

HOOFDSTUK 2

HANDELINGSPLAN VOOR PSYCHOLOGISCHE ZORG BINNEN DE ZORGCENTRA NA SEKSUEEL GEWELD



Zorgcentra
na Seksueel Geweld

Z S G . B E L G I U M . B E

Vorbehouden rechten ZSG-model

Het ZSG-model is eigendom van het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen (het Instituut). Het Instituut behoudt zich alle rechten voor met betrekking tot dit ZSG-model. Het ZSG-model is een levend model, wat een continue verfijning vergt. Het Instituut behoudt aldus het recht om wijzigingen door te voeren in het ZSG-model na overleg met de technische werkgroepen en stakeholders.

INHOUDSOPGAVE

WOORD VOORAF	5
KADER EN DOELSTELLINGEN	7
1. Kader voor psychologische opvolging binnen het ZSG	7
2. Doelstellingen van psychologische zorg binnen het ZSG.....	7
3. Rollen van ZSG-hulpverleners en samenwerking	8
4. Steunfiguren.....	8
DEEL I - ACUTE EN POST-ACUTE PSYCHOLOGISCHE ZORG AAN EEN MEERDERJARIG SLACHTOFFER ...	10
1. OVERZICHT	11
2. DAG VAN AANMELDING	12
2.1. Eerste psychologische hulp en risicobeoordeling door de ZSG-verpleegkundige	12
2.2. Beschikbaarheid van de psycholoog indien nodig	14
3. EERSTE MAAND NA HET SEKSUEEL GEWELD.....	15
3.1. Nauw toezicht door de ZSG-verpleegkundige via “versterkt” casemanagement.....	15
3.2. Eerste oriënterend gesprek door de psycholoog in de 1 ^e of 2 ^e week na het seksueel geweld.....	15
3.3. Eerste psychologische beoordeling door een psycholoog mogelijk vanaf de 3 ^e week na het seksueel geweld	18
4. TWEEDE EN DERDE MAAND NA SEKSUEEL GEWELD.....	21
4.1. Casemanagement door de ZSG-verpleegkundige na de 1 ^e maand na seksueel geweld	21
4.2. Psychologische begeleiding door een psycholoog vanaf de 2 ^e tot de 3 ^e maand na het seksueel geweld.....	21
4.3. Tweede beoordelingsgesprek door de psycholoog aan het einde van de 3 ^e maand na aanmelding.....	22
5. VIERDE TOT ZESDE MAAND NA SEKSUEEL GEWELD.....	23
6. ZEVENDE MAAND NA SEKSUEEL GEWELD.....	24
DEEL II - PSYCHOLOGISCHE ZORG AAN EEN MINDERJARIG SLACHTOFFER IN DE ACUTE OF POSTACUTE FASE	25
1. OVERZICHT	26
2. DAG VAN AANMELDING	27
2.1. Eerste psychologische hulp en risicotaxatie door de ZSG-verpleegkundige.....	27
2.2. Beschikbaarheid van de psycholoog waar nodig	31
3. EERSTE MAAND NA HET SEKSUEEL GEWELD.....	31

3.1.	Nauwgezette opvolging door de ZSG-verpleegkundige via versterkt casemanagement	31
3.2.	Eerste oriënterend gesprek door de psycholoog in de 1e of 2e week na het seksueel geweld.....	31
3.3.	Eerste psychologische beoordeling door een psycholoog mogelijk vanaf de 3e week na het seksueel geweld.....	35
4.	TWEEDE EN DERDE MAAND NA HET SEKSUEEL GEWELD.....	38
4.1.	Casemanagement door de ZSG-verpleegkundige na de 1e maand na het seksueel geweld	38
4.2.	Psychologische begeleiding door een psycholoog vanaf de 2e tot de 3e maand na het seksueel geweld.....	38
4.3.	Tweede psychologische beoordeling door de psycholoog aan het einde van de 3e maand na het seksueel geweld.....	40
5.	VIERDE TOT ZEVENDE MAAND NA HET SEKSUEEL GEWELD	41
6.	ACHTSTE TOT NEGENDE MAAND NA HET SEKSUEEL GEWELD.....	42
	BIJLAGEN.....	44
1.	ANAMNESE-DOCUMENT VOOR SLACHTOFFERS	44
2.	LIJST PSYCHOLOGISCHE TESTS	49
3.	VERZAMELING VAN GEGEVENS DIE MOETEN WORDEN OPGESLAGEN IN DE DCD HEALTHDATA-DATABASE	51
4.	SCORES EN INTERPRETATIES VAN PTSS-BEOORDELINGSSCHALEN	54
5.	BESLISSINGSBOOM VOORGESTELD DOOR HET TEAM ARCH-ULIÈGE VOOR MINDERJARIGE SLACHTOFFERS.....	57

AFKORTINGEN

ASR	Acute StressReactie
CGT	Cognitieve GedragsTherapie
C-PTSS	Complexe PostTraumatische StressStoornis
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EPH	Eerste Psychologische Hulp
IGVM	Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen
MDT	MultiDisciplinair Team
PTSS	PostTraumatische StressStoornis
TAM	Techniek Audiovisueel verhoor voor Minderjarigen en kwetsbare meerderjarigen
VK	Vertrouwenscentrum Kindermishandeling
ZSG	Zorgcentrum na Seksueel Geweld

WOORD VOORAF

Dit document beschrijft de nationale richtlijnen voor de psychologische zorg van slachtoffers van acuut en post-acuut seksueel geweld. Het beschrijft het modeltraject voor deze doelgroep, maar het spreekt voor zich dat elk traject moet worden afgestemd op de behoeften van de slachtoffers en de realiteit op het terrein van elk Zorgcentrum na Seksueel Geweld. In elk geval moet het ZSG garanderen dat de doelstellingen van dit model in het deel "kader en doelstellingen" altijd worden bereikt.

Op verzoek van het ZSG-personeel werd dit handelingsplan in 2023 geëvalueerd en vervolgens in 2024 en 2025 herzien.

Het psychologisch model van de ZSG's werd aan een kritische blik onderworpen, met als doel de rol van de ZSG-psychologen te herbekijken en hun opdrachten met betrekking tot psychologische zorg voor slachtoffers van seksueel geweld in de acute fase te heroriënteren. De evaluatie vond plaats in 4 stappen:

- Een onderzoeksverslag op basis van de bestaande wetenschappelijke literatuur, opgesteld door de VUB (Mental Health and Wellbeing Research Group (MENT));
- Een internationale vergelijking met de psychologische zorg door zes andere, buitenlandse referentiecentra op het vlak van seksueel geweld (Portugal, Spanje, Noorwegen, Denemarken, Ierland, IJsland);
- Gesprekken met een steekproef van 18 psychologen en 7 coördinatrices van de 7 operationele ZSG's in het voorjaar van 2023;
- Een focusgroep met 6 deskundigen uit de academische wereld op het gebied van psychotrauma en 6 ZSG-psychologen.

Omdat het tijdens deze eerste evaluatie en herziening van het psychologisch model snel duidelijk werd dat er nog bepaalde kennis ontbrak over minderjarige slachtoffers van acuut seksueel geweld, werd een aanvullende evaluatie opgestart om de aanbevelingen voor de specifieke noden van die doelgroep uit te diepen. Die werd in twee fasen uitgevoerd:

- Een onderzoeksverslag op basis van de bestaande wetenschappelijke literatuur, opgesteld door de ARCH-dienst van de Universiteit van Luik;
- ZSG-expertengroepen met psychologen uit de 5 ZSG's met op het moment van de opstart van de herziening de meeste ervaring met minderjarige slachtoffers, namelijk de ZSG's van Gent, Antwerpen, Leuven, Luik en Charleroi.

In het licht van de resultaten die tijdens werden verkregen, onderzocht het Instituut de verschillende mogelijke oplossingen voor een aanpassing van het psychologische model van het ZSG. Het Instituut presenteerde een eerste voorstel voor een aanpassing van de protocollen voor meerderjarige slachtoffers in de zomer van 2023. Dit voorstel werd tijdens de psychologische werkgroep van 11 oktober 2023 toegelicht aan het ZSG-personeel. Een tweede voorstel voor een aanpassing van de protocollen voor minderjarige slachtoffers werd op 14 januari 2025 aan de psychologische werkgroep voorgelegd. Op basis van de feedback na afloop van die verschillende werkgroepen heeft het Instituut het eerste ontwerpmodel, zoals opgesteld door prof. dr. Ines Keygnaert en dr. Saar Baert, aangepast en aangevuld.

Het psychologische model voor meerderjarige slachtoffers werd goedgekeurd tijdens een vergadering tussen IGVM en de ZSG-coördinatoren op 17 september 2024 en tijdens de psychologische werkgroep van 14 januari 2025. Het psychologische model voor minderjarige slachtoffers werd goedgekeurd tijdens de psychologische werkgroep van 21 augustus 2025.

Gebruik voor een verwijzing naar het ZSG-model steeds de volgende bronvermelding: Het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen (ed.). Zorgcentra na Seksueel Geweld in België: het ZSG-model (editie 2026). Brussel: IGVM.

KADER EN DOELSTELLINGEN

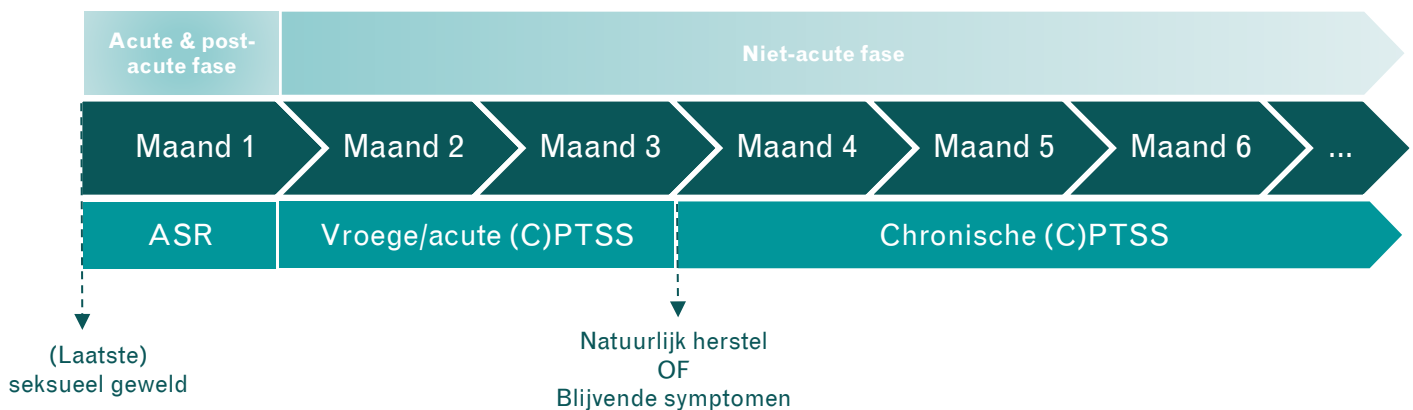
1. Kader voor psychologische opvolging binnen het ZSG

Als eerstelijnsdienst is het ZSG in de eerste plaats verantwoordelijk voor de zorg aan personen die het slachtoffer zijn van acuut en post-acuut seksueel geweld. Datzelfde geldt voor het psychologische aanbod van het ZSG, dat vooral gericht is op slachtoffers van acuut seksueel geweld¹ en post-acuut seksueel geweld².

Slachtoffers die zich meer dan een maand na het seksueel geweld aanmelden, worden doorverwezen naar een gekwalificeerde psychosociale dienst. Dat is de taak van een psycholoog/psychologe, in maximaal 2-3 consultaties, als dat raadzaam is voor het slachtoffer, of via een persoonlijk telefonisch gesprek. In dat geval is een 1e afspraak met een ZSG-psychologe/-psycholoog mogelijk, afhankelijk van de resterende beschikbaarheid van de psychologen van het team.

Slachtoffers die zich binnen een maand na het seksueel geweld melden, kunnen 6 maanden lang psychologische zorg krijgen bij het ZSG, voor meerderjarigen te tellen vanaf de eerste psychologische beoordeling bij een ZSG-psycholoog/-psychologe en voor minderjarigen vanaf de tweede psychologische beoordeling³.

Die timing komt overeen met de symptomatologische evolutie van psychotrauma na seksueel geweld, die als volgt kan worden geschematiseerd:



Met het oog op die evolutie moet de eerste psychologische beoordeling ongeveer een maand na het seksueel geweld plaatsvinden en de tweede aan het einde van de derde maand na het seksueel geweld. Met andere woorden, psychologische zorg in het ZSG kan tot 7 maanden na het seksueel geweld duren voor meerderjarige slachtoffers en tot 9 maanden voor minderjarige slachtoffers, afhankelijk van de situatie en behoeften van het slachtoffer.

2. Doelstellingen van psychologische zorg binnen het ZSG

De psychologische zorg binnen het ZSG voor meerderjarige en minderjarige slachtoffers van acuut en post-acuut seksueel geweld wordt deels door de verpleegkundige van het ZSG en voornamelijk door de psycholoog verleend (zie het volgende punt). De doelstellingen ervan zijn:

- De impact van de traumatische gebeurtenis op het dagelijks leven van het slachtoffer verminderen;

¹ Acuut seksueel geweld verwijst naar slachtoffers die zich binnen 7 dagen na het seksueel geweld aanmelden op een ZSG-afdeling.

² Post-acuut seksueel geweld verwijst naar slachtoffers die naar een ZSG-afdeling komen en bij wie het seksueel geweld meer dan 7 dagen geleden, maar niet meer dan 30 dagen geleden plaatsvond.

³ Voor kwetsbare meerderjarige slachtoffers evalueert de psycholoog of het de voorkeur geniet om psychologische zorg aan te bieden volgens het model van de minderjarige slachtoffers. Deze situaties worden geval per geval beoordeeld op basis van de noden van het slachtoffer.

- Het ontstaan van symptomen die verband houden met psychotrauma voorkomen of beperken;
- De ontwikkeling van een posttraumatische stressstoornis op de lange termijn helpen voorkomen;
- Waar mogelijk samenwerken en expertise delen met het externe netwerk.

3. Rollen van ZSG-hulpverleners en samenwerking

Over het algemeen wordt psychologische zorg voor slachtoffers van acuut (en mogelijk ook post-acuut⁴) seksueel geweld in eerste instantie verleend door de ZSG-verpleegkundige en in tweede instantie door de ZSG-psycholoog. Kort gezegd is het de verpleegkundige die de eerste psychologische hulp verleent en instaat voor de nauwgezette opvolging van het slachtoffer in de eerste maand na het seksueel geweld; na die eerste maand begint de psychologische opvolging van het slachtoffer door de psychologe/psycholoog. Verkennende gesprekken en/of beoordelingen door de psycholoog in die eerste maand worden echter aanbevolen, afhankelijk van de beschikbaarheden en de noden van het slachtoffer.

Daarom is een goede samenwerking tussen de zorgverleners essentieel om optimale zorg te garanderen voor zowel het slachtoffer als het personeel. Teamoverleg moet worden aangemoedigd om ervoor te zorgen dat de doelstellingen van psychologische zorg binnen het ZSG worden bereikt:

- Als het gaat om het activeren van het bestaande netwerk of het vinden van een nieuw netwerk voor het slachtoffer, werkt de psycholoog samen met de ZSG-verpleegkundige om af te stemmen met dit hulpnetwerk, zodat het slachtoffer de best mogelijke zorg krijgt.
- Bij aanmelding van het slachtoffer kan de ZSG-verpleegkundige in bepaalde situaties een beroep doen op een psycholoog uit het team, zoals beschreven in punt 2.1, om de eerste psychologische hulp te bieden.
- Er vinden regelmatig besprekingen en casusoverleg plaats binnen het team (multidisciplinair of per functie). Die maken het door gezamenlijke besluitvorming mogelijk om de verantwoordelijkheid te delen tussen hulpverleners en om de veiligheid van slachtoffers en personeel te beschermen, in het bijzonder door het gemakkelijker te maken om een duidelijk kader te handhaven bij bepaalde slachtoffers. Dat is des te belangrijker bij moeilijkere beslissingen, zoals het direct doorverwijzen of het afsluiten van de opvolging.

4. Steunfiguren

Het doel van het begeleiden van de steunfiguur is om diens vaardigheden te ontwikkelen om het slachtoffer beter te kunnen begeleiden in het herstel. Het slachtoffer blijft ook hier centraal staan. Om risico's op belangenconflicten of het beschadigen van de therapeutische alliantie te vermijden, wordt aanbevolen dat de psycholoog op basis van de leeftijd en situatie van het slachtoffer bepaalt of het nodig is een andere psycholoog in te schakelen voor de opvolging van de steunfiguur.

