer acute stress symptomen, meer zelfmoordgedachten en – pogingen en zelfbeschadigend gedrag en vaker alcohol, sedativa, cannabis en andere drugs gebruikten [2].

De eerste stap in de behandeling van psychologische implicaties is het herkennen van de symptomen. Slachtoffers kunnen namelijk moeilijk het verband zien tussen (een) vroegere geweldservaring(en) en huidige fysieke, psychologische of seksuele klachten en/of sociale, relationele of socio-economische problemen [1]. Zo zullen slachtoffers vaak somatisch onverklaarbare klachten ondervinden en dus regelmatig de dokter bezoeken. In dat geval dient de arts op een empathische wijze te vragen naar een eventueel doorgemaakt trauma en de daarmee geassocieerde kenmerken [24, 52].

Neurobiologische gevolgen

Geweld kan langdurige effecten hebben op de ontwikkeling van de hersenen. Dit komt grotendeels door de aanwezigheid van langdurige stress. Langdurige stress heeft zowel effect op de grootte van de hersenen, de structuur van de hersenen, als de functie van de hersenen. Deze fysiopathologie start hierbij in de hypothalamus, hypofyse en bijnier-as. Deze as zorgt voor een verbinding of eerder een interactie tussen de endocriene klieren binnen de hersenen en de bijnieren. Deze klieren schieten in actie van zodra er sprake is van stress [54-56].

3.1 Tijdens de geweldservaring: Biologische reacties op geweld

3.2 Na het slachtofferschap: Gevolgen van geweld

① AANKLIKBARE LINK

? AANKLIKBARE DEFINITIE

Hypothalamus-hypofyse-bijnier-as:

Wordt er stress waargenomen? Dan schiet de hypothalamus, hypofyse en bijnier-as in actie en dan komt er (veel) cortisol vrij. Cortisol is in eerste instantie zeer nuttig in 'normale' stressvolle situaties. Dankzij cortisol komt er meer bloed in je spieren waardoor je sterker wordt, je immuunsysteem wordt geactiveerd waardoor infecties beter worden voorkomen en je emoties worden geïnhibeed waardoor je ook beter kan nadenken en je concentreren. Nuttige lichamelijke reacties dus voor dagelijkse stress zoals het afleggen van examens, een spannend moment in het verkeer, enzovoort.

Stress ten gevolge van een traumatische gebeurtenis:

In het geval van een zeer traumatische gebeurtenis (zoals een verkrachting, een doodsdreiging, ...) schieten de klieren meteen in gang en komen er tal van stoffen en hormonen vrij in het bloed. Deze reactie is automatisch en gebeurt volledig buiten ons bewustzijn om. Hoe groter het waargenomen gevaar, hoe bedreigender de situatie voor onze fysieke, psychische of seksuele integriteit, hoe meer hormonen de hypothalamus, hypofyse en bijnier-as zal afscheiden. In geval van een traumatische gebeurtenis, worden zoveel hormonen afgescheiden dat de positieve gevolgen van stress niet meer van toepassing zijn. Het reptielenbrein schiet in actie en neemt de controle over. De instinctieve biologische overlevingsreacties (zie hoofdstuk 3.1 ①) vinden plaats en het gedrag van het slachtoffer ligt buiten diens controle.

Als cortisol te lang en in te hoge mate aanwezig is en blijft in het lichaam, kan het schadelijk beginnen worden. Dit is het geval bij acute stress symptomen die uiteindelijk uitvloeien tot **PTSS?** wat op zijn beurt zorgt voor langdurige en hoge hoeveelheden aan cortisol in het lichaam [55, 56].

Er kunnen vier schadelijke mechanismen worden onderscheiden:

3.1 Tijdens de
geweldservaring:
Biologische reacties
op geweld

Amygdala:

Cortisol verhoogt de activiteit in het “angstcentrum” van de hersenen. Het is in dit angstcentrum dat de automatische biologische reacties ontstaan. Het reptielenbrein dus. Blijft de activiteit in het angstcentrum te hoog, dan komt er op termijn een verstoring in diens werking. Op latere leeftijd, of nadat de amygdala langdurig werd verstoord door de hoge cortisol-levels, houdt dit onder andere in dat gevaar vaak zal worden overschat en / of de eigen zelfredzaamheid zal worden onderschat. Het kan de automatische biologische reacties op gevaar zelfs helemaal gaan verstoren waardoor ze na verloop van tijd veranderen, verminderen of verdwijnen. Ervoor zorgend dat er minder goed of minder snel wordt gereageerd op gevaar en stress.

Hippocampus:

Langdurige verhoogde levels van cortisol in het lichaam verstoren de opslagplaats van informatie in de hersenen. Het studeren zal bijvoorbeeld een pak moeilijker worden en het geheugen komt in de problemen. Daarnaast is er een verhoogde kans op Alzheimer op latere leeftijd en andere psychische problemen zoals depressie.

Langdurige verhoogde levels van cortisol in het lichaam verstoren ook de regularisatie van stress en dus de regularisatie van de hypothalamus, hypofyse en bijnier-as. Cortisollevels blijven door die verstoring hoog, en zo ontstaat een vicieuze cirkel van hoge cortisollevels en nog meer schade aan de hersenen.

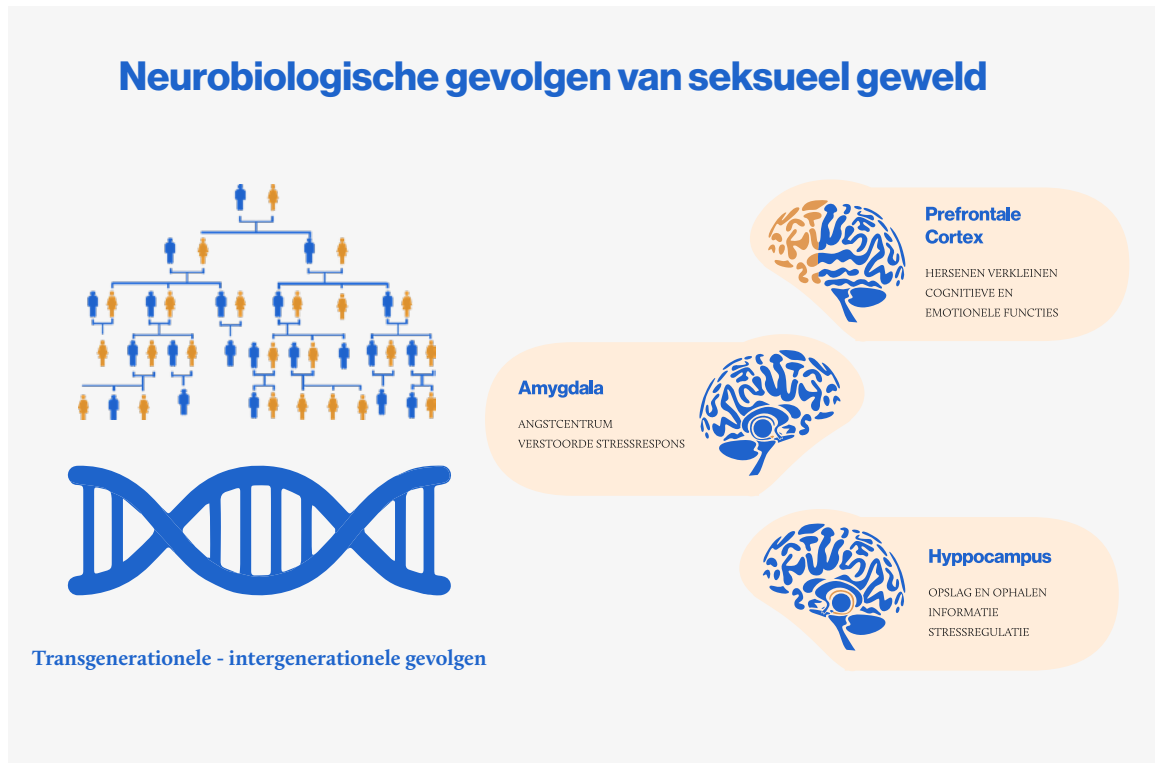
Prefrontale cortex:

Een laatste gevolg van hoge en langdurige cortisol-levels is het verkleinen van de hersenen, meer bepaald de prefrontale cortex. De prefrontale cortex wordt dan effectief kleiner in grootte. Het is echter daar dat cognitieve en emotionele functies plaats vinden, waaronder beslissingen nemen, plannen en sociaal gedrag of de sociale interactie. Is de prefrontale cortex beschadigd of onvoldoende ontwikkeld, dan zien we problemen zoals het niet kunnen plannen, impulsieve beslissingen nemen of juist geen beslissingen kunnen nemen, zich in gezelschap onbehoorlijk of onhandig gedragen en onbeheerst gedrag, zoals drugs- en alcoholmisbruik, seksueel risico- en grensoverschrijdend gedrag, meer geld uitgeven dan gepland of dat men heeft, alsook agressie.

Al deze effecten op de hersenen kunnen doorsijpelen naar het DNA. Belangrijke mate van stress en trauma – zoals langdurige vormen van seksueel geweld, kindermishandeling, ... - gaan het DNA als het ware manipuleren. Deze wijzigingen in het DNA vallen onder de epigenetica. Dit houdt dus ook in dat deze gewijzigde vorm erfelijk wordt. Met andere woorden, de neurobiologische gevolgen of de opgelopen schade in de hersenen kunnen worden overgeërfd. Wat maakt dat kinderen van slachtoffers van bijvoorbeeld kindermishandeling en/of seksueel geweld ook een verhoogd risico hebben op het krijgen van leerproblemen, angststoornissen, problematische sociale interactie, een veranderde stress-respons, enzovoort. Ook al maakte deze persoon zelf geen traumatiserende gebeurtenissen mee. We noemen dit een transgeneratieel trauma of een intergeneratieel trauma. Dit is een trauma dat van generatie op generatie overgedragen wordt [57, 58].

3.1 Tijdens de geweldservaring:
Biologische reacties op geweld

3.2 Na het slachtofferschap:
Gevolgen van geweld

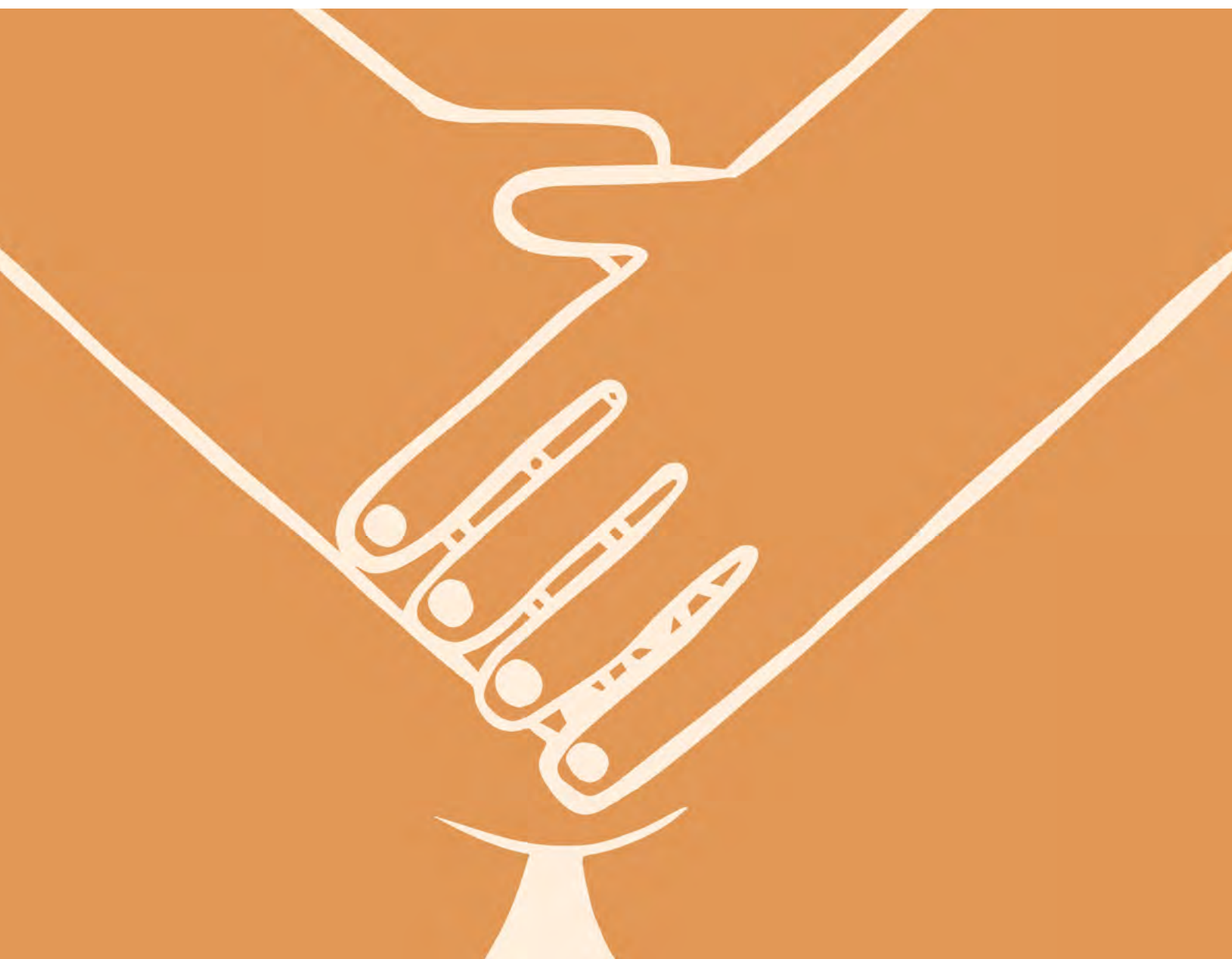


Socio-economische gevolgen

Slachtoffers van geweld hebben een grotere kans om uit te vallen op school of niet te kunnen werken. Zeker in het geval van seksueel geweld worden slachtoffers vaak geconfronteerd met stigmatisering en discriminatie door de samenleving, door zorgverleners, hun gemeenschap en hun familie, inclusief hun partner [59-63]. Trouwen met de pleger, een ongewenst kind ten gevolge van de verkrachting baren, druk om de zaak niet te rapporteren, schuldig worden veroordeeld, verworpen worden uit de familie of verlaten door zijn of haar partner zijn hier enkele voorbeelden van [17, 24, 26, 64].

4

Onthulling & screening



4. Onthulling & Screening

Kernboodschap:

Onthulling van geweld bestaat uit twee processen:

- › Erkennen dat men slachtoffer is van geweld.
Dit is het begin van wat bekend staat als het 'geweldsidentificatieproces'.
- › Bepalen wat men aan wie wilt vertellen of de 'selectieve onthulling'.

Verskillende belemmerende en bevorderlijke factoren zullen het onthullingsproces beïnvloeden.

Reageren op onthulling van geweld

- › Empathische niet-oordelende houding
- › Zorg voor privacy
- › Verzorgde non-verbale communicatie
- › Gepaste gesprekstechnieken
- › Tempo van het slachtoffer respecteren
- › Bied de mogelijkheid om non-verbaal te communiceren

Gebruik de signalenkaart.nl ① om mogelijke leeftijdsspecifieke signalen van geweld bij kinderen en volwassenen te identificeren.

Raadpleeg [het stappenplan van Kindreflex](#) ① om verontrustende gezinssituaties te detecteren en zo snel mogelijk de veiligheid binnen een gezin te herstellen.

Een vermoeden van (een) mogelijke geweldservaring(en) aankaarten kan onder andere door middel van het '[Onder 4 ogen](#)'-methode ① van Sensoa in samenwerking met o.a. Domus Medica [65].



Figuur 3 ②: Onder vier ogen-methode.

Noteer alvast je opgemerkte signalen, bezorgdheden en vermoedens zo nauwkeurig en feitelijk mogelijk op in het patiëntendossier.

4.1 [Onthullingsproces](#)

4.2 [Hulpzoekgedrag](#)

4.3 [Bespreekbaar maken van ervaringen met geweld](#)

① AANKLIKBARE LINK

② AANKLIKBARE DEFINITIE

4.1 Onthullingsproces

4.1 Onthullingsproces

4.2 Hulpzoekgedrag

4.3 Bespreekbaar maken van ervaringen met geweld

Hoewel onthulling van geweld bijdraagt aan het psychologisch en fysiek herstel van slachtoffers, zijn er veel barrières om geweld te onthullen. Angst voor de reactie van anderen, anderen niet willen belasten, (gebrek aan) vertrouwelijkheid, culturele opvattingen en/of taalgebruik om seksualiteit te bespreken zijn enkele voorbeelden van barrières [34]. Vaak hebben slachtoffers schrik voor de gevolgen van onthulling, inclusief het veroordeeld worden, de schuld krijgen of niet geloofd worden. Onderzoek heeft aangetoond dat slachtoffers van geweld eerder bereid zijn tot onthulling als ze vaak het slachtoffer zijn geworden, het slachtoffer werden van meerdere plegers, als ze zich ernstig zorgen maken over de gevolgen voor zichzelf en hun omgeving en als ze zichzelf als slachtoffer van geweld aanzien [34, 66].

Onthulling van geweld bestaat uit twee processen:

- › Erkennen dat men slachtoffer is van geweld. Dit is het begin van wat bekend staat als het **'geweldsidentificatieproces'**.
- › Bepalen wat men aan wie wilt vertellen of de **'selectieve onthulling'**.

Om te kunnen onthullen wat er is gebeurd en hulp te zoeken, moet iemand eerst begrijpen dat wat er is gebeurd, ook een vorm van geweld is. Vervolgens komt de stap waarbij men evalueert of dit dan betekent dat men slachtoffer is geworden of wat eventueel het eigen aandeel kan zijn geweest. Als dit zo is, probeert men in te schatten wat de impact daarvan is op zichzelf, op iemands omgeving enzovoort. Wat zijn de persoonlijke gevoelens en gedachten? Is het beter om dit met iemand te delen, of houdt men het beter voor zichzelf? Heeft men hulp nodig en zo ja dewelke? Door wie? Dit hele proces doorloopt een slachtoffer soms snel, maar voor vele slachtoffers kan dit een hele tijd in beslag nemen vooraleer men in staat is om aan iemand te onthullen dat men slachtoffer van geweld werd. Dit is vooral het geval bij kindermishandeling. Slachtoffers vertellen doorgaans ook niet alles in één keer. Ze willen vaak eerst een vertrouwensband opbouwen met de mensen in hun omgeving en / of de professionals die ondersteuning bieden.

Geweldsidentificatieproces

Onthullen van geweld en hulp zoeken beginnen met het erkennen dat er iets mis is gegaan en het besef dat er hulp nodig is. Het kan even duren voordat slachtoffers dit beseffen. Dit is het begin van wat bekend staat als het geweldidentificatieproces. Verschillende factoren kunnen dit proces beïnvloeden.

- › **Verkrachtingsmythes en kennis omtrent seksueel en intrafamiliaal geweld:** Deze mythes zijn een reeks culturele opvattingen over wat seksueel en intrafamiliaal geweld inhouden, wat de oorzaken zijn en wie de schuldige is. Ze steunen onder andere het idee dat het altijd gaat om geweld van mannen tegen vrouwen. Mensen zien door deze mythes soms niet in dat zij het slachtoffer zijn van geweld. Velen denken bijvoorbeeld dat verkrachting gepaard gaat met bruut geweld en dat je zeker terugvecht indien je niet wilt dat iemand seks met je heeft. We weten ondertussen al dat verkrachtingen vaak geen fysieke sporen achterlaten en dat de biologische reacties op gevaar soms teleurstellend kunnen zijn en vaak zelfs onbegrijpelijk voor het slachtoffer. Ze beginnen hierdoor dan zelf te twijfelen of er wel sprake is geweest van seksueel geweld.
- › **Sociale context van het slachtoffer:** De sociale omgeving, zoals familie, vrienden en naasten, bepalen vaak hoe het slachtoffer naar geweld kijkt. Als de sociale omgeving iets over het algemeen niet als geweld beschouwt, zal het slachtoffer dit ook minder snel als geweld definiëren.
- › **Wettelijk kader:** Wat wettelijk als geweld wordt beschouwd, verschilt van land tot land en kan een invloed hebben op de identificatie van wat als geweld wordt beschouwd. Denk hierbij aan landen waar een verkrachting binnen een huwelijk niet mogelijk is. Daar is de kans groot dat intra familiaal geweld onopgemerkt blijft.

- › **Genderstereotiepe overtuigingen:** Genderstereotiepe opvattingen kunnen een invloed hebben op de manier waarop bepaald gedrag als onaanvaardbaar of grensoverschrijdend wordt gepercipieerd. Bijvoorbeeld: vrouwen worden vaak gezien als slachtoffers en mannen als plegers. Gewelddaden die door vrouwen worden gepleegd, kunnen daardoor als niet of minder ernstig of gevaarlijk worden beschouwd als het geweld gepleegd door mannen. Als een man dan slachtoffer wordt kan het worden weggevuifd als minder belangrijk of ernstig.

4.1 Onthullingsproces

4.2 Hulpzoekgedrag

4.3 Bespreekbaar maken van ervaringen met geweld

Selectieve onthulling

Wanneer slachtoffers van geweld zich afvragen, bevestiging willen of tot de conclusie komen dat wat ze hebben meegemaakt inderdaad een vorm van geweld is, kunnen ze overgaan tot de onthulling. Dit wil echter niet zeggen dat ze alles willen onthullen, een deel onthullen kan al bijzonder lastig en moeilijk zijn. Ook aan wie ze iets gaan onthullen is vaak deel van een lang reflectieproces: Wat gaat men met wie delen? Wat zijn de mogelijke gevolgen, de voor- en nadelen als men het doet? Dit wordt 'selectieve onthulling' genoemd. Slachtoffers selecteren welke details ze kunnen onthullen, terwijl andere dingen onuitgesproken blijven. Daarnaast past men ook selectiviteit toe op de personen aan wie men het verhaal wil vertellen.

Heel vaak worden de onderwerpen seksueel en intrafamiliaal geweld omhuld door stilte, en het kan dus voorkomen dat slachtoffers hulp nodig hebben bij het identificeren van wat hen is overkomen. Tijdens het proces van selectieve onthulling kunnen zorgverleners slachtoffers helpen door **open en exploratieve vragen** te stellen over de gebeurtenis en de mate waarin het slachtoffer het gevoel heeft dat wat er is gebeurd tegen hun wil was en welke impact het geweld heeft tot op vandaag. Door dit in een veilige context voor het eerst te bespreken, kan het helpen om zaken onder woorden te brengen en af te toetsen of dit geweld was. Daarnaast kan deze onthulling tegenover een hulpverlener helpen om het daarna ook aan iemand anders te vertellen. Het proces van selectieve onthulling kan dus niet alleen bijdragen aan het geweldsidentificatieproces maar ook aan het bredere onthullingsproces. Het onthullingsproces is daarom dynamisch en circulair.

Verschillende belemmerende en bevorderlijke factoren zullen het onthullingsproces beïnvloeden.

Belemmerende factoren	Bevorderende factoren
1 Emotioneel leed 2 Schuldgevoelens 3 Angst in het algemeen, angst voor negatieve reacties van familie, vrienden en gemeenschap 4 De pleger is geen onbekende aan het slachtoffer 5 De pleger is iemand met veel macht 6 Genderrolverwachtingen 7 Onzekerheden over het juridische proces 8 Zorgen over de vertrouwelijkheid 9 Vrees dat er niets zal veranderen na de onthulling 10 Culturele en religieuze normen 11 Seks en geweld zijn taboe-onderwerpen	1 Erkennen dat ze geweld hebben meegemaakt 2 Hulp willen bij het omgaan met de gevolgen van het geweld 3 Zichzelf of anderen willen beschermen tegen verder geweld 4 Gevolgen dat hun situatie zal verbeteren na de onthulling 5 Een empathische en niet-oordelende houding van de persoon die de onthulling ontvangt 6 Een veilige en vertrouwelijke omgeving

4.2 Hulpzoekgedrag

Het al dan niet onthullen hangt ook samen met het zoeken van formele hulp voor geweld. Er zijn echter verschillende uitkomsten mogelijk wat betreft hulpzoekgedrag bij slachtoffers van seksueel en intrafamiliaal geweld.

4.1 Onthullingsproces

4.2 Hulpzoekgedrag

4.3 Bespreekbaar maken van ervaringen met geweld

Er alleen mee omgaan:

Informeel hulp zoeken:

Hulp zoeken zonder onthulling:

Formeel hulp zoeken:

Het hulpzoekgedrag van slachtoffers kan mettertijd veranderen. Een slachtoffer kan bijvoorbeeld in eerste instantie besluiten het geweld voor zich te houden. Na verloop van tijd voelt het slachtoffer zich misschien neerslachtig en wil het zijn verhaal kwijt. Het slachtoffer hoopt zich beter te voelen na onthulling van het seksueel geweld aan een goeie vriendin. Deze goeie vriendin kan het slachtoffer misschien motiveren om bijvoorbeeld toch formele hulp te zoeken bij een psycholoog.

4.3 Bespreekbaar maken van ervaringen met geweld

Veel slachtoffers van seksueel en intrafamiliaal geweld maken nooit melding van hun geweldservaring. Dit ondanks de belangrijke psychische en lichamelijke gevolgen op korte en lange termijn. Huisartsen spelen een cruciale rol in de opvang van slachtoffers zowel op korte als op lange termijn [67]. Onderzoek heeft ook aangetoond dat slachtoffers van geweld moeilijkheden ondervinden bij het aanbrengen van dit onderwerp en verwachten dat de huisarts hierin de eerste stap zet [68-70]. In eerste instantie moeten huisartsen een hoge waakzaamheid hebben voor mogelijke geweldservaringen in de voorgeschiedenis [67]. Hierin is het herkennen van signalen en bespreekbaar maken van mogelijke geweldservaringen imperatief [52].

Patiënten hebben doorgaans geen bezwaar tegen vragen over (een) geweldservaring(en). Een zorgverlener die het onderwerp zelf aankaart, kan de drempel om de geweldservaring te delen voor het slachtoffer verlagen.

Wanneer kaart je een dergelijk onderwerp dan het best aan? Dit kan tijdens een kennismakingsconsult, routinematig bij bepaalde klachten of bij preventieve onderzoeken zoals een cervixuitstrijkje, borstonderzoek, een SOA-consult of zwangerschapsbegeleiding.

Besef dat dit een gevoelig onderwerp is. Het is dus belangrijk uw vragen te introduceren. Daarnaast is het ook belangrijk om bij je eigen emoties stil te staan en hier nadien ook de nodige aandacht aan te geven.

+ UITKLAPBARE TEKST

Signalen herkennen

Het is mogelijk dat je door een aantal fysieke en gedragsmatige signalen vermoedt dat je patiënt slachtoffer werd van seksueel geweld. Denk hierbij ook aan de eerder beschreven **gevolgen van seksueel en intrafamiliaal geweld**.

Signalen of symptomen die kunnen wijzen op een geweldservaring in de voorgeschiedenis zijn:

- › Angst/paniekaanvallen, depressie, slaapproblemen, hyperventilatiesyndroom, chronisch pijnsyndroom
- › Middelenmisbruik
- › Somatoforme stoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis
- › Gynaecologische klachten (dyspareunie, vaginisme), vaker ongewenste zwangerschap met abortus
- › Somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten (SOLK) / niet reageren op therapie
- › Hoge consultfrequentie
- › Afwerend bij globale vragen naar spanningen
- › Relatieproblemen, (seksueel) geweld in de voorgeschiedenis

De Signalenkaart ⓘ biedt een online tool om signalen van een mogelijke geweldservaring te identificeren en als pdf te integreren in het medisch dossier.

Een vermoeden van geweld aankaarten

Er zijn een aantal zaken die je kan doen bij een vermoeden van een geweldservaring in de voorgeschiedenis.

Een vermoeden van (een) mogelijke geweldservaring(en) aankaarten kan onder andere door middel van het **‘Onder 4 ogen’-methode** ⓘ van Sensoa in samenwerking met o.a. Domus Medica [65].

Stap 1: Breng seksueel en intrafamiliaal geweld proactief ter sprake

Stap 3: Vat samen wat de patiënt vertelt

Stap 2: Stimuleer de patiënt om zelf te vertellen

Stap 4: Formuleer een aanbod

4.1 [Onthullingsproces](#)

4.2 [Hulpzoekgedrag](#)

4.3 [Bespreekbaar maken van ervaringen met geweld](#)

ⓘ AANKLIKBARE LINK

4.1 Onthullingsproces

4.2 Hulpzoekgedrag

4.3 Bespreekbaar maken van ervaringen met geweld

? AANKLIKBARE DEFINITIE



Figuur 3 ? Onder vier ogen-methode.

Noteer alvast je opgemerkte signalen, bezorgdheden en vermoedens zo nauwkeurig en feitelijk mogelijk op in het patiëntendossier (zie hoofdstuk 7. Rapportering), zodat er op zijn minst al een eerste traceerbaarheid is, en je ook niet vergeet om er later op terug te komen. Afhankelijk van de toegankelijkheid van je patiëntendossier, kan een collega zorgverlener dan misschien ook alerter zijn.