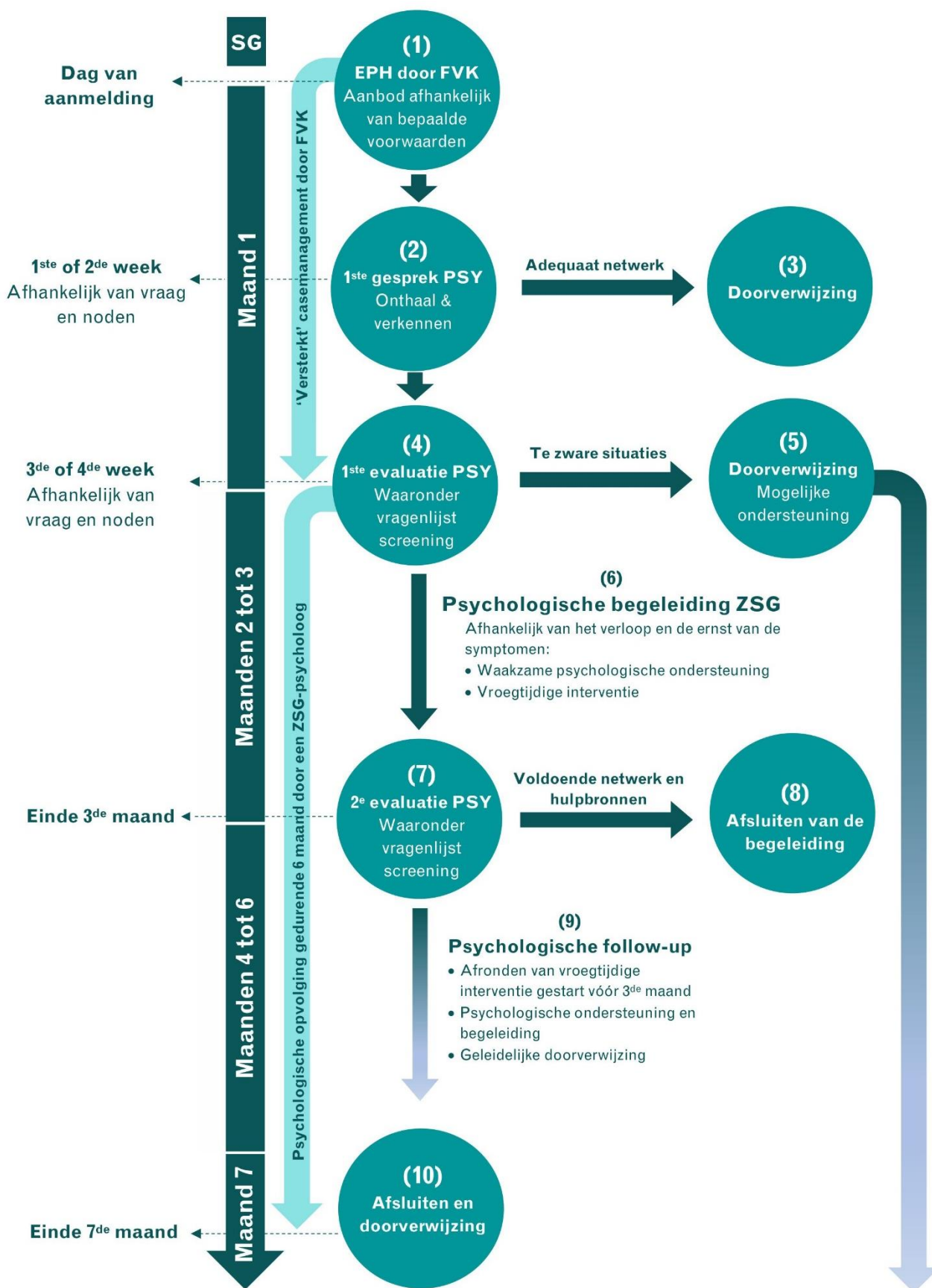
- De steunfiguur van een meerderjarig slachtoffer kan, als die daar nood aan heeft, profiteren van 2 tot 3 individuele consultaties met een psycholoog/psychologe. Tijdens die sessies biedt de psycholoog emotionele steun en psycho-educatie, onder andere met behulp van de 'Gids voor steunfiguren'.
- De steunfiguur van een minderjarig slachtoffer kan op korte of middellange termijn psychologische begeleiding krijgen in een ZSG, afhankelijk van de situatie, noden en leeftijd van het slachtoffer. In de loop van die opvolging

⁴ De bevoegdheidsverdeling kan anders zijn voor post-acute slachtoffers, omdat ze gebaseerd is op de symptomatologische evolutie van het psychotrauma (die direct na het seksueel geweld begint). Afhankelijk van de tijd die is verstreken tussen het seksueel geweld en de aanmelding in het ZSG, kan het zijn dat post-acute slachtoffers alleen zorg krijgen van een psychologe/psycholoog.

biedt de psycholoog emotionele steun en psycho-educatie om de vaardigheden van de steunfiguur te ontwikkelen, zodat die de situatie aan kan en het slachtoffer kan ondersteunen. Daarvoor kan het nodig zijn om het leed van de steunfiguur te verlichten en/of de steunfiguur te stabiliseren en om bronnen en informatie over psychotrauma bij minderjarigen aan te reiken.

DEEL I - ACUTE EN POST-ACUTE PSYCHOLOGISCHE ZORG AAN EEN MEERDERJARIG SLACHTOFFER

1. OVERZICHT



De voorgaande figuur toont het kader voor psychologische opvolging in het ZSG voor meerderjarige slachtoffers, die ook als volgt kan worden samengevat:

- **Op de dag van aanmelding:** eerste psychologische hulp door de ZSG-verpleegkundige (1);
- **De maand na het seksueel geweld:** nauwgezette opvolging en psychosociale ondersteuning door de ZSG-verpleegkundige, met de mogelijkheid van een oriënterend gesprek (2) met een ZSG-psycholoog in de 1e of 2e week na de laatste daad van seksueel geweld voor een acuut slachtoffer. Voor een post-acuut slachtoffer wordt, afhankelijk van de tijd die verstreken is tussen de gebeurtenis en hun aanmelding, zo nodig zo snel mogelijk een oriënterend gesprek gepland. Aan het einde van de maand na het seksueel geweld voert de psycholoog een evaluatiegesprek (4) met het acuut of post-acuut slachtoffer om een aan hun behoeften aangepaste interventie voor te stellen (binnen het ZSG of bij een andere meer gekwalificeerde dienst (3;5));
- **De 2e en 3e maand na het seksueel geweld:** gepersonaliseerde psychologische ondersteuning (6) voor het slachtoffer volgens hun behoeften, d.w.z. standaard "waakzame psychologische ondersteuning" en/of vroegtijdige interventie als de symptomen opduiken of verergeren. Deze hulp kan maximaal 6 maanden duren, vanaf de eerste psychologische beoordeling bij een ZSG-psycholoog. Een tweede evaluatie (7) is voorzien aan het einde van deze periode, om zo de evolutie van het slachtoffer te kunnen opvolgen en het vervolgtraject op het ZSG te bepalen. Doorverwijzing naar externe professionals is ook mogelijk (8);
- **Van de 4e tot de 6e maand na het seksueel geweld:** opvolgingsfase en geleidelijke doorverwijzing (9) van het slachtoffer naar gekwalificeerde externe diensten voor hulp op langere termijn vanaf de 4e maand, om een zo goed mogelijke overgang te garanderen;
- **Einde van de 7e maand na het seksueel geweld:** Aan het einde van de 6 maanden psychologische ondersteuning moet het slachtoffer worden doorverwezen naar een gekwalificeerde hulpverlener/dienst en moet de psychologische zorg in het ZSG worden beëindigd (10).

Alle bovengenoemde stappen worden in dit handelingsplan beschreven.

2. DAG VAN AANMELDING

2.1. Eerste psychologische hulp en risicobeoordeling door de ZSG-verpleegkundige

2.1.1. Eerste psychologische hulp

Met betrekking tot punt 2.1. Onder de noemer "Onthaal en eerste psychologische hulp" in het handelingsplan voor de ZSG-verpleegkundige is de ZSG-verpleegkundige verantwoordelijk voor het ontvangen en aanbieden van eerste psychologische hulp aan het slachtoffer en eventueel aanwezige steunfiguren.

Afhankelijk van de situatie zal de ZSG-verpleegkundige beoordelen of het nodig is om een beroep te doen op de diensten van een ZSG-psycholoog:

- Het wordt aangeraden om een psycholoog in te schakelen om het aanbod van psychologische diensten van het ZSG voor te stellen wanneer psychologische opvolging nuttig lijkt, maar het slachtoffer bepaalde moeilijkheden ondervindt met het psychosociale netwerk. De volgende belemmeringen werden geïdentificeerd als mogelijke obstakels voor het aanvragen van hulp:
 - > Gebrek aan een psychosociaal netwerk;
 - > Een geschiedenis van en/of negatieve houdingen tegenover psychosociale hulpverleners;

- > Geen voorgeschiedenis van psychologische problemen en dus geen eerdere ervaring met een psycholoog.
- De ZSG-verpleegkundige kan ook de hulp van een ZSG-psycholoog inroepen als situaties te gecompliceerd zijn om alleen aan te pakken. De situaties waarin de extra aanwezigheid van een psycholoog als een toegevoegde waarde wordt erkend, zijn de volgende:
 - > Aanwezigheid van de familie (vooral als ze geagiteerd en/of opdringerig is);
 - > (Vermoeden van) dissociatie bij het slachtoffer;
 - > Ernstige psychiatrische aandoeningen.

In dergelijke gevallen beslist de ZSG-verpleegkundige in samenwerking met de psycholoog hoe die laatste moet ingrijpen. De verpleegkundige beslist namelijk wanneer hij/zij/die een psycholoog wil inschakelen en stelt vooraf een duidelijk kader op met de psycholoog om wederzijdse instemming te verkrijgen over de manier van samenwerken met het slachtoffer. De verpleegkundige zorgt voor het slachtoffer en de psycholoog staat klaar om de ZSG-verpleegkundige indien nodig te ondersteunen.

2.1.2. Risicotaxatie

De ZSG-verpleegkundige maakt dan een algemene beoordeling van de situatie en de mentale toestand van het slachtoffer, met name om het tijdschema voor een eerste afspraak met een ZSG-psycholoog te bepalen. Afhankelijk van de behoeften van het slachtoffer en de ZSG-verpleegkundige, kan de psycholoog gevraagd worden om aanwezig te blijven om de verpleegkundige bij deze taak te ondersteunen, altijd in overeenstemming met de procedures die vooraf door de verpleegkundige werden vastgelegd.

Deze beoordeling omvat:

- > Beoordeling van het sociale netwerk van het slachtoffer, om na te gaan of het slachtoffer op de steun van dit netwerk kan rekenen. Afhankelijk van de situatie kan dit gebeuren via een aantal open vragen⁵ die rechtstreeks aan het slachtoffer kunnen worden gesteld en/of via de vragenlijst SRQ-S (zie bijlage 2) voor het evalueren van de reactie van de omgeving.
- > Psychologische beoordeling van het huidige risico op geweld door het slachtoffer tegen zichzelf en het risico op geweld door derden tegen het slachtoffer (zie punt 2.4.2 "Risico op geweld" en bijlage 4.2.3 "psychologische risicotaxatie" van het handelingsplan voor ZSG-verpleegkundigen).

Op basis van de vraag van het slachtoffer EN de informatie die tijdens deze algemene beoordeling is verzameld, bepaalt de verpleegkundige het beste moment voor een eerste gesprek met een psycholoog. Afhankelijk van de beschikbaarheid van het slachtoffer en de ZSG-psychologen zal de verpleegkundige voorstellen dat het slachtoffer uiterlijk de eerste of de tweede week na aanmelding een afspraak maakt met een psycholoog, zoals aangegeven in de onderstaande tabel. Aan alle slachtoffers moet altijd een eerste gesprek met een psycholoog worden aangeboden en gegarandeerd. Afhankelijk van de situatie kan ook een gesprek worden aangeboden aan de steunfiguren.

⁵ Voorbeeld van open vraag: Bij wie ben je veilig? Wie vertrouw je? Waar kan je terecht als je het moeilijk hebt? Met wie kan je leuke dingen doen? Wie is belangrijk voor jou? Wie waardeert jou?

Risico op geweld		Acute fase	Post-acute fase
Geweld tegen zichzelf	LAAG EN GEMIDDELD	Een afspraak met een ZSG-psycholoog wordt aanbevolen vanaf de 1e week na aanmelding.	Een afspraak met een ZSG-psycholoog is mogelijk tot de 2e week na aanmelding.
	HOOG	<ul style="list-style-type: none"> > De psychiater van wacht wordt ingeschakeld voor een beoordeling en een mogelijke ambulante of residentiële behandeling. > Er wordt zo snel mogelijk in de 1e week na aanmelding een afspraak gemaakt met een ZSG-psycholoog. 	
Geweld door anderen	LAAG EN GEMIDDELD	Een afspraak met een ZSG-psycholoog wordt aanbevolen in de 1e week na aanmelding.	Een afspraak met een ZSG-psycholoog is mogelijk tot de 2e week na aanmelding.
	HOOG	<ul style="list-style-type: none"> > Er zal contact worden opgenomen met de arts om een ziekenhuisopname of een melding bij de Procureur des Konings te overwegen. > Er wordt zo snel mogelijk in de 1e week na de gebeurtenis een afspraak gemaakt met een ZSG-psycholoog. 	

Bij het plannen en toelichten van de afspraak met een ZSG-psycholoog verdient het de voorkeur dat de ZSG-verpleegkundige, in de mate van het mogelijke, alleen de mogelijkheid vermeldt van een eerste gesprek met een ZSG-psycholoog, dat gebruikt zal worden om de mogelijke voortzetting van de psychologische opvolging in het ZSG te bepalen. In het belang van zowel het slachtoffer als de psycholoog is het belangrijk om geen valse verwachtingen te scheppen over een mogelijke opvolging. Op deze manier ligt de verantwoordelijkheid voor het beoordelen van de geschiktheid en haalbaarheid van een psychologisch aanbod in het ZSG, en voor het informeren van het slachtoffer, volledig bij de psycholoog zelf.

De ZSG-verpleegkundige geeft ook de nodige informatie over de mogelijkheid van een consultatie/behandeling in geval van een crisis als de mentale toestand van het slachtoffer verslechtert (met name voor slachtoffers die niet van plan zijn een psycholoog te bezoeken in de 1e of 2e week na het seksueel geweld en voor slachtoffers van post-acuut seksueel geweld).

2.2. Beschikbaarheid van de psycholoog indien nodig

Zoals hierboven vermeld (zie punt 2.1.) kan de ZSG-psycholoog, indien nodig en afhankelijk van de beschikbaarheid, de ZSG-verpleegkundige bijstaan in zijn of haar taken van eerste psychologische hulp en risicotaxatie. Op verzoek van de ZSG-verpleegkundige kan er in de volgende gevallen een beroep worden gedaan op een ZSG-psycholoog om ondersteuning te bieden:

- Het wordt aanbevolen dat een psycholoog het psychologische aanbod van het ZSG komt voorstellen aan slachtoffers die bepaalde moeilijkheden ondervinden met het psychosociale netwerk. Het doel is om slachtoffers aan te moedigen die terughoudender zijn om psychologische hulp te zoeken wanneer dit nuttig en/of noodzakelijk zou kunnen zijn. Door de psychologische diensten van het ZSG voor te stellen, kan de psycholoog bepaalde vragen en/of angsten bij deze slachtoffers ophelderen en een eerste contact van goede kwaliteit bieden dat bepalend zal zijn voor de rest van hun traject.

- Een psycholoog kan de ZSG-verpleegkundige ondersteunen in situaties die gecompliceerder zijn om alleen aan te pakken. Het is belangrijk dat de psycholoog die de verpleegkundige in deze gevallen ondersteunt, het kader volgt dat door de verpleegkundige is opgesteld, om te garanderen dat ieders rol wordt gerespecteerd en dat de psychologische zorg de medische en forensische zorg niet verstoort.

3. EERSTE MAAND NA HET SEKSUEEL GEWELD

3.1. Nauw toezicht door de ZSG-verpleegkundige via “versterkt” casemanagement⁶

Tijdens de eerste maand na het seksueel geweld besteedt de verpleegkundige, naast de taken beschreven in punt 3 "Casemanagement" van het handelingsplan voor ZSG-verpleegkundigen⁷, bijzondere aandacht aan de psychologische toestand van het slachtoffer om eventuele extra psychologische ondersteuning te bieden. Het doel van deze regelmatige telefonische contacten⁸ is het monitoren van de vooruitgang van de geestelijke toestand van het slachtoffer totdat hij/zij/die daadwerkelijk onder behandeling is van een psycholoog. Het is daarom bijzonder belangrijk om slachtoffers te ondersteunen die psychologische hulp hebben geweigerd of die een eerste gesprek met een psycholoog hebben na de 1e week na het seksueel geweld (inclusief post-acute slachtoffers).

Tijdens regelmatig telefonisch contact zorgt de ZSG-verpleegkundige voor passende psycho-educatie en een actief luisterend oor, en tracht hij/zij/die het slachtoffer gerust te stellen, te stabiliseren en een veilig gevoel te geven. Hij/zij/die is ook verantwoordelijk voor het herinneren van slachtoffers aan het bestaan van psychologische begeleiding bij het ZSG, om de psychologische diensten te verduidelijken voor slachtoffers die deze mogelijkheid vergeten zijn of die begeleiding door een psycholoog van het ZSG geweigerd hebben. Voor slachtoffers die al een afspraak hebben met een psycholoog zal de verpleegkundige hen herinneren aan de datum en details van de afspraak, om de kans te vergroten dat ze zullen komen.

Afhankelijk van de behoeften van het slachtoffer en de steunfiguren, neemt de ZSG-verpleegkundige verder telefonisch contact op met het slachtoffer en/of de steunfiguren tijdens de eerste maand na het seksueel geweld (zie punt 3.3 van het handelingsplan voor de ZSG-verpleegkundige). Als er tekenen van verslechtering van de mentale toestand zijn, kan de ZSG-verpleegkundige een vroegtijdige herbeoordeling van de psychologische symptomen en/of een vroegtijdig gesprek met de ZSG-psycholoog voorstellen, afhankelijk van de beschikbaarheid.

Om ervoor te zorgen dat het slachtoffer veilig en stabiel is tijdens deze telefonische contacten, kan de ZSG-verpleegkundige de psychologen van het team om hulp of advies vragen bij deze taak. Deze ondersteuning wordt vergemakkelijkt door regelmatig casusoverleg. Coördinatie en teamoverleg moeten aangemoedigd worden om verpleegkundigen te helpen deze doelstellingen te bereiken met slachtoffers en/of steunfiguren.

3.2. Eerste oriënterend gesprek door de psycholoog in de 1^e of 2^e week na het seksueel geweld.

Zoals hierboven vermeld (zie punt 2.1.2.), op basis van het verzoek van het slachtoffer EN de informatie verzameld tijdens de algemene beoordeling, wordt een eerste gesprek met een psycholoog altijd voorgesteld door de ZSG-verpleegkundige, niet later dan de 1^e of 2^e week **na aanmelding**:

⁶ De term « casemanagement » verwijst naar het begrip « slachtofferbegeleiding », zoals gedefinieerd in artikel 2 van de Wet betreffende de Zorgcentra na Seksueel Geweld.

⁷ Waar mogelijk is het sterk aan te raden dat casemanagement wordt uitgevoerd door de forensisch verpleegkundige die ook de holistische zorg heeft verleend tijdens het eerste contact, of door twee vaste verpleegkundigen. In uitzonderlijke gevallen worden de redenen voor de verandering van contactpersoon duidelijk uitgelegd aan het slachtoffer tijdens het telefoongesprek.

⁸ Afhankelijk van de situatie kan casemanagement ook worden uitgevoerd met steunfiguren (bijvoorbeeld in het geval van slachtoffers in kwetsbare situaties).

- Als er een afspraak wordt gemaakt in de 1^e of 2^e week na het **seksueel geweld**, is dit eerste gesprek vooral een kans voor het slachtoffer en de ZSG-psycholoog om elkaar te leren kennen. Het belangrijkste doel is om het slachtoffer gerust te stellen en zijn/haar/hun behoeften, eisen en middelen te onderzoeken, om de bredere context van het slachtoffer te begrijpen en de verschillende mogelijkheden voor psychologische opvolging (in het ZSG of elders) te overwegen.
- Na de 1^e of 2^e week na het seksueel geweld, richt dit eerste gesprek zich voornamelijk op het uitvoeren van de eerste psychologische beoordeling, zoals beschreven in punt 3.3.

Als het slachtoffer geen eerste verkennend gesprek wil in de acute fase in de 1^e of 2^e week na het seksueel geweld, of als het slachtoffer zich in de postacute fase bevindt, neemt de psycholoog deze doelen ook mee in de eerste psychologische beoordeling (zie punt 3.3.).

Afhankelijk van de behoeften van het slachtoffer kan deze verkennende fase bestaan uit één of meerdere gesprekken. Tijdens dit verkennend gesprek voert de psycholoog de volgende doelstellingen uit:

- Onthaal;
- Veiligheid;
- Psycho-educatie;
- Beoordeling van middelen en netwerk;
- Mogelijke beoordeling van co-morbide psychologische stoornissen.

Stap 1 - Onthaal

- > Overleg vooraf met de ZSG-verpleegkundige en/of bekijk het (elektronische) dossier van het slachtoffer en zoek uit welke stappen de ZSG-verpleegkundige al met het slachtoffer ondernomen heeft.
- > Stel uzelf kort voor en licht de principes van psychologische begeleiding toe, zoals beschreven in de doelstellingen in de punten 3.3 en 4.2.2.
- > Geef informatie over beroepsgeheim en het delen van informatie. Als het slachtoffer haar verhaal niet opnieuw wil vertellen, vertel haar dan dat ze je toestemming kan geven om de inhoud van haar patiëntendossier te raadplegen. Als je de situatie van het slachtoffer al met de verpleegkundige hebt besproken, laat dat dan ook weten, in het belang van de transparantie.
- > Benadruk dat de sessies vrijwillig en vrijblijvend zijn.
- > Peil naar de verwachtingen van het slachtoffer over ondersteuning door de ZSG-psycholoog en geef ook aan wat een ZSG al dan niet kan bieden, om het ZSG-kader en zijn beperkingen zo snel mogelijk duidelijk te maken.

Stap 2 - Veiligheid en psycho-educatie

- > Neem in de eerste plaats de tijd om het slachtoffer gerust te stellen, zodat hij/zij/die zich gehoord en op een veilige plaats voelt.
- > Geef psycho-educatie over mogelijke reacties op seksueel geweld. Leg uit welke gevoelens en gedragingen normaal zijn na zo'n traumatische gebeurtenis, om het slachtoffer gerust te stellen en stereotypen en vooroordelen over seksueel geweld te ontcrachten. Geef hem/haar/hun ook een informatiemap als hij/zij/die die nog niet van de ZSG-verpleegkundige heeft gekregen.

- > Geef het slachtoffer passend advies over hoe hij/zij/die met zijn/haar/hun eigen reacties kan omgaan (eventueel met hulp van de steunfiguren) en hoe hij/zij/die zijn/haar/hun eigen copingstrategieën kan verbeteren en vinden.

Stap 3 - Beoordeling van middelen en netwerk

Beoordeel de huidige toestand van het slachtoffer en let vooral op zijn of haar sociale omgeving. Gezien het belang van de sociale ondersteuning, de ondersteuning door de omgeving en de relaties is het inderdaad belangrijk om een idee te hebben van de manier waarop de slachtoffers hun sociale netwerk ervaren⁹.

Beoordeel de volgende aspecten en leg ze systematisch vast in het anamnesedocument (bijlage 3.2.3.2.1):

- > Eetlust/hydratie en slaap;
- > Plaats waar het slachtoffer kan rusten;
- > Eventuele problemen waarmee het slachtoffer momenteel wordt geconfronteerd;
- > Gezinsituatie (relatie, kinderen, familie, burgerlijke staat, wettelijke verblijfsstatus, enz.);
- > Beroeps- en/of schoolleven;
- > Sociaal en relationeel functioneren (hobby's, sociaal netwerk, enz.);
- > Eerdere psychosociale bijstand en gevoelens daarover of huidig ondersteuningsnetwerk;
- > Belangrijke thematieken en/of problemen in het leven (eventuele huidige zorgen en/of sterke punten);
- > Hulp- en krachtbronnen;
- > Gevoelens van schaamte en/of schuld.

Gebruik indien nodig de schalen in de bijlage (zie bijlage 3.2.3.2.2) om de sociale ondersteuning van het slachtoffer en de sociale reacties op het seksueel geweld te beoordelen.

Stap 4 - Mogelijke beoordeling van co-morbide psychologische stoornissen

Afhankelijk van de behoeften en de mentale toestand van het slachtoffer, kunt u in dit stadium misschien al co-morbide stoornissen vaststellen. In het geval van suïcidale gedachten, dissociatie¹⁰ of alcoholisme is het bijvoorbeeld raadzaam om de betrokken slachtoffers zo snel mogelijk op deze stoornissen te screenen.

Gebruik indien nodig de schalen in de bijlage (zie bijlage 3.2.3.2.2) ter ondersteuning van het diagnostische en therapeutische proces voor verschillende mogelijke psychologische stoornissen, afhankelijk van de situatie.

Als verdere medicatie nodig is, verwijst het slachtoffer dan door naar zijn/haar/hun huisarts of psychiater.

Als het slachtoffer een hoog risico loopt op ernstige zelfbeschadiging en zelfmoord, neem dan contact op met de dienstdoende psychiater voor een directe beoordeling en een mogelijke ambulante of residentiële behandeling. Schakel indien mogelijk ook het bestaande ondersteuningsnetwerk van het slachtoffer in. De eerstvolgende consultatiedatum waarop u het slachtoffer kunt zien, moet met de psychiater worden afgestemd.

⁹ Talrijke studies hebben aangetoond dat sociale steun in verband wordt gebracht met lagere percentages PTSS, terwijl negatieve sociale reacties tegenover het slachtoffer leiden tot hogere percentages PTSS.

¹⁰ Het is belangrijk om de dissociatie zelf te bestuderen, omdat die in verband kan worden gebracht met een hoog risico op zelfmoord en zelfdestructief gedrag. De traumatische dissociatie zelf kan ook een voorspellende factor zijn voor een eventuele toekomstige PTSS.

Stap 5 - Mogelijkheid tot directe doorverwijzing na het eerste gesprek

Evalueer op basis van de beoordeling van de hulpbronnen of het slachtoffer een psychosociaal netwerk heeft en of het slachtoffer op de steun van dit netwerk kan rekenen. Als het netwerk ondersteunend is en het slachtoffer voldoende autonoom is om de middelen te vinden om externe psychologische begeleiding te volgen/voort te zetten, verwijst u het slachtoffer rechtstreeks door naar een externe hulpdienst (nieuw of bestaand).

Doorverwijzing wordt altijd uitgevoerd in overleg met het slachtoffer, op een actieve en duurzame manier, om een overgang tussen het ZSG en de externe hulp/psycholoog te garanderen. Samenwerking met het externe netwerk is belangrijk om het bewustzijn te vergroten en expertise in psychotrauma te delen met externe hulpverleners.

Voer hiervoor de volgende stappen uit:

- > Vraag het slachtoffer vooraf of hij/zij/die zich comfortabel genoeg voelt om seksueel geweld te bespreken met een externe psycholoog.
 - > Probeer dan, met toestemming van het slachtoffer en voor zover mogelijk, contact te leggen met een externe psycholoog om een link te leggen met het netwerk. Beoordeel wat mogelijk is voor de psycholoog op het gebied van traumaverwerking na seksueel geweld en of hij/zij/die zich comfortabel voelt met deze onderwerpen. Neem indien nodig de tijd om dieper in te gaan op stabilisatietechnieken en het noodzakelijke vervolg van de traumabehandeling, om hem/haar/hen gerust te stellen en zijn/haar/hun vertrouwen op te bouwen;
 - > Zo niet, stel dan een tweede gesprek met het slachtoffer voor om een psychologische beoordeling uit te voeren om de psychologische diensten die het ZSG aanbiedt aan te passen aan de behoeften van het slachtoffer (zie punt 3.3 hieronder).

Om gezamenlijke besluitvorming over het al dan niet direct doorverwijzen van een slachtoffer aan te moedigen, wordt er binnen het team regelmatig casusoverleg georganiseerd.

Stap 6 - Afronding

Neem de tijd om de consultatie met het slachtoffer af te ronden en zorg ervoor dat hij/zij/die de nodige telefoonnummers heeft in geval van nood (noodnummers/hulpnummers die specifiek zijn voor zijn/haar/hun regio en behoeften). Geef altijd informatie over consultatie/zorg in geval van een crisis. Vertel het slachtoffer welke nummers hij/zij/die kan bellen als zijn/haar/hun geestelijke toestand verslechtert.

Spreek af om elkaar opnieuw te ontmoeten voor een evaluatiegesprek, idealiter uiterlijk gepland in de 3^e of 4^e week na het seksueel geweld.

Vul vervolgens het dossier van het slachtoffer aan met de verzamelde informatie (zie bijlage 3.2.3.2.3).

3.3. Eerste psychologische beoordeling door een psycholoog mogelijk vanaf de 3^e week na het seksueel geweld

Gezien de symptomatologische evolutie van psychotrauma na seksueel geweld, wordt de eerste psychologische beoordeling idealiter uitgevoerd rond de 4^e week na de laatste daad van seksueel geweld en wordt deze niet aanbevolen voor de 3^e week na deze laatste daad.

Als het slachtoffer geen eerste verkennend gesprek wil in de acute fase in de 1^e of 2^e week na het seksueel geweld, of als het slachtoffer zich in de postacute fase bevindt, neemt de psycholoog de doelen voorzien in punt 3.2. ook mee in de eerste psychologische beoordeling.

Het doel van deze beoordeling is om de psycholoog in staat te stellen de psychologische toestand van het slachtoffer te evalueren en de meest geschikte interventie te bepalen op basis van de behoeften van het slachtoffer, hetzij binnen het ZSG of met een meer gekwalificeerde externe hulpdienst/psycholoog. Om dit te kunnen doen, zal de beoordeling zich met name richten op het opsporen van een risico op (C)PTSS en/of andere psychopathologie(ën) die verband houden met de traumatische gebeurtenis, met behulp van wetenschappelijk aanbevolen schalen.

Afhankelijk van de behoeften van het slachtoffer kan deze evaluatie bestaan uit één of meerdere gesprekken.

Stap 1 - Anamnese van de mentale toestand

1. Verwelkom het slachtoffer en begin met het doel van de beoordeling uit te leggen.
2. Beoordeel de mentale toestand van het slachtoffer op de volgende aspecten (voornamelijk door observatie) en leg deze systematisch vast in het anamnesedocument (bijlage 3.2.3.2.1. en 3.2.3.2.3):
 - > Algemene indruk (uiterlijk);
 - > Cognitieve functies (bewustzijn, oriëntatie, intellectuele functies, perceptie en reflectie);
 - > Affectieve functies (stemming en affect, sociale en emotionele functies);
 - > Conatieve functies (psychomotoriek, motivatie en gedrag).
3. Maak een inschatting van zijn/haar/hun reacties op acute stress na het seksueel geweld, waarbij standaard de PCL-5 of ITQ-schaal wordt gebruikt als ondersteuning voor de klinische analyse van de psycholoog, waarbij de klinische analyse van de psycholoog altijd voorrang heeft op de schaalresultaten. Het gebruik van deze vragenlijsten biedt de psycholoog extra ondersteuning bij zijn of haar analyse. Deze bieden tastbare gegevens waarop toekomstige beslissingen kunnen worden gebaseerd en helpen om het slachtoffer te situeren en zijn of haar vooruitgang te volgen. Daarnaast kunnen deze schalen indien nodig worden gebruikt als psycho-educatief hulpmiddel voor het slachtoffer.
 - > **PCL-5 PTSD Checklist for DSM-5** is een vragenlijst die zich richt op de kenmerken van PTSS volgens de DSM-5-criteria. Het wordt vaak gebruikt en aangemoedigd als een beoordelingsinstrument bij slachtoffers van seksueel geweld via de continue aanpak, maar laat niet toe om een onderscheid te maken tussen PTSS en CPTSS. De PCL-5 bevat ook een extra schaal om eerdere blootstelling aan trauma te meten (criterium A1)¹¹.
 - > De **International Trauma Questionnaire (ITQ)** is een vragenlijst die zich richt op de kenmerken van PTSS volgens de ICD-11-criteria. Het is nuttiger om onderscheid te maken tussen PTSS en CPTSS omdat het de symptomen van beide stoornissen identificeert. De dimensionele benadering wordt aanbevolen om de verandering van de symptomen als reactie op de psychologische bijstand die in het ZSG wordt geboden, op te volgen.

De score en de interpretatie van deze twee schalen via de hierboven aanbevolen benaderingen worden verder uitgewerkt in bijlage 3.2.3.2.4.

Deze twee screeningsvragenlijsten kunnen worden ingevuld door de psycholoog of via een zelfrapportage¹². Aangezien deze schalen een solide wetenschappelijke basis hebben wat betreft zelfrapportage, is het ook mogelijk voor slachtoffers om de vragenlijsten zelf in te vullen met behoud van een hoog

¹¹ Het is niet mogelijk om rekening te houden met het complexe trauma van individuen als eerdere blootstelling aan trauma('s) in het begin niet gemeten is. Verwar eerdere blootstelling aan trauma('s) niet met complexe PTSS (1).

¹² Zo kan het raadzaam zijn om het slachtoffer kort voor de geplande consultatie uit te nodigen, zodat hij/zij/die de tijd heeft om de vragenlijst in te vullen in het ZSG, voorafgaand aan het gesprek met de psycholoog en zodat de psycholoog kan interveniëren wanneer nodig.

betrouwbaarheidsniveau. De diagnose¹³ moet daarentegen in een later stadium van het zorgproces worden gesteld door een psycholoog of psychiater.

4. Beoordeel zorgvuldig de aanwezigheid van dissociatieve, depressieve en suïcidale symptomen en de gebruikte copingvaardigheden (alcohol/drugs/zelfbeschadiging, sociaal netwerk). Gebruik, afhankelijk van de situatie, indien nodig de schalen in de bijlage (zie bijlage 3.2.3.2.2) ter ondersteuning van het diagnostische en therapeutische proces voor verschillende mogelijke psychologische stoornissen, afhankelijk van de situatie.

Als verdere medicatie nodig is, verwijst het slachtoffer dan door naar zijn/haar/hun huisarts of psychiater.

Als het slachtoffer een hoog risico loopt op ernstige zelfbeschadiging en zelfmoord, neem dan contact op met de dienstdoende psychiater voor een directe beoordeling en een mogelijke ambulante of residentiële behandeling. Schakel indien mogelijk ook het bestaande ondersteuningsnetwerk van het slachtoffer in. De eerstvolgende consultatiedatum waarop u het slachtoffer kunt zien, moet met de psychiater worden afgestemd.

Stap 2 - Bepalen van een geschikte psychologische interventie (ZSG of niet-ZSG)

In overeenstemming en overleg met het slachtoffer beoordeelt de psycholoog, op basis van de psychologische evaluatie van het slachtoffer (psychologische toestand, middelen, behoeften), of de psychologische ondersteuning van het slachtoffer in het ZSG zal worden voortgezet of door een externe hulpdienst/psycholoog zal worden verstrekt:

- Ondersteuning bij doorverwijzing naar een externe hulpdienst/psycholoog (zie punt 4.2.1.):
Als de psychologische situatie van het slachtoffer te complex is om op korte termijn aan te pakken, en 6 maanden psychologische zorg in ieder geval niet voldoende zal zijn, zal de psycholoog een proces van doorverwijzing starten. Het slachtoffer zal daarom geleidelijk en actief worden doorverwezen naar een externe hulpdienst/psycholoog die meer gerichte ondersteuning op lange termijn kan bieden. Deze actieve ondersteuning is mogelijk tot 6 maanden na het evaluatiegesprek en omvat, indien nodig, een vorm van psychologische monitoring¹⁴ van de betrokken slachtoffers.
- Psychologische bijstand binnen het ZSG gedurende 6 maanden (zie punt 4.2.2.):
Als kortdurende psychologische ondersteuning gunstig blijkt te zijn voor het slachtoffer, kan hij/zij/die 6 maanden lang psychologische zorg krijgen bij het ZSG, vanaf de eerste psychologische evaluatie. Het belangrijkste doel van deze follow-up is om het betrokken slachtoffer te helpen de impact van de stressvolle gebeurtenis op zijn of haar dagelijks leven te verminderen en het ontstaan van secundaire problemen te voorkomen, en hem of haar voldoende autonoom te maken om zijn of haar eigen hulpbronnen te vinden.

Om gezamenlijke besluitvorming over het al dan niet doorverwijzen van een slachtoffer aan te moedigen, wordt er binnen het team regelmatig casusoverleg georganiseerd.

Stap 3 - Afronding

Neem, net als bij punt 3.2., de tijd om de consultatie met het slachtoffer af te ronden en zorg ervoor dat hij/zij/die de nodige telefoonnummers heeft in geval van nood (noodnummers en hulplijnen die specifiek zijn voor zijn/haar/hun regio en behoeften). Dit is des te noodzakelijker als er niet eerst een verkennend gesprek heeft plaatsgevonden.

Geef altijd informatie over consultatie/zorg in geval van een crisis. Vertel het slachtoffer welke nummers hij/zij/die

¹³ De PCL-5 kan ook worden gebruikt als tussentijds diagnostisch hulpmiddel (zie bijlage 3.2.3.2.4).