Stel dat je twijfelt, en de patiënt ook wordt gezien door collega's? Dan kan je **met je collega's bespreken** of zij de signalen en symptomen die jij opmerkte, ook hebben opgemerkt. Zo ja, hoe interpreteren zij deze signalen en symptomen? Waaraan zouden zij ze linken? En wat lijkt hen de beste manier om dit aan te pakken? Is het nuttig om contact op te nemen met een Zorgcentrum na Seksueel Geweld, de **Ketenaanpak Intrafamiliaal geweld** ? of het Vertrouwenscentrum voor Kindermishandeling om **verder advies in te winnen**? Neem hierbij telkens wel het beroepsgeheim in acht en deel geen informatie die je niet mag delen.

Reageren op onthulling van geweld

Respecteer op elk moment:

- › De autonomie van de patiënt
- › Haar/zijn recht op het nemen van beslissingen
- › Haar/zijn recht op correcte informatie wat betreft het forensisch onderzoek in geval van seksueel geweld

Empathische niet-oordelende houding

- › Toon empathie door in de "ik"- en "wij"-vorm te spreken
- › Beschrijf wat je weet, ziet, hoort of voelt en deel dit met het slachtoffer

4.1 Onthullingsproces

4.2 Hulpzoekgedrag

4.3 Bespreekbaar maken van ervaringen met geweld

Zorg voor privacy

- › Garandeer visuele en auditieve privacy.
- › Zorg voor een veilige omgeving

Verzorgde non-verbale communicatie

- › Ga zitten in de T-positie, eventueel met een tafel tussen, zodat zowel jij als het slachtoffer kan wegstijgen indien nodig, en zodat de of armen gestrekt of gebogen kunnen worden zonder de ander fysiek te storen.
- › Voor aanrakingen geldt één regel: beter niet. Als het slachtoffer op zoek is naar lichamelijk contact, is een schouderklopje mogelijk, of zelfs een kneepje in de arm.
- › Maak gepast oogcontact. Wanneer een slachtoffer je een vraag stelt, kijk hem/haar dan in de ogen van op redelijke afstand, en doe dat op een cultureel gepaste manier.
- › Via je gezichtsuitdrukking kan je het slachtoffer aanmoedigen te spreken door met het hoofd te kantelen, je wenkbrauwen af en toe op te trekken in een vragende houding, met je hoofd te knikken of “mmmm” te zeggen. Blijf daar echter discreet bij.

Gepaste gesprekstechnieken

- › Open vragen stellen. Open vragen starten met wat, waar, hoe, wanneer. Vermijd echter ‘waarom’-vragen omdat deze schuld kunnen induceren of als bedreigend ervaren worden.
- › Gesloten vragen gebruik je vooral om nog iets te verduidelijken of iets te checken.
- › Respecteer stiltes in het gesprek.
- › Parafraseren, of in je eigen woorden samenvatten wat het slachtoffer net vertelde, doe je om te checken of je het slachtoffer goed begreep en hen aan te moedigen verder te vertellen.
- › Vermijd het gebruik van vakjargon en communiceer in duidelijke en verstaanbare taal.

Tempo van het slachtoffer respecteren

- › Zet het slachtoffer niet onder druk om details te delen dat hij of zij niet wilt delen.

Bied de mogelijkheid om non-verbaal te communiceren

- › Je kan het slachtoffer bijvoorbeeld tekeningen van een lichaam tonen zodat het slachtoffer kan aangeven waar er fysiek en/ of seksueel contact is geweest.

Wat je na de onthulling kan bieden aan het slachtoffer, leer je in het volgende hoofdstuk “zorgen voor slachtoffers van geweld”.

Routinematig bevragen van een geweldservaring

Bespreken van een vermoeden van een geweldservaring is noodzakelijk, maar je kan als hulpverlener ook nog een stap verder gaan.

4.1 Onthullingsproces

4.2 Hulpzoekgedrag

4.3 Bespreekbaar maken van ervaringen met geweld

Het is ondertussen al duidelijk geworden dat iedereen slachtoffer kan worden van seksueel of intrafamiliaal geweld. Slechts een minderheid komt tot onthullen en zoekt hulp. Een strategie om als hulpverlener te wachten tot een slachtoffer zelf een verhaal brengt of een vermoeden bespreken is dus waarschijnlijk niet voldoende.

Stel je de vraag over ervaringen met seksueel of intrafamiliaal geweld dan best aan iedereen? Het antwoord is JA, op voorwaarde dat je ook zorg kan bieden.

Meerdere studies hebben aangetoond dat een routinematige vraagstelling rond seksueel of intrafamiliaal geweld zijn plaats heeft binnen de anamnese. Vragen naar geweldservaringen komen niet als ongewenst over, zeker wanneer je als zorgverlener kadert dat je al je patiënten bevraagt, en deze vraag systematisch in je anamnese opneemt. En misschien is je patiënt nu nog niet klaar om er iets over te zeggen, maar de patiënt kan zich dan wel voorbereiden om het de volgende keer aan te kaarten.

Volgende **vragen rond intrafamiliaal geweld** zijn effectief bevonden:

- › Hoe voel je je thuis?
- › Is er al eens spanning? Hoe ga je met die spanning om?

Hoe lossen jullie conflicten op? Wordt er geroepen?
Wordt er al eens getrokken of geduwd bij een conflict.

Wat gebeurt er nog op zo'n ogenblik?

Uiteraard is het hierbij belangrijk om geen veroordelende houding op te nemen tegenover de betrokken personen, maar wel aan te geven dat het gedrag dat gesteld wordt niet ok is. Zie ook de tips die we reeds eerder aanhaalden over hoe te reageren op onthulling.

Hoe bevraag je dan **ervaringen van seksueel geweld**?

Belangrijk hierbij is dat je vermijdt om meteen het woord "geweld" of "verkrachting" te gebruiken. Als je vraagt "ben je ooit verkracht geweest?" of "heb je seksueel geweld mee gemaakt?", bestaat de kans dat de patiënt denkt dat een verkrachting alleen kan gebeuren door een onbekende man die uit de bosjes springt of altijd met zwaar fysiek geweld en bedreiging gepaard gaat. In dat geval herkent de patiënt de doorgemaakte seksuele geweldservaring niet als een verkrachting en kan het gesprek stoppen. Dergelijke vragen laten te veel ruimte voor interpretatie.

We veronderstellen dat we hetzelfde begrijpen onder verkrachting en seksueel geweld, maar in de praktijk is dat niet zo, waardoor je het dus niet kan detecteren.

Wanneer je echter vraagt of iemand seks heeft gehad tegen diens wil, dan is de kans veel groter dat je patiënt in bovenstaande situatie antwoordt: "Ja, ik had er wel iets mee gedronken maar ik wou helemaal niet kussen, niet betast worden, niet zijn penis in mijn mond moeten nemen,..."

Voor veel personen kan ook "seks" te abstract zijn, of is de herinnering aan wat gebeurd is moeilijk onder woorden te brengen. Het kan helpen om verschillende meer **gedetailleerde gedrag specifieke vragen** te stellen en uit te gaan van de feitelijke geweldsuitingen die hebben plaatsgevonden, zoals:

- › Heb je ooit een penis in je mond moeten nemen, terwijl je dat niet wou?
- › Heeft iemand een lichaamsdeel of object in je vagina of anus gebracht terwijl je dat niet wou?

Begin hier echter niet zomaar met een routinematige bevraging van geweld. Bereid je dus voor! Zorg dat het binnen je team duidelijk is binnen welke zorgcontext dergelijke vragen gesteld worden. Kijk hoe jullie dit op een gestandaardiseerde manier kunnen bevragen. Verduidelijk ook binnen je team en de praktijk wat er gebeurt wanneer een patiënt “ja” antwoordt op je vraag.

4.1 [Onthullingsproces](#)

4.2 [Hulpzoekgedrag](#)

4.3 [Bespreekbaar maken van ervaringen met geweld](#)

 AANKLIKBARE LINK

 AANKLIKBARE DEFINITIE

En hoe moet het bij de kleintjes?

Kinderen vertonen vaak geen directe symptomen van [PTSS](#)  maar zullen eerder reageren met [eet- of slaapproblemen](#). Tijdens de pre-verbale fase is het zeer moeilijk om een mogelijke geweldservaring aan te tonen of uit te sluiten [43].

Denk eraan bij [gedrag of kennis niet passend bij de leeftijd](#). Ook PTSS [klachten en terugval in de zindelijkheid](#) zonder goede verklaring kunnen wijzen op eerdere geweldservaringen. Onderstaande tabel geeft een weergave van de leeftijdsspecifieke reacties na traumatische gebeurtenissen. Voor een meer gedetailleerde uitleg betreffende deze symptomatologie en achtergrondinformatie kan u het [protocol](#)  voor classificatie, screening en diagnostiek van trauma- en stressor gerelateerde en dissociatieve stoornissen bij kinderen en adolescenten raadplegen [43].



Baby's (0-1 jaar)

Eetproblemen
Slaapproblemen
Veel huilen



Peuters en kleuters (2-5 jaar)

Hulpeloosheid
Gegeneraliseerde angst
Repressief, agressief en/of destructief gedrag
Vastklampen aan ouder
Angst voor slapen
Nachtmerries
Posttraumatisch spel
Vertraging of stagnatie in ontwikkeling
Onterechte schuldgevoelens
Verwarring
Driftbuien
Piekeren

Tabel 4 Leeftijdsspecifieke reacties na traumatische gebeurtenissen.

4.1 [Onthullingsproces](#)

4.2 [Hulpzoekgedrag](#)

4.3 [Bespreekbaar maken van ervaringen met geweld](#)

? AANKLIKBARE DEFINITIE



Schoolkinderen (6-12 jaar)

Lichamelijke klachten

Slaapproblemen

Preoccupatie met eigen gedrag

Onterechte schuldgevoelens

Concentratieproblemen

Verslechtering schoolprestaties

Beschadigd zelfvertrouwen

Preoccupatie met kwetsbaarheid

Beangstigende, agressieve fantasieën

Re-enactment: herhaling van trauma in spel, tekeningen of gesprek

Piekeren



Pubers en adolescenten (13-18 jaar)

Behoefte aan autonomie versus afhankelijkheid en angst

Schaamte

Depressieve gevoelens

Doen alsof er niets aan de hand is

Re-enactment in behaviour

Disfunctioneren op school (prestaties, gedrag of aanwezigheid)

'Thrill-seeking' gedrag

Middelenmisbruik

Radicale gedragsveranderingen

Risicovol gedrag

Fantasieën over wraak en boete

Zich afsluiten voor innerlijke processen

Achterdocht

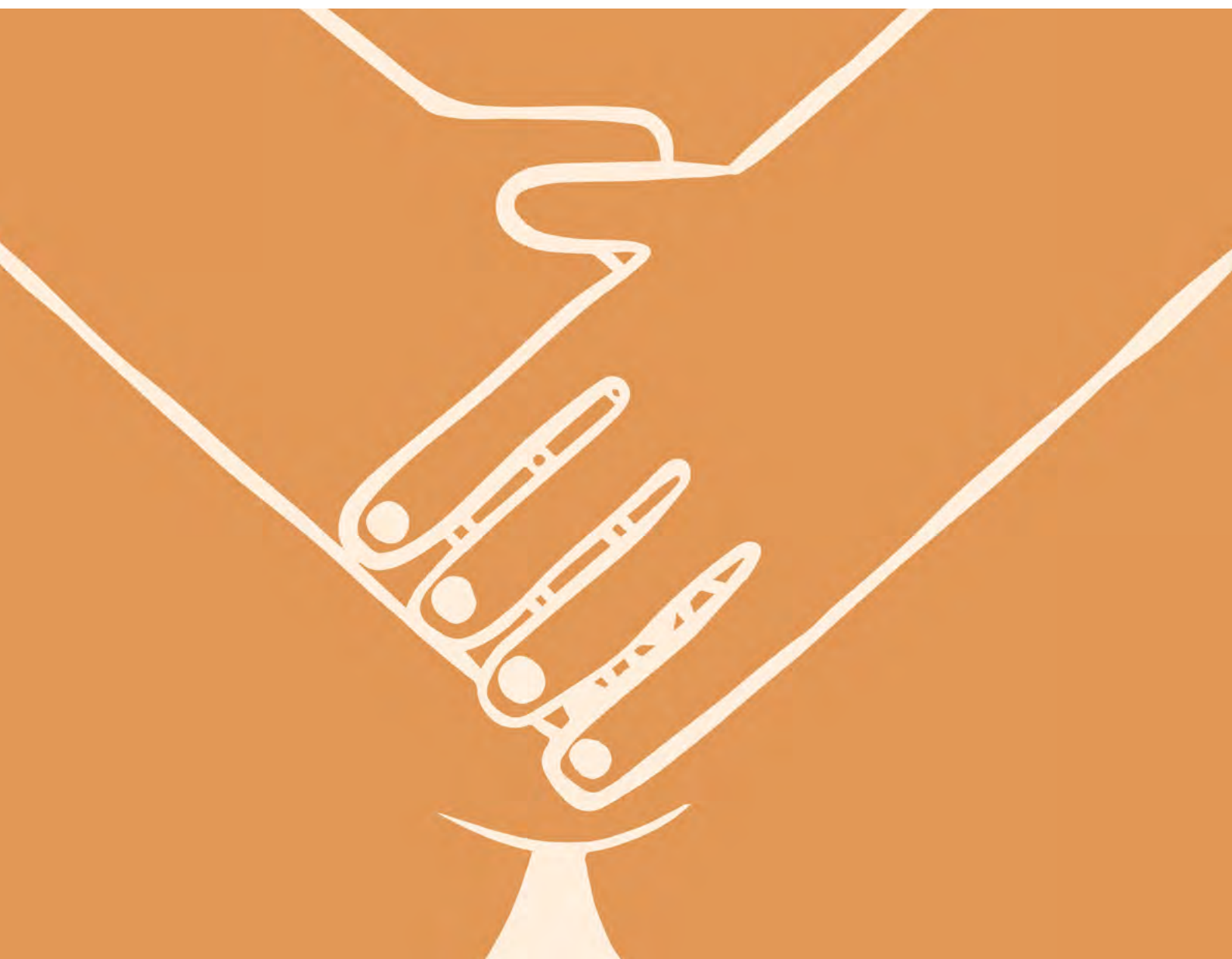
Let wel dat er zelden duidelijke lichamelijke letsels of psychosociale klachten aanwezig zijn bij kinderen. Zorgverleners moeten dus zowel het kind als de ouders of voogd bevragen naar kenmerken van [PTSS](#) [?](#) ^[52]. Een mogelijk vermoeden van [\(in\)direct](#) [?](#) geweld vereist steeds verder specialistisch(e) onderzoek en behandeling.

Daarenboven is het heel belangrijk om systematisch stil te staan bij de mogelijke aanwezigheid van kinderen en ouderschap in geval van seksueel en/of intrafamiliaal geweld, ook al heeft de patiënt hier zelf geen hulpvraag over. De [Kindreflex](#) is een instrument dat hulpverleners stimuleert met hun volwassen patiënten een gesprek te voeren over het thema ouderschap en om verontrustende gezinssituaties te detecteren en zo snel mogelijk de veiligheid te herstellen.

Raadpleeg de website [kindreflex.be](#) [📄](#) voor meer informatie en om het stappenplan te downloaden.

5

Zorgen voor
slachtoffers
van geweld



5. Zorgen voor slachtoffers van geweld

In de voorgaande hoofdstukken kwamen de verschillende mogelijke gevolgen van seksueel en/of intrafamiliaal geweld op zowel psychisch, fysiek, seksueel-reproductief, socio-economisch als neurobiologisch vlak. Om de negatieve gevolgen van geweld op zowel korte als lange termijn zoveel mogelijk te beperken, wordt internationaal aanbevolen dat slachtoffers van geweld holistische zorg krijgen. Laat een slachtoffer dus nooit zonder enige opvang en begeleiding na de onthulling van de geweldservaring. In dit hoofdstuk gaan we dieper in op de noodzakelijke zorgen voor slachtoffers van geweld.

5.1 Principes van holistische zorg

5.2 Eerste psychische hulp

5.3 Ketenaanpak intrafamiliaal geweld

5.4 Zorgcentra na Seksueel geweld

5.5 Holistische zorg, wanneer het zorg-centrum geen optie is

5.6 Warme doorverwijzing

5.1 Principes van holistische zorg

Holistische zorg omvat forensische, medische en psychosociale zorg, alsook bescherming en juridische bijstand. Internationaal wordt aangenomen dat het verlenen van holistische en multidisciplinaire zorg op korte en lange termijn de **optimale** en **meest wenselijke aanpak** is voor alle slachtoffers van geweld [71-74]. Een holistische en multidisciplinaire aanpak verhoogt de kans op een positieve medische en psychosociale uitkomst. Het is gebleken dat deze aanpak de beste garanties biedt voor een positieve medische en psychosociale uitkomst, voor de kwaliteit van de zorg, voor een sneller herstel van het slachtoffer en voor het voorkomen van revictimisatie [74-82].

In een holistische en multidisciplinaire aanpak moeten het **welzijn** en de **gezondheid** van het slachtoffer altijd de eerste prioriteit zijn [73]. Een slachtoffer kan zich na een geweldservaring vernederd en gedegradeerd voelen. Daarom is het waarborgen van de **waardigheid** van het slachtoffer en tegelijkertijd het bieden van **effectieve** en **empathische zorg** essentieel. Het is aangetoond dat een **vertrouwensrelatie** met een hulpverlener het herstel van een slachtoffer van geweld bevordert en dat empathie hierin een centrale rol speelt [83].

5.2 Eerste psychische hulp

Kernboodschap:

De vijf essentiële principes van eerste psychologische zorg zijn [84]:

- › Bevorder een gevoel van veiligheid
- › Creëer een gevoel van kalmte
- › Bevorder een gevoel van zelfredzaamheid
- › Bevorder verbondenheid
- › Geef hoop

Psychologische eerste zorg omvat vijf basisprincipes die zorgverleners kunnen toepassen bij de zorg voor mensen die geconfronteerd worden met een trauma, tragedie en verlies [85]. Wanneer een slachtoffer of steunfiguur geweld onthult, is het aangeraden om deze wetenschappelijk onderbouwde principes toe te passen [84].

5.1 Principes van holistische zorg

5.2 Eerste psychische hulp

5.3 Ketenaanpak intrafamiliaal geweld

5.4 Zorgcentra na Seksueel geweld

5.5 Holistische zorg wanneer het zorgcentrum geen optie is

5.6 Warme doorverwijzing

De vijf essentiële principes van eerste psychologische zorg zijn [84]:

- › **Bevorder een gevoel van veiligheid**
Zorg ervoor dat het slachtoffer veilig is voor (verdere) fysieke en psychologische schade.
- › **Creëer een gevoel van kalmte**
Creëer rust door jezelf eerst te kalmeren. Zoek een rustige plek om te praten met een minimum aan afleiding van buitenaf.
- › **Bevorder een gevoel van zelfredzaamheid**
Help het slachtoffer om de situatie (zoveel mogelijk) weer onder controle te krijgen. Creëer hoop. Herken en herinner het slachtoffer aan bestaande sterke punten en hun om tegenslag te overwinnen.
- › **Bevorder verbondenheid**
Verzekert het slachtoffer dat u hem/haar/hen wilt helpen. Luister goed naar het slachtoffer en zijn/haar/hun verhaal (cfr. Do's & don'ts).
Bring er niet op aan dat het slachtoffer je het hele verhaal vertelt of details uit de doeken doet.
Onderbreek of overhaast het verhaal van het slachtoffer niet.
Herken de onrechtvaardigheid van het geweld en normaliseer de gevoelens van het slachtoffer.
Respecteer de privacy en vertrouwelijkheid (indien van toepassing).
- › **Geef hoop**
Bied toekomstperspectieven. Geef informatie op een begrijpbare en eenvoudige manier.
Geef correcte informatie over gespecialiseerde zorg, eventueel forensisch onderzoek en nazorg (zoals de Zorgcentra na seksueel geweld). Maak de persoon duidelijk dat zelfs als hij/zij/die nu hulp weigert, hij/zij/die in de toekomst nog steeds hulp kan krijgen.



Doen

BIED PRIVACY, VEILIGHEID, empathie en respect

HOUD GEPASTE AFSTAND TOT HET SLACHTOFFER

RESPECTEER STILTES



Niet doen

beloof geen geheimhouding

(in sommige gevallen is er een verplichte meldingsplicht)

speel geen detective



Zeggen

neem het slachtoffer serieus

vehet slachtoffer dat het geweld niet hun schuld is

geef informatie op een verstaanbare manier

erken het gevoel van het slachtoffer

erken de krachten van het slachtoffer

herhaal wat het slachtoffer jou vertelt

stel gesloten vragen om een punt te verduidelijken



Niet zeggen

stel de victimisatie niet in vraag

oordeel niet, geef het slachtoffer niet de schuld

maak geen valse beloftes

zet het slachtoffer niet onder druk om het verhaal te vertellen of om details te onthullen (vraag nooit waarom)

onderbreek of overhaast het verhaal van het slachtoffer niet

geef uw mening niet

gebruik geen technische termen of vakjargon

vertel niet het verhaal van iemand anders

praat niet over je eigen problemen



Respect op elk moment

de autonomie van het slachtoffer

de waardigheid van het slachtoffer

het recht van het slachtoffer om beslissingen te nemen

het recht van het slachtoffer op correcte informatie

5.1 Principes van
holistische zorg

5.2 Eerste psychische hulp

5.3 Ketenaanpak
intrafamiliaal geweld

5.4 Zorgcentra na
Seksueel geweld

5.5 Holistische zorg
wanneer het zorg-
centrum geen optie is

5.6 Warme doorverwijzing

5.3 Ketenaanpak intrafamiliaal geweld

Kernboodschap:

Neem in geval van complexe casussen van intrafamiliaal geweld contact op met de **Ketenaanpak Intrafamiliaal Geweld** [?] in jouw regio. Raadpleeg voor meer informatie en de verwijzingsrichtlijnen de website **‘1 gezin, 1 plan’** [ⓘ].

De Ketenaanpak Intrafamiliaal Geweld is een samenwerking tussen politie en parket, hulpverlening en bestuur. Bij de ketenaanpak Intrafamiliaal Geweld (IFG) staat de cliënt centraal. Organisaties reiken naar hen uit in plaats van andersom. Ze bouwen ook hun aanbod rond de cliënt op. Die aanpak zorgt ervoor dat situaties van intrafamiliaal geweld op een multidisciplinaire manier worden behandeld.

De kernpartners van de Ketenaanpak IFG zijn:

- › de Vertrouwenscentra Kindermishandeling
- › de Centra voor Algemeen Welzijnswerk
- › het Agentschap Jongerenwelzijn
- › vertegenwoordigers uit de regionale netwerken geestelijke gezondheidszorg
- › de afdeling Justitiehuisen
- › de lokale politie
- › het parket.

De afdeling Justitiehuisen coördineert de ketenaanpak: ze zet de samenwerking en de werkingsprocessen op. Het team werkt volgens een stappenplan:

1. Aanmelding

Het team gaat na of een specifiek geval in aanmerking komt voor behandeling via de Ketenaanpak IFG. De afzonderlijke partners blijven ondertussen verantwoordelijk voor de nodige (crisis)interventies.

2. Analyse en overleg

De verschillende partners bespreken het dossier en stellen een actieplan op. Voor elke actie wordt beslist welke betrokken professional die uitvoert.

3. Toewijzing casusregisseur

Het dossier krijgt een casusregisseur toegewezen, die het dossier in goede banen leidt.

4. ‘1 gezin, 1 plan’-aanpak

De casusregisseur coördineert de ‘1 gezin = 1 plan’-aanpak. In een aantal regio's is die methodiek ingebed in een **Family Justice Center** [ⓘ] (FJC).

5.1 **Principes van holistische zorg**

5.2 **Eerste psychische hulp**

5.3 **Ketenaanpak intrafamiliaal geweld**

5.4 **Zorgcentra na Seksueel geweld**

5.5 **Holistische zorg wanneer het zorgcentrum geen optie is**

5.6 **Warme doorverwijzing**

[ⓘ] AANKLIKBARE LINK

[?] AANKLIKBARE DEFINITIE

5.1 Principes van holistische zorg

5.2 Eerste psychische hulp

5.3 Ketenaanpak intrafamiliaal geweld

5.4 Zorgcentra na Seksueel geweld

5.5 Holistische zorg wanneer het zorgcentrum geen optie is

5.6 Warme doorverwijzing

Als aanmelder kan je bij de ketenaanpak terecht:

- › Om samen na te denken rond de vragen en zorgen. (anoniem consult & advies)
- › Wanneer er meerdere vragen zijn in een gezin en er nood is aan vraagverheldering en een plan.
- › Wanneer verschillende hulpverleners betrokken zijn en het gezin wil met hun netwerk rond de tafel een plan maken.
- › Als je botst op wachtlijsten of de nodige hulp bestaat niet, gaat het verbindingsteam kortdurend en vanuit hun kennis met jou en het gezin op weg

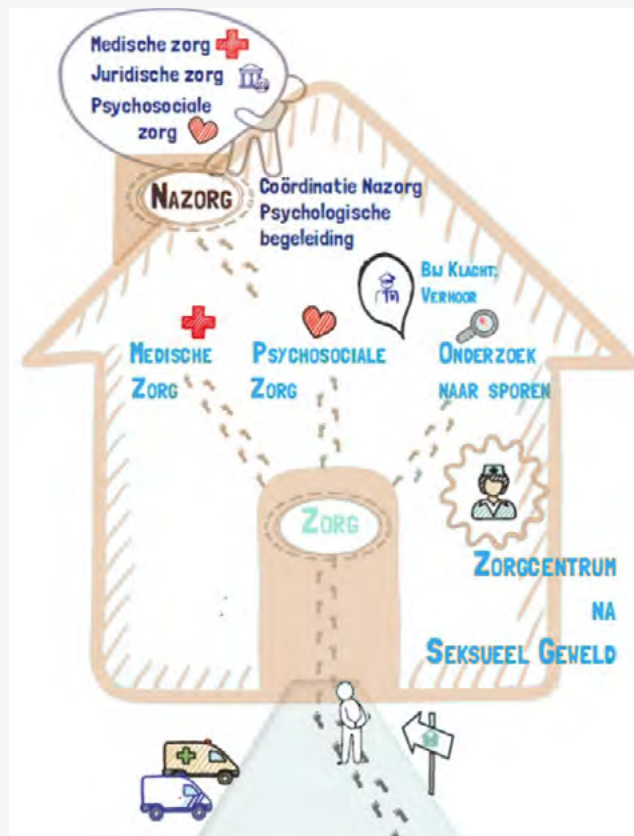
Raadpleeg de website '[I gezin I plan](#)'  voor meer informatie en de verwijzingsrichtlijnen specifiek voor uw regio.

5.4 Zorgcentra na Seksueel geweld

Kernboodschap:

 AANKLIKBARE LINK

Verwijs slachtoffers van seksueel geweld zo snel mogelijk na de geweldservaring naar een [Zorgcentrum na Seksueel Geweld](#). Raadpleeg de meest recente informatie via de website [seksueelgeweld.be](#) .



Probeer sporenbewarend te handelen indien de geweldservaring minder dan 1 week geleden is:

- 5.1 Principes van holistische zorg
- 5.2 Eerste psychische hulp
- 5.3 Ketenaanpak intrafamiliaal geweld
- 5.4 Zorgcentra na Seksueel geweld
- 5.5 Holistische zorg wanneer het zorgcentrum geen optie is
- 5.6 Warme doorverwijzing



In 2016 verbond de Belgische overheid zich door de ratificatie van de Conventie van Istanbul tot de oprichting van zorgcentra na seksueel geweld. Na een nationale haalbaarheidsstudie [86-88] werden in 2017 de eerste drie Zorgcentra na Seksueel Geweld (Zorgcentrum) opgericht in Gent, Brussel en Luik. Tijdens een proefperiode van ongeveer 1 jaar vonden 930 slachtoffers hun weg naar een van de drie Zorgcentra [50].

In het Zorgcentrum krijgt een slachtoffer de volgende zorgen **gratis** aangeboden:

- › **Medische zorg:** zowel verzorging van verwondingen en letsels als onderzoeken en behandeling van allerlei fysieke, seksuele of reproductieve gevolgen
- › **Psychische zorg:** de eerste psychische zorgen (zowel een luisterend oor als ook uitleg over wat normale reacties zijn na een schokkende gebeurtenis, advies over hoe je daar mee om kan gaan) alsook verdere begeleiding bij de Zorgcentra na Seksueel Geweld-psycholoog
- › **Een forensisch onderzoek:** het vaststellen van letsels, onderzoeken van sporen van de pleger, verzamelen van bewijsmateriaal voor een eventuele aanklacht en rechtszaak
- › **Klacht neerleggen** bij de politie indien gewenst, met behulp van speciaal opgeleide zedeninspecteurs
- › **Opvolging** nadien: zowel medische opvolging voor eventuele medicatie of voor letsels, als psychische opvolging bij het verwerkingsproces van het gebeurde.

De afbeelding hieronder geeft een schematische voorstelling van de zorgen waarop slachtoffers na seksueel geweld in een Zorgcentrum kunnen beroepen.