¹⁴ Onder monitoring wordt verstaan: ad-hocgesprekken om (veranderingen in) de psychologische toestand van het slachtoffer te monitoren, hem of haar te ondersteunen, gerust te stellen en te stabiliseren indien dat nodig is. De monitoring is dus niet bedoeld om een therapeutische behandeling op te starten met het slachtoffer.

kan bellen als zijn/haar/hun mentale toestand verslechtert. Maak een nieuwe afspraak voor het volgende adviesgesprek, op basis van wat in stap 2 werd beslist. Vul vervolgens het dossier van het slachtoffer aan met de verzamelde informatie.

Na deze beoordeling wordt aanbevolen om het slachtoffer zo snel mogelijk op een wachtlijst te plaatsen voor een externe hulpverlening/psycholoog, op basis van zijn of haar psychologische beoordeling en behoeften. Het doel is om te anticiperen op de mogelijke toekomstige doorverwijzing van het slachtoffer, die gepland is aan het einde van de ZSG-behandeling, en om te zorgen voor een meer gerichte overgang naar externe hulpdiensten/psychologen die specifiek voldoen aan de behoeften van elk slachtoffer.

4. TWEEDE EN DERDE MAAND NA SEKSUEEL GEWELD

4.1. Casemanagement door de ZSG-verpleegkundige na de 1^e maand na seksueel geweld

In overeenstemming met het handelingsplan voor de ZSG-verpleegkundige (zie punten 3.4. en 3.5) breidt de ZSG-verpleegkundige geleidelijk het telefonisch contact met het slachtoffer en/of de steunfiguren uit en voert hij/zij/die de taken uit die in het handelingsplan worden vermeld.

Afhankelijk van de behoeften van het slachtoffer en/of de steunfiguren, onderhoudt de verpleegkundige van het ZSG verder telefonisch contact tijdens de eerste maanden na aanmelding bij het ZSG.

4.2. Psychologische begeleiding door een psycholoog vanaf de 2^e tot de 3^e maand na het seksueel geweld

4.2.1 Ondersteuning bij doorverwijzing naar een externe hulpdienst/psycholoog

Zoals vermeld in stap 2 van punt 3.3 gebeurt de doorverwijzing van deze slachtoffers altijd in overleg met het slachtoffer, op een actieve en ondersteunende manier. Het doel is om een link te bieden tijdens de overgang van eerstelijns-ondersteuning in het ZSG naar follow-up op langere termijn met een externe ondersteuningsdienst/psycholoog van goede kwaliteit. De psycholoog biedt psychologische ondersteuning en supervisie aan de betrokken slachtoffers, afhankelijk van hun behoeften, gedurende een periode van 6 maanden.

Samenwerking met het externe netwerk is belangrijk om het bewustzijn te vergroten en expertise in psychotrauma te delen met externe hulpverleners.

4.2.2 Psychologische bijstand in het ZSG

De psycholoog past standaard "waakzame psychologische ondersteuning" toe en/of neemt zijn toevlucht tot vroegtijdige interventie als de symptomen verschijnen of verergeren.

Zoals vermeld in stap 2 van punt 3.3 is het doel van deze zorg om slachtoffers te helpen om de impact van de stressvolle gebeurtenis op hun leven te verminderen, om te voorkomen dat er secundaire problemen in hun dagelijks leven ontstaan en om hen voldoende autonoom te maken om hun eigen hulpbronnen te vinden. De interventiemethode en het aantal en de frequentie van de sessies worden bepaald op basis van de behoeften en middelen van het slachtoffer en de beoordeling van de psycholoog, met het oog op het bereiken van deze doelstellingen.

- "Waakzame psychologische ondersteuning" als standaard:

De psycholoog biedt standaard psychosociale zorg en kwalitatief goede opvolging aan het slachtoffer om zijn of haar leed te verlichten. Deze waakzame psychologische ondersteuning richt zich op psycho-educatie, stabilisatie en

empowerment van het slachtoffer.

- Vroegtijdig ingrijpen bij beginnende of verergerende symptomen:

Als nieuwe symptomen die verband houden met het psychotrauma (PTSS en/of co-morbide stoornissen) verschijnen of verergeren tussen de 2^e en 3^e maand na de laatste daad van seksueel geweld, zal de psycholoog een vroegtijdige interventie opzetten die is aangepast aan de behoeften en de situatie van het slachtoffer (vooral bij slachtoffers die weinig kans hebben om op eigen kracht te herstellen).

Onder "vroegtijdige interventie" verstaan we psychologische en therapeutische behandeling binnen 3 maanden na de traumatische gebeurtenis, met als doel het ontstaan van symptomen die verband houden met psychotrauma te voorkomen of te matigen en de ontwikkeling van chronische PTSS te helpen voorkomen.

Als de psycholoog kiest voor een vroegtijdige interventie is het raadzaam¹⁵ om te beginnen met een vroegtijdige behandeling met CGT gericht op trauma (cognitieve verwerkingstherapie, cognitieve therapie voor PTSS, narratieve exposuretherapie, verlengde exposuretherapie) of EMDR als dit de voorkeur geniet voor het slachtoffer.

4.3. Tweede beoordelingsgesprek door de psycholoog aan het einde van de 3^e maand na aanmelding

Voor alle slachtoffers die psychologische hulp krijgen in het ZSG, vindt drie maanden na het seksueel geweld een tweede beoordelingsgesprek plaats om de vooruitgang van het slachtoffer sinds het begin van de behandeling te evalueren. Het doel is om vast te stellen of de stress het dagelijks leven van het slachtoffer nog steeds verstoort en of hij/zij/die voldoende middelen heeft om opnieuw te integreren in zijn of haar leven, onafhankelijk te functioneren in de maatschappij en/of door te gaan met een eventuele ambulante behandeling op lange termijn (indien nodig).

Stap 1 - Algemene anamnese

Verwelkom het slachtoffer en begin met het uitleggen van het doel van de beoordeling. Beoordeel vervolgens hoe het slachtoffer zich de afgelopen twee maanden heeft gevoeld en hoe hij/zij/die met deze gevoelens is omgegaan.

Beoordeel de huidige en mentale toestand van het slachtoffer opnieuw, met bijzondere aandacht voor de sociale omgeving, zoals beschreven in stap 3 van punt 3.2 en stap 1 van punt 3.3.

Gebruik dezelfde schaal als bij de eerste beoordeling om de mentale toestand en de hulpbronnen van het slachtoffer opnieuw te beoordelen. Het doel is om de ontwikkeling van PTSS in te schatten, de psychologische vooruitgang te monitoren en eventuele vooruitgang in therapie te beoordelen bij slachtoffers bij wie al een vroegtijdige traumagerichte behandeling is gestart.

Stap 2 - De volgende fase van de psychologische interventie bepalen (ZSG of niet-ZSG)

Beoordeel in overleg met het slachtoffer en op basis van zijn of haar medische voorgeschiedenis de verschillende opties voor het voortzetten of stopzetten van de behandeling in het ZSG:

- Effectief einde van de zorg:

Als de stress het dagelijks leven van het slachtoffer niet langer verstoort, als het slachtoffer voldoende middelen heeft om zijn of haar leven te re-integreren en zelfstandig in de maatschappij te functioneren en/of om eventuele langdurige zorg voort te zetten, sluit u de zorg voor het slachtoffer af bij het ZSG.

¹⁵ Vroegtijdige interventiemethoden aanbevolen door internationale richtlijnen (NICE en ISTSS)

Neem de tijd om de sessie met het slachtoffer af te ronden en zorg ervoor dat hij/zij/die de nodige telefoonnummers heeft in geval van nood (noodnummers/hulpnummers die specifiek zijn voor zijn/haar/hun regio en behoeften). Geef ook de informatie over consultatie/zorg in geval van een crisis. Vertel het slachtoffer dat hij/zij/die altijd het ZSG kan bellen in de komende weken als zijn/haar/hun geestelijke toestand verslechtert. Indien deze oproep plaatsvindt in de 3 maanden volgend op de tweede evaluatie, dan zal bekeken worden wat het slachtoffer nodig heeft en wat er nog door het ZSG gedaan kan worden.

- De afronding van de vroegtijdige interventie begonnen vóór de 3^e maand na het seksueel geweld:

Als de vroegtijdige interventie gestart werd voor de 3^e maand na het seksueel geweld en nog steeds loopt, neem dan de tijd om deze vroegtijdige interventie af te ronden. Zodra dit is afgerond, start geleidelijk de psychologische opvolgingsfase, die mogelijk is tot het einde van de 6^e maand na het seksueel geweld.

- Psychologische opvolgingsfase:

Als de stress het dagelijkse leven van het slachtoffer nog steeds verstoort en hij/zij/die niet over voldoende middelen beschikt om zijn of haar leven te re-integreren en zelfstandig in de maatschappij te functioneren en/of om eventuele langdurige zorg voort te zetten, ga dan door met de opvolging in het ZSG tot uiterlijk het einde van de 6^e maand na het seksueel geweld. De psycholoog blijft gedurende maximaal 3 maanden psychologische ondersteuning en supervisie bieden aan de betrokken slachtoffers, afhankelijk van hun behoeften.

Neem in geval van hoog risico contact op met de psychiater van wacht voor een beoordeling en mogelijke ambulante of residentiële behandeling. Bepaal, in overleg met de psychiater, de verantwoordelijkheden van elke persoon in het vervolg van de zorg.

Stap 3 - Afronding

Neem de tijd om de sessie met het slachtoffer af te sluiten en maak, indien nodig, een nieuwe afspraak voor de volgende begeleidingssessie, op basis van wat er in stap 2 is besloten. Vul vervolgens het dossier van het slachtoffer aan met de verzamelde informatie.

5. VIERDE TOT ZESDE MAAND NA SEKSUEEL GEWELD

Zoals beschreven in punt 4.3 heeft de psycholoog, als de symptomen in verband met het psychotrauma nog steeds aanwezig zijn of als de vroegtijdige interventie nog steeds aan de gang is, nog 3 maanden de tijd om de reeds begonnen behandeling af te ronden en/of het psychologisch toezicht op het slachtoffer voort te zetten, om hem/haar/hen zo lang als nodig te begeleiden en zijn/haar/hun psychologische toestand in het oog te houden. Zodra het slachtoffer zich begint te stabiliseren, kan de tijd tussen de sessies geleidelijk worden verlengd.

In dit stadium is het, afhankelijk van de situatie van het slachtoffer en de eventuele noodzaak van een doorverwijzing, sterk aan te raden om te beginnen met het organiseren van de geleidelijke doorverwijzing van het slachtoffer naar een externe hulpdienst/psycholoog voor verdere langetermijnbehandeling. Doorverwijzing van deze slachtoffers wordt altijd uitgevoerd in overleg met het slachtoffer, op een actieve en duurzame manier, om de link te waarborgen tijdens de overgang tussen eerstelijns hulp bij het ZSG en opvolging op langere termijn bij een externe hulpdienst/psycholoog.

Samenwerking met het externe netwerk is belangrijk om het bewustzijn te vergroten en expertise in psychotrauma te delen met externe hulpverleners. Voer hiervoor de volgende stappen uit:

- > Vraag het slachtoffer vooraf of hij/zij/die zich comfortabel genoeg voelt om seksueel geweld te bespreken met een externe psycholoog.
 - > Probeer dan, met toestemming van het slachtoffer en voor zover mogelijk, contact te leggen met een externe psycholoog om een link te leggen met het netwerk. Beoordeel wat mogelijk is voor de psycholoog op het gebied van traumaverwerking na seksueel geweld en of hij/zij/die zich comfortabel voelt met deze onderwerpen. Neem indien nodig de tijd om dieper in te gaan op stabilisatietechnieken en het noodzakelijke vervolg van de traumabehandeling, om hem/haar/hen gerust te stellen en zijn/haar/hun vertrouwen op te bouwen;
 - > Zo niet, bied dan nog een paar psychologische vervolgesprekken aan bij het ZSG, die tot 3 maanden na de tweede psychologische beoordeling mogelijk zijn. Probeer het slachtoffer zoveel mogelijk informatie te geven over externe hulpdiensten/psychologen die relevant zijn voor hun behoeften en zorg ervoor dat ze de nodige telefoonnummers hebben (noodnummers/hulplijnen die specifiek zijn voor hun regio en behoeften).

Om gezamenlijke besluitvorming over het al dan niet doorverwijzen van een slachtoffer aan te moedigen, wordt er binnen het team regelmatig casusoverleg georganiseerd.

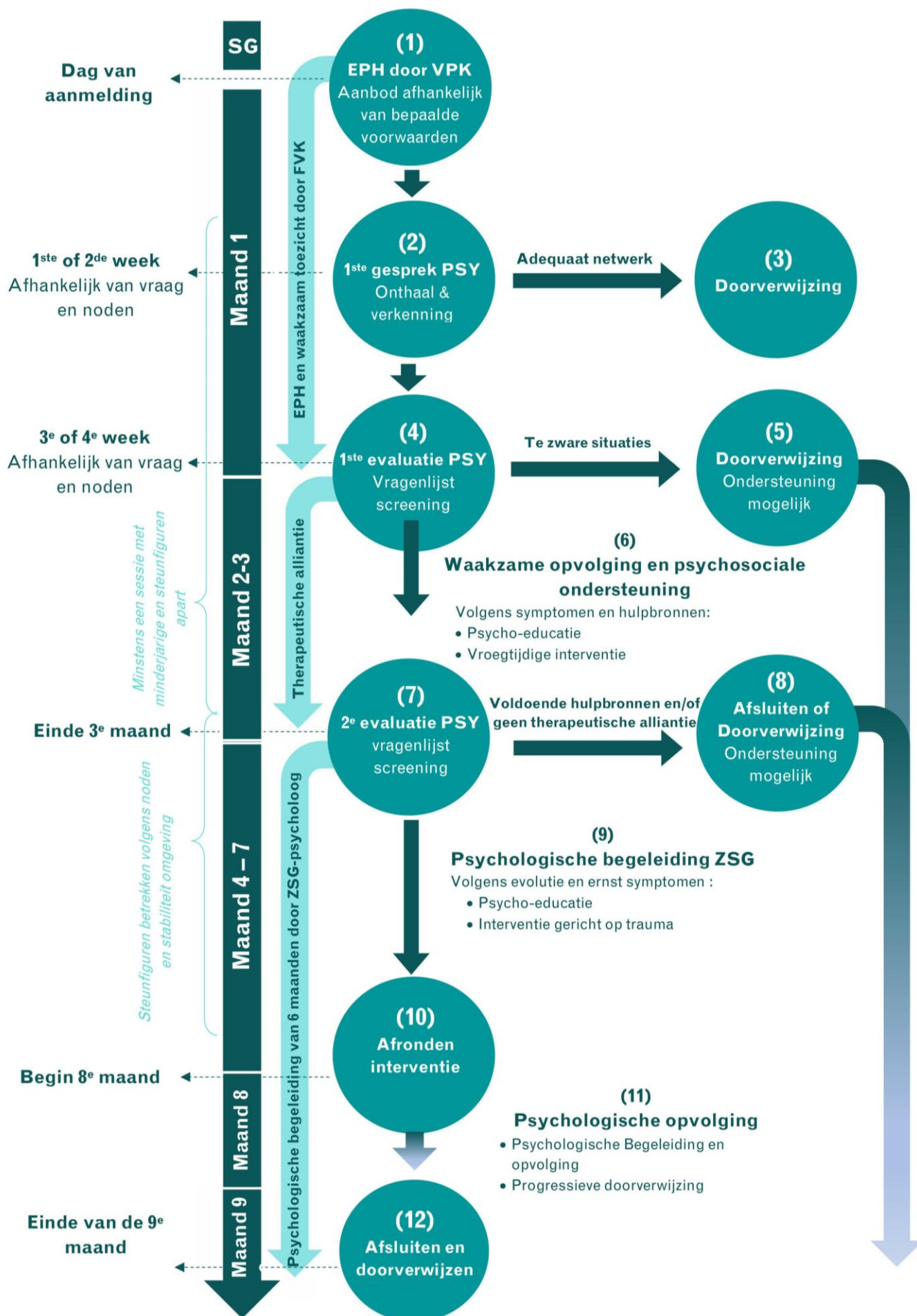
6. ZEVENDE MAAND NA SEKSUEEL GEWELD

De psycholoog heeft dus een extra maand, waarin hij/zij/die de tijd kan nemen om de zorg in het ZSG af te ronden, op dezelfde manier als beschreven in stap 3 van punt 3.3.

Voor slachtoffers voor wie nog geen doorverwijzingsbegeleiding is opgezet, organiseert de psycholoog tijdens deze periode de doorverwijzing van het slachtoffer naar een externe hulpdienst/psycholoog voor de voortzetting van hun behandeling op lange termijn, volgens dezelfde procedures als beschreven in punt 4.2.

DEEL II - PSYCHOLOGISCHE ZORG AAN EEN MINDERJARIG SLACHTOFFER IN DE ACUTE OF POSTACUTE FASE

1. OVERZICHT



Bovenstaande figuur toont het kader voor de psychologische opvolging in het ZSG van een minderjarig slachtoffer, die ook als volgt kan worden samengevat:

- **Op de dag van aanmelding:** eerste psychologische hulp van de ZSG-verpleegkundige (1);
- **De maand na het seksueel geweld:** nauwgezette opvolging en psychosociale ondersteuning door de ZSG-verpleegkundige, met de mogelijkheid van een oriënterend gesprek (2) met een ZSG-psychologe/-psycholoog in de 1e of 2e week na de laatste daad van seksueel geweld voor acute slachtoffers en/of hun steunfiguur. Voor post-acute slachtoffers wordt, afhankelijk van de tijd die verstreken is tussen de gebeurtenis en hun aanmelding, waar nodig zo snel mogelijk een oriënterend gesprek gepland. Aan het einde van deze maand na het seksueel geweld, verzorgt de psycholoog een beoordelingsgesprek (4) met het slachtoffer in acute of post-acute fase en/of met diens steunfiguur, afhankelijk van de leeftijd van het slachtoffer. Het doel van die beoordeling is om de mogelijke verdere behandeling te bepalen (binnen het ZSG of bij een andere, beter gekwalificeerde dienst (5));
- **De 2e en 3e maand na het seksueel geweld:** nauwgezette opvolging en psychosociale ondersteuning door de ZSG-psychologe/-psycholoog (6), vooral via psycho-educatie van het slachtoffer en eventueel van diens steunfiguur, afhankelijk van de situatie. Als er hevige symptomen bij het slachtoffer verschijnen of de symptomen verergeren, is vroegtijdige trauma-interventie mogelijk, afhankelijk van de beschikbare hulpbronnen en stabiliteit van het slachtoffer (zie punt 4.2.1 Deel II voor de indicatoren om rekening mee te houden).

Aan het einde van deze periode volgt een tweede evaluatiegesprek (7) om de psychologische toestand van het slachtoffer en diens hulpbronnen en/of de hulpbronnen van de steunfiguur opnieuw te beoordelen, om een interventie op maat van de situatie aan te kunnen bieden (binnen het ZSG of bij een andere, beter gekwalificeerde dienst (5)). Ook de therapeutische alliantie wordt in deze periode beoordeeld om te kunnen bepalen of een verdere opvolging binnen het ZSG al dan niet een meerwaarde zou hebben als die alliantie maar moeizaam tot stand komt. Ook een eventuele doorverwijzing naar externe diensten is mogelijk (5);

- **De 4e tot de 7e maand na het seksueel geweld:** gepersonaliseerde psychologische bijstand (9) voor het slachtoffer en/of diens steunfiguur volgens hun behoeften, standaard 'waakzame psychologische ondersteuning' en/of trauma-interventie als er symptomen opduiken of de symptomen verergeren. Die ondersteuning kan maximaal 6 maanden duren, vanaf de tweede psychologische beoordeling bij een ZSG-psycholoog/-psychologe.
- **De 8e en de 9e maand na het seksueel geweld:** afronding van de interventie (10) met een fase van psychologische opvolging, waaronder psychologische ondersteuning en monitoring tijdens de geleidelijke doorverwijzing (11) van het slachtoffer en/of diens steunfiguur naar gekwalificeerde externe diensten voor hulp op langere termijn. Die geleidelijke doorverwijzing moet uiterlijk in de 8e maand van start gaan, om de best mogelijke overgang te kunnen waarborgen. Aan het einde van de 9e maand moeten de slachtoffers zijn doorverwezen naar een gekwalificeerde hulpverlener/dienst en moet de psychologische zorg in het ZSG zijn afgesloten (12).

Alle bovengenoemde stappen worden in dit handelingsplan beschreven.

2. DAG VAN AANMELDING

2.1. Eerste psychologische hulp en risicotaxatie door de ZSG-verpleegkundige

Zoals vermeld in punt 4 van het handelingsplan voor minderjarige slachtoffers, wordt een multidisciplinair team gevormd dat samen de zorg voor de minderjarige slachtoffers op zich neemt. Dat multidisciplinair team (MDT), dat

uit minstens de ZSG-verpleegkundige en een arts (van wacht) bestaat (afhankelijk van de leeftijd en het geslacht van de minderjarige), zal de holistische zorg aan de minderjarige bieden en neemt samen beslissingen inzake de zorg die op het ZSG wordt geboden en het waarborgen van de veiligheid van de minderjarige. Als de ZSG-psychologe/-psycholoog beschikbaar is, kan die zich bij het MDT aansluiten.

2.1.1. Eerste psychologische hulp

Het slachtoffer en de eventueel aanwezige steunfiguur krijgen de eerste psychologische hulp van de verpleegkundige en/of, waar nodig, van het MDT, om een gevoel van veiligheid te kunnen bieden, volgens de procedure uit punt 5 van het handelingsplan voor minderjarige slachtoffers. Het is heel belangrijk dat er in dit stadium nog geen proactieve vragen worden gesteld over de feiten (maar als het slachtoffer spontaan over de feiten vertelt, onderbreek je het spontane verhaal niet).

Het MDT beoordeelt of het nodig is om een beroep te doen op de diensten van een psycholoog uit het team, volgens dezelfde stappen en modaliteiten als bij meerderjarige slachtoffers (zie punt 2.1.1 deel I). Het materiaal moet wel zijn aangepast aan de zorg voor minderjarigen, niet alleen om tegemoet te komen aan hun primaire behoeften (drinken, eten, verschoond worden...) maar ook met het oog op zichzelf te kunnen uitdrukken (materiaal om tekeningen te maken, figuren, dieren ...) (8).

2.1.2. Risicotaxatie

- **Modaliteiten van de risicotaxatie:**

Volgens punt 6 uit het handelingsplan voor minderjarige slachtoffers, gaat het MDT vervolgens over op een algemene beoordeling van de situatie en de mentale toestand van het slachtoffer en/of diens steunfiguur, om de veiligheid en het risico op geweld voor het minderjarige slachtoffer in te schatten. Het MDT kan contact opnemen met SOS Enfants/VK om een multidisciplinair overleg te organiseren alsook om advies en ondersteuning te vragen bij dit evaluatieproces.

Op basis van de in punt 2.1.2 van deel I beschreven modaliteiten, voert het MDT een risicotaxatie uit met bijzondere aandacht voor het sociale netwerk van het minderjarige slachtoffer, om de stabiliteit van de entourage van het slachtoffer na te gaan en om te bepalen of diens netwerk voldoende ondersteuning biedt.

- **Modaliteiten voor het eerste gesprek met een ZSG-psychologe/-psycholoog:**

Op basis van de vraag van het slachtoffer, de informatie die tijdens deze algemene beoordeling is verzameld EN van onderstaande voorzorgsmaatregelen, bepaalt het MDT het beste moment voor een eerste gesprek met een ZSG-psycholoog/-psychologe, aan de hand van de indicaties uit onderstaande tabel.

Risico op geweld		Acute fase	Post-acute fase
Geweld tegen zichzelf	LAAG EN GEMIDDELD	Een afspraak met een ZSG-psychologe/-psycholoog wordt aanbevolen vanaf de 1e week na aanmelding.	Een afspraak met een ZSG-psycholoog/-psychologe is mogelijk tot de 2e week na aanmelding.
	HOOG	<ul style="list-style-type: none"> > Een (kinder)psychiater van wacht en een kinderarts van wacht worden ingeschakeld voor een beoordeling en een mogelijke ambulante of residentiële behandeling. Als de (kinder)psychiater niet direct beschikbaar is, kan in afwachting hospitalisatie worden overwogen. > Er wordt zo snel mogelijk in de 1e week na aanmelding een afspraak gemaakt met een ZSG-psychologe/-psycholoog. 	
Geweld door anderen	LAAG EN GEMIDDELD	Een afspraak met een ZSG-psychologe/-psycholoog wordt aanbevolen in de 1e week na aanmelding.	Een afspraak met een ZSG-psycholoog/-psychologe is mogelijk tot de 2e week na aanmelding.
	HOOG	<ul style="list-style-type: none"> > Het MDT kan zich beroepen op het spreekrecht uit artikel 458bis en de feiten melden bij de procureur des Konings. > Het MDT beoordeelt in overleg of een hospitalisatie kan worden overwogen. > Er wordt zo snel mogelijk in de 1e week na de gebeurtenis een afspraak gemaakt met een ZSG-psychologe/-psycholoog. 	

Afhankelijk van de respectievelijke beschikbaarheden, stelt het MDT het slachtoffer en diens steunfiguur een eerste¹⁶ gezamenlijke afspraak met een psycholoog voor om de situatie te beoordelen. Wanneer het slachtoffer diens belangen redelijk kan beoordelen¹⁷ en niet wil dat de steunfiguur aanwezig is, of bij contra-indicaties¹⁸, wordt een individueel gesprek met het slachtoffer ingepland. In die gevallen kan de steunfiguur ook baat hebben bij een individueel gesprek.

TE NEMEN VOORZORGSMAATREGELEN:

- **TAM-verhoor:**

Overeenkomstig punt 10 van het handelingsplan voor minderjarige slachtoffers, wordt de psychologische begeleiding bij voorkeur pas opgestart wanneer het TAM-verhoor is afgenomen om collusie te vermijden.

- > Als er echter een urgente nood aan psychologische ondersteuning van het minderjarige slachtoffer is, bij een gevaar voor de mentale gezondheid van het slachtoffer en/of wanneer het TAM-verhoor niet spoedig¹⁹ plaatsvindt, kan de ondersteuning voor het TAM-verhoor worden aangeboden, om het slachtoffer te beschermen en ernstige aantasting van de mentale gezondheid te voorkomen.
- > Om elke collusie te vermijden gaat het in dat geval om gesprekken van psychologische ondersteuning en niet om een therapeutische behandeling die zich bezighoudt met de feiten zelf. Dat wil zeggen dat er psychologische zorg kan worden geboden om het slachtoffer te kalmeren en aan het emotionele aspect te

¹⁶ Om dezelfde redenen als aangehaald in deel I, heeft het de voorkeur dat de ZSG-verpleegkundige waar mogelijk enkel spreekt over een eventueel eerste gesprek met een ZSG-psychologe/-psycholoog, waarin zal worden gekeken naar de mogelijkheid van psychologische opvolging binnen het ZSG.

¹⁷ Overeenkomstig punt 11 van het handelingsplan voor minderjarige slachtoffers, beoordeelt het MDT of de minderjarige handelingsbekwaam is en diens patiëntenrechten zelfstandig kan uitvoeren. Het MDT kan de raad van SOS Enfants/VK vragen bij die evaluatie. De conclusies van die evaluatie worden vastgelegd in het medisch dossier.

¹⁸ Bij een vermoeden van intrafamiliale mishandeling of misbruik en/of vijandigheid, onvermogen of instabiliteit van de steunfiguur (emotioneel of psychologisch, eventueel gelinkt aan een psychische aandoening of een stoornis in het gebruik van middelen)

¹⁹ COL 03/2021 over de audiovisuele opname van het verhoor van minderjarige en kwetsbare meerderjarige slachtoffers of getuigen van misdrijven bepaalt het volgende: "Het verhoor moet zo spoedig mogelijk plaatsvinden afhankelijk van de noodzaak de te horen persoon te beschermen en van de ernst van de feiten".

werken, bijvoorbeeld met EPH of psycho-educatie, en dat een begin kan worden gemaakt met het opbouwen van de therapeutische alliantie, maar dat de feiten niet proactief worden aangepakt of besproken.

- **Samenwerking met SOS Enfants / VK:**

Op basis van de gemaakte samenwerkingsafspraken met de teams van SOS Enfants / VK, evalueert het MDT of het opportuun is om SOS Enfants / VK te betrekken. Bespreek met het slachtoffer en/of steunfiguur hun manier van werken en leg uit welke diensten en ondersteuning zij kunnen bieden.

- **Toestemming voor psychologische begeleiding**

Voor alle niet-gerechtigde situaties gelden de regels van het medisch recht, die stellen dat de patiënt *het recht heeft om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de gezondheidszorgbeoefenaar*²⁰.

Het MDT volgt de procedure uit punt 11 van het handelingsplan voor minderjarige slachtoffers:

- > Voor de start van een psychologische opvolging moet de geïnformeerde toestemming worden gevraagd van het handelingsbekwame minderjarige slachtoffer of van de wettelijk vertegenwoordiger(s) als het slachtoffer niet handelingsbekwaam wordt geacht.
 - In het geval het MDT oordeelt dat de minderjarige niet tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat kan worden geacht, dan oefenen de ouders de patiëntenrechten uit.
 - Dit betekent niet dat systematisch de toestemming van beide ouders nodig (zie punt 11.2 van het handelingsplan voor minderjarige slachtoffers). Er mag immers te goeder trouw vanuit worden gegaan dat de aanwezige ouder het akkoord van de andere ouder heeft²¹, tenzij er objectieve redenen zijn voor de hulpverlener om eraan te twijfelen dat de afwezige ouder toestemming zou geven.
 - Dit betekent wel dat als het MDT (in)direct verneemt dat één ouder een andere mening is toegedaan (of hier ernstige twijfels over heeft), dat ze alles in het werk moet stellen om de toestemming van beide ouders te verkrijgen.
 - Indien het meningsverschil blijft bestaan, wordt de begeleiding onderbroken tot het moment waarop een akkoord wordt gevonden (zij het via de jeugdrechtbank of bij wederzijdse toestemming). Echter, in noodsituaties primeert het belang van het kind op een meningsverschil tussen de ouders (zie punt 11.2 van het handelingsplan voor minderjarige slachtoffers). Er kan zelfs, na multidisciplinair overleg, afgeweken worden van de door ouders genomen beslissingen om een bedreiging van het leven of een ernstige aantasting van de gezondheid van de minderjarige af te wenden²². Ook psychologische zorg kan nodig zijn om een ernstige aantasting van de mentale gezondheid van het minderjarige slachtoffer te voorkomen. Het is wel cruciaal dat de andersluidende beslissing goed wordt gedocumenteerd en gerechtvaardigd in het medisch dossier van het minderjarige slachtoffer.
 - Als het minderjarige slachtoffer volgens het MDT in staat is om zijn of haar belangen redelijkerwijs te beoordelen, oefent hij/zij/die zijn of haar rechten als patiënt op autonome wijze uit. De wil van de

²⁰ Art. 8, § 1, en art. 12, § 1 en 2, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. Meer informatie in het handelingsplan voor minderjarige slachtoffers en op de site van de Orde der artsen, in de rubriek FAQ, Rechten van de patiënt - De minderjarige patiënt - Vermoeden van misbruik.

²¹ Advies van de Nationale Raad van de Orde van Artsen van 16 november 1996, De arts en de kinderen van niet-samenwonende ouders en de gewijzigde wetgeving terzake (TNR nr. 76, p. 20) en Advies van de Nationale Raad van de Orde van Artsen van 6 februari 2010, Medische zorg verstrekt aan minderjarigen – Instemming van beide ouders: <https://ordomedic.be/nl/adviezen/deontologie/consent-fully-informed/medische-zorg-verstrekt-aan-minderjarigen-instemming-van-beide-ouders> (geraadpleegd op 09.09.2021).

²² Art. 15, § 2, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

ouders is dan geen beslissende factor.

Het MDT geeft de nodige informatie over de mogelijkheid van een consultatie/behandeling bij crisis als de mentale toestand van het slachtoffer verslechtert (in het bijzonder voor slachtoffers die niet van plan zijn een psycholoog te bezoeken in de 1e of 2e week na het seksueel geweld en voor slachtoffers in de post-acute fase).

2.2. Beschikbaarheid van de psycholoog waar nodig

Zoals beschreven in punt 2.1.1 van deel I, kan waar nodig en als er een psycholoog beschikbaar is, op verzoek van de ZSG-verpleegkundige in de volgende gevallen een beroep worden gedaan op een psycholoog van het team om ondersteuning te bieden:

- Het wordt aanbevolen dat een psycholoog het psychologische aanbod van het ZSG komt voorstellen aan slachtoffers die bepaalde moeilijkheden ondervinden met het psychosociale netwerk.
- Een psycholoog kan de ZSG-verpleegkundige ondersteunen in situaties die gecompliceerder alleen aan te pakken zijn. De aanwezigheid van een psycholoog wordt nog meer als een meerwaarde gezien als de familie van het minderjarige slachtoffer aanwezig is (vooral als die geagiteerd en/of opdringerig is).

3. EERSTE MAAND NA HET SEKSUEEL GEWELD

3.1. Nauwgezette opvolging door de ZSG-verpleegkundige via versterkt casemanagement²³

In de eerste maand na het seksueel geweld besteedt de verpleegkundige²⁴, bovenop de taken uit punt 3, 'Casemanagement', van het handelingsplan voor de ZSG-verpleegkundige, bijzondere aandacht aan de mentale toestand van het slachtoffer, zoals beschreven in deel I. Dat versterkt casemanagement gaat via regelmatig telefonisch contact en kan, afhankelijk van de situatie en de leeftijd van het slachtoffer, direct met de steunfiguur plaatsvinden. Het doel is om eventuele extra psychologische ondersteuning aan te dragen en de evolutie van de mentale toestand van het slachtoffer in het oog te houden tot de start van de effectieve zorg door een psychologe/psycholoog.

De in punt 3.1 van deel I vermelde modaliteiten zijn ook hier van toepassing.

Afhankelijk van de behoeften van het slachtoffer en de steunfiguur, neemt de ZSG-verpleegkundige verder telefonisch contact op tijdens de eerste maand na het seksuele geweld (zie punt 3.3 van het handelingsplan voor de ZSG-verpleegkundige). Als er tekenen van verslechtering van de mentale toestand zijn, kan de ZSG-verpleegkundige een vroegtijdige herbeoordeling van de psychologische symptomen en/of een vroegtijdig gesprek met de ZSG-psycholoog/-psychologe voorstellen, afhankelijk van de beschikbaarheid.

3.2. Eerste oriënterend gesprek door de psycholoog in de 1e of 2e week na het seksueel geweld.

Zoals hierboven vermeld in punt 2.1.2., stelt het MDT, op basis van de vraag van het slachtoffer EN de informatie verzameld tijdens de algemene beoordeling, altijd een eerste gezamenlijk gesprek voor (uitzonderingen daargelaten) aan het minderjarige slachtoffer en diens steunfiguur, in de 1e of uiterlijk de 2e week **na de**

²³ De term 'casemanagement' verwijst naar 'slachtofferbegeleiding' zoals gedefinieerd in artikel 2 van de Wet betreffende de Zorgcentra na Seksueel Geweld.