Om deze zorg te kunnen bieden aan slachtoffers kent het model van de Zorgcentra een belangrijke rol toe aan drie nieuwe functies. De forensisch verpleegkundige fungeert als uniek aanspreekpunt gedurende het hele zorgproces en volgt het slachtoffer op als casemanager. Zij of hij werkt nauw samen met de psycholoog die verbonden is aan het Zorgcentrum en gespecialiseerde artsen om slachtoffers de juiste zorgen te bieden. De zedeninspecteur neemt het verhoor af.

- 5.1 [Principes van holistische zorg](#)
- 5.2 [Eerste psychische hulp](#)
- 5.3 [Ketenaanpak intrafamiliaal geweld](#)
- 5.4 [Zorgcentra na Seksueel geweld](#)
- 5.5 [Holistische zorg wanneer het zorgcentrum geen optie is](#)
- 5.6 [Warme doorverwijzing](#)



🔗 AANKLIKBARE LINK

Als slachtoffer en steunfiguur kan je een Zorgcentrum bellen of mailen of (met een slachtoffer) naar een Zorgcentrum gaan. Alle gegevens kunnen teruggevonden worden in de [praktische tool](#) 📄, samen met alle andere nuttige adressen, telefoonnummers en weblinks.

Verdere uitbreiding van de Zorgcentra is voorzien met tegen 2023 de oprichting van een Zorgcentrum in elk gerechtelijk arrondissement.

Volg voor meer informatie, updates en duiding over de werking en evolutie van de Zorgcentra en seksueel geweld in het algemeen de website www.seksueelgeweld.be 📄.

Aanmelding binnen de 7 dagen na het incident

Als het seksueel geweld **minder dan een week** tot en met maximaal 7 dagen geleden (idealiter binnen de 72u) plaats vond, dan kan een slachtoffer naar het **Zorgcentrum** gaan (idealiter begeleid door een vertrouwenspersoon, hulpverlener of politie), bellen of mailen en kan zij/hij onmiddellijk de nodige **medische, forensische en psychische zorg gratis** toegediend krijgen. Indien het slachtoffer dat wenst, kan hij/zij ook klacht neerleggen bij de zedeninspecteurs van de politie en dit op het Zorgcentrum.

Als arts bent u mogelijks de eerste contactpersoon na een incident van seksueel geweld. Na het bieden van de eerste psychologische zorg en eventuele levensnoodzakelijke medische zorgen (niet-dringende medische handelingen moeten worden uitgesteld vanwege vernietiging of contaminatie van mogelijke sporen), **verwijst u de patiënt zo snel mogelijk naar het dichtstbijzijnde Zorgcentrum**. Bel zo nodig voor overleg naar het Zorgcentrum.

Geef onderstaande tips aan de patiënt [89]:

- › Was of douche je niet, ook al is dit het eerste wat je zou willen doen.
- › Probeer niet te drinken of je mond te spoelen als er oraal contact is geweest.
- › Probeer niet te plassen en indien je wel moet, probeer het op te vangen in een potje en breng het mee naar het Zorgcentrum.
- › Vermijd fysiek contact met andere mensen.
- › Houd de kleren die je aanhad tijdens het seksueel geweld aan of stop ze in papieren zakken en breng ze mee naar het Zorgcentrum. Niet in plastic zakken!
- › Stel dat je lakens hebt waarop er mogelijks sporen (bv. sperma) van de pleger op te vinden zijn, stop die dan ook in een papieren zak en breng die mee naar het Zorgcentrum.
- › Als je je na het seksueel geweld hebt afgewreven met papier of iets anders, of een maandverband in je slip hebt gelegd, stop ook dat in een papieren zak en breng het mee naar het Zorgcentrum.
- › Neem indien mogelijk verse kleren en schoenen mee: na het forensisch onderzoek kan je op het Zorgcentrum douchen en verse kledij aantrekken. (Als dit niet lukt, geen nood: op het Zorgcentrum kan je ook vervangkledij krijgen of kan er nog iemand jouw kledij nabrengen.)

5.1 Principes van holistische zorg

5.2 Eerste psychische hulp

5.3 Ketenaanpak intrafamiliaal geweld

5.4 Zorgcentra na Seksueel geweld

5.5 Holistische zorg wanneer het zorgcentrum geen optie is

5.6 Warme doorverwijzing

 AFDrukbaar



Peil ook naar de **veiligheid van de patiënt** en handel hiernaar zo nodig (zie hieronder). Voorzie zo nodig steeds **begeleiding voor het slachtoffer** naar het Zorgcentrum, dit kan door een vertrouwenspersoon of de politie. **Rapporteer** het seksueel geweldsgeval in uw dossier.

Aanmelding later dan 7 dagen na het incident

Als het seksueel geweld langer dan een week geleden plaats vond maar minder dan één maand, dan kan een slachtoffer, vertrouwenspersoon of zorgverlener bellen of mailen voor een afspraak in het Zorgcentrum. Er wordt in dit geval nagegaan wat er nog mogelijk is qua medische en psychologische zorg en forensisch onderzoek en wie welke zorg het beste kan bieden. Voor klachtneerlegging kan er een afspraak gemaakt worden bij de politie of op het Zorgcentrum.

Is het langer dan een maand geleden dan is het beter om een afspraak te maken in het Zorgcentrum. Hierbij wordt gekeken welke medische en psychische zorg nodig is en er wordt hiervoor indien mogelijk doorverwezen naar het bestaande hulpverleningsaanbod. Ook voor klachtneerlegging kan er nog een afspraak gemaakt worden bij de politie.

5.5 Holistische zorg wanneer het Zorgcentrum geen optie is

Tracht te allen tijde de patiënt zo snel mogelijk na het seksueel geweldsgeval te verwijzen naar het dichtstbijzijnde Zorgcentrum. Veel van onderstaande diagnostische onderzoeken, preventieve en therapeutische behandelingen hebben een hoge kostprijs en worden gratis aangeboden in het Zorgcentrum. Indien de patiënt alsnog niet in staat is of weigert om zich naar het Zorgcentrum te bevinden, vindt u hieronder een praktische handleiding voor het toedienen van de nodige medische en forensisch/juridische zorgen.

Medische zorg na seksueel geweld [90]

Kernboodschappen

Algemeen

1. Ga **tekenen en symptomen van geweld** na,
2. Verzamel zo mogelijk de **kledingstukken**,
3. Voer een uitgebreid **lichamelijk onderzoek** uit,
4. **Rapporteer** correct,
5. **Toxicologisch onderzoek en alcoholmeting bij vermoeden intoxicatie.**

Aanvullende onderzoeken (zie **praktische tools** ① voor overzichtsfiles)

1. Uitstrijkjes op plaats van penetratie
 - a. PCR Neisseria gonorrhoeae/Chlamydia trachomatis
 - b. Trichomonas vaginalis
 - c. Herpes genitalis

- 5.1 [Principes van holistische zorg](#)
- 5.2 [Eerste psychische hulp](#)
- 5.3 [Ketenaanpak intrafamiliaal geweld](#)
- 5.4 [Zorgcentra na Seksueel geweld](#)
- 5.5 [Holistische zorg wanneer het zorgcentrum geen optie is](#)
- 5.6 [Warme doorverwijzing](#)

① AANKLIKBARE LINK

- 5.1 Principes van holistische zorg
- 5.2 Eerste psychische hulp
- 5.3 Ketenaanpak intrafamiliaal geweld
- 5.4 Zorgcentra na Seksueel geweld
- 5.5 Holistische zorg wanneer het zorgcentrum geen optie is
- 5.6 Warme doorverwijzing

2. **Bloedafname**
 - a. HIV-serologie
 - b. Syfilis (TPHA/FTA en VDRL/RPR)
 - c. Hepatitis B (HBsAg, anti-HBs, anti-HBc)
 - d. Anti-HCV
 - e. Anti-HAV
 - f. Hematologie, nier- en leverfunctie
3. **Zwangerschapstest**
4. **Toxicologisch onderzoek en alcoholmeting**

Test bij kinderen <15 jaar wanneer minstens één van volgende velden aangevinkt kan worden:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> › Onthulling of disclosure › Voorgeschiedenis kindermisbruik › Geseksualiseerd gedrag | <ul style="list-style-type: none"> › Huisarts › Pediatre › Andere betrokken zorgverleners |
|---|--|



- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> › Vroege seksuele betrekkingen › 'Consensuele' of onbeschermde seks › Meerdere partners | <ul style="list-style-type: none"> › Roodheid › Jeuk › Afscheiding › Zweer › Dysurie |
|---|---|

Algemeen

5.1 Principes van holistische zorg

5.2 Eerste psychische hulp

5.3 Ketenaanpak intrafamiliaal geweld

5.4 Zorgcentra na Seksueel geweld

5.5 Holistische zorg wanneer het zorgcentrum geen optie is

5.6 Warme doorverwijzing

1. Wees opmerkzaam voor
 - › een eventuele verminderde waakzaamheid van de patiënt
 - › de mogelijkheid van aanwezigheid van interne letsels,
 - › het gebruik van alcohol en drugs
 - › vaccinatie-status
 - › de aanwezigheid van co-morbide aandoeningen
2. Ga **tekenen en symptomen van geweld** na, zoals
 - › Aanwezigheid van meerdere letsels in verschillende stadia van genezing
 - › Aanwezigheid van letsels die worden verborgen of die niet coherent zijn met de voorgeschiedenis
 - › Vermoeden van geweld (wurgsporen, bloedingen op de oogleden)
 - › Veranderingen in het gedrag op het moment van de diepte-anamnese
3. Verzamel zo mogelijk de **kledingstukken**, vries deze in en bied reservekledij aan of adviseer de patiënt reservekledij mee te nemen naar het consult.
4. Voer een uitgebreid **lichamelijk onderzoek** uit.
5. **Rapporteer** correct (Foto's indien mogelijk, verslag op basis van systematisch aftoetsen met de patiënt) (zie Rapportering hieronder)
6. **Toxicologisch onderzoek en alcoholmeting bij vermoeden intoxicatie**
(Denk er aan om op dat zelfde moment ook bloed voor serologie af te nemen indien medisch relevant en afhankelijk van het tijdstip van aanmelding, zie tabel hieronder)

De medische zorg zoals hieronder beschreven is in overeenstemming met de internationale richtlijnen van CDC, WHO en NICE, en de nationale richtlijnen m.b.t. HIV post-exposure prophylaxis en de KCE-richtlijnen 91. Libois A, Florence E, Derdelinckx I, Yombi JC, Henrard S, Uurlings F, et al. Belgian guidelines for non-occupational HIV post-exposure prophylaxis 2017. Acta Clin Belg. 2018;73(4):275-80, 92. KCE. Aanpak van SOA's door de eerste lijn: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg; 2019 [Available from: <https://www.soa.kce.be/nl/>].

Aanvullende onderzoeken (afhankelijk van tijdstip van aanmelding):



Volwassenen (>15 jaar)

- 5.1 [Principes van holistische zorg](#)
- 5.2 [Eerste psychische hulp](#)
- 5.3 [Ketenaanpak intrafamiliaal geweld](#)
- 5.4 [Zorgcentra na Seksueel geweld](#)
- 5.5 [Holistische zorg wanneer het zorgcentrum geen optie is](#)
- 5.6 [Warme doorverwijzing](#)

1. **Uitstrijkjes** op plaats van penetratie indien plaats penetratie gekend (anders breed screenen op alle mogelijke contactplaatsen zijnde anaal, oraal, vaginaal en/of urinestaal) en ongeacht het condoomgebruik:
 - › **PCR Neisseria gonorrhoeae/Chlamydia trachomatis:**
 - Wanneer het slachtoffer zeker is op welke plaats er contact was, ongeacht condoomgebruik: enkel screenen op de plaatsen van contact (eerste urinestraal, uitstrijkje keel, vaginaal en anaal).
 - Wanneer er twijfel bestaat, bij onduidelijk verhaal of amnesie: breed screenen op 3 contactplaatsen (oraal, vaginaal/urethraal, anaal).
 - Vragen of het slachtoffer receptieve orale, vaginale of anale seks in het afgelopen jaar heeft gehad. Indien wel, en ongeacht het type contact bij seksueel geweld: PCR op de plaatsen van contact.
 - Overweeg bij anale penetratie en aanhoudende klachten een anoscopie.
 - Follow-up: Na 2 weken opnieuw testen indien negatief op Do of indien er nog geen preventieve behandeling met antibiotica werd opgestart.
 - › **Trichomonas vaginalis:** vrouwelijke slachtoffers screenen op urine of vaginaal op Do, ongeacht condoomgebruik maar geen standaard preventieve profylaxe, enkel behandelen indien positief testresultaat. Na twee weken opnieuw testen indien negatief op Do en er nog geen behandeling werd opgestart.
 - › **Herpes genitalis:** testen in geval van ulcer/lletsels. Vraag advies van een gynaecoloog bij twijfel.
2. Bloedafname
 - › **Hiv-serologie**
 - › **Syfilis**
 - › **Hepatitis B** (HBsAg, anti-HBs, anti-HBc): enkel indien slachtoffer niet gevaccineerd is of vaccinatiestatus niet duidelijk of onbekend is
 - › **Hepatitis-C**
 - › **Hepatitis A-IgG:** Bij anaal/oraal contact en standaard in geval seksueel contact tussen twee mannen.
 - › **Hemoglobine, creatinine, transaminase** op bloed alsook **glucose en eiwit in urine:** Indien **PEP** -medicatie, zoals Stribild® wordt opgestart. Controle in functie van het type toegediend antiretroviraal. Bij aanmelding langer dan 72u na de feiten bijgevolg niet meer uitvoeren.
3. Zwangerschapstest (urinair en/of bloed) bij geslachtsrijpe slachtoffers
4. Toxicologisch onderzoek en alcoholmeting bij vermoeden intoxicatie
5. Schematische voorstelling van ideaal tijdstip van afname van specifieke testen na de doorgemaakte seksuele geweldservaring:

SAMENVATTENDE FICHE
 AANKLIKBARE DEFINITIE

5.1 Principes van
holistische zorg

5.2 Eerste psychische hulp

5.3 Ketenaanpak
intrafamiliaal geweld

5.4 Zorgcentra na
Seksueel geweld

5.5 Holistische zorg
wanneer het zorg-
centrum geen optie is

5.6 Warme doorverwijzing

	D0	Week 2	Maand 1	Week 6	Maand 3	Maand 6
Hiv	X7			X	X	
Syfilis	X7			X		
HCV	X7			X3	X3	X3
HBsAg	X7			X4	X4	
Anti-HBs	X7					
Anti-HBc	X7					
hCG	X7		X2			
PCR gono/Chlam	X7	X1 of 6				
PCR Trichomonas	X7	X1 of 6				
Hemoglobine	X7					
Transanimasen	X7			X 4 of 5	X3	
Creatinine	X7			X5		

 **SAMENVATTENDE FICHE**
 **AANKLIKBARE DEFINITIE**

1. indien niet uitgevoerd op Do of indien behandeling niet gegeven
2. indien risico op zwangerschap en noodcontraceptie niet gekregen op Do
3. indien "traumatisch" geslachtsverkeer (vaginaal verwond, anaal receptief)
4. indien patiënt niet beschermd op Do
5. indien toediening van PEP ? gedurende 28 dagen (in functie van type toegediend antiretroviraal middel)
6. opvolging kan verschoven worden naar maand 1 of week 6
7. enkel uit te voeren gelet op de voorwaarden zoals hierboven vermeld.

Minderjarige slachtoffers (<15 jaar)



1. Algemeen: vermijden van pijn en trauma!
2. Aanbevelingen voor het uitvoeren van testen bij minderjarige slachtoffers:
 - › Geen speculum bij prepubertale meisjes: uitstrijkjes afnemen in de vulva
 - › Zowel medische als forensische stalen nooit dieper dan het vestibulum afnemen
 - › Anamnese bij jonge kinderen mogelijks onbetrouwbaar. Indien er gekozen wordt voor het afnemen van aanvullend onderzoek dan wordt, ongeacht het verhaal, de PCR N. gonorrhoeae/C. trachomatis urogenitaal, faryngaal en rectaal afgenomen.

3. Factoren waarmee rekening moet worden gehouden bij soa-testing bij kinderen en jongeren, zijn de volgende:
 - › Het kind of de jongere ervaren penetratie of er zijn bewijzen van recente of genezen kwetsuren veroorzaakt door penetratie aan de genitaliën, anus of oropharynx.
 - › Kinderen of jongeren die met één soa gediagnosticeerd zijn, moeten ook op andere soa getest worden.
 - › Het kind of de jongere werd misbruikt door een onbekende.
 - › Het kind of de jongere werd misbruikt door een pleger die een gekende infectie met een SOA heeft of een hoog risico heeft voor SOA's (vb. Intraveneuze druggebruiker, mannen die seks hebben met mannen, persoon met verschillende seksuele partners of persoon met een medische voorgeschiedenis van SOA's).
 - › Het kind of de jongere heeft een zus/broer, andere verwant of een andere persoon binnen het gezin met een SOA.
 - › Het kind of de jongere vertoont signalen of symptomen van een SOA (vb. Vaginale afscheiding of pijn, genitale jeuk of geur, symptomen aan de urinewegen of genitale letsels of zweren).
4. Voorzie steeds hercontrole !

Test wanneer minstens één van volgende velden aangevinkt kan worden:

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| › Onthulling of disclosure | › Huisarts |
| › Voorgeschiedenis kindermisbruik | › Pedater |
| › Geseksualiseerd gedrag | › Andere betrokken zorgverleners |



- | | |
|-------------------------------------|---------------|
| › Vroege seksuele betrekkingen | › Roodheid |
| › 'Consensuele' of onbeschermd seks | › Jeuk |
| › Meerdere partners | › Afscheiding |
| | › Zweer |
| | › Dysurie |

5.1 Principes van holistische zorg

5.2 Eerste psychische hulp

5.3 Ketenaanpak intrafamiliaal geweld

5.4 Zorgcentra na Seksueel geweld

5.5 Holistische zorg wanneer het zorgcentrum geen optie is

5.6 Warme doorverwijzing

Indien dit het geval is, zijn volgende screeningstesten aangewezen:

5. Uitstrijkjes:

- › PCR Chlamydia trachomatis / Neisseria gonorrhoeae/ Trichomonas vaginalis/Candida
 - a. Meisjes: brede PCR baseline screening ongeacht info over seksuele contacten uit (hetero-)anamnese
 - 1. Prepubertaal: faryngaal, vulvaal (in vestibulum) en intra-anaal (net voorbij de sfincter)
 - 2. Postpubertaal: faryngaal, vaginaal (voorbij het hymen) en intra-anaal (net voorbij de sfincter)
 - 3. Bij afscheiding: microscopie, cultuur en standaard PCR Trichomonas vaginalis en Candida: screenen op urine of vaginaal op dag 0 (geen standaard profylaxe). Idealiter op zelfde staal als N. gonorrhoeae/C. trachomatis. Trichomonas vaginalis en Candida enkel behandelen indien positief testresultaat.
 - 4. Indien symptomatisch: naast PCR-staal ook staal voor microscopie en cultuur
 - b. Jongens: brede PCR baseline screening ongeacht informatie over seksuele contacten uit (hetero-)anamnese
 - 1. Faryngaal, intra-anaal en PCR in eerste urinestraal
 - 2. Bij afscheiding prepubertaal: meetaal
 - 3. Bij afscheiding postpubertaal: urethraal
 - 4. Indien symptomatisch (vurige roodheid, witte uitslag): naast PCR-staal ook staal voor microscopie en cultuur
- › Herpes genitalis: enkel indien ulcera/letsels aanwezig, staal in viraal transport medium voor cultuur en/of PCR.

5.1 Principes van holistische zorg

5.2 Eerste psychische hulp

5.3 Ketenaanpak intrafamiliaal geweld

5.4 Zorgcentra na Seksueel geweld

5.5 Holistische zorg wanneer het zorgcentrum geen optie is

5.6 Warme doorverwijzing

? AANKLIKBARE DEFINITIE

6. Bloedafname

- › Hiv-serologie
- › Syfilis
- › Hepatitis B (HBsAg, anti-HBs, anti-HBc):
- › Hepatitis-C
- › Hepatitis A-IgG: Bij anaal/oraal contact en standaard in geval seksueel contact tussen twee mannen.
- › Hemoglobine, creatinine, transaminase, glucose en eiwit op urine:
Indien **PEP** **?**-medicatie opgestart.

7. Zwangerschapstest (urinair en/of bloed) bij geslachtsrijpe slachtoffers (vanaf menarche)

8. Toxicologie (urine) en alcoholmeting (labo) bij klinisch vermoeden van intoxicatie

9. Schematische voorstelling van ideaal tijdstip van afname van specifieke testen na de doorgemaakte seksuele geweldservaring:

5.1 Principes van
holistische zorg

5.2 Eerste psychische hulp

5.3 Ketenaanpak
intrafamiliaal geweld

5.4 Zorgcentra na
Seksueel geweld

5.5 Holistische zorg
wanneer het zorg-
centrum geen optie is

5.6 Warme doorverwijzing

	D0	Week 2	Maand 1	Week 6	Maand 3	Maand 6
Hiv	X7			X	X	
Syfilis	X7			X		
HCV	X7			X3	X3	X3
HBsAg	X7			X4	X4	
Anti-HBs	X7					
Anti-HBc	X7					
hCG	X7		X2			
PCR gono/Chlam	X7	X1 of 6				
PCR Trichomonas	X7	X1 of 6				
Hemoglobine	X7					
Transanimasen	X7			X 4 of 5	X3	
Creatinine	X7			X5		

1 indien niet uitgevoerd op Do of indien behandeling niet gegeven

2 indien risico op zwangerschap en noodcontraceptie niet gekregen op Do

3 indien "traumatisch" geslachtsverkeer (vaginaal verwond, anaal receptief)

4 indien patiënt niet beschermd op Do

5 indien toediening van PEP ? gedurende 28 dagen (in functie van type toegediend antiretroviraal middel)

6 opvolging kan verschoven worden naar maand 1 of week 6

7 enkel uit te voeren gelet op de voorwaarden zoals hierboven vermeld.

? AANKLIKBARE DEFINITIE

Preventieve behandelingen:



Volwassenen (>15 jaar)

Systematische toediening van de beschreven profylaxe moet bij patiënten, die op het moment van de feiten zwanger zijn, per geval bekeken worden.

Geef aan elk slachtoffer aan dat indien zij binnen de eerste maand na het seksueel geweld gewenst seksueel contact willen hebben, dit beschermd (met condoom) moet gebeuren.

1. **Post-Expositie Profylaxe voor HIV ? (PEP ?)** binnen de 72u na het seksueel geweld. Indicatiestelling volgens onderstaande tabel:

Aanbeveling bij seksueel geweld (behalve indien een condoom werd gebruikt of de pleger negatief is)	
Anaal receptief	Aanbevolen
Anaal insertief	Overleg met infectioloog
Vaginaal receptief	Te overwegen
Vaginaal insertief	Overleg met infectioloog
Oraal receptief met ejaculatie	Niet aanbevolen tenzij verhoogde virale lading hiv, of scheuren in de mucosale barrière (traumatisme)
Oraal receptief zonder ejaculatie	Niet aanbevolen tenzij verhoogde virale lading hiv, of scheuren in de mucosale barrière (vb traumatisme)
Oraal insertief	Niet aanbevolen
Cunnilingus ?	Niet van toepassing

- › Toedienen van profylaxe bij zwangere slachtoffers individueel bekijken
- › Bij een risico op hiv zijn beschermde gewenste seksuele contacten tot drie maanden na het seksueel geweld aanbevolen.
- › Slachtoffer inlichten over kostprijs behandelingen (±€800, bij de Zorgcentra is dit wel allemaal gratis)

- 5.1 [Principes van holistische zorg](#)
- 5.2 [Eerste psychische hulp](#)
- 5.3 [Ketenaanpak intrafamiliaal geweld](#)
- 5.4 [Zorgcentra na Seksueel geweld](#)
- 5.5 [Holistische zorg wanneer het zorgcentrum geen optie is](#)
- 5.6 [Warme doorverwijzing](#)

SAMENVATTENDE FICHE
 AANKLIKBARE DEFINITIE

2. Vaccinaties:

- a. **Hepatitis B** vaccinatie: ifv serologie pleger en slachtoffer bij anale, vaginale of orale geweldpleging binnen de 14 dagen volgens onderstaande richtlijnen: Behoeft profylaxe bepalen tijdens anamnese: slachtoffer zonder voorgeschiedenis met hepatitis B noch notie van vaccinatie of vaccinatie onbekend (iedere persoon die na 1999 in België geboren is, wordt beschouwd als gevaccineerd en/of als patiënt of omgeving zeker zijn dat ze gevaccineerd zijn)
 - Serologie pleger en slachtoffer onbekend of slachtoffer niet gevaccineerd/geen voorgeschiedenis: versneld schema met vaccinatie op dag 0, dag 7, dag 21 en dag 365
 - Serologie pleger onbekend en slachtoffer gevaccineerd maar anti-HBs <10 IE/L: vaccinatie met eenmalige booster
 - Slachtoffer gevaccineerd met anti-HBs ≥ 10 IE/L: niets doen
 - Pleger gekende drager van HBsAg en slachtoffer met HBs <10 IE/L: vaccinatie volgens versneld schema met vaccinatie op dag 0, dag 7, dag 21 en dag 365 en overleg met infectioloog om HBIG te bespreken (mogelijk binnen 7 dagen, maar moet zo snel mogelijk worden gestart)
- b. **Hepatitis A** vaccinatie: ifv serologie slachtoffer. Indien het slachtoffer geen immuniteit heeft (negatieve HAV-IgG test) contacteer de infectioloog/het Zorgcentrum om de behandeling te bespreken.
- c. **HPV** vaccinatie: Aangewezen bij ongevaccineerde slachtoffers (ongeacht geslacht) tussen 9 en 26 jaar die slachtoffer zijn van seksueel geweld en die nog niet eerder volledig zijn gevaccineerd. (> 14 jaar: 3 dosissen Gardasil tussen dag 0 en maand 1, tussen maand 1 en 2 en tenslotte op maand 6). Vaccinatie wordt momenteel aangeboden door de schoolgeneeskunde (13-14 jaar) of op opportunistische wijze, er moet dus met de patiënt worden nagegaan of dit vaccin al dan niet reeds werd toegediend. Registreer zeker indien HPV-vaccinatie werd gegeven.
- d. **Tetanus**vaccinatie (DTP) overwegen bij diepe en vuile wonden en indien niet gevaccineerd

3. Antibiotica:

- e. **Ceftriaxon** 500mg (1g bij slachtoffers > 150 kg): éénmalige inname bij elke vaginale, anale of orale geweldpleging (CAVE allergie penicilline)
- f. **Azitromycine** 1g éénmalig oraal (bij vaginale of orale geweldpleging) OF Doxycycline 100mg 2x/dag gedurende 7 dagen (bij anale of anale + vaginale geweldpleging)
- g. Bij hoog risico contacten: hertesting indien er nog geen preventieve behandeling werd gegeven.
- h. Bij positieve screening N. Gonorrhoeae, C. Trachomatis of Trichomonas Vaginalis: vraag advies aan de gynaecoloog, infectioloog of het Zorgcentrum.

4. Noodanticonceptie (Levonorgestrel/Ulipristalacetaat)

- i. Bij elke vaginale geweldpleging indien vruchtbare leeftijd en geen anticonceptie of therapietrouw
- j. Toediening zo snel mogelijk en binnen max 3 dagen na het geweld bij Levonorgestrel en max 5 dagen bij Ulipristalacetaat. De werking en betrouwbaarheid daalt dag per dag.



Minderjarigen (<15 jaar)

Geef aan seksueel actieve slachtoffers aan dat indien zij binnen de eerste maand na het seksueel geweld gewenst seksueel contact willen hebben, dit beschermd (met condoom) moet gebeuren.

1. **Post-Exposure Profylaxe voor HIV ?** binnen de 72u na het seksueel geweld (indicatiestelling volgens onderstaande tabel)

Contacteer bij indicatie tot HIV-preventie of bij twijfel het regionale Zorgcentrum of hiv-referentiecentrum.

Let wel: HIV-preventie moet worden opgestart binnen de 72 uur na het seksueel geweld en indien uitgevoerd buiten een Zorgcentrum zijn de hoge kosten (± €800) volledig ten laste van de patiënt.