²⁴ Waar mogelijk is het sterk aan te raden dat casemanagement wordt uitgevoerd door de forensisch verpleegkundige die ook de holistische zorg heeft verleend tijdens het eerste contact, of door twee vaste verpleegkundigen. In uitzonderlijke gevallen worden de redenen voor de verandering van contactpersoon duidelijk uitgelegd aan het slachtoffer tijdens het telefoongesprek.

aanmelding:

- Als er een afspraak wordt gemaakt in de 1e of 2e week na het seksueel geweld, is dit eerste gesprek vooral bedoeld als kennismaking met het slachtoffer en/of diens steunfiguur. Het belangrijkste doel is het slachtoffer en/of diens steunfiguur een veilig gevoel te geven en hun behoeften, hulpvraag en capaciteiten in kaart te brengen. Het doel is om meer inzicht te krijgen in de algemene context van het slachtoffer en/of diens steunfiguur om zo de verschillende mogelijkheden voor psychologische opvolging (al dan niet bij het ZSG) te verkennen.
- Na de 1e of 2e week na het seksueel geweld, richt dit eerste gesprek zich voornamelijk op het uitvoeren van de eerste psychologische beoordeling, zoals beschreven in punt 3.3 van deel II.
Als het slachtoffer geen eerste verkennend gesprek wil in de acute fase in de 1e of 2e week na het seksueel geweld, of als het slachtoffer zich in de post-acute fase bevindt, neemt de psycholoog deze doelen ook mee in de eerste psychologische beoordeling (zie verder in punt 3.3).

Afhankelijk van de behoeften van het slachtoffer en/of de steunfiguur, kan deze verkenning bestaan uit één of meerdere gesprekken en wordt er gepast materiaal gebruikt.

Tijdens de verkenning werkt de psycholoog met het minderjarige slachtoffer en/of diens steunfiguur aan de volgende doelstellingen, volgens de in punt 3.2 van deel I vastgelegde modaliteiten:

- Onthaal;
- Veiligheid;
- Psycho-educatie over de normale reacties op een traumatische gebeurtenis;
- Beoordeling van hulpbronnen en netwerk;
- Beoordeling van het betrekken van de steunfiguur;
- Mogelijke beoordeling van co-morbide psychologische stoornissen.

Stap 1 - Onthaal

Zie punt 3.2 Deel I.

Stap 2 - Veiligheid en psycho-educatie

Zie punt 3.2 Deel I, met aangepast materiaal.

Stap 3 - Beoordeling van hulpbronnen en netwerk

Beoordeel de huidige toestand van het slachtoffer en let vooral op diens sociale omgeving. Met het oog op het belang voor minderjarige slachtoffers van de sociale ondersteuning, de omgeving en de relaties, is het uitermate belangrijk om de stabiliteit van de sociale omgeving en de manier waarop het slachtoffer kan rekenen op ondersteuning uit die omgeving te beoordelen.

Veel minderjarigen maken deel uit van een ondersteuningsnetwerk, zoals de school, de CLB, jeugdhulp, pleeggezinnen, CGG's, diensten voor psychosociale bijstand (CAW/centra voor slachtofferhulp, centra voor gezinsplanning enz.), thuishulp, revalidatiecentra, de consulenten van de Jeugdrechtbank. Dat netwerk kan afhankelijk van de situatie meer of minder solide en gecoördineerd zijn. Het is dus heel belangrijk dat je snel begint aan de inventarisatie van de mogelijke hulpbronnen. Begin snel aan de samenwerking met het netwerk en de

eventuele versterking ervan, om goede bijstand te kunnen waarborgen.

Beoordeel de volgende aspecten en leg ze systematisch vast in het anamnesedocument (bijlage 3.2.3.2.1 **Foot!** **Verwijzingsbron niet gevonden.**):

- > Eetlust/hydratatie en slaap;
- > Plaats waar het slachtoffer kan rusten;
- > Eventuele problemen waarmee het slachtoffer en diens familie momenteel worden geconfronteerd;
- > Gezins situatie (ouderlijk functioneren, gezinscohesie, andere mogelijke negatieve factoren waarmee het gezin te maken krijgt, zoals een verhuis, financiële problemen of veranderingen in de gezinsstructuur, enz.);
- > Schoolleven;
- > Sociaal en relationeel functioneren (hobby's, sociaal netwerk, leefsituatie, financiële middelen enz.);
- > Eerdere psychosociale bijstand en gevoelens daarover of huidig ondersteuningsnetwerk;
- > Belangrijke gebieden en/of problemen in het leven (eventuele huidige zorgen en/of sterke punten);
- > Hulp- en krachtbronnen;
- > Gevoelens van schaamte en/of schuld;
- > Het risico op geweld door derden voor de minderjarige.

Gebruik waar nodig en op basis van de leeftijd van het slachtoffer²⁵, de schalen in de bijlage (zie bijlage 3) om de sociale bijstand van het slachtoffer en de sociale reacties op het seksuele geweld te beoordelen.

Stap 4 - Beoordeling van het betrekken van de steunfiguur

Het actief betrekken van de steunfiguur heeft als doel het vergroten van het gevoel van veiligheid en stabiliteit voor het minderjarige slachtoffer, door ervoor te zorgen dat de steunfiguur het slachtoffer kan helpen bij het verwerken, met oog voor de specifieke kenmerken van psychotrauma bij minderjarige slachtoffers.

Beoordeel afhankelijk van de leeftijd en handelingsbekwaamheid van het slachtoffer (zie eerder in punt 2.1.2.) of de steunfiguur betrokken moet worden bij de zorg in het ZSG en zo ja, op welke manier (met aparte of gezamenlijke gesprekken). Elke situatie moet natuurlijk apart worden bekeken, met oog voor de behoeften van het slachtoffer en de beoordeling van de psycholoog/psychologe. Baseer je analyse van de situatie op de volgende indicatoren:

- > Het slachtoffer is jonger dan 6 jaar: betrek systematisch de steunfiguur. De psychologische opvolging is vooral gericht op de steunfiguur, maar nog altijd in het belang van het herstel van de minderjarige;
- > Het slachtoffer is tussen 6 en 12 jaar oud: houd de volgende indicatoren in gedachten bij de keuze om de steunfiguur al dan niet bij het proces te betrekken:
 - Het slachtoffer is in staat om diens belangen redelijk te beoordelen:
 - Ja: het slachtoffer bepaalt of de rest van de opvolging gezamenlijk of apart gebeurt. Op basis van de andere indicatoren kan je het slachtoffer over die beslissing adviseren;

²⁵ De SRQ-S-schaal is bedoeld voor volwassenen en adolescenten.

- Nee: beoordeel op basis van de andere hier vermelde indicatoren en het akkoord van de ouder(s) of de rest van de opvolging gezamenlijk of apart zal gebeuren. Bij twijfel kan je het MDT om advies vragen;
 - De wensen en behoeften van het minderjarige slachtoffer;
 - Het ouderlijk functioneren (gezinscohesie, eventuele negatieve factoren ...);
 - Het reactievermogen van het gezin en de plaats die het gezin inneemt;
 - Het netwerk rond het slachtoffer en/of diens familie;
 - De ontwikkeling van de minderjarige (cognitief/emotioneel/intellectueel/taalkundig/enz.);
 - Context van agressie;
- > Het slachtoffer is ouder dan 12 jaar: houd rekening met de wensen van het slachtoffer en bekijk samen hoe deze vertaald kunnen worden naar een aangepaste begeleiding.

Bepaal als je de steunfiguur gaat betrekken bij de zorg van het minderjarige slachtoffer, op basis van jouw analyse (zie stap 3 en 4) en in overleg met het slachtoffer en diens steunfiguur, welke vorm de rest van de opvolging in eerste instantie zal krijgen, om iedereen optimale psychologische begeleiding te kunnen bieden:

- > De gesprekken kunnen gezamenlijk, apart of in een combinatie van die twee plaatsvinden; deze aanpak kan meegroeien met de evoluerende situatie en eventueel veranderende behoeften;
- > Als de gesprekken apart worden gepland, wordt aanbevolen om de opvolging door verschillende psychologen te laten verzorgen. Een goede samenwerking binnen het team is dan noodzakelijk;
- > Het is heel belangrijk om in gedachten te houden dat de doelstelling van de zorg voor de steunfiguur is om de ondersteuning van het herstel van de minderjarige mogelijk te maken (of te versterken). Het slachtoffer moet in alle gesprekken centraal staan, aangezien de opdracht²⁶ van de ZSG-psychologen is om zich voor alles op het slachtoffer en de gevolgen van het seksuele geweld op diens leven te concentreren.
- > Het wordt in alle gevallen aanbevolen om minstens een moment alleen met iedereen in te plannen, om aparte ruimtes te creëren waarin het slachtoffer en de steunfiguur zich vrij kunnen uitspreken, zodat je een vollediger overzicht krijgt van de situatie.

Stap 5 - Mogelijke beoordeling van co-morbide psychologische stoornissen

Zie punt 3.2 Deel I.

Als het slachtoffer een hoog risico loopt op ernstige zelfbeschadiging en zelfdoding, neem dan contact op met de dienstdoende (kinder)psychiater voor een directe beoordeling en een mogelijke ambulante of residentiële behandeling. Coördineer voor de volgende consultatie zo goed mogelijk met de (kinder)psychiater.

Stap 6 - Mogelijkheid tot directe doorverwijzing na het eerste gesprek

Beoordeel op basis van de evaluatie van de hulpbronnen of het slachtoffer en/of diens steunfiguur een voldoende ondersteunend psycho-sociaal netwerk hebben en op de ondersteuning van dat netwerk kunnen rekenen:

- > Is het netwerk voldoende ondersteunend en het slachtoffer en/of de steunfiguur voldoende autonoom om de middelen te vinden om externe psychologische begeleiding te volgen/voort te zetten, verwijst ze dan rechtstreeks door naar een externe hulpdienst of psycholoog (nieuw of bestaand).
- > Wanneer psychosociale opvolging bij SOS Enfants/VK is aangewezen en/of reeds opgestart, bepaal dan

²⁶ De gerichte en diepgaande behandeling van symptomen van psychotrauma bij de steunfiguur maakt dus geen deel uit van de opdrachten van het ZSG.

samen met hun team welke zorg het beste zou worden opgezet voor het slachtoffer en/of diens steunfiguur.

Werk altijd samen met het netwerk om externe hulpverleners te sensibiliseren, expertise over psychotrauma te delen en een goede coördinatie tussen de betrokken hulpverleners en diensten te verzekeren om het aantal interventies met de minderjarige zo laag mogelijk te houden.

Doorverwijzing wordt altijd uitgevoerd in overleg met het slachtoffer en/of diens steunfiguur, op een actieve en duurzame manier, om een overgang tussen het ZSG en de externe hulpdienst/psycholoog te garanderen. Volg daarvoor de stappen uit punt 3.2 van deel I.

Bespreek om gezamenlijke besluitvorming over het al dan niet direct doorverwijzen van een slachtoffer en/of diens steunfiguur aan te moedigen dergelijke beslissingen altijd met het team.

Stap 7 - Afronding

Zie punt 3.2 Deel I.

3.3. Eerste psychologische beoordeling door een psycholoog mogelijk vanaf de 3e week na het seksueel geweld

In het licht van de symptomatologische evolutie van psychotrauma na seksueel geweld, wordt de eerste psychologische beoordeling idealiter uitgevoerd rond de 4e week na de laatste daad van seksueel geweld en wordt deze niet aanbevolen voor de 3e week na deze laatste daad.

Als het slachtoffer geen eerste verkennend gesprek wil in de acute fase in de 1e of 2e week na het seksueel geweld of als een dergelijk gesprek niet mogelijk was, of als het slachtoffer zich in de post-acute fase bevindt, neemt de psycholoog de doelen uit punt 3.2 ook mee in de eerste psychologische beoordeling.

Met deze beoordeling krijgt de psycholoog de kans om, in de eerste plaats, de mentale toestand van het minderjarige slachtoffer te beoordelen en om te bepalen of de psychologische zorg van het slachtoffer en/of diens steunfiguur zich in het belang van het slachtoffer best zou voortzetten binnen het ZSG of bij een andere, beter gekwalificeerde externe hulpdienst of hulpverlener. Om dit te kunnen doen, zal de beoordeling zich in de eerste plaats richten op het beoordelen van de situatie en de behoeften van het minderjarige slachtoffer en op het opsporen van een risico op (C)PTSS of andere psychopathologie(ën) die verband houden met de traumatische gebeurtenis, met behulp van wetenschappelijk aanbevolen schalen. Waar nodig kan in deze context ook een algemenere beoordeling van de mentale toestand van de steunfiguur²⁷ worden overwogen.

Als dat nog niet is gebeurd, wordt aanbevolen minstens een moment apart met het slachtoffer en de steunfiguur te voorzien.

Afhankelijk van de behoeften van het slachtoffer en/of de steunfiguur, kan deze beoordeling bestaan uit één of meerdere gesprekken en wordt er gepast materiaal gebruikt.

Stap 1 - Anamnese van de mentale toestand

1. Verwelkom het slachtoffer en/of de steunfiguur en begin met het doel van de beoordeling uit te leggen.

²⁷ Tijdens de anamnese en beoordeling kan de geestesgesteldheid van de steunfiguur worden beoordeeld om meer zicht te krijgen in de context van het slachtoffer en de mogelijke impact.

2. Beoordeel de mentale toestand van het slachtoffer op de volgende aspecten (voornamelijk door observatie) en leg deze systematisch vast in het anamnesedocument (bijlagen 3.2.3.2.1 en 3):
 - > Algemene indruk (uiterlijk);
 - > Cognitieve functies (bewustzijn, oriëntatie, intellectuele functies, perceptie en reflectie);
 - > Affectieve functies (stemming en affect, sociale en emotionele functies);
 - > Conatieve functies (psychomotoriek, motivatie en gedrag).

3. Breng de bredere context van het minderjarige slachtoffer en/of diens steunfiguur in kaart, voornamelijk aan de hand van de volgende elementen:
 - > (Familiale) psychiatrische/psychologische en medische antecedenten;
 - > De preventie van intergeneratieel seksueel geweld;
 - > Huidige medicatie en middelengebruik;
 - > De belangrijkste levensdomeinen en probleemgebieden (waar lijdt het slachtoffer op het moment onder en wat gaat er goed);
 - > Bestaand netwerk (blijf de bestaande hulpmiddelen rond het slachtoffer en/of diens entourage verkennen en inventariseren).

4. Schat de acute stressreactie en/of de aanwezigheid van symptomen die specifiek voorkomen bij trauma na seksueel geweld in. De klinische analyse van de psycholoog is hierbij doorslaggevend. Als ondersteuning van de klinische analyse kan gebruik gemaakt worden van de vragenlijsten CRIES-13, CATS (KJTS) of TSC(Y)C²⁸.

Het doel van deze screening is om een algemeen overzicht te krijgen van de traumatische gebeurtenissen. Dit betekent dat tijdens het gesprek in dit stadium (nog) niet om details over de gebeurtenissen wordt gevraagd, noch om een gedetailleerde beschrijving van de ervaringen (in het verleden en/of het heden). Om details wordt pas later gevraagd (9).

- > **Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-13)** is een vragenlijst waarmee PTSS-symptomen bij kinderen van 8 tot 18 jaar kunnen worden opgespoord. Er bestaat een versie voor kinderen en een versie voor ouders. Met de CRIES kan ook een aangepast behandelplan worden opgesteld en kan de behandeling worden geëvalueerd (9; bijlage 2).
- > **Child and Adolescent Trauma Screen (CATS) of Kind En Jeugd Traumas Screener (KJTS)** is een korte vragenlijst waarmee traumatische ervaringen kunnen worden gemeten en PTSS-symptomen kunnen worden opgespoord bij kinderen van 7 tot 17 jaar (zelfrapportage of door steunfiguur). Er bestaat ook een versie voor ouders van kinderen van 3 tot 6 jaar.
- > **Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)** is een (zelf)evaluatievragenlijst voor kinderen van 8 tot 16 jaar. Hiermee kan de blootstelling aan traumatische gebeurtenissen, de mate van posttraumatische stress bij het kind en een breed scala aan symptomen zoals PTSS, depressie, angst, dissociatieve symptomen en woede worden beoordeeld (8; bijlage 2).
- > **Trauma Symptom Checklist for Young Children, (TSCYC)** is een op de TSCC gebaseerde vragenlijst voor de steunfiguur van kinderen van 3 tot 12 jaar. Hiermee kunnen gedragsmatige uitingen van trauma bij jonge

²⁸ De keuze van vragenlijst is afhankelijk van de eigen voorkeur van de ZSG-psycholoog en de beschikbaarheid van de vragenlijst binnen het ZSG in de taal van het slachtoffer. Niet elke vragenlijst is noodzakelijkerwijs reeds gevalideerd in de taal van het slachtoffer en/of beschikbaar op het ZSG.

kinderen worden gemeten (bijlage 2).

De score en interpretatie van deze instrumenten worden verder uitgewerkt in bijlage 4.

Deze screeningsvragenlijsten kunnen direct met het slachtoffer en/of de steunfiguur worden ingevuld of kunnen na de sessie door de psycholoog worden ingevuld (om te voorkomen dat het slachtoffer en/of de steunfiguur zich symptomen toe-eigenen). De methode is afhankelijk van of je de exacte toestand van het slachtoffer of de beleving van het slachtoffer en/of diens steunfiguur wil beoordelen.

5. Afhankelijk van wat al is gedaan in een eventueel voorafgaand verkennend gesprek, is dit het moment om de beoordeling op te starten of voort te zetten van het al dan niet betrekken van de steunfiguur bij de psychologische zorg in het ZSG en van de noodzaak om te coördineren en samen te werken met het netwerk, op basis van de in stap 3 en 4 van punt 3.2 vermelde criteria. Het is belangrijk om de sociale steun van de minderjarige aan te moedigen en erover te waken dat het slachtoffer is omringd met gelijkgestemde hulpverleners.
6. Beoordeel zorgvuldig de aanwezigheid van dissociatieve, depressieve en suïcidale symptomen en de gebruikte copingvaardigheden (alcohol/drugs/zelfbeschadiging, sociaal netwerk). Gebruik, afhankelijk van de situatie en waar nodig, de schalen in de bijlage (zie bijlage **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**) ter ondersteuning van het diagnostische en therapeutische proces voor verschillende mogelijke psychologische stoornissen.

Als verdere medicatie nodig is, verwijst het slachtoffer dan door naar diens huisarts of (kinder)psychiater. Raadpleeg bij hoog risico de tabel in punt 2.1.2. voor de te ondernemen acties.

Als het slachtoffer een hoog risico loopt op ernstige zelfbeschadiging en zelfdoding, neem dan contact op met de dienstdoende (kinder)psychiater voor een directe beoordeling en een mogelijke ambulante of residentiële behandeling. Schakel waar mogelijk ook het bestaande ondersteuningsnetwerk van het slachtoffer in. De eerstvolgende consultatiedatum waarop je het slachtoffer kunt zien, moet met de (kinder)psychiater worden afgestemd.