Pleger					
5	3	2	1	0	0
Gekende Hiv-diagnose	Een voor het slachtoffer onbekende pleger	Een gekende volwassene	Een gekende adolescent	Een gekend kind	Zorgen over gedrag zonder onthulling
Slachtoffer					
2	1	0			
Herinnert zich de gebeurtenissen m.b.t. het geweld niet	Anamnese onmogelijk door ontwikkeling of pre-verbaal	In de mogelijkheid een anamnese af te nemen			
Seksuele anamnese van slachtoffer					
5	4	0	0	0	0
Meldt voorgeschiedenis van penetratie, met mogelijk blootstelling van bloed, sperma, vaginale afscheiding of rectale afscheiding aan slijmvlies of niet-intacte huid	Meldt geen voorgeschiedenis van penetratie, maar wel mogelijke blootstelling van bloed, sperma, vaginale afscheiding of rectale afscheiding aan slijmvlies of niet-intacte huid	Meldt blootstelling van urine, nasale afscheiding, speeksel, zweet of scheuren aan de huid of slijmvlies	Meldt blootstelling van bloed, sperma, vaginale afscheidingen of rectale afscheidingen aan intacte huid	Meldt contact dat niet resulteert in blootstelling aan lichaamsvloeistoffen	Ontkent seksueel contact
Klinisch onderzoek					
5	4	1	0		
Acuut vaginaal of anaal trauma	Zichtbaar sperma of zichtbare andere afscheiding in de genitale zone	Zichtbaar sperma of zichtbare andere afscheiding op intacte huid	Geen zichtbare afscheiding of acuut letsel		

Duidt per rij 1 item aan, of het item dat van toepassing is met de hoogste score. Tel de 4 cijfers op.
 Score 0-2: Geen behandeling aanbevolen
 Score 3-5: Overweeg behandelin
 Score 6-17: Behandeling aanbevolen

- 5.1 [Principes van holistische zorg](#)
- 5.2 [Eerste psychische hulp](#)
- 5.3 [Ketenaanpak intrafamiliaal geweld](#)
- 5.4 [Zorgcentra na Seksueel geweld](#)
- 5.5 [Holistische zorg wanneer het zorgcentrum geen optie is](#)
- 5.6 [Warme doorverwijzing](#)

[SAMENVATTENDE FICHE](#)
[AANKLIKBARE DEFINITIE](#)

2. Vaccinaties:

1. **Hepatitis B** vaccinatie: i.f.v. serologie pleger en slachtoffer bij anale, vaginale of orale geweldpleging binnen de 14 dagen volgens onderstaande richtlijnen:
 - Serologie pleger onbekend en slachtoffer anti-HBs < 10 IE/L (niet gevaccineerd, geen voorgeschiedenis van HBV):
 - i. Kind < 10 jaar 3 doses pediatriesch vaccin 0-1-6 maand
 - j. Kind 10-15 jaar: 2 doses vaccin voor volwassenen 0 en 6 maand
 - Serologie pleger onbekend en slachtoffer gevaccineerd maar anti-HBs < 10 IE/L: vaccinatie met eenmalige booster en vervolgens serologie bekijken om te zien of er twijfel bestaat over de vaccinatiegeschiedenis
 - Slachtoffer gevaccineerd met anti-HBs ≥ 10 IE/L: niets doen
 - Pleger gekende drager van HBsAg en slachtoffer met HBs < 10 IE/L: vaccinatie volgens schema en urgent overleg met (kinder-) infectioloog
 - i. Kind < 10 jaar 3 doses pediatriesch vaccin 0-1-6 maand
 - j. Kind 10-15 jaar: 2 doses vaccin voor volwassenen 0 en 6 maand
2. **Hepatitis A** vaccinatie: i.f.v. serologie slachtoffer. Contacteer infectioloog indien geen immuniteit/antistoffen
3. **HPV** vaccinatie:
 - Aangewezen bij onvolledig gevaccineerde slachtoffers (ongeacht geslacht) tussen 9 en 26 jaar.
 - Vaccinatie wordt momenteel aangeboden door de schoolgeneeskunde (13-14 jaar) of op opportunistische wijze, er moet dus met de patiënt worden nagegaan of dit vaccin al dan niet reeds werd toegediend.
 - < 15 jaar: 2 doses Gardasil tussen Do en 1 maand en op 6 maanden
 - Registreer zeker indien HPV-vaccinatie werd gegeven.
4. **Tetanus** vaccinatie (DTP) overwegen bij diepe en vuile wonden en indien niet gevaccineerd

3. Antibiotica:

Algemene richtlijn: preventieve profylaxe is bij kinderen niet standaard aangewezen, gelet op de conformiteit met de meest recente protocollen, pijn bij toediening en de braak-inducerende werking die de opname van **PEP ?** in gedrang kan brengen. Bijgevolg is multidisciplinair overleg steeds noodzakelijk om te bepalen welke (preventieve) behandelingen moeten gegeven worden.

- a. Ceftriaxon 30 mg/kg (max 500 mg): éénmalige IM (controle allergie penicilline)
- b. Azitromycine 10 mg/kg (tot max 1g bij < 45 kg) éénmalig oraal
OF
Doxycycline bij aanmelding startdosis, vanaf dag 2 tot 7: onderhoudsdosis (zie kader)
- c. Positieve screening N. Gonorrhoeae en/of C. Trachomatis:
Doxycycline: bij aanmelding startdosis, vanaf dag 2 tot 7 onderhoudsdosis (zie kader)

	Doxycycline	
≥ 8 jaar en < 45 kg	Start: 4,4 mg/kg/dag in 1 dosis	Onderhoud: 2,2 mg/kg/dag in 1 dosis
≥ 45 kg	Start: 200 mg/dag in 1 dosis	Onderhoud: 100 mg/dag in 1 dosis

- d. Positieve screening Trichomonas vaginalis / bacteriële vaginose: Metronidazole gedurende 7 dagen (pas enkele uren na toediening van Azitromycine en noodanticonceptie omwille van mogelijk braken als bijwerking Metronidazole)

- 5.1 [Principes van holistische zorg](#)
- 5.2 [Eerste psychische hulp](#)
- 5.3 [Ketenaanpak intrafamiliaal geweld](#)
- 5.4 [Zorgcentra na Seksueel geweld](#)
- 5.5 [Holistische zorg wanneer het zorgcentrum geen optie is](#)
- 5.6 [Warme doorverwijzing](#)

- [AANKLIKBARE LINK](#)
- [AANKLIKBARE DEFINITIE](#)

	1ste lijn – Metronidazole monotherapie 1ste lijn – Metronidazole monotherapie		
1-3 jaar	50mg (3xdag)	PO	7 dagen
3-7 jaar	100 mg (2xdag)	PO	7 dagen
7-10 jaar	100 mg (3xdag)	PO	7 dagen
≥10 jaar	400 mg (2xdag)	PO	7 dagen
	of 2g	PO	Eenmalige dosis

4. **Noodanticonceptie** (Levonorgestrel/Ulipristalacetaat)
 - › Bij elke vaginale geweldspleging bij meisjes vanaf menarche
 - › Toediening zo snel mogelijk en binnen max 3 dagen na het geweld bij Levonorgestrel en max 5 dagen bij Ulipristalacetaat na het seksueel contact. De werking en betrouwbaarheid vermindert dagelijks.

Medische opvolging specifiek bij seksueel geweld

Gezien ook de belangrijke gevolgen op lange termijn na een seksueel geweldservaring, dient elk slachtoffer van seksueel geweld goed te worden opgevolgd. In het Zorgcentrum zal de forensisch verpleegkundige de coördinerende rol in de nazorg en opvolging opnemen. Afhankelijk van de individuele casus zullen de volgende opvolging consultaties voorzien worden:

- › Gynaecologie (tussen dag 2 en 14, indien gewenst en naargelang het geval)
- › Infectiologie (dag 4, maand 1, maand 3)
- › Psychosociale dienst (dag 2, dag 5, maand 1)
- › Externe opvolging ([CAW](#) [?](#), dienst slachtofferhulp, slachtofferbejegening...) [89].

Als huisarts heeft u in de opvolging van slachtoffers van seksueel geweld een belangrijke rol. Daar u de omgeving en context van slachtoffers het beste kent, kan u bijkomend inspelen op verschillende medische en psychosociale noden. Ook op lange termijn zal het belangrijk zijn om oog te hebben voor signalen van mogelijk latere gevolgen van de seksuele geweldservaring ([hoofdstuk 3.2](#) [?](#)) en de opvang hiervan.

Voor de opvolging en het testen van mogelijke infectieziekten, dient u zich te baseren op volgende tabel:

	D0	Week 2	Maand 1	Week 6	Maand 3	Maand 6
Hiv	X7			X	X	
Syfilis	X7			X		
HCV	X7			X3	X3	X3
HBsAg	X7			X4	X4	
Anti-HBs	X7					
Anti-HBc	X7					
hCG	X7		X2			
PCR gono/Chlam	X7	X1 of 6				
PCR Trichomonas	X7	X1 of 6				
Hemoglobine	X7					
Transanimasen	X7			X 4 of 5	X3	
Creatinine	X7			X5		

indien niet uitgevoerd op Do of indien behandeling niet gegeven

indien risico op zwangerschap en noodcontraceptie niet gekregen op Do

indien "traumatisch" geslachtsverkeer (vaginaal verwond, anaal receptief)

indien patiënt niet beschermd op Do

indien toediening van PEP gedurende 28 dagen (in functie van type toegediend antiretroviraal middel)

opvolging kan verschoven worden naar maand 1 of week 6

enkel uit te voeren gelet op de voorwaarden vermeld bij Aanvullende onderzoeken.

Forensisch onderzoek na seksueel geweld

Kernboodschap:

Een forensisch onderzoek vindt idealiter binnen de 72 uur plaats (maar kan tot en met 7 dagen) na de geweldserving. Verwijs een slachtoffer van seksueel geweld dus zo spoedig mogelijk na de geweldserving naar het dichtstbijzijnde Zorgcentrum.

Indien het slachtoffer geen klacht wenst neer te leggen, kan er in het Zorgcentrum een 'pseudo forensisch stappenplan' worden afgenomen.

De internationale richtlijnen stellen dat het forensisch onderzoek idealiter binnen 24 uur plaatsvindt en na 72 uur de kwaliteit van bewijsmateriaal aanzienlijk daalt [73, 92]. De Ministeriële richtlijn betreffende de seksuele agressie set stelt dat enkel een wetsdokter of arts van een ziekenhuis waarmee de procureur des Konings een samenwerkingsprotocol heeft, kan worden opgevorderd tot het uitvoeren van een forensisch onderzoek [93]. Het is dus van groot belang om een slachtoffer van recent seksueel geweld zo spoedig mogelijk, **idealiter binnen 72 uur maar kan tot en met 7 dagen**, te verwijzen naar een Zorgcentrum.

In omstandigheden waar het slachtoffer beslist om nu (nog) geen klacht neer te leggen, kan er in het Zorgcentrum met de patiënt worden overwogen om een "pseudo **SAS** ? of pseudo forensisch stappenplan" af te nemen en de afgenomen stalen in de diepvries van het ziekenhuis te bewaren, in afwachting van een eventuele latere klachtneerlegging door het slachtoffer. Deze stalen kunnen dan door het gerecht bij latere klachtneerlegging in beslag genomen worden. Niettemin moet worden benadrukt dat stalen afgenomen vooraf aan een klachtneerlegging minder waardevol zijn dan wanneer de klachtneerlegging gelijktijdig met de staalafname plaatsvindt.

5.1 Principes van
holistische zorg

5.2 Eerste psychische
hulp

5.3 Ketenaanpak
intrafamiliaal
geweld

5.4 Zorgcentra na
Seksueel geweld

5.5 Holistische zorg
wanneer het
zorgcentrum
geen optie is

5.6 Warme
doorverwijzing

? AANKLIKBARE DEFINITIE

5.6 Warme doorverwijzing

Kernboodschap:

- › Informeer het slachtoffer over het hulpaanbod,
- › ondersteun het slachtoffer in het maken van een afspraak,
- › stel de hulpverlener in overleg met het slachtoffer op de hoogte van de belangrijkste zaken
- › vraag later na hoe de doorverwijzing liep.

Organisaties om naar te verwijzing:

- › Zorgcentrum na Seksueel Geweld: meer info op seksueelgeweld.be
- › Family Justice Center en **Ketenaanpak Intrafamiliaal Geweld** ? 'Veilig Thuis': meer info op [de website van Veilig Thuis](https://www.veiligthuis.be/nl) ⓘ of [de website van 'één gezin één plan'](https://www.eengezin.eenplan.be) ⓘ
- › <https://www.slachtofferzorg.be/waar-kan-je-terecht> ⓘ

Zowel slachtoffers van acuut geweld als niet-acuut geweld kunnen gebaat zijn bij een doorverwijzing naar andere diensten. We hadden het hiervoor reeds over de doorverwijzing naar de Ketenaanpak intrafamiliaal geweld en de Zorgcentra na Seksueel Geweld, maar bij slachtoffers van acuut seksueel geweld die niet naar een Zorgcentrum kunnen of willen, bij slachtoffers van niet-acuut seksueel geweld en/of slachtoffers van intrafamiliaal geweld die niet door de Ketenaanpak opgenomen kunnen worden, zijn andere doorverwijzingen misschien aangewezen.

Er bestaan verschillende organisaties in België die steun kunnen bieden aan slachtoffers van geweld. Soms zijn zij gespecialiseerd in seksueel geweld, soms in slachtofferschap in het algemeen, soms in geweld, en soms gaat het over ruimere diensten die ook iets voor slachtoffers van geweld kunnen betekenen. Deze lijst zeker niet exhaustief, dus misschien zijn er nog andere organisaties in jouw regio die ook iets voor slachtoffers van geweld kunnen betekenen. Ga dus zeker na wat het aanbod is in jouw buurt.

Slachtoffers van geweld vinden het niet altijd gemakkelijk om de stap te zetten naar een andere organisatie of dienst. Onthullen van geweld is een stap die vaak heel wat moed en energie vraagt. Dit dan nog maar eens moeten doen voor een andere hulpverlener is geen evidentie en is ook niet aan te raden. De stap is dan, voor het slachtoffer, vaak te groot om zelf een organisatie die jij als huisarts aangeraden hebt, op te bellen of te mailen.

Om tegen te gaan dat patiënten dus zowel letterlijk als figuurlijk de weg verliezen bij een doorverwijzing, proberen we hen daarbij te ondersteunen door wat we noemen “een warme doorverwijzing” te voorzien. Bij een warme doorverwijzing gaan we het slachtoffer met hun goedkeuring op een rechtstreekse manier proberen te verbinden met de gepaste hulporganisatie.

5.1 [Principes van holistische zorg](#)

5.2 [Eerste psychische hulp](#)

5.3 [Ketenaanpak intrafamiliaal geweld](#)

5.4 [Zorgcentra na Seksueel geweld](#)

5.5 [Holistische zorg wanneer het zorgcentrum geen optie is](#)

5.6 [Warme doorverwijzing](#)

ⓘ AANKLIKBARE LINK

? AANKLIKBARE DEFINITIE

Hoe gaat dit precies in zijn werk?

5.1 Principes van
holistische zorg

5.2 Eerste psychische hulp

5.3 Ketenaanpak
intrafamiliaal geweld

5.4 Zorgcentra na
Seksueel geweld

5.5 Holistische zorg
wanneer het zorg-
centrum geen optie is

5.6 Warme doorverwijzing

- › Informeer het slachtoffer over het hulpaanbod en belicht je wat dit voor het slachtoffer zou kunnen betekenen.
- › Bij interesse in dat hulpaanbod, ondersteun je het slachtoffer in het maken van een afspraak. Het spreekt voor zich dat dit enkel kan indien het slachtoffer hier ook akkoord mee is. Je kan bijvoorbeeld samen bellen om een eerste afspraak vast te leggen.
- › Indien het slachtoffer dit wenst, kan je de hulpverlener ook reeds op de hoogte stellen van de belangrijkste zaken. Wees echter zeer duidelijk naar het slachtoffer over wat al of niet gezegd mag worden.
- › Vraag bij een volgende consultatie bij het slachtoffer na hoe de doorverwijzing liep: zijn ze op de afspraak geraakt, hoe verliep die, zijn er specifieke redenen waarom ze niet naar de afspraak gingen, ...

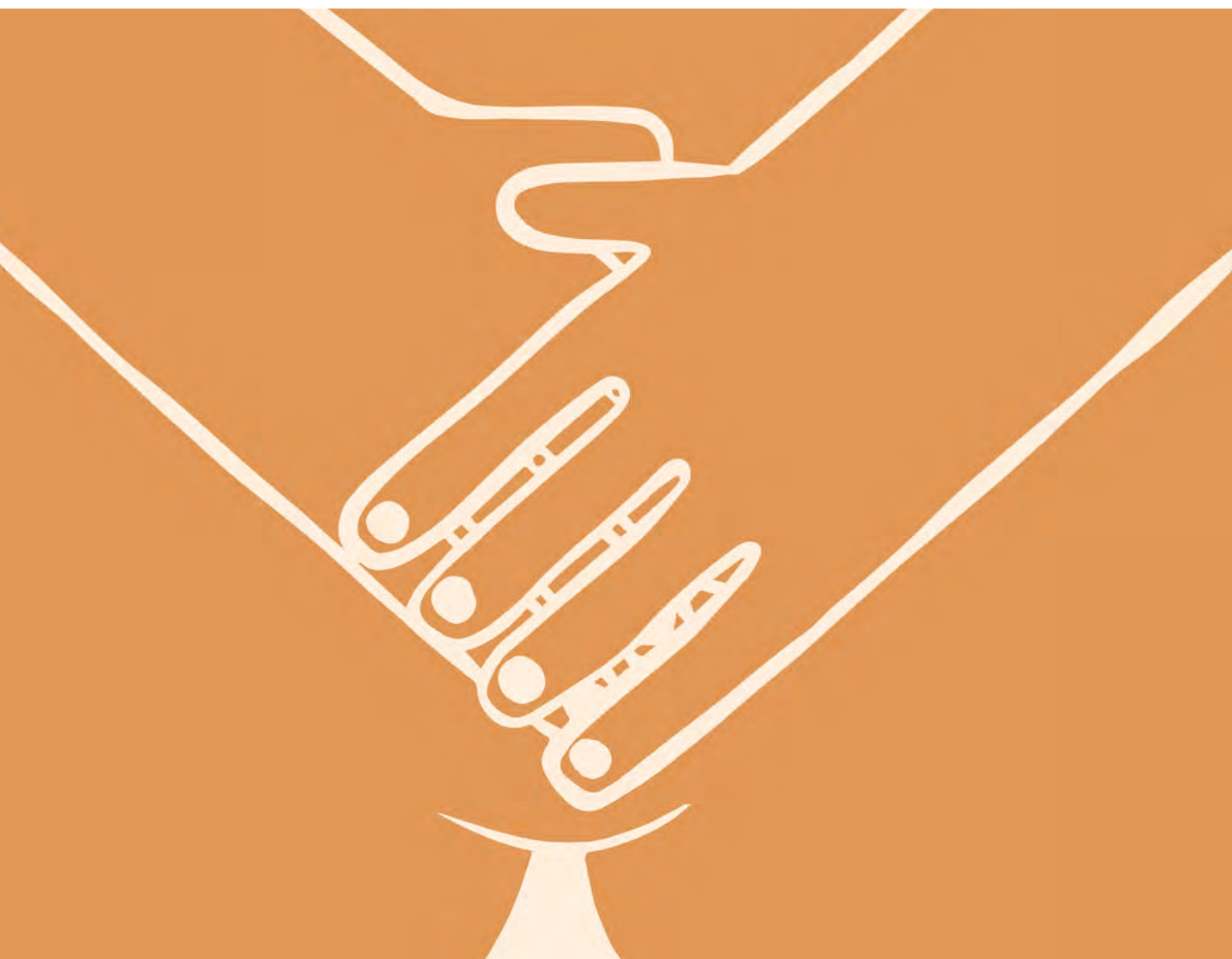
Soorten organisaties:

- › **Doorverwijzing voor psychologische hulp:** Traumapsycholoog of -therapeut, seksuoloog, psychiater, Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) (Vlaanderen) of Services de Santé Mentale (SSM) (Brussel en Wallonië), Centres de planning familial (Brussel en Wallonië)
- › **Doorverwijzing voor psychosociale hulp:** Slachtofferhulp **CAW ?** (Vlaanderen) of Services d'Aide aux Victimes en Services d'Aide aux Justiciables (Brussel en Wallonië), Vertrouwenscentra Kindermishandeling (Vlaanderen) of SOS Enfants (Brussel en Wallonië), Crisisopvang CAW
- › **Doorverwijzing voor medische hulp:** Gynaecologie, infectioloog of hiv referentiecentrum, collega-specialisten voor andere medische klachten
- › **Doorverwijzing voor politie / Juridische bijstand:** Slachtofferbejegening politie; Slachtofferonthaal justitiehuizen
- › **Doorverwijzing bij specifieke situaties:** Gedwongen huwelijken, eengerelateerd geweld en vrouwelijke genitale verminking; meldpunt ouderenmisbehandeling; slachtoffers van mensenhandel; Begeleiding bij moeilijke zwangerschapskeuzes

? AANKLIKBARE DEFINITIE

6

Psychologische evaluatie en verwijzing



6. Psychologische evaluatie en verwijzing

Kernboodschap:

- › Informeer het slachtoffer rond de algemene biologische reacties en gevolgen na een geweldservaring;
- › Help het slachtoffer steun zoeken bij familie en naasten;
- › Ga mogelijke comorbiditeiten na;
- › Doe een eerste psychische evaluatie naar mogelijke **PTSS**-klachten en verwijst naar een gespecialiseerde traumapsycholoog;
- › Maak minstens een opvolgafspraak 1 maand na de eerste presentatie om de mentale gezondheid opnieuw te beoordelen;
- › Geef zo nodig medicatie.

De behandeling van slachtoffers van seksueel en intrafamiliaal geweld start bij het **informerend rond de algemene biologische reacties** (hoofdstuk 3.1) en de daarmee gepaard gaande psychologische, emotionele, sociale en fysieke problemen na een traumatische ervaring zoals geweld [52, 94]. Daarenboven is het ook van groot belang om samen met het slachtoffer na te gaan op welke manier men **steun kan vinden bij familie en naasten** en hoe u als arts daartoe kan bijdragen [52, 73]. Anderzijds is het ook belangrijk stil te staan bij de mogelijkheid dat de pleger ook uw patiënt is en hoe u hiermee wenst om te gaan [95]. Vervolgens zal men **aanwezige comorbiditeiten** zoals zelfmoordgedachten, automutilatie, ernstige depressie en middelenmisbruik adequaat behandelen [96].

Gezien de belangrijke psychologische gevolgen van een geweldservaring op het slachtoffer (hoofdstuk 3.2), is het aanbevolen om gespecialiseerde begeleiding door een hiervoor opgeleide traumapsycholoog in uw regio te voorzien. Omwille van de bestaande wachttijden bij gespecialiseerde traumapsychologen, is het aangewezen om als huisarts reeds **de eerste psychische evaluatie naar mogelijke klachten van PTSS** te doen. Voor het evalueren naar mogelijke klachten van PTSS, kan men de **Primary Care PTSD Screen for DSM-5** hanteren (zie **praktische tools**) [44, 97-99].

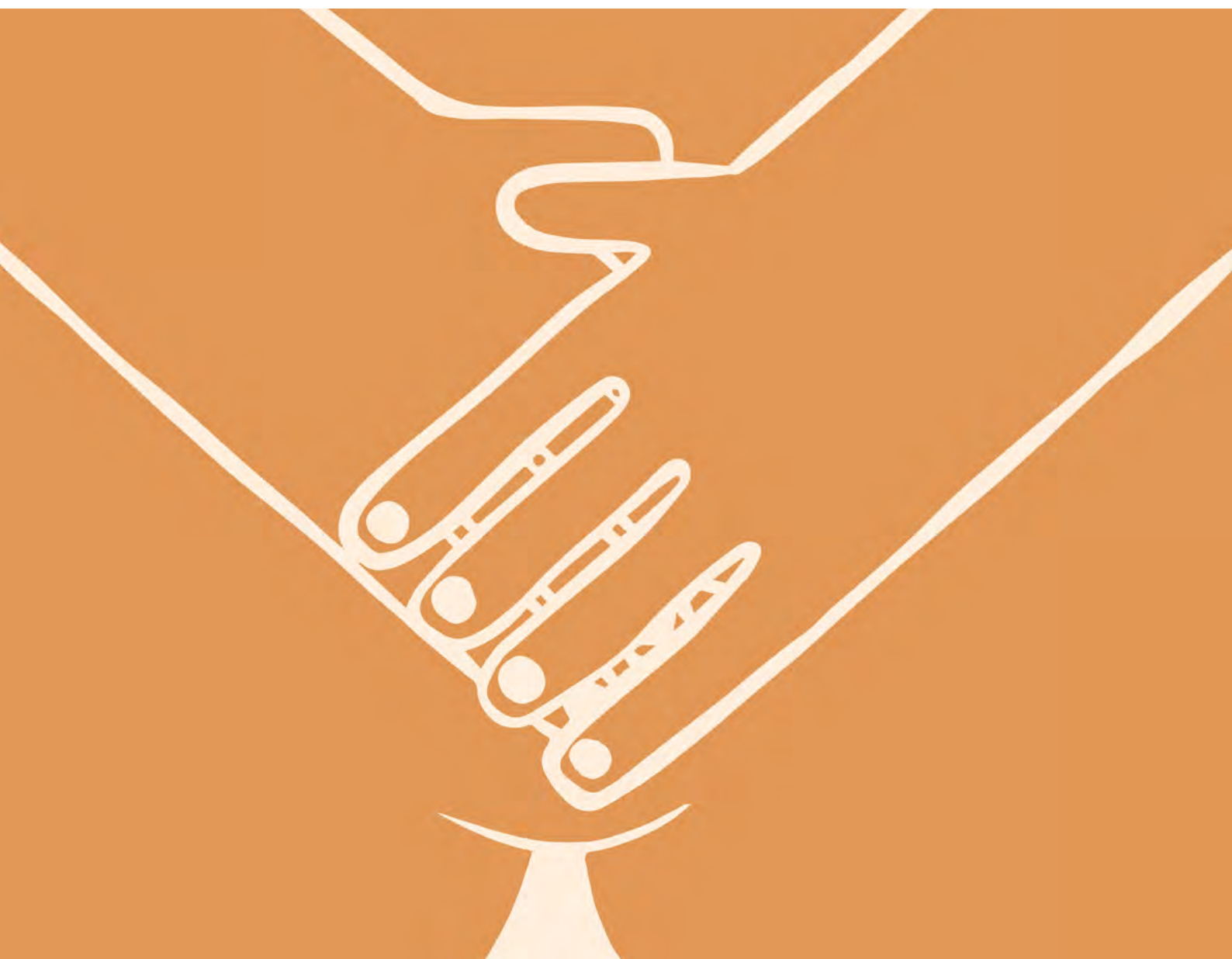
Bij een patiënt die zich presenteert met **milde symptomen**, die minder dan 4 weken aanwezig zijn, wordt **“actieve monitoring”** toegepast en na **1 maand** een afspraak ter follow-up vastgelegd om de mentale gezondheid opnieuw te beoordelen [52, 96]. Dit kan indien gewenst nog bij de huisarts plaatsvinden.

Indien het slachtoffer **beperkt is in zijn of haar dagelijks functioneren**, is het aanbevolen reeds **cognitieve gedragstherapie (CBT) of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)** toe te passen, doe hiervoor beroep op gespecialiseerde traumapsychologen in uw regio [52, 96]. Het systematisch geven van consultaties die zich richten op het trauma, zogenaamde debriefing, wordt in de huidige richtlijnen niet aangeraden [44, 52]. Bij geen of slechts geringe verbetering, kan de zorgverlener overschakelen op een alternatieve psychologische behandeling of het toedienen van medicatie. Ook indien er sprake is van slaapstoornissen, ernstige depressie, hyperarousal of verdere bedreigingen, kan **medicatietherapie** baten. Zoals steeds dient men ook hier aandacht te besteden aan mogelijke bijwerkingen en het slachtoffer op regelmatige basis te consulteren [100].

① AANKLIKBARE LINK

? AANKLIKBARE DEFINITIE

7 **Rapporting**



7. Rapportering

Kernboodschap:

- › Registreer de geweldservaring correct in het elektronisch medisch dossier
- › Identificatie van het slachtoffer
- › Datum en tijdstip van de geweldservaring
- › Datum en tijdstip van het medisch onderzoek
- › Datum en tijdstip van het meest recente seksueel contact met toestemming in geval van seksueel geweld
- › Eerdere bloedtransfusie
- › Medicatie en/of druggebruik
- › Land van oorsprong van het slachtoffer en de pleger

Documenteer vastgestelde letsels.

Pas zo mogelijk de confidentialiteit van deze gegevens aan, de medische informatie kan enkel met geïnformeerde toestemming van de patiënt gedeeld worden met andere hulpverleners.

Registreer steeds correct het geweld in uw elektronisch medisch dossier. Zorg dat deze informatie enkel beschikbaar is voor zorgverleners in de praktijk die eveneens verbonden zijn aan het medisch beroepsgeheim. Deze medische informatie kan interessant zijn voor andere behandelende artsen maar kan enkel met geïnformeerde toestemming van de patiënt gedeeld worden via het Summarized Electronic Health Record.

Administratief / Anamnese

1. Identificatie van het slachtoffer
2. Datum en tijdstip van de geweldservaring
3. Datum en tijdstip van het medisch onderzoek
4. Datum en tijdstip van het meest recente seksueel contact met toestemming in geval van seksueel geweld
5. Eerdere bloedtransfusie
6. Medicatie en/of druggebruik
7. Land van oorsprong van het slachtoffer en de pleger

Documenteer vastgestelde letsels (foto of schematische voorstelling bijvoegen indien mogelijk, **zie praktische tools** ⓘ).