Stap 2 – Bepalen of de zorg in het ZSG of buiten het ZSG moet worden voortgezet

Beoordeel in overleg en bespreking met het slachtoffer en/of diens steunfiguur, op basis van de psychologische beoordeling van het slachtoffer (mentale toestand, hulpbronnen, behoeften), of de psychologische ondersteuning van het slachtoffer in het ZSG zal worden voortgezet of zal worden overgedragen aan een externe hulpdienst/psycholoog/psychologe:

- Ondersteuning bij doorverwijzing naar een externe hulpdienst/hulpverlener (zie punt 4.2.1 Deel II):
Start als de psychologische situatie van het slachtoffer te complex is om op korte termijn aan te pakken, en 6 maanden psychologische zorg hoe dan ook niet voldoende zal zijn, een proces van doorverwijzing.
- Nauwgezette opvolging en psychosociale ondersteuning binnen het ZSG (zie punt 4.2.2. Deel II):
Blijkt kortdurende psychologische ondersteuning gunstig te zijn voor het slachtoffer, begin dan met het opzetten van nauwgezette opvolging van het slachtoffer en/of diens steunfiguur voor een periode van 2 maanden, tussen de eerste en de tweede psychologische beoordeling.

Bespreek om gezamenlijke besluitvorming over het al dan niet direct doorverwijzen van een slachtoffer en/of diens steunfiguur aan te moedigen dergelijke beslissingen altijd met het team.

Het wordt hoe dan ook aanbevolen om, wanneer latere opvolging op langere termijn waarschijnlijk nodig zal zijn, zo goed mogelijk op een toekomstige doorverwijzing te anticiperen. Schrijf daarvoor het slachtoffer en/of diens steunfiguur zo snel mogelijk in op de wachtlijst van een geschikte tweedelijnsdienst, op basis van de psychologische beoordeling en de vastgestelde behoeften.

Stap 3 – Afronding

Zie punt 3.2 Deel I.

4. TWEEDE EN DERDE MAAND NA HET SEKSUEEL GEWELD

4.1. Casemanagement door de ZSG-verpleegkundige na de 1e maand na het seksueel geweld

In overeenstemming met het handelingsplan voor de ZSG-verpleegkundige (zie punten 3.4. en 3.5) breidt de ZSG-verpleegkundige geleidelijk het telefonisch contact met het slachtoffer en/of de steunfiguur uit en voert de verpleegkundige de taken uit die in het handelingsplan worden vermeld.

Afhankelijk van de behoeften van het slachtoffer en/of de steunfiguren, onderhoudt de ZSG-verpleegkundige verder telefonisch contact tijdens de eerste maanden na aanmelding bij het ZSG.

4.2. Psychologische begeleiding door een psycholoog vanaf de 2e tot de 3e maand na het seksueel geweld

4.2.1. Ondersteuning bij doorverwijzing naar een externe hulpdienst/hulpverlener

Zoals vermeld in stap 2 van punt 3.3. gebeurt de doorverwijzing bij complexe situaties altijd in overleg met het slachtoffer, op een actieve en ondersteunde manier. Het doel is om een link te verzorgen tijdens de progressieve overgang van eerstelijns-ondersteuning in het ZSG naar follow-up op langere termijn met een externe hulpdienst/psycholoog van goede kwaliteit die gerichtere opvolging op langere termijn kan bieden. Een dergelijke ondersteuning is mogelijk tot 8 maanden na het eerste evaluatiegesprek en omvat, waar nodig, een vorm van psychologische supervisie²⁹ van het slachtoffer. De psycholoog verstrekt de nodige informatie over de mogelijkheid van een consultatie/zorgverlening in geval van crisis, mocht de mentale toestand van het slachtoffer verslechteren.

Samenwerking met het externe netwerk is belangrijk om het bewustzijn te vergroten en expertise in psychotrauma te delen met externe hulpverleners en de zorg te coördineren. Bij een zorgwekkende, niet gerechtelijk opgevolgde gezinssituatie verwijst de psycholoog bij voorkeur door naar de teams van SOS Enfants/VK, volgens de in stap 3 van punt 3.2. Deel II beschreven modaliteiten.

4.2.2. Nauwgezette opvolging en psychosociale ondersteuning binnen het ZSG

De psycholoog zet nauwgezette opvolging en psychosociale ondersteuning op die past bij de situatie van het slachtoffer en/of diens steunfiguur, door standaard alle geschikte vormen van psycho-educatie aan te bieden met aangepast materiaal en/of door over te gaan op vroegtijdige interventie bij het verschijnen of verergeren van symptomen, op basis van afgebakende indicatoren (zie hoger). Het wordt aanbevolen om in eerste instantie een periode van 'waakzaam toezicht' in te voeren voor een intensievere psychologische interventie na een traumatische gebeurtenis te overwegen, aangezien bij de meeste kinderen de symptomen na verloop van tijd verlichten (8).

Het doel van deze periode van nauwgezette opvolging is vooral om het slachtoffer en/of diens steunfiguur te helpen bij het verlichten van hun leed, het herstellen van hun gevoel van veiligheid en het terugvinden van een stabiel

²⁹ Onder supervisie wordt verstaan: ad-hoc-gesprekken om (veranderingen in) de psychologische toestand van het slachtoffer te monitoren, het slachtoffer te ondersteunen, gerust te stellen en waar nodig te stabiliseren. De supervisie is dus niet bedoeld om een therapeutische behandeling op te starten met het slachtoffer.

evenwicht, en om de symbolische expressie van het slachtoffer (met en zonder diens steunfiguur) mogelijk te maken. Deze luistermomenten kunnen helpen om de ervaren emoties scherp te stellen, onder woorden te brengen en het verhaal te bevestigen. Om al die doelen te realiseren is het belangrijk dat de psycholoog begrijpt hoe de traumatische gebeurtenis het minderjarige slachtoffer, diens gezin en diens netwerk beïnvloedt (8). Daarvoor blijft de psycholoog ook in deze periode het netwerk rond het slachtoffer in kaart brengen (en waar nodig versterken), zonder de opbouw (of het behoud) van een stevige therapeutische alliantie uit het oog te verliezen.

De interventiemethode en het aantal en de frequentie van de sessies worden bepaald op basis van de behoeften en middelen van het slachtoffer en/of diens steunfiguur en op basis van de beoordeling van de psycholoog/psychologe, met het oog op het bereiken van deze doelstellingen. Om deze beoordeling te vergemakkelijken kan er gebruik gemaakt worden van de beslissingsboom in bijlage (zie bijlage 5).

> **Standaard psycho-educatie:**

Het geven van psycho-educatie aan een minderjarig slachtoffer en/of diens steunfiguur is bedoeld om te helpen bij het voorkomen of verminderen van de symptomen van PTS en om een positieve recuperatie na een traumatische gebeurtenis te bevorderen met het verstrekken van kwalitatieve informatie op maat van de situatie (8).

> **Vroegtijdige gerichte interventie³⁰ bij beginnende of verergerende symptomen:**

Als (nieuwe) symptomen van psychotrauma (PTSS en/of co-morbide stoornissen) opduiken of verergeren tussen de 2e en 3e maand na de laatste daad van seksueel geweld, stelt de psycholoog vroegtijdige gerichte interventie in, enkel als het slachtoffer het risico loopt om aanhoudende post-traumatische reacties te ontwikkelen en psycho-educatie alleen niet volstaat om de ernstige symptomen van onrust en angst te behandelen. Om de noodzaak van een dergelijke interventie te beoordelen en er zeker van te zijn dat die het slachtoffer niet verder traumatiseert, houdt de psycholoog bij de analyse rekening met de volgende indicatoren:

- Leeftijd van het slachtoffer;
- Moment van de zorg (in acute of post-acute fase);
- Al bestaande stress- en risicofactoren;
- Nood aan hulpbronnen van de minderjarige;
- Aanpassingsvermogen van de minderjarige;
- Ernst van de stress-symptomen, vooral op basis van de resultaten van de screeningvragenlijst: mate van blootstelling aan het trauma, intensiteit van het lijden, huidig niveau van psychosociale problemen, impact op het functioneren enz.;
- Ouderlijk functioneren en reactie(s) van de ouders: gezinscohesie, plaats van het gezin, eventuele negatieve factoren waar het gezin mee te maken krijgt enz.;

Als de psycholoog op basis van die indicatoren kiest voor een vroegtijdige gerichte interventie, wordt het aanbevolen om bij voorkeur te beginnen met traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TF-CBT) of, uitzonderlijk op dat moment, met EMDR, indien het meest aangewezen voor dat slachtoffer. Om bij minderjarige slachtoffers een beroep te kunnen doen op die twee mogelijke soorten interventies, moet aan de volgende voorwaarden zijn voldaan:

³⁰ Onder 'vroegtijdige interventie' verstaan we psychologische en therapeutische behandeling binnen 3 maanden na de traumatische gebeurtenis, met als doel het ontstaan van symptomen die verband houden met psychotrauma te voorkomen of te matigen en de ontwikkeling van chronische PTSS te helpen voorkomen. Al die behandelingen gaan uit van een gestructureerde aanpak, met duidelijke stappen en een vast aantal sessies. Ondanks de standaardisatie van deze interventies is het cruciaal voor de psycholoog om flexibel te blijven en diens intuïtie en klinisch gevoel te volgen om zich aan elke situatie aan te passen. De psycholoog moet zich dus vrij voelen om naar eigen inzicht redelijke wijzigingen aan te brengen in het aantal sessies of in hun frequentie of duur (8).

- De mishandeling, het misbruik of het intrafamiliaal geweld moet zijn gestopt;
- Geen blootstelling meer aan een mogelijk traumatische situatie (de traumatische gebeurtenis is voorbij);
- Geen co-morbiditeit (wordt bv. niet aanbevolen bij bipolariteit, psychose of middelenmisbruik);
- Voldoende bescherming en veiligheid op het moment van de vraag (het gevoel van veiligheid primeert);
- De steunfiguur is emotioneel en psychologisch stabiel (bv. geen verstoringen door een eventuele psychische aandoening of een stoornis in het gebruik van middelen);
- De steunfiguur staat niet vijandig of terughoudend tegenover de minderjarige en is in staat om de minderjarige te ondersteunen.

De steunfiguur kan bij deze interventies bij een of meer sessies aanwezig zijn. Een klinische beslissing moet worden genomen over de vraag of de steunfiguur voldoende ondersteunend en beschikbaar is om constructief, ook al is dat maar minimaal, aan de interventie deel te nemen³¹ (8).

De aanwezigheid van de steunfiguur tijdens de sessies is afhankelijk van wat het minderjarige slachtoffer wil en van de klinische beoordeling van de behoefte aan ouderlijke ondersteuning. Als bijvoorbeeld de reacties van de steunfiguur de emotionele steun in het gedrang zouden kunnen brengen of als het slachtoffer voldoende zelfregulerende vaardigheden heeft en liever zelfstandig wil zijn, kan de interventie individueel worden uitgevoerd. In dat geval krijgt de steunfiguur informatie en advies, zodat die het slachtoffer na de sessie zo goed mogelijk kan ondersteunen (8).

4.3. Tweede psychologische beoordeling door de psycholoog aan het einde van de 3e maand na het seksueel geweld

Een tweede beoordelingsgesprek vindt drie maanden na het (laatste) seksueel geweld plaats om de algemene vooruitgang van het slachtoffer sinds het begin van de zorg te evalueren. Waar nodig kan in deze context ook de algemene vooruitgang van de steunfiguur deel uitmaken van deze beoordeling³².

In dit stadium maakt ook de therapeutische alliantie deel uit van de beoordeling van de psycholoog/psychologe. Het doel is om de vertrouwensrelatie met het slachtoffer en/of de steunfiguur te bekijken in een voldoende vergevorderd stadium van de zorgverlening en om te bepalen of het een meerwaarde heeft om de opvolging in het ZSG voort te zetten als de alliantie tussen de psycholoog en het slachtoffer en/of de steunfiguur maar moeizaam tot stand komt.

Stap 1 – Algemene anamnese

Zie punt 3.2 Deel I.

Stap 2 – De volgende fase van de psychologische interventie bepalen (ZSG of niet-ZSG)

Beoordeel op basis van de anamnese en in overleg met het slachtoffer en/of de steunfiguur de verschillende opties voor het voortzetten of stopzetten van de opvolging in het ZSG:

> **Effectieve beëindiging van de zorg of ondersteuning bij doorverwijzing:**

- Als de stress het dagelijks leven van het slachtoffer niet langer verstoort, diens symptomen voldoende verminderd zijn en de rust is wedergekeerd, sluit je de psychologische begeleiding van het slachtoffer af bij

³¹ Er kunnen ook aparte individuele sessies plaatsvinden met de steunfiguur, als de psycholoog diens deelname aan de interventie met het slachtoffer als gecontra-indiceerd beschouwt. In dat geval kan het verlenen van psycho-educatie of ouderbegeleiding effectiever zijn dan het uitsluiten van de steunfiguur (8).

³² Tijdens de anamnese en beoordeling kan de geestesgesteldheid van de steunfiguur worden beoordeeld om meer zicht te krijgen in de context van het slachtoffer en de mogelijke impact.

het ZSG. Ook als het slachtoffers welzijn op zo'n manier hersteld is dat het slachtoffer en/of de steunfiguur voldoende middelen heeft om hun leven te re-integreren en zelfstandig in de maatschappij te functioneren, weten bij wie ze terecht kunnen in geval van nood en/of voor het verderzetten van een begeleiding op lange termijn; sluit je het traject op het ZSG af.

Neem de tijd om de sessie met het slachtoffer af te ronden en zorg ervoor dat die de nodige telefoonnummers heeft in geval van nood (noodnummers/hulplijnen op maat van de regio en behoeften van het slachtoffer). Geef ook de informatie over consultatie/zorg in geval van een crisis. Vertel het slachtoffer dat die in de weken die volgen altijd het ZSG kan bellen als diens mentale toestand verslechtert. Als de oproep binnen de 6 maanden na de tweede evaluatie binnenkomt, zal worden bekeken wat het slachtoffer nodig heeft en wat het ZSG nog kan betekenen.

- Komt de therapeutische alliantie met het slachtoffer en/of de steunfiguur maar moeizaam tot stand en lijkt het te moeilijk om die in de resterende 6 maanden nog op te bouwen, verwijst het slachtoffer dan geleidelijk door naar een gekwalificeerde externe hulpdienst/hulpverlener (al bestaand of nieuw). Om een progressieve overgang te verzekeren is er nog begeleiding en psychologische supervisie mogelijk, afhankelijk van de behoeften en de situatie, voor een duur van maximaal 6 maanden.

> **Psychologische bijstand in het ZSG:**

- Als de stress het dagelijks leven van het slachtoffer wel nog verstoort, de symptomen niet voldoende verminderd zijn en de rust niet voldoende teruggekeerd is en het welzijn aldus nog niet voldoende in evenwicht is, zet dan de ondersteuning in het ZSG verder. Die bijstand moet zijn aangepast aan de evolutie en ernst van de symptomen en duurt tot uiterlijk het einde van de 9e maand na het seksueel geweld.
- Neem bij hoog risico contact op met de (kinder)psychiater van wacht voor een beoordeling en mogelijke ambulante of residentiële behandeling. Bepaal in overleg met het MDT de verantwoordelijkheden van elke persoon in het vervolg van de zorg.

Stap 3 – Afronding

Neem de tijd om de sessie met het slachtoffer af te sluiten en maak waar nodig een nieuwe afspraak voor een volgend gesprek, op basis van wat er in stap 2 is besloten. Vul vervolgens het dossier van het slachtoffer aan met de verzamelde informatie.

5. VIERDE TOT ZEVENDE MAAND NA HET SEKSUEEL GEWELD

De psycholoog zet psychologische bijstand op, op maat van de behoeften en de situatie van het minderjarige slachtoffer en/of diens steunfiguur, en volgens de ontwikkeling en het ontstaan van symptomen, waarbij de psycholoog ook werkt aan het behoud van een stevige therapeutische alliantie.

Het doel van deze zorg is om het slachtoffer en/of de steunfiguur te helpen om de impact van de stressvolle gebeurtenis op hun dagelijks leven te verminderen, om te voorkomen dat er secundaire problemen ontstaan, om de ontwikkeling van PTSS voor te zijn en om het slachtoffer en/of de steunfiguur voldoende autonoom te maken om hun eigen hulpbronnen te vinden. De interventiemethode en het aantal en de frequentie van de sessies worden bepaald op basis van de behoeften en middelen van het slachtoffer en de beoordeling van de psycholoog/psychologe, met het oog op het bereiken van deze doelstellingen. Om deze beoordeling te vergemakkelijken kan er gebruik gemaakt worden van de beslissingsboom in bijlage (zie bijlage 5).

> **Psycho-educatieve interventie:**

De psycholoog biedt standaard psychosociale zorg en kwalitatief goede opvolging aan het slachtoffer en/of diens steunfiguur om hun leed te verlichten en om de sociale steun en het gevoel van controle te blijven vergroten. Bij dergelijke interventies gaat het er vooral om het slachtoffer en/of diens steunfiguur zich veiliger te doen voelen, te stabiliseren en te empoweren, zoals beschreven in punt 4.2.2 Deel II. Er bestaan verschillende interventievormen om het verergeren van symptomen van psychotrauma te voorkomen en om het slachtoffer en/of diens steunfiguur te begeleiden in het herstelproces.

> **Gerichte interventie³³ bij beginnende of verergerende symptomen:**

Net als in punt 4.2.2 stelt de psycholoog als (nieuwe) symptomen van psychotrauma (PTSS en/of co-morbide stoornissen) opduiken of verergeren tussen de 4e en 5e maand na de laatste daad van seksueel geweld een gerichte interventie in, op maat van de behoeften en de situatie van het slachtoffer, aan de hand van de indicatoren die in dat punt 4.2.2. zijn beschreven. Bij gerichte interventie wordt het aanbevolen om bij voorkeur³⁴ te beginnen met traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TF-CBT) of, als het slachtoffer dat verkiest, met EMDR. De voorwaarden uit punt 4.2.2. zijn ook hier van toepassing.