Zo nodig afleveren van attest van vaststelling van geweld in drievoud (één voor het medisch dossier, één voor de patiënt zelf en één voor de politie of het parket; zie in **praktische tools** ⓘ een voorbeeldattest voor vaststellen van verwondingen).

🔗 AANKLIKBARE LINK

Melden van SOA's

In geval van een positieve soa-test kan u als arts via de website www.partneralert.be ① een code aanmaken voor de patiënt. Met deze code kan de patiënt diens seksuele partner(s) anoniem op de hoogte brengen van de vaststelling van een soa. De patiënt en diens partner(s) krijgen tevens algemene informatie over de vastgestelde soa in verschillende talen toegestuurd.

Sommige SOA's moeten verplicht worden gemeld aan een overheidsinstantie. Deze verplichting verschilt per regio:

› Vlaanderen:

- Gonorroe
- Syfilis
- Hepatitis A
- Hepatitis B (acuut)
- a. Dienst Infectieziektebestrijding en vaccinatie [Agentschap Zorg en Gezondheid](#) ①
- b. Bij hoogdringendheid of buiten de kantooruren : Tel : 02 512 93 89
- c. Per mail: infectieziektebestrijding@vlaanderen.be

› Brussel:

- Gonorroe
- Syfilis
- Hepatitis A
- a. via de beveiligde website van de [Registratie van besmettelijke ziekten in het Brussels Gewest \(Matra-Bru\)](#) ①
- b. Bij hoogdringendheid, bij de Gezondheidsinspectiedienst van de GGC via telefoon (02/552.01.40 of 0478/77.77.08), met bevestiging per mail aan notif-hyg@ccc.brussels.be

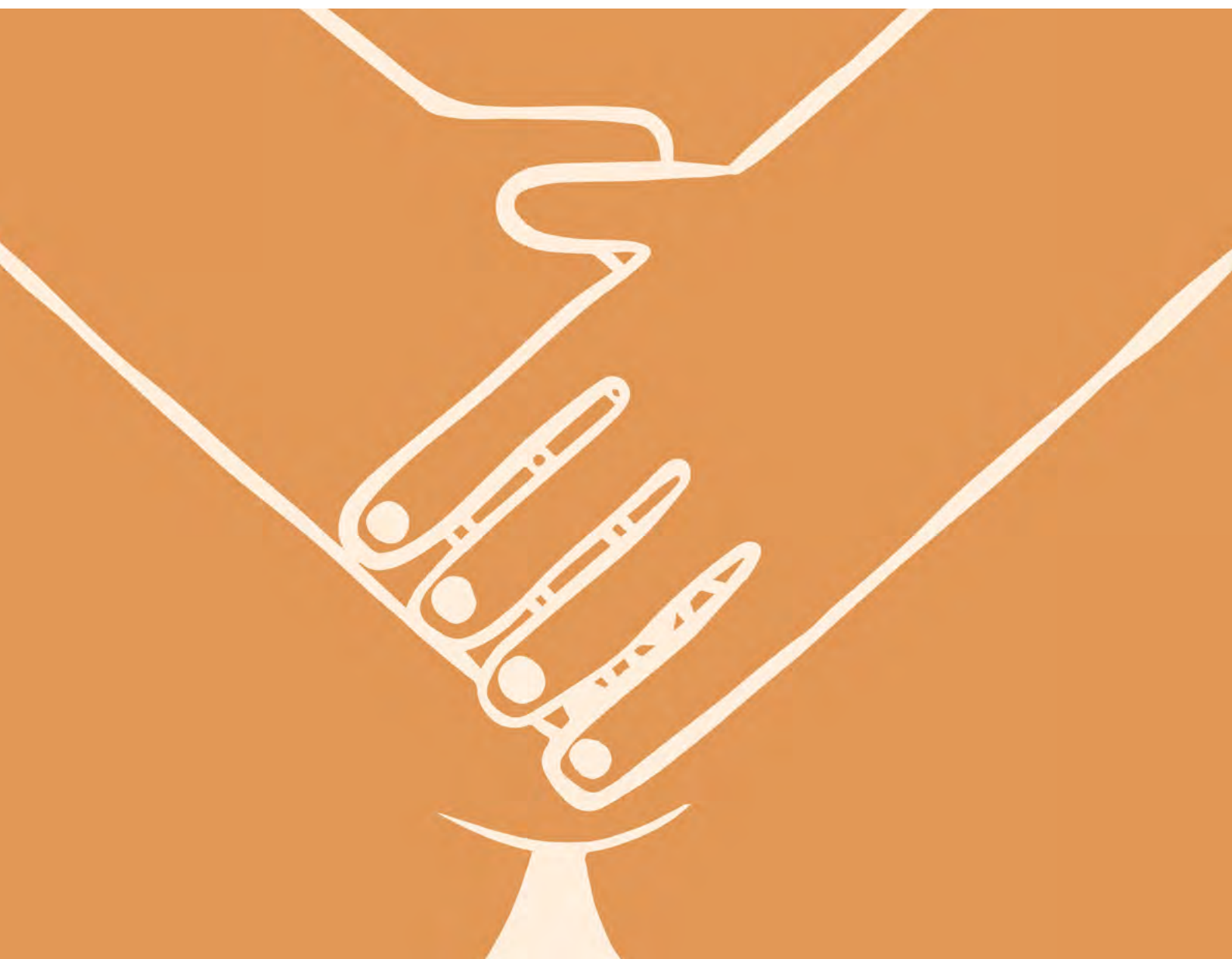
› Wallonië:

- › Congenitale syfilis
- › Hepatitis A
 - a. Via de beveiligde website [MATRA de l'AViQ](#) ①
 - b. Per telefoon : 071 205 105
 - c. Per mail: surveillance.sante@aviq.be

① AANKLIKBARE LINK

8

Juridisch
kader



8. Juridisch kader

8.1 Voor de patiënt

8.1 Voor de patiënt

8.2 Voor de arts

① AANKLIKBARE LINK

Kernboodschap:

In geval van een seksuele geweldservaring van (minder dan) 7 dagen geleden, verwijs dan het slachtoffer onmiddellijk door naar een Zorgcentrum.

Klacht indienen kan echter tot lang na het doormaken van een seksueel geweldservaring. Voor meer informatie over de rechten van slachtoffers van een misdrijf in België, ga naar:

https://justitie.belgium.be/nl/themas_en_dossiers/wat_moet_u_doen_als/slachtoffer ①

Geef het slachtoffer duidelijke informatie, gebruik hiervoor de brochure [‘U bent slachtoffer’](#) ① (beschikbaar in NL/FR/DE/EN).

Indien een slachtoffer van seksueel geweld zich op minder dan of gelijk aan 7 dagen na het incident aanmeldt om een klacht neer te leggen, verwijs onmiddellijk door naar een Zorgcentrum. In een Zorgcentrum kan beroep gedaan worden op specifiek voor seksueel geweld opgeleide zedeninspecteurs.

Klacht indienen kan echter tot lang na het doormaken van een seksueel geweldservaring. Voor meer informatie en bijkomende updates kan u steeds [hier](#) ① terecht.

Het slachtoffer staat meestal voor een onzekere periode en weten niet wat hen te wachten staat bij het indienen van een aanklacht. Om hen te ondersteunen en duidelijke informatie te bieden met ook verwijzingen naar verschillende instanties en hulpverleningsorganisaties, kunt u de [website van de FOD Justitie](#) ① raadplegen en/of de brochure [‘U bent slachtoffer’](#) ① meegeven aan het slachtoffer.

Informatie voor het slachtoffer

1. Zorg dat je veilig bent

Als je het slachtoffer bent geworden van geweld is de eerste stap naar een plaats te gaan waar je je veilig voelt: bij een vriend/vriendin, een familielid, gewoon thuis, bij de lokale politie, bij een hulpverlener, in een ziekenhuis,...

2. Praat erover

Praten over geweldpleging is niet vanzelfsprekend. Sommige slachtoffers zijn hiertoe niet in staat of durven het niet. Ze zijn bang voor de dader, vrezen dat ze niet geloofd zullen worden of hebben te kampen met enorme schuld- en schaamtegevoelens. Een slachtoffer kan er jaren over doen om het geweld te onthullen. Toch is het erg belangrijk om iemand in vertrouwen te nemen en er onmiddellijk over te praten. Door te praten met een hechte vriend/in of familielid, zet je al een hele stap vooruit.

[Je kan ook anoniem contact opnemen met een gratis hulplijn](#) ①.

3. Aangifte doen

Je kan altijd terecht bij het politiekantoor bij jou in de buurt, waar je zo goed mogelijk zal worden opgevangen. De meeste politiediensten beschikken over extra opgeleid personeel en over specifieke opvanglokalen waar je rustig en zonder overbodige aanwezigen je verhaal kan doen.

De werking van een aangifte

8.1 Voor de patiënt

8.2 Voor de arts

› De aangifte

Bij de politie meld je dat je een klacht wil neerleggen. Politiediensten beschikken over specifieke opvanglokalen met specifiek opgeleide medewerkers zodat je in alle sereniteit je verhaal kan doen. Aangezien het niet zo evident is om alleen een politiebureau binnen te stappen, kun je ook een vertrouwenspersoon meenemen. Eventueel kun je daarvoor iemand van een hulpverleningsorganisatie inschakelen. Als je dat wenst, zal deze persoon ook bij verdere gesprekken aanwezig zijn. De agent zal je vragen stellen die wat onaangenaam maar noodzakelijk zijn om bewijzen te verzamelen. Hij/zij zal je steeds uitleggen waarom een bepaalde vraag noodzakelijk is.

› De bewijsvoering en het geneeskundig onderzoek

Het is beter om na de geweldspleging je lichaam en kleren niet te reinigen. Elk stofje, elk haartje en elk ander spoor van de dader kunnen belangrijk zijn als bewijsmateriaal. Daarom poets je beter je tanden niet en is het beter om niet te eten of drinken. Ook ga je beter niet naar het toilet of is het aangewezen om je urine in een potje te bewaren. Alles wat je droeg, kleding en sieraden, kunnen belangrijke sporen dragen. Bewaar ze liefst ongewassen en afzonderlijk in papieren zakjes en neem ze mee naar het politiekantoor.

Indien het nuttig is voor het verzamelen van bewijzen, zal de politieambtenaar je vragen om een geneeskundig onderzoek door een arts te laten uitvoeren. Deze arts is daarvoor officieel aangesteld. De politieambtenaar zal je hiervoor, indien mogelijk, in burgerkledij en in een anonieme wagen naar de arts brengen. Het onderzoek kan zowel in de praktijk van die arts gebeuren als in een nabijgelegen ziekenhuis. Het medisch onderzoek is belangrijk om de lichamelijke gevolgen van het seksueel geweld vast te stellen en te behandelen, en dit best binnen de 72 uur. Na 72 uur zijn de DNA-sporen van de dader minder bruikbaar, maar ook dan is het zeker nog aangewezen je te laten onderzoeken door een arts.

› Het proces-verbaal

Na het aangiftegesprek en het medisch onderzoek zal de politieambtenaar meestal overgaan tot een grondig verhoor om de feiten op een rijtje te zetten. De politie noteert uw verklaring in een proces-verbaal. Dat proces-verbaal bouwt voort op het eerste gesprek. U hebt het recht om kosteloos een kopie van de tekst van uw verhoor te krijgen. Behalve in bepaalde uitzonderingen krijgt u die kopie onmiddellijk.

De politieambtenaar zal je informeren over wat er verder met het dossier zal gebeuren en je eventueel doorverwijzen naar gespecialiseerde hulpverlening. U ontvangt van de politie ook een attest van klachtneerlegging. Dat document bevat informatie over het verdere verloop van uw klacht, en een aantal praktische gegevens zoals het nummer van het proces-verbaal en nuttige adressen van diensten die u verder kunnen helpen. Bewaar dat document dus goed.

Na de aangifte

De politie stuurt uw klacht in principe door naar het parket van de procureur des Konings die zal beslissen wat er met de klacht gebeurt. Hij houdt daarbij rekening met de elementen van het dossier, de aard van het misdrijf en het resultaat van het onderzoek. Hij kan één van de volgende beslissingen nemen:

› Seponering:

De procureur des Konings kan het dossier zonder gevolg klasseren omdat vervolging niet mogelijk is (bv. indien de dader niet kan worden gevonden of er onvoldoende bewijzen zijn), of omdat een vervolging niet opportuun is (bv. u hebt een volledige schadeloosstelling gekregen). Die beslissing is voorlopig. Het onderzoek kan terug worden geopend als bv. de procureur des Konings kennis krijgt van nieuwe elementen.

› **Bemiddeling in strafzaken:**

De procureur des Konings kan een bemiddeling in strafzaken voorstellen die een justitie assistent opstart. Bij bemiddeling in strafzaken wordt via een overeenkomst tussen dader en slachtoffer geprobeerd om de materiële en/of morele schade te herstellen. Daarvoor moeten alle partijen wel akkoord zijn en actief meewerken. De procureur des Konings kan aan de dader nog één of meerdere bijkomende maatregelen voorstellen, zoals een geneeskundige behandeling of therapie, een opleiding of een dienstverlening. Als de dader en het slachtoffer een overeenkomst bereiken over het herstel van de schade en als de dader de eventuele overige maatregel(en) heeft uitgevoerd, dan vervalt de strafvordering. Dat betekent dat de procureur des Konings die zaak niet meer voor de strafrechtbank kan brengen.

› **Minnelijke schikking:**

De procureur des Konings kan de dader voorstellen om een bepaalde geldsom te betalen binnen een bepaalde termijn. Hij kan dat enkel voorstellen als de dader zijn verantwoordelijkheid erkent en de veroorzaakte schade heeft vergoed. Als de dader die geldsom betaalt, vervalt de strafvordering. Dat betekent dat de procureur des Konings die zaak niet meer voor de strafrechtbank kan brengen.

› **Instellen van een gerechtelijk onderzoek:**

De procureur des Konings kan de onderzoeksrechter vragen om een gerechtelijk onderzoek te voeren omdat er ingrijpendere (onderzoeks-)maatregelen nodig zijn (bv. een voorlopige hechtenis of een huiszoeking). Na afloop van dat gerechtelijk onderzoek moet een onderzoeksgerecht (de raadkamer of, in hoger beroep, de kamer van inbeschuldigingstelling) zich uitspreken over het verdere verloop van de procedure (bv. buitenvervolginstelling, verwijzing naar de bevoegde rechtbank, ...).

› **Vervolg:**

Als de procureur des Konings vindt dat zijn onderzoek (opsporingsonderzoek) voldoende bezwaren heeft opgeleverd, kan hij beslissen om de vermoedelijke dader te vervolgen door de zaak voor de strafrechtbank te brengen.

Rechten als slachtoffer

› **Recht op een correcte en zorgvuldige behandeling**

Als slachtoffer hebt u het recht om correct en zorgvuldig te worden behandeld door de politie en de gerechtelijke autoriteiten en dit vanaf het moment van de feiten, doorheen de strafprocedure en tot in de fase van de strafuitvoering.

› **Recht om informatie te krijgen**

Als slachtoffer hebt u het recht om op gepaste tijdstippen informatie te krijgen over bijvoorbeeld het verloop van de procedure, de manier waarop u bijstand van een advocaat kan krijgen en de gespecialiseerde diensten die u kunnen bijstaan.

› **Recht om informatie te geven**

Als slachtoffer hebt u het recht om informatie te geven en om te worden gehoord zodat rekening kan worden gehouden met de schade die u hebt geleden. Dit betekent dat u alle elementen die u nuttig vindt, kan meedelen aan de bevoegde autoriteiten (politie, justitie, maar ook bijvoorbeeld uw verzekeringsmaatschappij).

› **Recht op juridische bijstand en rechtsbijstand**

Als slachtoffer hebt u recht op juridische informatie en bijstand door een advocaat. De financiële kosten hiervan kunnen hoog oplopen. Vandaar dat werd voorzien in een systeem van juridische eerstelijnsbijstand en van juridische tweedelijnsbijstand (een volledige tot een gedeeltelijke kosteloze bijstand van een advocaat in functie van uw inkomen).

Naast de kosten van een advocaat kunnen er ook nog de gerechtskosten zijn (bijvoorbeeld de kosten voor een dagvaarding of een deskundige). Via het systeem van de rechtsbijstand kan u in een aantal gevallen geheel of gedeeltelijk worden vrijgesteld van deze kosten (altijd in functie van uw inkomen).

- › Recht op herstel
Als slachtoffer hebt u recht op herstel van de schade die u hebt geleden door het misdrijf. De schade kan materieel, lichamelijk, moreel of psychisch zijn.
Als u een financiële schadevergoeding wenst, volstaat het niet om klacht neer te leggen bij de politie: u moet zich ofwel burgerlijke partij stellen ofwel een vordering instellen voor de burgerlijke rechtbank. U kan ook op elk moment vragen om een bemiddeling op te starten.
- › Recht op hulp
Als slachtoffer hebt u recht op psychosociale hulp. Zo kunnen de diensten slachtofferhulp u adviseren en begeleiden op psychosociaal en juridisch vlak en u praktische ondersteuning geven.
- › Recht op bescherming en respect voor het privé-leven
Als slachtoffer hebt u recht op bescherming en respect van uw privé-leven. Politie, justitie en media moeten rekening houden met uw wensen.

8.2 Voor de arts

Als arts bent u onderhevig aan uw beroepsgeheim.

Volgens **artikel 458bis van het Strafwetboek** kan u informatie met justitie delen in geval dat:

1. De arts/hulpverlener kennis heeft van een misdrijf;
2. Het gaat om één van de misdrijven die in de wettekst is opgenomen;
3. Het slachtoffer een minderjarige of een persoon is, die kwetsbaar is door zijn leeftijd, zwangerschap, partnergeweld, ziekte of lichamelijk of geestelijk gebrek of onvolwaardigheid;
4. Er een ernstig en dreigend gevaar is voor de fysieke of psychische integriteit van deze persoon OF er zijn aanwijzingen van een gewichtig en reëel gevaar dat deze persoon of andere personen het slachtoffer zullen worden van deze misdrijven;
5. De arts/hulpverlener niet in staat is om zelf of met hulp van anderen deze integriteit te beschermen.

In geval van de **noodtoestand** kan een hulpverlener zijn beroepsgeheim straffeloos doorbreken als:

1. Een persoon zich in een ernstige gevaarsituatie bevindt;
2. Het respecteren van het beroepsgeheim niet opweegt tegen het gevaar dat de betrokken persoon loopt;
3. Er geen andere keuze is dan het beroepsgeheim te doorbreken: dit is in feite de “keuze voor het minste kwaad”.

Om een melding te maken neem je telefonisch contact met het parket.

- › Tijdens de kantooruren kan je terecht op het telefoonnummer van het Parket van de procureur des Konings. Raadpleeg de website van het openbaar ministerie voor de laatste contactgegevens:
<https://www.om-mp.be/nl> ⓘ
- › 's Avonds en 's nachts neem je contact op met de parketmagistraat van dienst.
Dat kan enkel in zeer hoogdringende gevallen via het noodnummer 101.

Maak ook een schriftelijke neerslag van de mondelinge melding. Bespreek met de magistraat naar welk mailadres je deze stuurt.

Wettelijke bepalingen

Artikel 458bis van het Strafwetboek

8.1 Voor de patiënt

8.2 Voor de arts

Als arts bent u steeds onderhevig aan uw beroepsgeheim. Het beroepsgeheim is niet absoluut. Zo bepaalt artikel 458 van het Strafwetboek zelf dat de geheimplichtige het beroepsgeheim mag schenden wanneer deze wordt opgeroepen om voor een rechter (in de rechtbank of voor de onderzoeksrechter) te getuigen of wanneer deze door de wet wordt verplicht bepaalde informatie bekend te maken. Daarnaast ontwikkelden ook de rechtspraak en rechtsleer doorheen de jaren verschillende uitzonderingen, zoals de 'noodtoestand'. De 'noodtoestand' werd na de zaak Dutroux wettelijk verankerd in artikel 458bis van het Strafwetboek en later enkele keren uitgebreid. Naast dit wettelijk verankerde meldingsrecht, bleef ook de (ruimere) figuur van de noodtoestand bestaan en kan het niet-melden van verontrustende situaties in bepaalde gevallen het misdrijf 'schuldig verzuim' uitmaken.

Een hulpverlener kan straffeloos informatie over zijn cliënt delen met justitie wanneer de volgende voorwaarden zijn vervuld.

1. De arts/hulpverlener heeft kennis van een misdrijf:
Het is niet vereist dat de hulpverlener rechtstreeks via het slachtoffer op de hoogte is van het misdrijf. Hij kan de informatie bijvoorbeeld ook van een derde of de dader hebben vernomen. De arts/hulpverlener moet deze informatie op haar ernst en waarheidsgehalte beoordelen.
2. Het gaat om één van de misdrijven die in de wettekst is opgenomen.
 - › Voyeurisme en de verspreiding van de beelden ervan. Voyeurisme is het zonder toestemming iemand observeren of er een geluids- of beeldopname van maken, terwijl deze persoon ontbloot is of expliciet seksuele handelingen stelt, op een plaats en moment waarop hij mocht verwachten privacy te hebben.
 - › Aanranding van de eerbaarheid. Dat is het stellen van handelingen die de seksuele integriteit aantasten. Bijvoorbeeld: het betasten van iemand in intieme zones, het vragen van naaktfoto's, het hebben van zwaar seksueel getinte gesprekken met minderjarigen die hier niet rijp voor zijn...
 - › Verkrachting. Dat zijn (alle) seksuele betrekkingen met penetratie die plaatsvinden zonder toestemming. Toestemming is er niet wanneer de seksuele betrekkingen zijn bekomen door middel van dwang, geweld, bedreiging, verassing of list of waarbij misbruik werd gemaakt van een lichamelijk of geestelijk gebrek bij het slachtoffer.
 - › Grooming. Dat is een -16-jarige via telecommunicatie zo bespelen dat hij of zij wordt overgehaald tot een ontmoeting met als doel seksuele handelingen te stellen.
 - › Minderjarigen aanzetten tot ontucht of prostitutie of dit bijwonen. Onder ontucht worden daden van afwijkend en maatschappelijk verwerpelijk seksueel gedrag verstaan. Prostitutie omvat het tegen betaling stellen van seksuele handelingen.
 - › Het exploiteren van prostitutie. Het misdrijf van exploitatie van prostitutie bestaat van zodra vast staat dat er gelden worden afgeroomd van de prostituee en de exploitant hoofdzakelijk op diens inkomsten leeft, hieronder valt ook actief pooierschap.
 - › Bezit van of handel in kinderporno.
 - › Doodslag, moord en kindermoord.

8.1 Voor de patiënt

8.2 Voor de arts

- › Opzettelijke slagen of verwondingen. Deze hoeven niet samen voor te komen. Elke schok of stoot waardoor het lichaam bruusk in aanraking komt met een ander voorwerp valt onder 'slagen'. Elk uitwendig of inwendig letsel, hoe licht ook, valt onder 'verwondingen'.
 - › Vergiftiging: Het toedienen van stoffen die de dood kunnen veroorzaken of de gezondheid zwaar kunnen schaden.
 - › Het uitvoeren, vergemakkelijken of bevorderen van genitale verminking bij vrouwen; ook wanneer dit in het buitenland gebeurde.
 - › Het achterlaten van minderjarigen of kwetsbare persoon, zonder te voorzien in opvang voor de betrokkene.
 - › Het onthouden van voedsel of verzorging aan een minderjarige of kwetsbare persoon die niet in zijn eigen onderhoud kan voorzien, door iemand die hiertoe verplicht is (de ouders, de instelling waaraan het slachtoffer werd toevertrouwd...), waardoor diens gezondheid in gevaar werd gebracht. Het weigeren om tijdig beroep te doen op medische hulp wanneer men zich bewust is van de gevaren hiervan, kan hier ook onder vallen.
 - › Door nalatigheid de gezondheid in gevaar brengen van een minderjarige of kwetsbare persoon die niet in zijn eigen onderhoud kan voorzien, door iemand die het slachtoffer onder zijn bewaring had. Hier kan de dader eender wie zijn die de betrokkene onder zich had, en is verregaande nonchalance voldoende om strafbaar te zijn.
 - › Mensenhandel. Hieronder vallen allerlei handelingen die als doel hebben om het slachtoffer seksueel uit te buiten, te doen bedelen, werk of diensten te doen verrichten in mensonwaardige omstandigheden, een orgaan te ontnemen of strafbare feiten te doen plegen.
- 3 Het slachtoffer is een minderjarige of een persoon die kwetsbaar is door zijn leeftijd, zwangerschap, partnergeweld, ziekte of lichamelijk of geestelijk gebrek of onvolwaardigheid. Het slachtoffer van het betreffende misdrijf is een minderjarige of een persoon die kwetsbaar is door zijn leeftijd, zwangerschap, partnergeweld, ziekte of lichamelijk of geestelijk gebrek of onvolwaardigheid. Het slachtoffer moet minderjarig of kwetsbaar zijn op het moment van de feiten, niet op het moment van de melding. Een 'kwetsbaar persoon' is een persoon die door fysieke en/of psychische redenen te kampen heeft met een verminderde zelfredzaamheid, en dus minder weerbaar is tegen de aantastingen van de fysieke en psychische integriteit (bijv. een zwangere vrouw, iemand die op kruken loopt na een operatie, fysiek en mentaal mindervaliden, bejaarde personen, dementerende personen, personen met een verslavingsproblematiek, mensen met psychische problemen..., maar niet een ongeboort kind).
- 4 Er is een ernstig en dreigend gevaar voor de fysieke of psychische integriteit van deze persoon OF er zijn aanwijzingen van een gewichtig en reëel gevaar dat deze persoon of andere personen het slachtoffer zullen worden van deze misdrijven. Er moet ofwel een ernstig en dreigend gevaar zijn voor de fysieke of psychische integriteit van het slachtoffer of er zijn aanwijzingen van een gewichtig en reëel gevaar dat deze persoon of andere personen het slachtoffer zullen worden van deze misdrijven. Het misdrijf moet dus niet effectief al plaats hebben gevonden. De arts/hulpverlener maakt hierbij een zorgvuldige inschatting van de situatie, op basis van de informatie die hij heeft. Er werd bewust gekozen voor het woord 'aanwijzingen', om een te beperkte interpretatie tegen te gaan.

5 De arts/hulpverlener is niet in staat om zelf of met hulp van anderen deze integriteit te beschermen.

Artikel 458bis van het Strafwetboek vereist dat de arts/hulpverlener de fysieke of psychische integriteit van het slachtoffer of andere slachtoffers niet zelf – of met hulp van anderen – kan beschermen. Een melding kan dus slechts wanneer het inschakelen van andere hulpverlening (op basis van gedeeld beroepsgeheim) reeds gebeurde of ook deze andere hulpverlening de veiligheid van het slachtoffer (of andere potentiële slachtoffers) niet kan garanderen.

De Noodtoestand

De uitzondering van de noodtoestand gaat ruimer dan die van artikel 458bis.

Een hulpverlener kan zijn beroepsgeheim straffeloos doorbreken, als:

- › een persoon zich in een ernstige gevaarsituatie bevindt
- › het respecteren van het beroepsgeheim niet opweegt tegen het gevaar dat de betrokken persoon loopt
- › er geen andere keuze is dan het beroepsgeheim te doorbreken: dit is in feite de “keuze voor het minste kwaad”.

Enkel wanneer de arts meent dat teneinde hulp te verlenen aan een persoon in groot gevaar, ongeacht of deze persoon in gevaar de patiënt of een derde is, hij deze persoon slechts kan helpen door zijn beroepsgeheim te schenden, kan de arts op basis van de noodtoestand oordelen dat hij de procureur des Konings zelf in kennis dient te stellen van de feiten waarvan zijn patiënt het slachtoffer was.

Bepaalde misdrijven (zoals bijvoorbeeld psychologische kindermishandeling, gedwongen huwelijk, gedwongen wettelijke samenwoning, cyberlokking of druggebruik in bijzijn van minderjarigen) zijn niet vermeld in het artikel 458bis. In deze situaties kan eventueel beroep worden gedaan op de figuur van de noodtoestand. Daarnaast hoeft het slachtoffer niet minderjarig of kwetsbaar te zijn; alle slachtoffers komen in aanmerking.

Schuldig verzuim (artikel 422bis van het Strafwetboek)

Wanneer volgende voorwaarden vervuld zijn, ben je verplicht hulp te bieden:

- › je weet dat een persoon “in groot gevaar” verkeert (rechtstreeks of onrechtstreeks, wanneer deze boodschap geloofwaardig overkomt)
- › je kan helpen zonder ernstig gevaar voor jezelf of voor anderen.

Als je in deze situatie bewust geen hulp verleent, pleeg je het misdrijf van schuldig (hulp)verzuim en ben je strafbaar met een gevangenisstraf tot 2 jaar en een geldboete tot € 500 (€ 4000 met opdecimen).

‘Hulp bieden’ staat niet steeds gelijk aan het doorbreken van het beroepsgeheim. Andere vormen van hulp kunnen worden geboden. Wanneer het doorbreken van het beroepsgeheim echter het enige middel is om het gevaar af te wenden, ontstaat er een spreekplicht.

Artikel 29 van de Code van medische deontologie

8.1 Voor de patiënt

8.2 Voor de arts

Het artikel 29 van de Code van medische deontologie stelt het als volgt:

De arts die mishandeling, misbruik, uitbuiting, belaging of verwaarlozing van een kwetsbare persoon vermoedt, doet onmiddellijk het nodige om deze persoon te beschermen.

De arts bespreekt het probleem met de betrokkene, dit in de mate van zijn mogelijkheden. Hij spoort hem aan zelf initiatieven te nemen. Indien de betrokkene hierin toestemt, consulteert de arts een ter zake deskundig gezondheidszorgbeoefenaar of doet beroep op een multidisciplinair centrum. De arts informeert de naasten van de betrokkene alleen in zijn belang en met zijn toestemming.

De arts die vermoedt dat een kwetsbaar persoon in een ernstig en dreigend gevaar verkeert of dat er aanwijzingen zijn van een gewichtig en reëel gevaar dat andere kwetsbare personen het slachtoffer worden van mishandeling of verwaarlozing, kan op grond van zijn wettelijke hulpverleningsplicht, de procureur des Konings inlichten wanneer hij zelf of met hulp van anderen de fysieke of psychische integriteit van die personen niet kan beschermen.

Deze binaire aanpak, die beperkt is tot de vraag of de arts moet zwijgen of mag spreken, houdt echter geen rekening met de complexiteit van de werkelijkheid. Er zou moeten worden nagegaan welke andere mogelijke acties ondernomen kunnen worden om het vertrouwensklimaat dat de basis vormt van de relatie tussen de arts en de kwetsbare persoon te vrijwaren en om het zelfbeschikkingsrecht van de persoon te eerbiedigen.

Vanuit deontologische gezichtshoek is het raadzaam eerst andere initiatieven te bekijken en stapsgewijs te handelen alvorens het parket te verwittigen:

- › de persoon in veiligheid brengen met alle mogelijke middelen;
- › de gepaste zorg waarborgen volgens de vastgestelde mishandelingen;
- › samen met de persoon bespreken of hij zelf initiatieven kan nemen;
- › Indien de persoon hierin toestemt een ter zake bevoegde zorgverlener raadplegen of een beroep doen op een multidisciplinaire structuur;
- › nagaan of andere personen een gelijkaardig risico lopen.

Indien de arts de fysieke of psychische integriteit van de persoon niet zelf of met hulp van anderen kan beschermen, kan hij de situatie melden aan de procureur des Konings [101].

Hoe een melding maken?

8.1 Voor de patiënt

8.2 Voor de arts

 AANKLIKBARE LINK

Als beslist wordt om een situatie te melden, moet deze melding gericht zijn aan de procureur des Konings, niet de politie, de jeugdrechter of de onderzoeksrechter. Er zijn geen vormvereisten bepaald in de wet. Wel moet de doorbreking van het beroepsgeheim voldoen aan de vereiste van proportionaliteit. Er mag niet meer vertrouwelijke informatie worden gedeeld dan van belang is voor de ondersteuning van de aangifte.

Om een melding te maken neem je telefonisch contact met het parket.
Er is op elk moment een magistraat van permanentie:

- › Tijdens de kantooruren kan je terecht op het telefoonnummer van het Parket van de procureur des Konings. Raadpleeg de website van het openbaar ministerie voor de laatste contactgegevens: <https://www.om-mp.be/nl> 
- › 's Avonds en 's nachts neem je contact op met de parketmagistraat van dienst. Dat kan enkel in zeer hoogdringende gevallen via het noodnummer 101.
- › Maak ook een schriftelijke neerslag van de mondelinge melding. Bespreek met de magistraat naar welk mailadres je deze stuurt.

Wees je er van bewust dat deze schriftelijke neerslag in het dossier zal terechtkomen. De betrokkenen zullen er dus kennis van kunnen nemen wanneer ze inzage krijgen in het dossier.

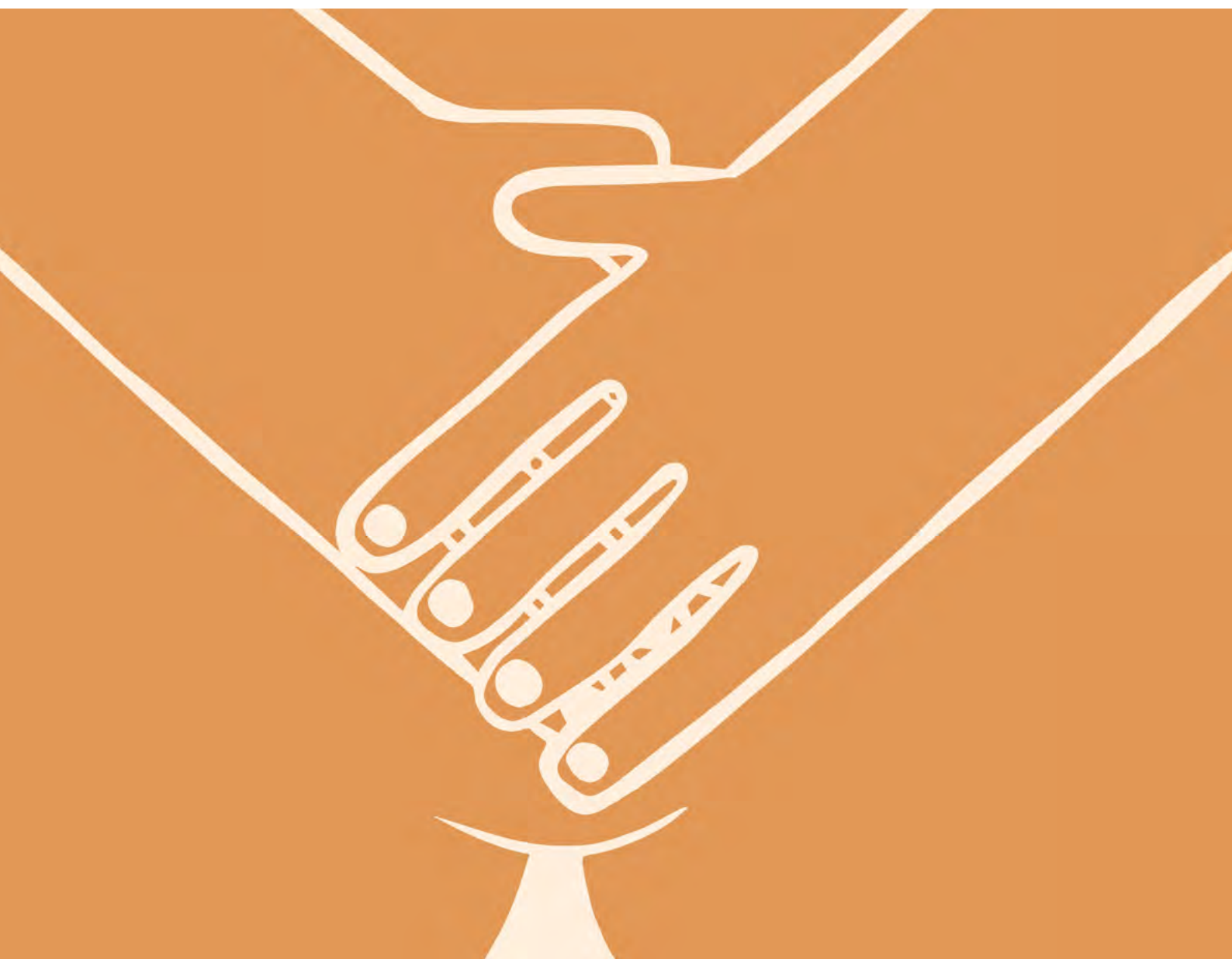
Meer informatie vindt u op de website van de [Orde der Artsen](#)  of in de brochure ['Verontrustende situaties melden aan het parket'](#)  van het Family Justice Center Limburg.

Mocht u bij de begeleiding van een slachtoffer toch vragen hebben rond het juridisch, gerechtelijk of politieel kader, kan u hiervoor in eerste instantie ook terecht bij het regionale Zorgcentrum of de lokale politie dienst zeden.

Sinds kort beschikt de Vlaamse huisartsenvereniging Domus Medica ook over juridische dienstverlening. Voor meer informatie en de tarieven kan u [hier](#)  terecht.

9

Ondersteuning voor familie en naasten



9. Ondersteuning voor familie en naasten

Kernboodschap:

De volgende tips samen met de [gids voor steunfiguren van slachtoffers van seksueel geweld](#) ^① kan je als huisarts meegeven aan de steunfiguur:

1. Probeer het normale leven en de gewone gang van zaken verder aan te houden.
2. Ondersteun het slachtoffer bij het al dan niet indienen van een aangifte.
3. Spoor het slachtoffer aan om zo snel mogelijk naar de dokter of een Zorgcentrum na Seksueel Geweld te gaan.
4. Bied een onbevooroordeeld luisterend oor en blijf vooral luisteren.
5. Onthoud dat het slachtoffers geen schuld treft.
6. Stel het slachtoffer gerust dat er geen goede of slechte manier bestaat om te reageren.
7. Probeer het slachtoffer te doen praten, maar zonder enige druk te zetten.
8. Laat het slachtoffer weten dat er geen tijdslimiet bestaat om geweld te verwerken.
9. Sta als vertrouwenspersoon aan de zijlijn en laat het slachtoffer beslissen over zijn/haar eigen welzijn.
10. Zorg ook voor jezelf en zoek eventueel hulp bij een therapeut, psycholoog of hulpgroep.

Raadpleeg voor meer informatie en brochures ook de website seksueelgeweld.be ^①.

Steunfiguren zoals familie, partners, vrienden kunnen zelf altijd mailen of bellen naar het Zorgcentrum voor tips of ondersteuning.

Indien de 'Zorgcentrum'-psycholoog samen met het slachtoffer beslist dat het heilzaam zou zijn om een therapie op te starten, dan kan het gebeuren dat men als steunfiguur hier bij betrokken wordt. Ook kan men dan uitleg krijgen over welke therapie gestart wordt.

Op elk Zorgcentrum worden ook op geregelde tijdstippen informatiesessies gegeven over hoe men als partner, ouder, kind familielid of vriend(in) van een slachtoffer kan omgaan met een slachtoffer van seksueel geweld. Om te weten wanneer deze infosessies doorgaan of om zich in te schrijven voor de infosessie, kan men rechtstreeks het Zorgcentrum contacteren.

^① AANKLIKBARE LINK

De volgende tips samen met de gids voor steunfiguren van slachtoffers van seksueel geweld kan je als huisarts meegeven aan de steunfiguur:

1. WEES 'NORMAAL'

Een slachtoffer heeft het meest nood aan het herstel van het "normale leven". Als vriend of familielid help je dan ook het meest door op dezelfde manier met hem/haar om te gaan zoals je dat normaal gezien doet. Ga je niet 'anders' gedragen. Je mag uiteraard troosten en een luisterend oor bieden, maar probeer tegelijkertijd de gewone gang van zaken verder aan te houden. De normale dagstructuur biedt het slachtoffer het meeste houvast en zorgt voor afleiding. Stimuleer het slachtoffer om zijn/haar werk of opleiding te hervatten.

2. AANGIFTE DOEN

Aangifte doen kan helpen in het verwerkingsproces. Het is belangrijk om het slachtoffer te ondersteunen in elke stap die zij of hij zelf wil zetten.

3. NAAR DE DOKTER GAAN

Bij een verkrachting of aanranding is het belangrijk dat je als steunfiguur het slachtoffer aanspoort zo snel mogelijk naar de dokter te gaan, indien dit nog niet is gebeurd. Voor de opsporing van eventuele seksueel overdraagbare aandoeningen, zwangerschap of de verzorging van opgelopen letsels is medisch onderzoek aangewezen. In Antwerpen, Leuven, Roeselare, Gent, Brussel, Charleroi en Luik kunnen slachtoffers en hun steunfiguren alle medische, forensische en psychologische hulp op één plek vinden in het Zorgcentrum na Seksueel Geweld.

4. LUISTEREN, LUISTEREN EN NOG EENS LUISTEREN

De hoofdtak als vriend of familielid bestaat uit luisteren. Hoewel veel slachtoffers ervoor kiezen om het feit te verzwijgen, hebben anderen precies de behoefte om de feiten te herhalen, opnieuw en opnieuw. Bied een onbevooroordeeld luisterend oor en blij vooral luisteren.

Als vriend of familielid kan je erg kwaad zijn op de pleger, terwijl het slachtoffer dat vaak (nog) niet is. Ventileer je woede bij anderen en niet bij het slachtoffer. Blijf polsen naar hoe hij/zij zich voelt zonder jouw emoties op te dringen.

Als partner laat je zelf elk initiatief tot seksueel contact achterwege en geeft aan dat er niets zal gebeuren op dat vlak, tot hij/zij aangeeft dit zelf te willen.

5. HET IS NIET DE SCHULD VAN HET SLACHTOFFER

Het slachtoffer zal zoeken naar zaken die hij/zij had kunnen doen om de geweldpleging te vermijden, en zal een deel van de schuld bij zichzelf leggen. Vermijd victimblaming, stel geen vragen als "maar waarom liep je daar?", "waarom had je die kleren aan?", "waarom heb je niet gereageerd?". Ook jij mag niet vergeten dat het slachtoffer geen schuld treft. Hamer erop dat enkel en alleen de pleger alle schuld treft. Vertel het slachtoffer dat jouw deur steeds open staat en dat niemand er om "vraagt" om aangerand of verkracht te worden.

6. ER IS GEEN JUISTE OF FOUTE REACTIE

Een slachtoffer bevindt zich na de geweldpleging in een orkaan van emoties. Neerslachtigheid, schuld, schaamte, woede, ... alle gevoelens kunnen voorkomen. Stel het slachtoffer gerust dat er geen goede of slechte manier bestaat om te reageren. Gevoelens mogen/kunnen verwarrend en zelfs tegenstrijdig zijn.

7. PRATEN WERKT

De meeste slachtoffers houden de geweldservaring liever voor zich. Door het te verzwijgen kan niemand ze anders bekijken en kunnen zij niet als slachtoffer worden bestempeld. Vaak verzwijgen zij de misdaad in de hoop dat het vanzelf zal verdwijnen. Ook speelt er dikwijls de angst mee om niet geloofd te worden, de angst voor de pleger of de angst om naasten verdriet aan te doen. De pleger is immers vaak een bekende. Ook is er dat enorme schuldgevoel. Slachtoffers voelen zich vaak, onterecht, geheel of gedeeltelijk schuldig over wat er gebeurd is en vrezen dat ook anderen er zo over zullen oordelen, waardoor ze blijven zwijgen.

Maar het probleem verzwijgen kan het alleen maar erger maken. Probeer het slachtoffer daarom te doen praten, maar zonder enige druk te zetten. Laat duidelijk weten dat je een vertrouwenspersoon bent en dat je er altijd bent voor hem/haar. Vaak zit je als partner, ouder of kennis ook met veel vragen, ook jij kan terecht bij de hulporganisaties met uw vragen of met verzoek tot hulp.

8. GEEN TIJDSHEMA

Het slachtoffer kan zich zelfs lange tijd na de gebeurtenis nog altijd schuldig voelen. De typische vraag: “Wat als ik dit of dat had gedaan?”, kan hem/haar enorm lang achtervolgen. Laat het slachtoffer weten dat er geen tijdslimiet bestaat om geweld te verwerken en dat hij/zij zo veel tijd moet nemen als nodig. In twee derde van de gevallen heeft geweld immers een blijvende impact op de (geestelijke) gezondheid van slachtoffers.

9. HET SLACHTOFFER BESLIST

Tijdens het lange verwerkingsproces sta je als vertrouwenspersoon aan de zijlijn en houd je niet het heft in handen. Het is aan het slachtoffer om rustig aan dingen te doen die zijn/haar zelfvertrouwen weer versterken (aanzwengelen). Als vriend kan je hem/haar aansporen, maar het is het slachtoffer dat beslist. Vermijd ook overbescherming. Hoewel je de natuurlijke behoefte voelt om het slachtoffer figuurlijk bij de hand te houden, is dat niet het meest aangewezen. Slachtoffers willen zich geen slachtoffer voelen.

10. ZORG OOK VOOR JEZELF

Een geweldpleging zorgt niet alleen voor emotionele schade bij het slachtoffer. Vrienden en familieleden kunnen al even geschokt zijn. Dat is perfect normaal. Heb je zelf moeite met je gevoelens, voel je niet beschaamd om hulp te zoeken bij een therapeut, een psycholoog of een hulpgroep.

WAT MAG IK ZEGGEN, WAT ZEG IK BETER NIET?

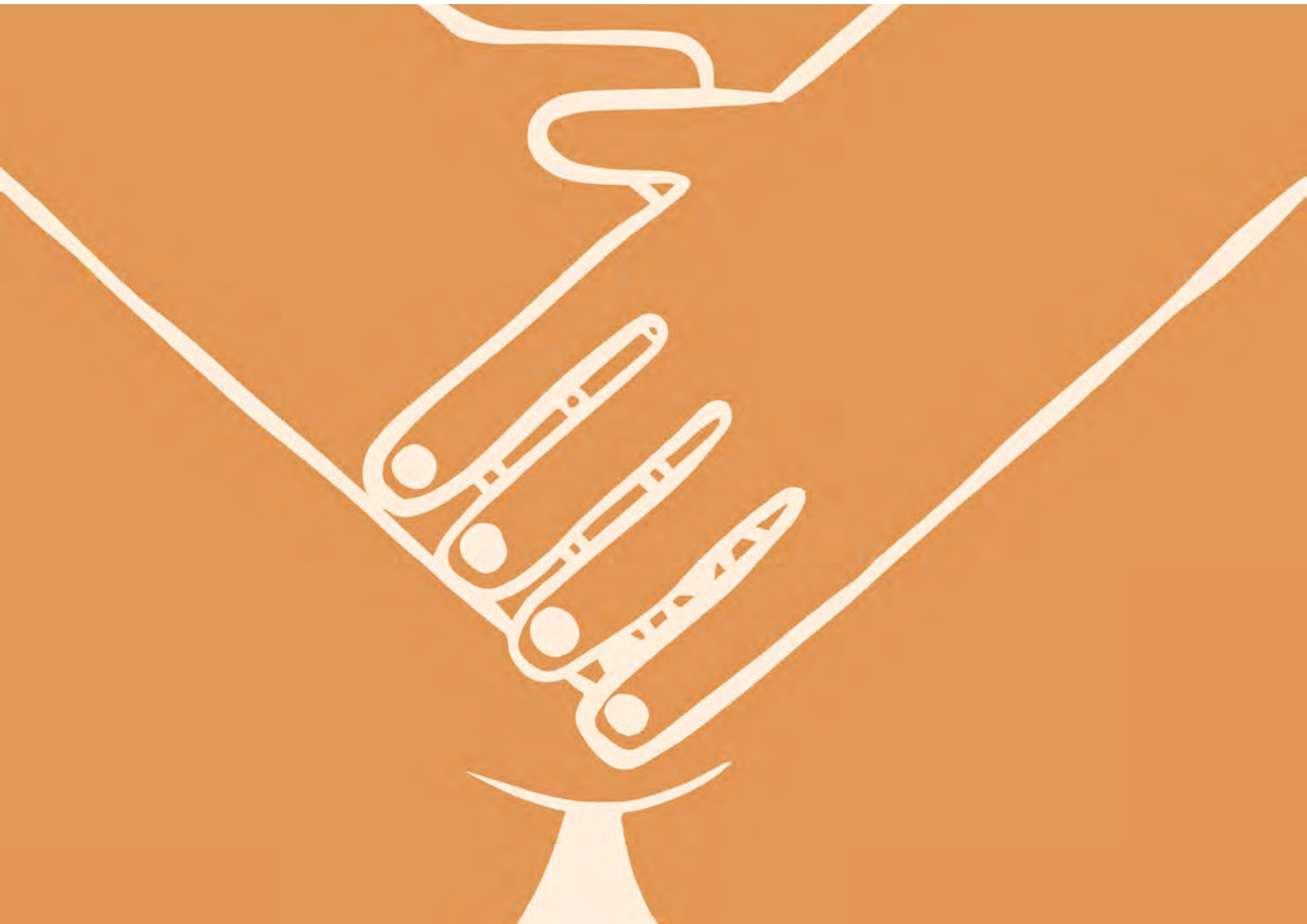
Praten met een slachtoffer is niet evident, hoe hecht je ook bent met die persoon.
Een paar tips:

1. De basisregel geldt: Behandel het slachtoffer zoals jij zelf wil behandeld worden als je problemen hebt.
2. Zoek een rustige omgeving om te praten.
3. Als het slachtoffer het moeilijk heeft om zich uit te drukken, gun hem/haar dan de tijd om rustig alles op een rijtje te zetten en emoties te uiten.
4. Wees zo discreet mogelijk.
5. Probeer je in te leven en de dingen te zien vanuit het perspectief van het slachtoffer. Onderbreek het slachtoffer niet tijdens zijn/haar verhaal.
6. Geef het slachtoffer nooit de indruk dat het geweld door hem/haar had kunnen vermeden worden. Spreek ook tegen als het slachtoffer zichzelf beschuldigt.

Bovenstaande informatie en nog bijkomende inlichtingen en documenten zijn terug te vinden op de website van seksueelgeweld.be ①.

ANKE VANDENBERGHE
ELIZAVETA FOMENKO
PROF. DR. INES KEYGNAERT

Informatie Zorgcentra na Seksueel Geweld



1. Informatie zorgcentrum na Seksueel Geweld

 AANKLIKBARE LINK

Nuttige adressen, telefoonnummers en weblinks

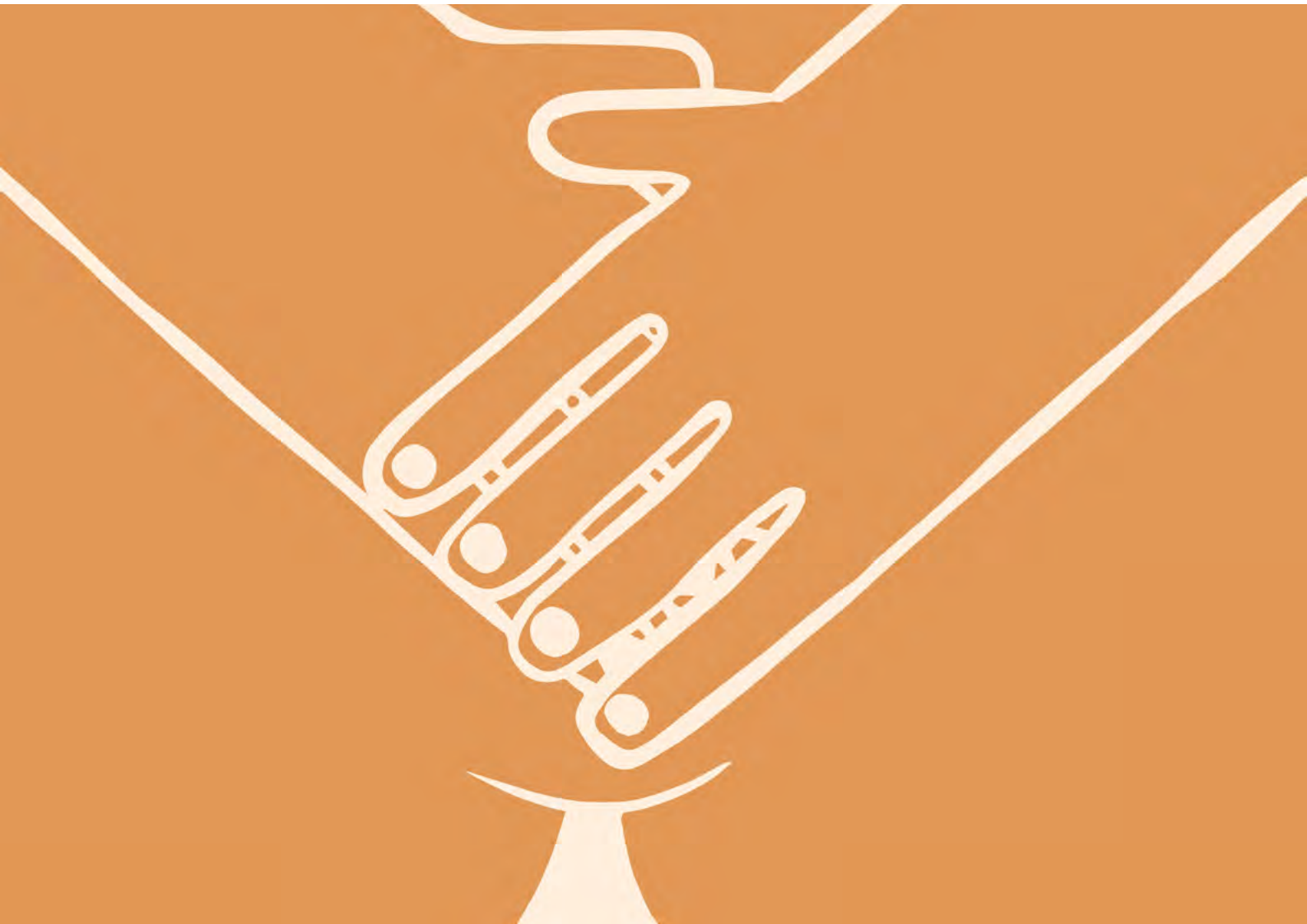
1. Zorgcentrum na Seksueel Geweld

Een Zorgcentrum na Seksueel Geweld is een multidisciplinair centrum waar in afspraak met parket en politie alle slachtoffers van seksueel geweld naar toe worden gestuurd. In zo'n Zorgcentrum na Seksueel Geweld krijgt een slachtoffer zowel medisch, forensische als psychosociale zorg aangeboden. Meer info over de Zorgcentra en seksueel geweld in het algemeen vind je op: seksueelgeweld.be .

- › **Zorgcentrum na Seksueel Geweld Antwerpen:** 03/436 80 50, zsg@uza.be, bereikbaar via Zorghotel Drie Eiken (+0), UZA-campus, Drie Eikenstraat 655, 2650 Edegem
- › **Zorgcentrum na Seksueel Geweld Oost-Vlaanderen (Gent):** 09/332.80.80, zsg@uzgent.be, bereikbaar via Ingang 47 op het UZ Gent, C. Heymanslaan 10, 9000 Gent, tram 4 (eindhalte UZ), bus 5 (halte UZ)
- › **Zorgcentrum na Seksueel Geweld West-Vlaanderen (Roeselare):** 051 23 80 80, zsg@azdelta.be, AZ Delta, campus Rumbeke, Ingang Oost, Deltalaan 1, 8800 Roeselare
- › **Zorgcentrum na Seksueel Geweld Brussel/ Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles Bruxelles:** 02/535.45.42, CPVS@stpierre-bru.be, bereikbaar via Rue Haute 320, 1000 Brussel, Métro 2 et 6: station Porte de Hal, Pré- métro: 3 - 4 - 51 arrêt Porte de Hal, Bus: 27,48 arrêt Saint-Pierre/Porte de Hal, Bus De Lijn et TEC: Saint-Gilles (Porte de Hal/Blaes)
- › **Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles Charleroi :** 071 92 41 00, cpvs@chu-charleroi.be, 100, Chaussée de Bruxelles, 6042 Lodelinsart; Metro : Marie Curie, Bus : 50 en 172
- › **Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles Liège :** 04/367.93.11, cpvs@chuliege.be, bereikbaar via de spoeddienst van CHU Liège, Urgences des Bruyères, Rue de Gaillarmont 600, à 4032 Chênée 4000 Liège

ANKE VANDENBERGHE
ELIZAVETA FOMENKO
PROF. DR. INES KEYGNAERT

Sporenbewarend handelen



Sporenbewarend handelen



Tijdig



Niet wassen



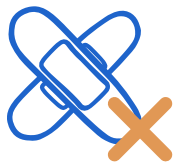
Niet drinken



Niet plassen



Vermijd fysiek
contact



Wacht met
wondzorg



Hou kledij aan



Hou maandverband,
lakens etc. bij

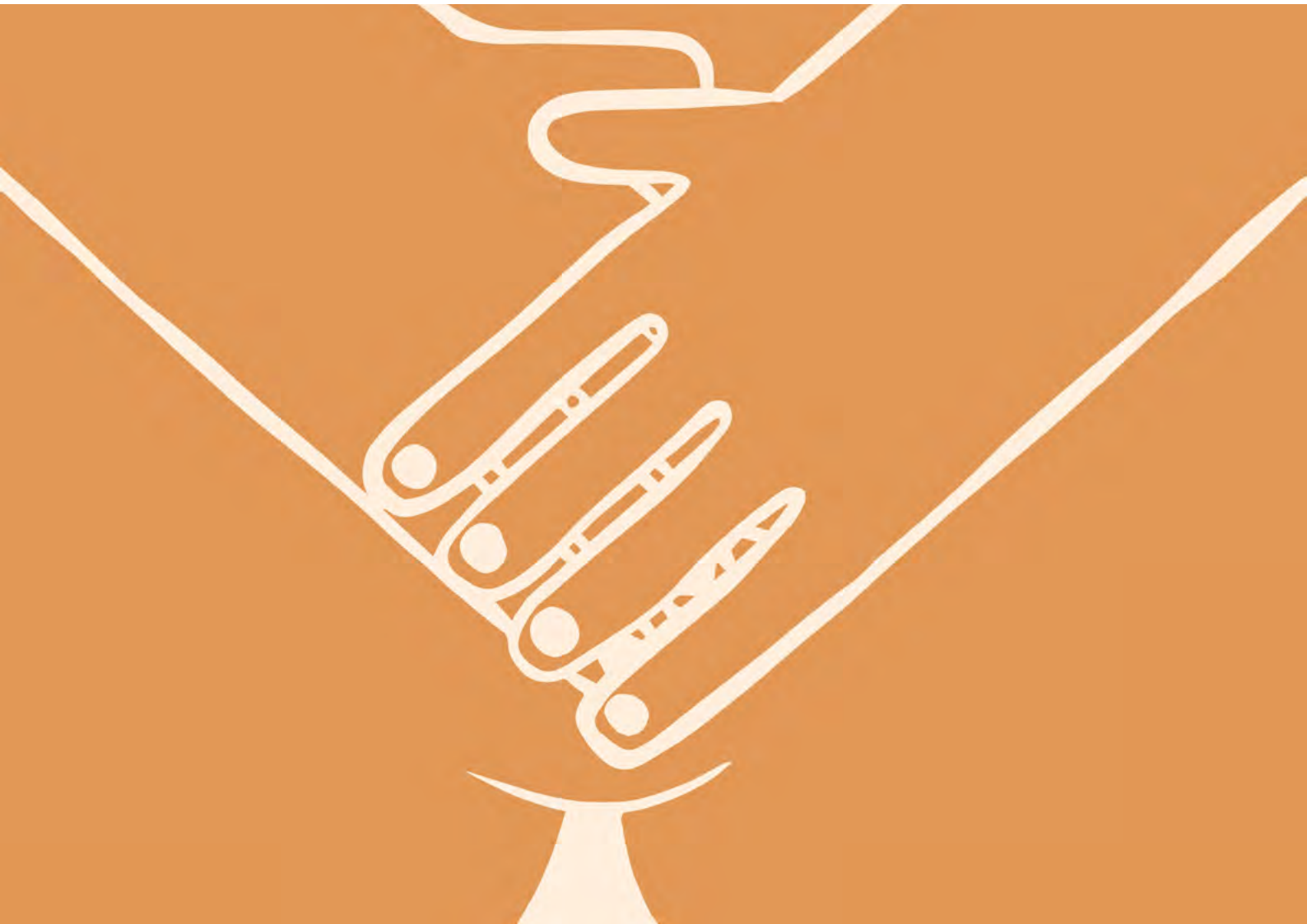


Belangrijke tips voor steunfiguren om te helpen sporen te bewaren

- › kom onmiddellijk naar een ZSG. weet dat na 72 uur er nog weinig tot geen sporen meer overblijven voor het forensisch onderzoek.
- › laat het slachtoffer zich niet wassen of douchen, ookal is dit het eerste wat hij/zij zou willen doen.
- › laat het slachtoffer niet drinken of de mond te speoeln als er oraal contact is geweest.
- › probeer het slachtoffer niet te laten plassen en indien wel, probeer het op te vangen in een potje en breng het mee naar het Zorgcentrum
- › vermijd fysiek contact met andere mensen.
- › laat het slachtoffer de kleren van tijdens het seksueel geweld aanhouden of stop ze in papieren zakken en breng ze meer naar het zsg. niet in plastic zakken!
- › breng eventueel de lakens waarop mogelijke sporen (vb sperma) van de pleger te vinden zijn, mee en stop die dan ook in een papieren zak.
- › breng, als het slachtoffer zich na het seksueel geweld heeft afgewreven met papier of iets anders, of een maandverband in de slip heeft gelegd, dit mee in een papieren zak.
- › neem indien mogelijk verse kleren en schoenen mee: na het forensisch onderzoek kan het slachtoffer zich op het Zorgcentrum douchen en verse kledij aantrekken. (in geval van nood kan op het Zorgcentrum vervangkledij voorzien worden of kan er nog iemand kledij nabrengen.)

ANKE VANDENBERGHE
ELIZAVETA FOMENKO
PROF. DR. INES KEYGNAERT

Aanvullende medische zorg



Aanvullende medische zorg na seksueel geweld



FACULTEIT GENEESKUNDE EN
GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN



1

Uitstrijkjes op plaats van penetratie (vaginaal/oraal/anaal)

- › Chlamydia Trachomatis
- › Neisseria Gonorrhoeae
- › Trichomonas Vaginalis
- › Herpes Genitalis

2

Bloedafname

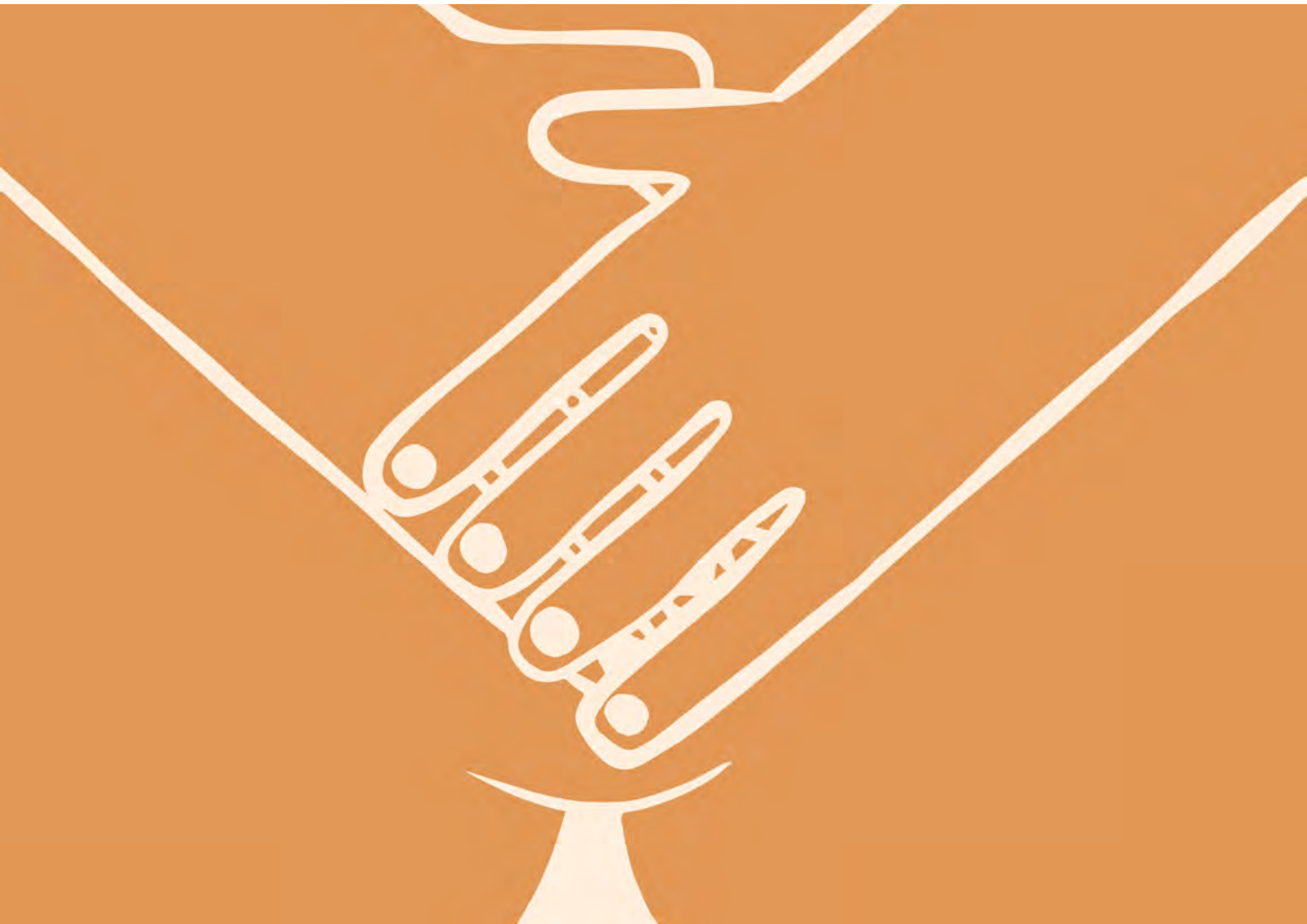
- › Hematologie, nier- en leverfunctie
- › Hiv-serologie
- › Hbs Ag (indien niet gevaccineerd), anti-HBs en anti-HBc
- › Syfilis
- › Hepatitis C

3

Zwangerschapstest (urinair)

ANKE VANDENBERGHE
ELIZAVETA FOMENKO
PROF. DR. INES KEYGNAERT

Preventie behandelingen



Medische zorg Preventie behandelingen

- 1 Ceftriaxone 500 mg I.M.
- 2 Azithromycine 1g per os (ook bij SG >72u)
- 3 Metronidazole of Tinidazole 2g per os (ook bij SG >72u)
- 4 Morning after pill (tot 5 dagen na SG)
- 5 Tetanusvaccinatie indien nodig
- 6 Overweeg HPV vaccinatie Gardasil 9
- 7 Overweeg Hep B vaccinatie
- 8 Hiv-preventie binnen de 72u na SG

Anaal receptief: Aanbevolen

Vaginaal receptief: Te overwegen*

Oraal receptief met ejaculatie: Niet aanbevolen tenzij**

Oraal receptief zonder ejaculatie: Niet aanbevolen tenzij**

Anaal en vaginaal insertief: Niet van toepassing

Oraal insertief: Af te raden

*tenzij SG langer dan 72u geleden plaats vond of indien pleger hiv-negatief is.

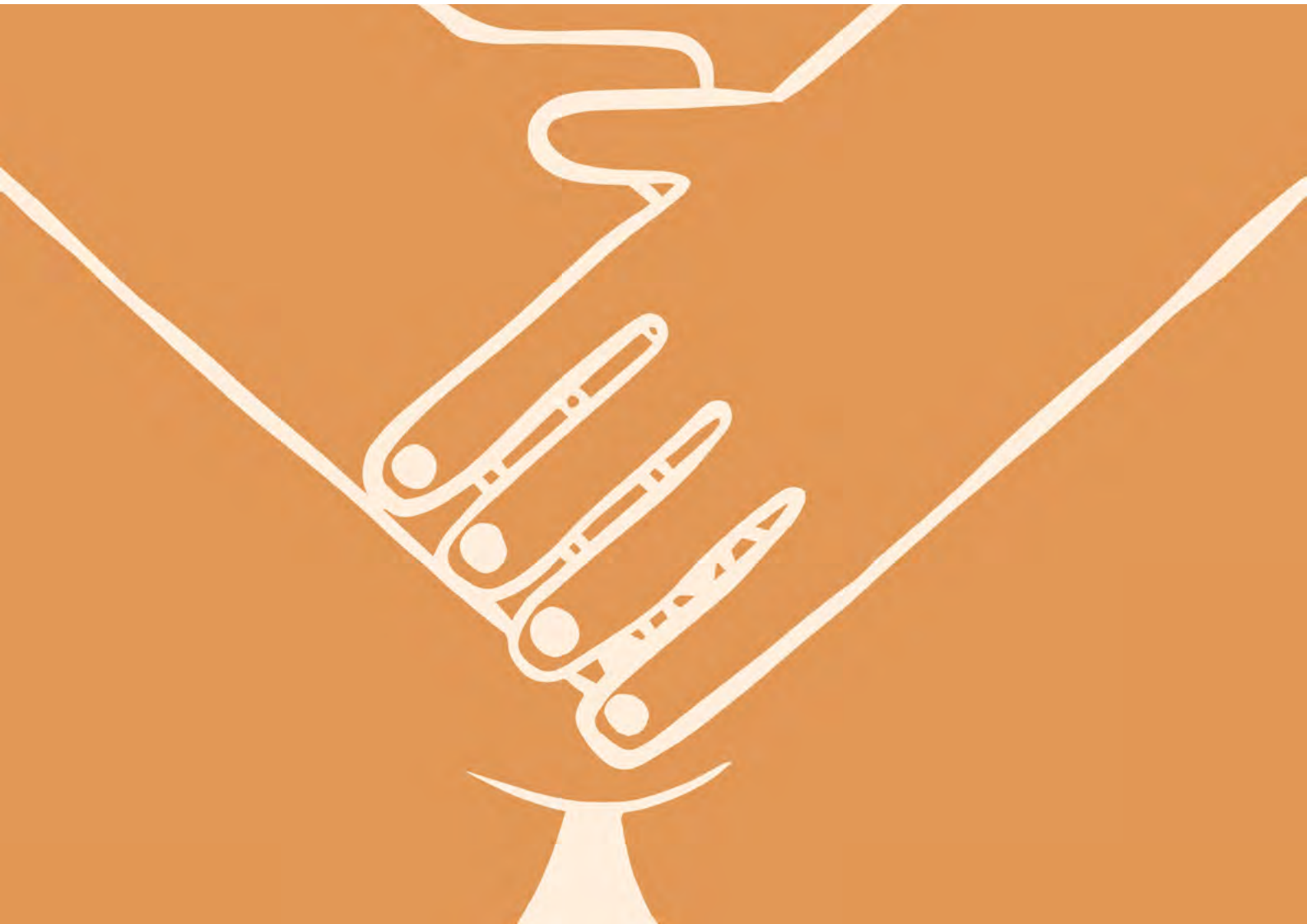
**hoge hiv virale lading, traumatisme

WAAKZAAMHEID VOOR VERANDERINGEN IN
MEDICAMENTEUS BELEID

SLACHTOFFER INLICHTEN WELKE
BEHANDELINGEN BETALEND ZIJN

ANKE VANDENBERGHE
ELIZAVETA FOMENKO
PROF. DR. INES KEYGNAERT

Primary care **PTSD** Screen for DSM-5



Primary Care PTSD Screen for DSM-5 - Nederlands

1. Heb je ooit een of meerdere van de onderstaande gebeurtenissen meegemaakt?
(Je mag meerdere antwoorden aanduiden.)

- ☐ Een ernstig ongeval of brand
- ☐ Psychologisch, fysiek of seksueel geweld
- ☐ Een aardbeving of overstrooming
- ☐ Een oorlog
- ☐ Zien hoe iemand wordt gedood of zwaargewond raakt
- ☐ Iemand die je nabij is verliezen door moord of zelfmoord
- ☐ Geen van bovenstaande [Skip 2]

2. Naar aanleiding van deze gebeurtenis(sen), heb je in de afgelopen maand ...

	Ja	Nee
nachtmerries gehad over de gebeurtenis(sen), of aan deze gebeurtenis(sen) gedacht terwijl je dat niet wou?	☐	☐
hard geprobeerd om niet te denken aan de gebeurtenissen, of erg je best gedaan om situaties te vermijden die je aan de gebeurtenis(sen) doen denken?	☐	☐
het gevoel gehad dat je voortdurend op je hoede, waakzaam of schrikachtig was?	☐	☐
je verdoofd gevoeld, of afstand gevoeld tot mensen, activiteiten of jouw omgeving?	☐	☐
je schuldig gevoeld of niet kunnen ophouden met jezelf of anderen de schuld te geven voor de gebeurtenissen of de gevolgen daarvan?	☐	☐

Beoordeling

Indien [1] met 'ja' wordt beantwoord én onder [2] worden 3 of meer vragen met 'ja' beantwoord: PTSS waarschijnlijk en nadere diagnostiek geadviseerd.

Referenties en copyright

Nederlandse vertaling: Bakker A, van der Meer C, Olff M. Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PCPTSD-5). 2014, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam.

Originele versie: Prins A, Bovin MJ, Smolenski DJ, Marx BP, Kimerling R, Jenkins-Guarnieri MA, Kaloupek DG, Schnurr PP, Kaiser AP, Leyva YE, Tiet QQ. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PCPTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample. J Gen Intern Med. 2016 Oct;31(10)

Primary Care PTSD Screen for DSM-5 - Français

1. Avez-vous vécu un ou plusieurs de ces événements suivants ?
(Vous pouvez cocher plusieurs cases.)

- ☐ Un accident ou un incendie grave
- ☐ Violence psychologique, physique ou sexuelle
- ☐ Un tremblement de terre ou une inondation
- ☐ Une guerre
- ☐ Avoir vu quelqu'un se faire tuer ou être grièvement blessé
- ☐ Un homicide ou le suicide d'un proche
- ☐ Aucune de ces réponses [Skip 2]

2. Concernant les événements que vous avez vécus, au cours du dernier mois,...

	Oui	Non
Avez-vous fait des cauchemars à propos de ces événements ou pensé à ces événements alors que vous ne le souhaitiez pas ?	☐	☐
Avez-vous fait de votre mieux pour ne pas penser à ces événements ou vous êtes-vous forcé d'éviter les situations qui vous rappelaient l'événement ?	☐	☐
Avez-vous été en état de super-alerte ou de vigilance ou sur vos gardes ?	☐	☐
vous êtes-vous senti.e détaché.e des gens, des activités ou de votre entourage ?	☐	☐
vous êtes-vous senti.e détaché.e des gens, des activités ou de votre entourage ?	☐	☐

Evaluation

Si question [1] est répondue par 'oui' et trois questions ou plus de [2] sont répondues par 'oui': Le SSPT est probable et d'autres diagnostics sont conseillés

Reference

Version originale: Prins A, Bovin MJ, Smolenski DJ, Marx BP, Kimerling R, Jenkins-Guarnieri MA, Kaloupek DG, Schnurr PP, Kaiser AP, Leyva YE, Tiet QQ. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PCPTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample. J Gen Intern Med. 2016 Oct;31(10)

Primary Care PTSD Screen for DSM-5 - English

1. Have you ever experienced one or several of the following events?
(You may indicate multiple answers.)

- ☐ A serious accident or fire
- ☐ Psychological, physical, or sexual violence
- ☐ An earthquake or flood
- ☐ A war
- ☐ Seeing someone be killed or seriously injured
- ☐ Having a loved one die through homicide or suicide
- ☐ None of the above [Skip 2]

2. Related to these event(s), have you in the past month ...

	Yes	No
had nightmares about the event(s) or thought about these event(s) when you did not want to	☐	☐
tried hard not to think about these event(s) in your life or went out of your way to avoid situations that reminded you of these event(s)	☐	☐
been constantly on guard, watchful, or easily startled	☐	☐
felt numb or detached from people, activities or your surroundings	☐	☐
felt guilty or unable to stop blaming yourself or others for these event(s) in your life or any problems these event(s) may have caused	☐	☐

Evaluation

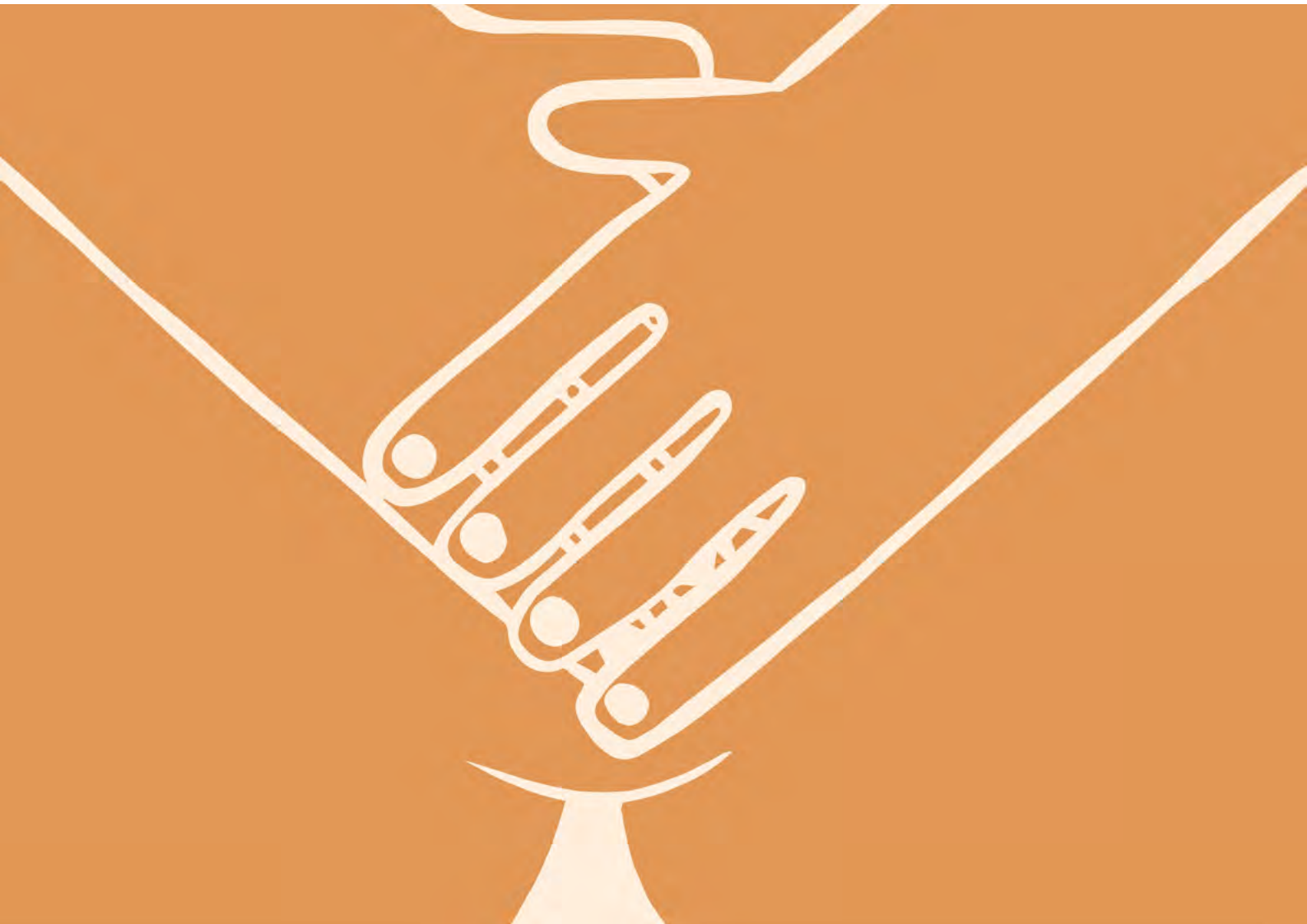
If [1] is answered with 'yes' and 3 or more items of [2] are answered with 'yes': PTSD is likely and further assessment to confirm a diagnosis of PTSD is needed.

Reference

Prins A, Bovin MJ, Smolenski DJ, Marx BP, Kimerling R, Jenkins-Guarnieri MA, Kaloupek DG, Schnurr PP, Kaiser AP, Leyva YE, Tiet QQ. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample. J Gen Intern Med. 2016 Oct;31(10)

ANKE VANDENBERGHE
ELIZAVETA FOMENKO
PROF. DR. INES KEYGNAERT

Attest vaststellen van **verwondingen** na geweldservaring



Attest vaststellen van verwondingen na geweldservaring

Het attest wordt opgemaakt op vraag van de patiënt en aan haar/hem meegegeven. Een kopij dient te worden bewaard in het medisch dossier.

Ik ondergetekende
bevestig op _____,
Mevrouw / Meneer _____.
geboren op _____.
en wonend _____ te hebben onderzocht.

De patiënt verklaart:

.....

.....

.....

Haar/zijn huidige klachten zijn:

.....

.....

.....

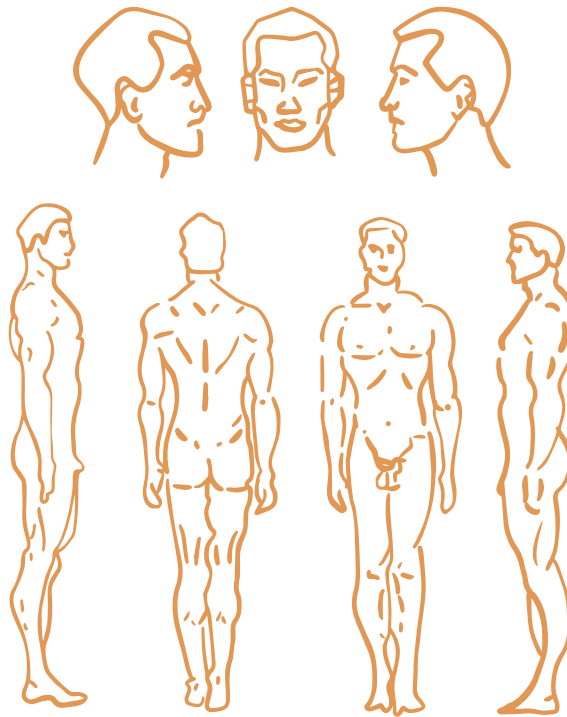
Psychische toestand op het moment van het onderzoek:

.....

.....

.....

Vastgestelde letsels: (foto of schematische voorstelling bijvoegen indien mogelijk):



1.

.....

2.

.....

3.

.....

4.

.....

5.

.....

6.

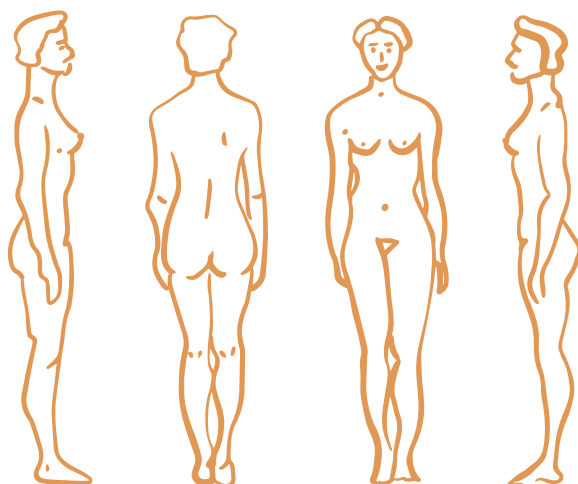
.....

7.

.....

8.

.....



1.

.....

2.

.....

3.

.....

4.

.....

5.

.....

6.

.....

7.

.....

8.

.....

Uitgevoerde aanvullende onderzoeken:

.....

.....

.....

Therapeutische houding:

.....

.....

.....

Zijn de letsels in overeenstemming met de verklaringen van de patiënt?

.....

.....

.....

Voorgestelde opvolging:

.....

.....

.....

Ten gevolge een trauma, voorzie ik dat de patiënt onmogelijk een normaal leven zal kunnen leiden

van _____ tot _____ .

In samenspraak met de patiënt, schreef ik een werkonbekwaamheid voor

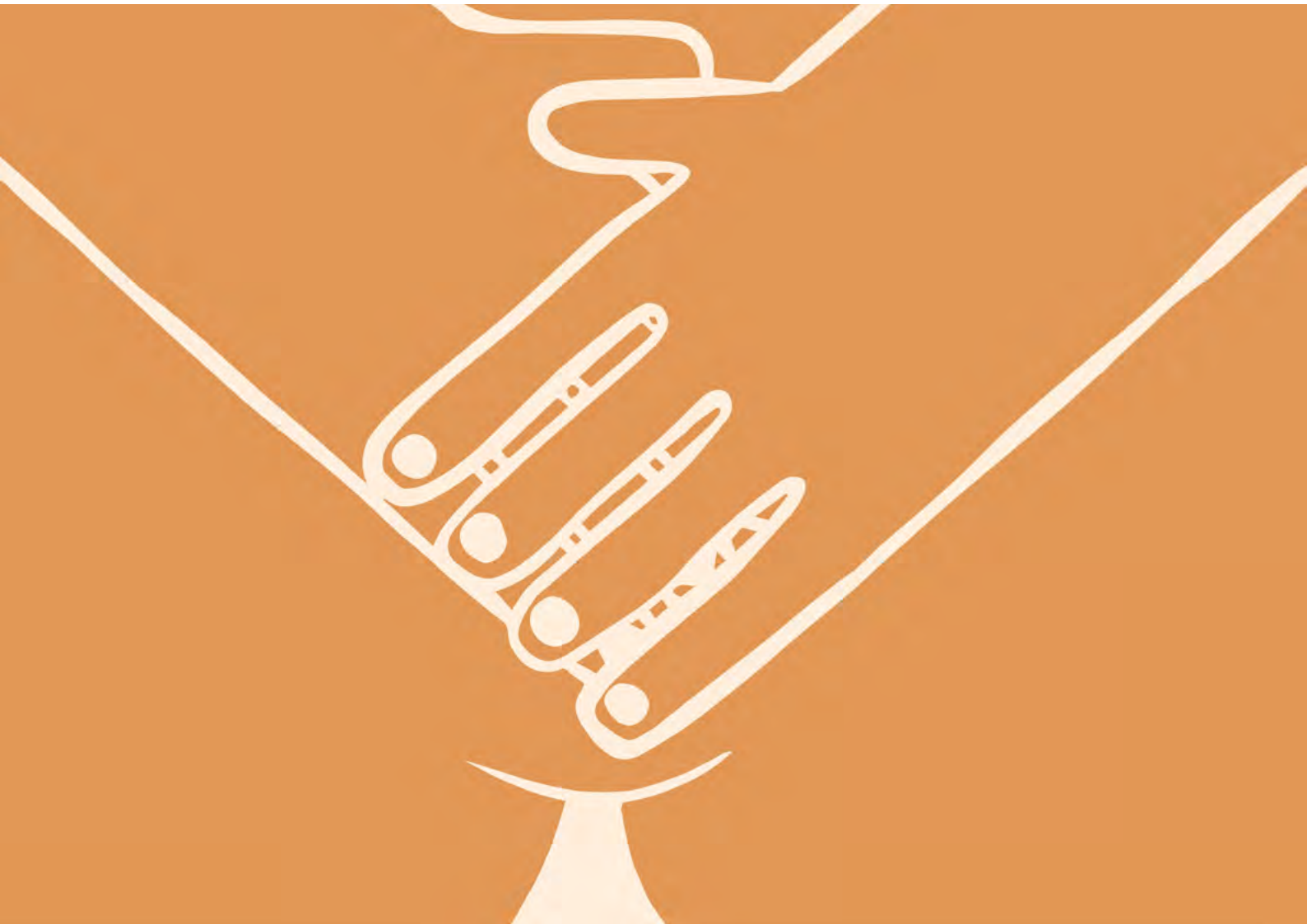
van _____ tot _____ .

De vaststellingen werden aan de patiënt overhandigd op haar/zijn vraag of die van haar/zijn wettelijke vertegenwoordiger. Attest opgemaakt onder voorbehoud van verdere complicaties.

DATUM, HANDTEKENING

ANKE VANDENBERGHE
ELIZAVETA FOMENKO
PROF. DR. INES KEYGNAERT

Samenvattende fiches



Aanvullende onderzoeken (afhankelijk van tijdstip van aanmelding):

Volwassenen (>15 jaar)

1. **Uitstrijkjes** op plaats van penetratie indien plaats penetratie gekend (anders breed screenen op alle mogelijke contactplaatsen zijnde anaal, oraal, vaginaal en/of urinestaal) en ongeacht het condoomgebruik:
 - › **PCR *Neisseria gonorrhoeae*/Chlamydia trachomatis**:
 - Wanneer het slachtoffer zeker is op welke plaats er contact was, ongeacht condoomgebruik: enkel screenen op de plaatsen van contact (eerste urinestraal, uitstrijkje keel, vaginaal en anaal).
 - Wanneer er twijfel bestaat, bij onduidelijk verhaal of amnesie: breed screenen op 3 contactplaatsen (oraal, vaginaal/urethraal, anaal).
 - Vragen of het slachtoffer receptieve orale, vaginale of anale seks in het afgelopen jaar heeft gehad. Indien wel, en ongeacht het type contact bij seksueel geweld: PCR op de plaatsen van contact.
 - Overweeg bij anale penetratie en aanhoudende klachten een anoscopie.
 - Follow-up: Na 2 weken opnieuw testen indien negatief op Do of indien er nog geen preventieve behandeling met antibiotica werd opgestart.
 - › **Trichomonas vaginalis**: vrouwelijke slachtoffers screenen op urine of vaginaal op Do, ongeacht condoomgebruik maar geen standaard preventieve profylaxe, enkel behandelen indien positief testresultaat. Na twee weken opnieuw testen indien negatief op Do en er nog geen behandeling werd opgestart.
 - › **Herpes genitalis**: testen in geval van ulcer/lletsels.
Vraag advies van een gynaecoloog bij twijfel.
2. Bloedafname
 - › **Hiv-serologie**
 - › **Syfilis**
 - › **Hepatitis B** (HBsAg, anti-HBs, anti-HBc): enkel indien slachtoffer niet gevaccineerd is of vaccinatiestatus niet duidelijk of onbekend is
 - › **Hepatitis-C**
 - › **Hepatitis A-IgG**: Bij anaal/oraal contact en standaard in geval seksueel contact tussen twee mannen.
 - › **Hemoglobine, creatinine, transaminase** op bloed alsook **glucose en eiwit in urine**: Indien **PEP** -medicatie, zoals Stribild® wordt opgestart. Controle in functie van het type toegediend antiretroviraal. Bij aanmelding langer dan 72u na de feiten bijgevolg niet meer uitvoeren.
3. Zwangerschapstest (urinair en/of bloed) bij geslachtsrijpe slachtoffers
4. Toxicologisch onderzoek en alcoholmeting bij vermoeden intoxicatie
5. Schematische voorstelling van ideaal tijdstip van afname van specifieke testen na de doorgemaakte seksuele geweldservaring:

	D0	Week 2	Maand 1	Week 6	Maand 3	Maand 6
Hiv	X7			X	X	
Syfilis	X7			X		
HCV	X7			X3	X3	X3
HBsAg	X7			X4	X4	
Anti-HBs	X7					
Anti-HBc	X7					
hCG	X7		X2			
PCR gono/Chlam	X7	X1 of 6				
PCR Trichomonas	X7	X1 of 6				
Hemoglobine	X7					
Transanimasen	X7			X 4 of 5	X3	
Creatinine	X7			X5		

1. indien niet uitgevoerd op Do of indien behandeling niet gegeven
2. indien risico op zwangerschap en noodcontraceptie niet gekregen op Do
3. indien "traumatisch" geslachtsverkeer (vaginaal verwond, anaal receptief)
4. indien patiënt niet beschermd op Do
5. indien toediening van PEP ? gedurende 28 dagen (in functie van type toegediend antiretroviraal middel)
6. opvolging kan verschoven worden naar maand 1 of week 6
7. enkel uit te voeren gelet op de voorwaarden zoals hierboven vermeld.

Minderjarige slachtoffers (<15 jaar)

1. Algemeen: vermijden van pijn en trauma!
2. Aanbevelingen voor het uitvoeren van testen bij minderjarige slachtoffers:
 - › Geen speculum bij prepubertale meisjes: uitstrijkjes afnemen in de vulva
 - › Zowel medische als forensische stalen nooit dieper dan het vestibulum afnemen
 - › Anamnese bij jonge kinderen mogelijks onbetrouwbaar. Indien er gekozen wordt voor het afnemen van aanvullend onderzoek dan wordt, ongeacht het verhaal, de PCR N. gonorrhoeae/C. trachomatis urogenitaal, faryngaal en rectaal afgenomen.

Preventieve behandelingen:

Volwassenen (>15 jaar)

Systematische toediening van de beschreven profylaxe moet bij patiënten, die op het moment van de feiten zwanger zijn, per geval bekeken worden.

? AANKLIKBARE DEFINITIE

Geef aan elk slachtoffer aan dat indien zij binnen de eerste maand na het seksueel geweld gewenst seksueel contact willen hebben, dit beschermd (met condoom) moet gebeuren.

1. **Post-Expositie Profylaxe voor HIV ? (PEP ?)** binnen de 72u na het seksueel geweld. Indicatiestelling volgens onderstaande tabel:

Aanbeveling bij seksueel geweld (behalve indien een condoom werd gebruikt of de pleger negatief is)	
Anaal receptief	Aanbevolen
Anaal insertief	Overleg met infectioloog
Vaginaal receptief	Te overwegen
Vaginaal insertief	Overleg met infectioloog
Oraal receptief met ejaculatie	Niet aanbevolen tenzij verhoogde virale lading hiv, of scheuren in de mucosale barrière (traumatisme)
Oraal receptief zonder ejaculatie	Niet aanbevolen tenzij verhoogde virale lading hiv, of scheuren in de mucosale barrière (vb traumatisme)
Oraal insertief	Niet aanbevolen
Cunnilingus ?	Niet van toepassing

- › Toedienen van profylaxe bij zwangere slachtoffers individueel bekijken
- › Bij een risico op hiv zijn beschermde gewenste seksuele contacten tot drie maanden na het seksueel geweld aanbevolen.
- › Slachtoffer inlichten over kostprijs behandelingen (±€800, bij de Zorgcentra is dit wel allemaal gratis)

Minderjarigen (<15 jaar)

Geef aan seksueel actieve slachtoffers aan dat indien zij binnen de eerste maand na het seksueel geweld gewenst seksueel contact willen hebben, dit beschermd (met condoom) moet gebeuren.

1. **Post-Exposure Profylaxe voor HIV** binnen de 72u na het seksueel geweld (indicatiestelling volgens onderstaande tabel)

Contacteer bij indicatie tot HIV-preventie of bij twijfel het regionale Zorgcentrum of hiv-referentiecentrum.

Let wel: HIV-preventie moet worden opgestart binnen de 72 uur na het seksueel geweld en indien uitgevoerd buiten een Zorgcentrum zijn de hoge kosten (± €800) volledig ten laste van de patiënt.

Pleger					
5	3	2	1	0	0
Gekende Hiv-diagnose	Een voor het slachtoffer onbekende pleger	Een gekende volwassene	Een gekende adolescent	Een gekend kind	Zorgen over gedrag zonder onthulling

Slachtoffer		
2	1	0
Herinnert zich de gebeurtenissen m.b.t. het geweld niet	Anamnese onmogelijk door ontwikkeling of pre-verbaal	In de mogelijkheid een anamnese af te nemen

Seksuele anamnese van slachtoffer					
5	4	0	0	0	0
Meldt voorgeschiedenis van penetratie, met mogelijk blootstelling van bloed, sperma, vaginale afscheiding of rectale afscheiding aan slijmvliesen of niet-intacte huid	Meldt geen voorgeschiedenis van penetratie, maar wel mogelijke blootstelling van bloed, sperma, vaginale afscheiding of rectale afscheiding aan slijmvliesen of niet-intacte huid	Meldt blootstelling van urine, nasale afscheiding, speeksel, zweet of scheuren aan de huid of slijmvliesen	Meldt blootstelling van bloed, sperma, vaginale afscheidingen of rectale afscheidingen aan intacte huid	Meldt contact dat niet resulteert in blootstelling aan lichaamsvloeistoffen	Ontkent seksueel contact

Klinisch onderzoek			
5	4	1	0
Acuut vaginaal of anaal trauma	Zichtbaar sperma of zichtbare andere afscheiding in de genitale zone	Zichtbaar sperma of zichtbare andere afscheiding op intacte huid	Geen zichtbare afscheiding of acuut letsel

Duidt per rij 1 item aan, of het item dat van toepassing is met de hoogste score. Tel de 4 cijfers op.

Score 0-2: Geen behandeling aanbevolen

Score 3-5: Overweeg behandelen

Score 6-17: Behandeling aanbevolen

Referenties

1. Keygnaert I, De Schrijver L, Cismaru Inescu A, Schapansky E, Nobels A, Hahaut B, et al. Understanding the Mechanisms, Nature, Magnitude and Impact of Sexual Violence in Belgium. Brussels: Belgian Science Policy Office; 2021.
2. Keygnaert I, Wuyts E, Fomenko E, Nobels A, De Schrijver L, Vandeviver C. Eindrapport Onderzoek naar Relaties, Stress en Agressie (RSA) in de eerste 12 maanden van COVID-19 in België. Gent: Universiteit Gent - ICRH - IRCP; 2021 30 juni 2021.
3. WHO. Strengthening the medico-legal response to sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2015.
4. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. Lancet. 2002;359(9313):1232-7.
5. De Munnynck K, De Houwer L, Bronselaer K, Hanssens M, Van de Voorde W. Medico-legal approach to sexual assault victims: The Belgian situation. Journal of Clinical Forensic Medicine. 2006;13:211-4.
6. Dens W. Verkrachting en aanranding van de eerbaarheid. Gent: Universiteit Gent; 2010.
7. Keygnaert I, Gilles C, Roelens K. Handleiding basisvorming over intrafamiliaal en seksueel geweld voor zorgverleners in Belgische ziekenhuizen. Gent: ICRH-Ugent in opdracht van de FOD Volksgezondheid; 2015.
8. Keygnaert I, Van Parys A, Verpoest B, Offermans A, Temmerman M. Aanpak van Intrafamiliaal Geweld in de Belgische Ziekenhuiscontext: vormingsacties voor zorgverleners in opdracht van de FOD Volksgezondheid. Eindrapport 2012. Ghent: FOD Volksgezondheid; 2012. 
9. Abuse and violence: Working with our patients in general practice (4th edition). Melbourne: Royal Australian College of General Practitioners; 2014.
10. Frans E, Keygnaert I. Make it Work! Prevention of SGBV in the European Reception and Asylum Sector. Ghent; 2009.
11. De Schrijver L, Vander Beken T, Krahe B, Keygnaert I. Prevalence of Sexual Violence in Migrants, Applicants for International Protection, and Refugees in Europe: A Critical Interpretive Synthesis of the Evidence. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(9).
12. Buysse A, Enzlin P, Lievens J, T'Sjoen G, Van Houtte M, Vermeersch H, et al. Sexpert: basisgegevens van de survey naar seksuele gezondheid in Vlaanderen. Gent: Academia Press; 2013. 458 p.
13. Krahé B, Berger A, Vanwesenbeeck I, Bianchi G, Chliaoutakis J, Fernandez-Fuertes AA, et al. Prevalence and correlates of young people's sexual aggression perpetration and victimisation in 10 European countries: a multilevel analysis. Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care. 2015.
14. Schapansky E, Depraetere J, Keygnaert I, Vandeviver C. Prevalence and Associated Factors of Sexual Victimization: Findings from a National Representative Sample of Belgian Adults Aged 16-69. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(14).

15. Schapansky E, Depraetere J, Keygnaert I, Vandeviver C. Seksueel geweld in België : aard, omvang en risicofactoren van slachtofferschap van seksueel geweld in een nationaal representatieve bevolkingssteekproef. *Panopticon*. 2021;42(3).
16. Nobels A, Cismaru-Inescu A, Nisen L, Hahaut B, Beaulieu M, Lemmens G, et al. Sexual violence in older adults: a Belgian prevalence study. *BMC geriatrics*. 2021;21(1):601.
17. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
18. Hawkins AP. Sexual assault and rape. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*. 2012;22(7):199-204.
19. Keygnaert I, Wilson R, Dedoncker K, Bakker H, Van Petegem M, Wassie N, et al. Hidden Violence is a Silent Rape: Prevention of Sexual & Gender-Based Violence against Refugees & Asylum Seekers in Europe: a Participatory Approach Report. Gent: International Centre for Reproductive Health; 2008.
20. D'haese L, Dewaele A, Van Houtte M. Geweld tegenover holebi's - een online survey over ervaringen met holebigeweld in Vlaanderen en de nasleep ervan (tweede tussentijds rapport). Antwerpen: Steunpunt Gelijkekansenbeleid; 2014.
21. Motmans J, T'Sjoen G, Meier P. Geweldervaringen van transgender personen in België. Steunpunt Gelijkekansenbeleid; 2015.
22. Models of intervention for women who have been sexually assaulted in Europe: A review of the literature. [Internet]. Comparing Sexual Assault Interventions (COSAI) project. 2012 [cited 30 July 2016]. Available from: <http://www.cosai.eu/products/documents/literature-review.html> .
23. Elizaveta F, Lotte De S, Christophe V, Ines K. *Bmc Public Health*. 2022.
24. Mason F, Lodrick Z. Psychological consequences of sexual assault. Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology. 2013;27(1):27-37.
25. Keygnaert I, Van Melkebeke I. Zorg voor slachtoffers van seksueel geweld - Gids voor steunfiguren. Gent, België: ICRH-Universiteit Gent; 2018.
26. Jina R, Thomas LS. Health consequences of sexual violence against women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27(1):15-26.
27. MS S, Brown K, Buschur C, Everett J, Fargo J, Fisher B. Injuries from intimate partner and sexual violence: Significance and classification systems. *J Forensic Leg Med*. 2012;19:250-63.
28. Keefe A, Hage E. Vulnerable Women's Project - Good practice Guide: Assisting Refugee and Asylum Seeking Women affected by Rape or Sexual Violence. London: British Refugee Council; 2009.
29. Alempijevic D, Savic S, Pavlekic S, Jecmenica D. Severity of injuries among sexual assault victims. *J Forensic Leg Med*. 2007;14(5):266-9.
30. Hynes M, Lopes Cardozo B. Sexual violence against refugee women. *J Womens Health Gend Based Med*. 2000;9(8):819-23.

31. Norredam M, Crosby S, Munarriz R, Piwowarczyk L, Grodin M. Urologic complications of sexual trauma among male survivors of torture. *Urology*. 2005;65(1):28-32.
32. Tavara L. Sexual violence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2006;20(3):395-408.
33. Keygnaert I. Sexual Violence and Sexual Health in Refugees, Asylum Seekers and Undocumented Migrants in Europe and the European Neighbourhood: Determinants and Desirable Prevention [PhD]. Ghent: Ghent University; 2014.
34. Keygnaert I, Van der Gucht B, De Schrijver L, van Braeckel D, Roelens K. Holistische zorg voor slachtoffers van seksueel geweld. *Leerboek seksuologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2018.
35. Ullman S, Relyea M. Social Support, Coping, and Posttraumatic Stress Symptoms in Female Sexual Assault Survivors: A Longitudinal Analysis. *Journal of Traumatic Stress*. 2016;29.
36. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
37. Kimerling R, Calhoun KS. Somatic symptoms, social support, and treatment seeking among sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol*. 1994;62(2):333-40.
38. Cortina LM, Kubiak SP. Gender and posttraumatic stress: Sexual violence as an explanation for women's increased risk. *Journal of Abnormal Psychology*. 2006;115(4):753-9.
39. Nickerson A, Steenkamp M, Aerka IM, Salters-Pedneault K, Carper TL, Barnes JB, et al. PROSPECTIVE INVESTIGATION OF MENTAL HEALTH FOLLOWING SEXUAL ASSAULT. *Depression and Anxiety*. 2013;30(5):444-50.
40. Armour C, Elklit A, Lauterbach D. The DSM-5 dissociative-PTSD subtype: Can levels of depression, anxiety, hostility, and sleeping difficulties differentiate between dissociative-PTSD and PTSD in rape and sexual assault victims? *Journal of anxiety disorders*. 2014;28.
41. Au T, Dickstein B, Comer J, Salters-Pedneault K, Litz B. Co-occurring posttraumatic stress and depression symptoms after sexual assault: A latent profile analysis. *Journal of affective disorders*. 2013;149.
42. Machado CL, de Azevedo RC, Facuri CO, Vieira MJ, Fernandes AM. Posttraumatic stress disorder, depression, and hopelessness in women who are victims of sexual violence. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011;113(1):58-62.
43. Beer R, Verlinden E, Lindauer R. Protocol voor classificatie, screening en diagnostiek van trauma- en stressorgerelateerde en dissociatieve stoornissen bij kinderen en adolescenten. . Vierde ed: Nederlandse Vereniging voor Psychotrauma; 2020. p. 1-51.
44. Hengeveld MW, van Balkom AJLM, van Heeringen C, Sabbe BGC. *Leerboek Psychiatrie*. Derde ed. Utrecht: De Tijdstroom; 2016.
45. Borowsky I, Hogan M, Ireland M. Adolescent Sexual Aggression: Risk and Protective Factors. *Pediatrics*. 1998;100:E7.

46. Brown AL, Messman-Moore TL, Miller AG, Stasser G. Sexual victimization in relation to perceptions of risk: mediation, generalization, and temporal stability. *Pers Soc Psychol Bull.* 2005;31(7):963-76.
47. Holmes WC, Slap GB. Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. *Jama.* 1998;280(21):1855-62.
48. Marx BP. Lessons Learned from the Last Twenty Years of Sexual Violence Research. *Journal of Interpersonal Violence.* 2005;20(2):225-30.
49. McMahon PM, Goodwin MM, Stringer G. Sexual Violence and Reproductive Health. *Maternal and Child Health Journal.* 2000;4(2):121-4.
50. Baert S, Keygnaert I. Wetenschappelijk evaluatierapport pilootproject Zorgcentra na Seksueel Geweld. Gent: Universiteit Gent. Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg. International Centre for Reproductive Health. ; 2019.
51. Depraetere J, Vandeviver C, Beken TV, Keygnaert I. Big Boys Don't Cry: A Critical Interpretive Synthesis of Male Sexual Victimization. *Trauma, violence & abuse.* 2020;21(5):991-1010.
52. NICE. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Manchester: National Institute for Health and Care Excellence; 2005.
53. Jongedijk R. De Posttraumatische Stressstoornis in de DSM-5. 2018.
54. Stahl SM. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications: Cambridge university press; 2013.
55. Teicher MH, Samson JA. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *J Child Psychol Psychiatry.* 2016;57(3):241-66.
56. Yehuda R, Lehrner A, Rosenbaum TY. PTSD and Sexual Dysfunction in Men and Women. *J Sex Med.* 2015;12(5):1107-19.
57. Buss C, Entringer S, Moog NK, Toepfer P, Fair DA, Simhan HN, et al. Intergenerational Transmission of Maternal Childhood Maltreatment Exposure: Implications for Fetal Brain Development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2017;56(5):373-82.
58. Provencal N, Binder EB. The neurobiological effects of stress as contributors to psychiatric disorders: focus on epigenetics. *Current Opinion in Neurobiology.* 2015;30:31-7.
59. WHO. Sexual and Gender-Based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons - Guidelines for Prevention and Response. Geneva: WHO; 2003.
60. Zimmerman C, Hossain M, Yun K, Roche B, Morrison LG, Watts C. Stolen Smiles: the physical and psychological health consequences of women and adolescents trafficked in Europe London: London School of Hygiene and Tropical Medicine 2006.
61. Abrahams N, Jewkes R, Mathews S. Depressive symptoms after a sexual assault among women: understanding victim-perpetrator relationships and the role of social perceptions. *Afr J Psychiatry (Johannesbg).* 2013;16(4):288-93.

62. Asgary R, Emery E, Wong M. Systematic review of prevention and management strategies for the consequences of gender-based violence in refugee settings. *Int Health*. 2013;5(2):85-91.
63. Macmillan R, Hagan J. Violence in the Transition to Adulthood: Adolescent Victimization, Education, and Socioeconomic Attainment in Later Life. *Journal of Research on Adolescence*. 2004;14:127-58.
64. McLean IA. The male victim of sexual assault. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27(1):39-46.
65. Borms R, Vermeire K. Spreken is goud: Seksuele gezondheid bespreekbaar maken met de Onder 4 ogen methode. Ontwikkeling en implementatie bij huisartsen in Vlaanderen. *Tijdschrift voor Seksuologie*. 2020;44(3).
66. Bottoms B, Peter-Hagene L, Epstein M, Wiley T, Reynolds C, Rudnicki A. Abuse Characteristics and Individual Differences Related to Disclosing Childhood Sexual, Physical, and Emotional Abuse and Witnessed Domestic Violence. *Journal of interpersonal violence*. 2014;29.
67. Kennedy KM, White C. What can GPs do for adult patients disclosing recent sexual violence? *Br J Gen Pract*. 2015;65(630):42-4.
68. Birkhoff EM, Krouwel EM, Nicolai MP, de Boer BJ, Beck JJ, Putter H, et al. Dealing with patients facing a history of sexual abuse: A cross-sectional survey among Dutch general practitioners. *The European journal of general practice*. 2016;22(2):126-33.
69. Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Richardson J, Moorey S, Cotter S, et al. Sexual violence against adult women primary care attenders in east London. *British Journal of General Practice*. 2003;53:858-62.
70. O'Doherty L, Taket A, Valpied J, Hegarty K. Receiving care for intimate partner violence in primary care: Barriers and enablers for women participating in the weave randomised controlled trial. *Social Science & Medicine*. 2016;160:35-42.
71. Martin S, Young S, Billings D, Bross C. Health care-based interventions for women who have experienced sexual violence: A review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. 2007;8:3-18.
72. (CDC) CfDCAps. Sexual violence prevention: beginning the dialogue. Atlanta: CDC; 2004.
73. WHO. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2003.
74. WHO. Violence prevention: The evidence. Geneva: WHO; 2010.
75. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson JI. Systematic review and meta-analysis of multiple-session early interventions following traumatic events. *Am J Psychiatry*. 2009;166(3):293-301.
76. Campbell R, Patterson D, Bybee D. Prosecution of adult sexual assault cases: a longitudinal analysis of the impact of a sexual assault nurse examiner program. *Violence Against Women*. 2012;18(2):223-44.

77. Campbell R, Patterson D, Lichty L. The Effectiveness of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Programs: A Review of Psychological, Medical, Legal, and Community Outcomes. *Trauma, violence & abuse*. 2005;6:313-29.
78. Du Mont J, Parnis D. The doctor's dilemma: caregiving and medicolegal evidence collection. *Med Law*. 2004;23(3):515-29.
79. Fehler-Cabral G, Campbell R, Patterson D. Adult Sexual Assault Survivors' Experiences With Sexual Assault Nurse Examiners (SANEs). *Journal of interpersonal violence*. 2011;26:3618-39.
80. Greeson M, Campbell R. Sexual Assault Response Teams (SARTs): An Empirical Review of Their Effectiveness and Challenges to Successful Implementation. *Trauma, violence & abuse*. 2012;14.
81. Kornør H, Winje D, Ekeberg Ø, Weisaeth L, Kirkehei I, Johansen K, et al. Early trauma-focused cognitive-behavioural therapy to prevent chronic post-traumatic stress disorder and related symptoms: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2008;8:81.
82. Lutwak N. Medical care for sexual assault victims. *Sex Transm Infect*. 2012;88(4):283.
83. Snyder C. The Past and Possible Futures of Hope. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2000;19:11-28.
84. Hobfoll S, Watson P, Bell C, Bryant R, Brymer M, Friedman M, et al. Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry*. 2007;70:283-315; discussion 6.
85. Dückers MLA. Five essential principles of post-disaster psychosocial care: looking back and forward with Stevan Hobfoll. *Eur J Psychotraumatol*. 2013;4:10.3402/ejpt.v4i0.21914.
86. Vandenberghe A, Hendriks B, Peeters L, Roelens K, Keygnaert I. Establishing Sexual Assault Care Centres in Belgium: health professionals' role in the patient-centred care for victims of sexual violence. *BMC health services research*. 2018;18(1):807.
87. Hendriks B, Vandenberghe AMA, Peeters L, Roelens K, Keygnaert I. Towards a more integrated and gender-sensitive care delivery for victims of sexual assault: key findings and recommendations from the Belgian sexual assault care centre feasibility study. *International journal for equity in health*. 2018;17(1):152.
88. Peeters L, Vandenberghe A, Hendriks B, Gilles C, Roelens K, Keygnaert I. Current care for victims of sexual violence and future sexual assault care centres in Belgium: the perspective of victims. *BMC international health and human rights*. 2019;19(1):21.
89. Keygnaert I, Gilles C, Roelens K. Checklist voor de optimale opvang van slachtoffers van seksueel geweld in Belgische ziekenhuizen. Gent: International Centre for Reproductive Health; 2017. Report No.: 9789078128496.

90. Libois A, Florence E, Derdelinckx I, Yombi JC, Henrard S, Uurlings F, et al. Belgian guidelines for non-occupational HIV post-exposure prophylaxis 2017. *Acta Clin Belg.* 2018;73(4):275-80.
91. KCE. Aanpak van SOA's door de eerste lijn: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg; 2019 [Available from: <https://www.soa.kce.be/nl/> ①].
92. Ingemann-Hansen O, Charles AV. Forensic medical examination of adolescent and adult victims of sexual violence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2013;27(1):91-102.
93. Geens K. Ministeriële richtlijn betreffende de seksuele agressie set (S.A.S.). In: Justitie Mv, editor. 2017.
94. WHO. Clinical Management of Rape Survivors: Developing protocols for refugees and internally displaced persons. 2004.
95. Miller D, Jaye C. GPs' perception of their role in the identification and management of family violence. *Fam Pract.* 2007;24(2):95-101.
96. WHO. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Geneva: World Health Organization; 2013.
97. Brewin CR, Rose S, Andrews B, Green J, Tata P, McEvedy C, et al. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry.* 2002;181:158-62.
98. Olff M. Trauma Screening Vragenlijst. Academisch Medisch Centrum Amsterdam; 2005.
99. Boeschoten MA, Bakker A, Jongedijk R, Olff M. PTSD Checklist for DSM-5 - Nederlandstalige versie. . Diemen: Stichting Centrum '45, Arq Psychotrauma Expert Groep; 2014.
100. Harrison JM, Murphy SM. A care package for managing female sexual assault in genitourinary medicine. *Int J STD AIDS.* 1999;10(5):283-9.
101. Code van medische deontologie - Hoofdstuk 3: Respect - Artikel 29: Nationale Raad Orde der Artsen; 2020 [Available from: <https://ordomedic.be/nl/code-2018/respect/29> ①].

ANKE VANDENBERGHE
ELIZAVETA FOMENKO
PROF. DR. INES KEYGNAERT

Eerste proefversie in kader van nationaal onderzoek
uitgevoerd door het International Centre for
Reproductive Health – Universiteit Gent onder leiding
van Prof. Dr. Ines Keygnaert in opdracht van de Federale
Overheidsdienst Volksgezondheid

In samenwerking met Arteveldehogeschool,
opleiding Grafische en digitale media

© International Centre
for Reproductive Health
Universiteit Gent
C. Heymanslaan 10/Ingang 75
9000 Gent
Tel +329 332 35 64
E-mail: icrh@ugent.be
www.icrhb.org ⓘ