Zoals vermeld in punt 4.2.2. heeft de psychologe/psycholoog, als de vroegtijdige gerichte interventie die werd opgestart tussen de 2e en 3e maand nog loopt, nog 4 extra maanden om de behandeling af te ronden.

In alle gevallen wordt aanbevolen om de interventie voor het einde van de 7e maand na de laatste daad van seksueel geweld af te ronden. Na de stopzetting van de interventie is nog een opvolgingsfase voor het slachtoffer mogelijk tot het einde van de 9e maand, om het slachtoffer te begeleiden en diens psychologische toestand in het oog te houden in de tijd die nodig is voor een eventuele afsluiting of doorverwijzing. Zodra het slachtoffer zich begint te stabiliseren, kan de tijd tussen de sessies geleidelijk worden verlengd.

6. ACHTSTE TOT NEGENDE MAAND NA HET SEKSUEEL GEWELD

In dit stadium is het, afhankelijk van de situatie en de eventuele nood aan doorverwijzing, sterk aan te raden om te beginnen met het geleidelijk organiseren van de doorverwijzing van het slachtoffer, en eventueel van de steunfiguur, naar een externe hulpdienst/psycholoog voor verdere langetermijnbehandeling als dat nodig is. Doorverwijzing gebeurt altijd in overleg met het slachtoffer en/of diens wettelijke vertegenwoordiger(s), op een actieve en duurzame manier, om de link te waarborgen tijdens de overgang tussen eerstelijns hulp bij het ZSG en opvolging op langere termijn.

De samenwerking met het externe netwerk is heel belangrijk om externe hulpverleners te sensibiliseren, expertise over psychotrauma te delen en een goede coördinatie tussen de betrokken hulpverleners en diensten te verzekeren om het aantal interventies met de minderjarige zo laag mogelijk te houden. Voer hiervoor de volgende stappen uit:

- > Vraag het slachtoffer en/of diens steunfiguur vooraf of ze zich comfortabel genoeg voelen om het seksueel geweld te bespreken met een externe psychologe/psycholoog.
- > Zo ja, probeer dan, met toestemming van het slachtoffer en voor zover mogelijk, contact te leggen

³³ Zogeheten 'normale' gerichte interventies zijn interventies die plaatsvinden na de stabilisatie van symptomen, ongeveer drie maanden na de traumatische gebeurtenis.

³⁴ Vroegtijdige interventiemethoden aanbevolen door internationale richtlijnen (NICE en ISTSS)

met een externe psycholoog om een link te leggen met het netwerk, als dat nog niet eerder tijdens de zorgverlening is gebeurd;

- > Zo niet, bied dan nog een paar psychologische vervolgesprekken aan bij het ZSG, mogelijk tot 9 maanden na het seksueel geweld, waarna de zorg definitief moet worden afgesloten.

Sluit aan het einde van de 9e maand na het seksueel geweld de zorg af volgens de in punt 3.2 van Deel I beschreven modaliteiten.

BIJLAGEN

1. ANAMNESE-DOCUMENT VOOR SLACHTOFFERS

ZSG-nummer patiënt:

Naam psycholoog:

Datum anamnese:

Onderstaande aspecten worden besproken tijdens het evaluatiegesprek, waarna de psycholoog deze aanvult in deze lijst :

1. VOORGESCHIEDENIS

Indien slachtoffer niet gezien werd door de forensisch verpleegkundige:

(Geschatte) datum van laatste feit van seksueel geweld:

Relatie tot pleger:

- Familielid
- (ex-)partner
- Kennis
- Onbekende
- Andere

Klachtneerlegging bij politie voor deze feiten:

- Ja
- Nee

Indien ja, (geschatte) datum van klachtneerlegging:

Eerdere ervaringen van seksueel geweld en/of trauma-ervaringen:

- Ja
- Nee

Heeft het slachtoffer een voorgeschiedenis van mentale gezondheidsproblemen

- Ja
- Nee

Indien ja, type diagnose?

Indien ja, tijdstip diagnose?

Eerdere psychiatrische opname:

- Ja
- Nee

Huidige psychiatrische opname:

- Ja
- Nee

Indien ja, reden psychiatrische opname:

Indien ja, datum laatste opname:

Indien ja, behandelende arts en instelling:

Eerdere hulpverlening:

- Ja
- Nee

Indien ja, type hulpverlening en tijdstip:

Huidig hulpverleningsnetwerk:

- Ja
- Nee

Indien ja, type hulpverlening en start:

2. ACUTE STRESSREACTIES (ASR) en POSTTRAUMATISCHE STRESS (PTSS)

2.1. Meerderjarige slachtoffers

Afname van PCL-5 vragenlijst:

- Ja
- Nee

Indien ja, PCL-5 score :

Indien nee, reden:

Afname van ITQ vragenlijst:

- Ja
- Nee

Indien ja, ITQ score :

Indien nee, reden:

2.2. Minderjarige slachtoffers

Afname van CRIES vragenlijst:

- Ja
- Nee

Indien ja, score :

Indien nee, reden:

Afname van TSC(Y)C vragenlijst:

- Ja
- Nee

Indien ja, score :

Indien nee, reden:

Afname van CATS (KJTS) vragenlijst:

- Ja
- Nee

Indien ja, score :

Indien nee, reden:

3. DISSOCIATIEVE SYMPTOMEN

Vermoeden van dissociatieve symptomen:

- Ja
- Nee
- Onbekend

Score op SDQ 20:

4. DEPRESSIE

Symptomen van depressie:

- Geen
- Mild
- Zwaar
- Onbekend

Optionele afname PHQ-9:

- Ja
- Nee

Indien ja, score op PHQ-9:

5. ANGST

Symptomen van angst:

- Geen
- Mild
- Zwaar
- Onbekend

Optionele afname GAD-7:

- Ja
- Nee

Indien ja, score op GAD-7:

6. RISICOGEDRAG

Vertoont het slachtoffer één of meerdere vormen van risicogedrag?

Zoja, beschrijf het type gedrag, de reden en de frequentie³⁵ :

³⁵ Risicogedrag wordt gedefinieerd als het actief of zelfs dwangmatig nastreven van situaties, gedragingen of producten waarvan bekend is dat ze gevaarlijk zijn op de korte of middellange termijn (7). In die zin moet het gebruik van alcohol en/of andere stoffen worden bevraagd. Gebruik, afhankelijk van de situatie en in het geval van vermoeden van problematisch middelenmisbruik, indien nodig de schalen in de bijlage (zie bijlage 2) om het diagnostische en

.....
.....
.....

7. AUTOMUTILATIE

Heeft het slachtoffer zichzelf verwond of schade toegebracht sinds het seksueel geweld/ laatste bezoek aan het Zorgcentrum?

- Ja
- Nee

Indien ja, beschrijf aanleiding, frequentie, methode en intentie:

.....
.....
.....

Denkt het slachtoffer er momenteel (ook al is het vluchtig) aan zichzelf te verwonden of schade toe te brengen?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Indien ja, beschrijf frequentie, methode en intensiteit van deze gedachten:

.....
.....
.....

8. SUICIDALITEIT

8.1. Zelfdodingsgedachten

Heeft het slachtoffer eraan gedacht om zijn/haar/hun leven te beëindigen sinds het seksueel geweld/ het laatste bezoek aan het Zorgcentrum?

- Ja
- Nee

Dacht het slachtoffer de afgelopen dagen aan zelfdoding?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Indien ja, hoe sterk zijn deze gedachten:

.....
.....

therapeutische proces voor verschillende mogelijke psychische stoornissen te ondersteunen.



8.2. Zelfdodingspoging

Heeft het slachtoffer een poging ondernomen om zijn/haar/hun leven te beëindigen sinds seksueel geweld/ laatste bezoek Zorgcentrum?

- Ja
- Nee

Indien ja, beschrijf methode, frequentie, combinatie met intoxicatie en eventuele nodige zorgen.....

.....

.....

8.3. Huidige suïcidale intentie

Denkt het slachtoffer er momenteel (ook al is het vluchtig) aan een einde te maken aan zijn/haar/hun leven?

- Ja
- Nee

Indien ja, frequentie:

Denkt het slachtoffer dat de kans bestaat dat hij/zij/die overgaat tot zelfdoding voor de volgende afspraak ?

- Ja
- Nee

Indien ja, beschrijf methode en beschikbaarheid van deze middelen:

.....

9. HERHAALDELIJK GEWELD DOOR ANDEREN

Vermeldt het slachtoffer herhaaldelijk geweld door anderen of zijn er symptomen die wijzen op herhaaldelijk geweld door anderen?

- Ja
- Nee

10. SECUNDAIRE VICTIMISATIE

Heeft het slachtoffer naast de feiten zelf moeilijkheden ervaren?

- Ja
- Neen

Zoja, beschrijf de ervaren moeilijkheden:.....

.....

.....

Heeft het slachtoffer moeilijke reacties of oordelen van een ander ervaren?

- Ja
- Neen

Indien ja, beschrijf de moeilijke reacties:.....

.....

.....

Heeft het slachtoffer ondersteuning gekregen ?

- Ja
- Neen

Indien ja, was de ondersteuning voldoende en gepast? :.....

Waar had het slachtoffer nood aan gehad en welk verschil had dat kunnen maken voor hem/haar/hen?:.....

2. LIJST PSYCHOLOGISCHE TESTS

De volgende psychologische schalen worden wetenschappelijk aanbevolen voor het beoordelen van de verschillende symptomen die gepaard gaan met psychotrauma, in het bijzonder na seksueel geweld (niet-exhaustieve lijst). Het gebruik ervan moet worden aangepast aan elke situatie en aan de behoeften van het slachtoffer:

- **AUDIT** ***Alcohol Use Disorders Identification Test***
 Beoordelingsschaal (10 items) om alcoholgebruik, consumptiegedrag en alcoholgerelateerde problemen te meten, aangezien de PTSS sterk geassocieerd wordt met alcoholmisbruik.
- **CAPS-5** ***Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5***
 Diagnostische schaal (30 items) die gebruikt kan worden om eventuele posttraumatische symptomen te identificeren, inclusief hun frequentie en ernstgraad. Met de CAPS-5 kunnen ook huidige of vroegere posttraumatische stresssyndromen worden beoordeeld. Deze gestructureerde diagnostische gesprekken vormen de absolute referentie, maar het kost tijd om ze af te nemen en er is gekwalificeerd personeel voor nodig (klinisch psychologen die opgeleid zijn in het gebruik ervan).
- **CRIES-13** ***Children’s Revised Impact of Events Scale***
 Beoordelingsschaal voor PTSS-symptomen bij kinderen van 8 tot 18 jaar volgens de criteria van de DSM-4. De versie met 13 items (CRIES-13) bestaat uit drie subschalen: vermijding, herbeleving en verhoogde prikkelbaarheid. Het is een korte vragenlijst die nuttig is om kinderen te identificeren die risico lopen op het ontwikkelen van PTSS en voor wie een interventie moet worden opgezet. Ze maakt ook een actieve monitoring van de evolutie van de symptomen mogelijk.
- **CATS** ***Child and Adolescent Trauma Screening***
 Beoordelingsschaal voor PTSS-symptomen bij kinderen volgens de criteria van de DSM-5. De schaal bestaat uit 40 items, verdeeld over drie subschalen: blootstelling aan trauma (15 items), symptomatologie (20 items) en interferentie met het psychosociaal functioneren (5 items). Het is een korte schaal waarmee zowel de blootstelling aan trauma als de symptomatologie kunnen worden gemeten. Afhankelijk van de leeftijd van het kind kan er gebruik gemaakt worden van de versie voor zelfrapportage (7-17 jaar) of één van beiden versies voor de steunfiguur (3 - 6 jaar of 7 - 17 jaar).
- **DAST** ***Drug Abuse Screening Test***
 Beoordelingsschaal (10 items) om het drugsgebruik te meten (behalve alcohol en tabak). Er is een duidelijk verband tussen trauma en drugsverslaving.
- **FSSQ** ***Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire***
 Beoordelingsschaal (8 items) om de sociale ondersteuning van het slachtoffer te meten (zie stap 3

van punt 5.2.).

- **GAD-7** ***Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale***
Beoordelingsschaal (7 items) om de angstsymptomen te identificeren en hun ernstgraad te meten.
- **ITQ** ***International Trauma Questionnaire***
Beoordelingsschaal (18 items) om posttraumatische symptomen te identificeren. De ITQ kan ook worden gebruikt om een onderscheid te maken tussen een PTSS en een CPTSS (zie stap 1 van punt 5.3.).
- **KJTS** ***Kind en Jeugd Trauma Screener***
De Nederlandstalige versie van de CATS.
- **PCL-5** ***PTSD Checklist for DSM-5 (met criterium A)***
Beoordelingsschaal (20 items) om posttraumatische symptomen te identificeren. De PCL-5 kan ook worden gebruikt als opvolgingstool en/of tussentijds diagnostisch hulpmiddel. De bijgevoegde schaal (met criterium A) meet eerdere blootstelling aan trauma (zie stap 1 van punt 5.3.).
- **PHQ-9** ***Patient Health Questionnaire 9-item scale***
Beoordelingsschaal (9 items) om de ernst van de depressie te evalueren. De PHQ-9 kan ook worden gebruikt als een diagnostische en opvolgingstool.
- **SDQ-20** ***Somatiform Dissociation Questionnaire 20-item scale***
Beoordelingsschaal (20 items) om eventuele risico's op dissociatie te identificeren.
- **SGATS** ***Shame and Guilt After Trauma Scale***
Beoordelingsschaal (9 items) om eventuele gevoelens van schaamte en/of schuld naar aanleiding van een traumatische gebeurtenis in te schatten. Deze twee emoties kunnen bijdragen aan de ontwikkeling en de bestendigheid van een PTSS.
- **SRQ-5** ***Social Reactions Questionnaire – Shortened***
Beoordelingsschaal (16 items) om de reactie van mensen op het slachtoffer te meten (zie stap 3 van punt 5.2.).
- **TSCC** ***Trauma Symptom Checklist for Children***
Beoordelingsschaal voor kinderen van 8 tot 16 jaar om blootstelling aan traumatische gebeurtenissen te meten en te helpen bij het identificeren van kinderen die baat zouden kunnen hebben bij een aangepaste begeleiding. De schaal bestaat uit 54 items, verdeeld over zes klinische subschalen: woede, angst, depressie, dissociatie, posttraumatische stress en seksuele preoccupaties, evenals twee validiteitsschalen om te bepalen of er sprake is van onder- of overrapportage. (8; 9).
- **TSCYC** ***Trauma Symptom Checklist for Young Children***
Beoordelingsschaal gebaseerd op de TSCC, in te vullen door ouders van kinderen van 3 tot 12 jaar. Hiermee kunnen posttraumatische stresssymptomen en andere trauma-gerelateerde problemen bij jonge kinderen worden gemeten. De schaal bestaat uit 90 items, verdeeld over acht subschalen, waarvan er drie de symptomen van PTSS beoordelen, terwijl de andere subschalen andere emotionele symptomen en ontregeling beoordelen. De TSCYC biedt ook validiteitsschalen om de betrouwbaarheid van het rapport van de ouders te beoordelen.

3. VERZAMELING VAN GEGEVENS DIE MOETEN WORDEN OPGESLAGEN IN DE DCD HEALTHDATA-DATABASE

1. GEGEVENS VAN HET SLACHTOFFER

Deze gegevens moeten enkel worden ingevuld indien het slachtoffer niet is onderzocht door de ZSG-verpleegkundige³⁶:

Naam:

Voornaam:

Adres (postcode en land woonplaats):

Geboortedatum:

Geslacht:

- Vrouw
- Man
- Onbepaald geslacht
- Ongekend geslacht

Nationaliteit:

2. GEGEVENS OVER DE PSYCHOLOGISCHE OPVOLGING:

Deze gegevens moeten worden ingevuld na elke consultatie met het slachtoffer, om een overzicht te krijgen van de algemene psychologische opvolging voor elk slachtoffer (totale duur van de opvolging en veranderingen in de psychologische toestand van het slachtoffer)³⁷.

Zoals vermeld in de Handleiding voor medewerkers van de ZSG's met betrekking tot de registratie binnen de ZSG, moeten consultaties die plaatsvinden op de dag van aanmelding en die in eerste instantie niet gepland waren met de psycholoog, ook geregistreerd worden in dit onderdeel, zelfs als ze plaatsvinden met de verpleegkundige als ondersteuning.

Volledige telefonische psychologische consultaties moeten hier ook worden geregistreerd. Telefonische contacten waarbij enkel gepolst wordt naar de redenen voor de afwezigheid van het slachtoffer of die te maken hebben met de organisatie van een doorverwijzing, worden ingevuld in het onderdeel over de contacten voor het casemanagement.

Wanneer een slachtoffer niet komt opdagen op de geplande sessie, moet dit ook worden geregistreerd in dit onderdeel. De analyse van deze gegevens strekt ertoe inzicht te krijgen in het profiel en de redenen waarom die slachtoffers niet komen opdagen.

2.1. Algemene informatie over de consultatie

Nummer van het ZSG-dossier:

Datum van de geplande consultatie:

³⁶ Automatische digitale inschrijving via de identiteitskaart.

³⁷ Niet alle gegevens die in dit deel worden vermeld, hoeven te worden ingevuld na elke consultatie met het slachtoffer en/of zijn of haar steunfiguur: enkel de beschikbare gegevens volstaan.

Aanwezigheid van het slachtoffer en/of zijn/haar/hun steunfiguur bij de geplande consultatie met de psycholoog:

- Aanwezig
- Afwezig: het slachtoffer heeft > 48 uur op voorhand geannuleerd en een nieuwe afspraak gepland
- Afwezig: het slachtoffer heeft > 48 uur op voorhand geannuleerd en geen nieuwe afspraak gepland
- Afwezig: het slachtoffer heeft < 48 uur op voorhand geannuleerd en een nieuwe afspraak gepland
- Afwezig: het slachtoffer heeft < 48 uur op voorhand geannuleerd en geen nieuwe afspraak gepland
- Afwezig: het slachtoffer heeft niet op voorhand geannuleerd

Indien het slachtoffer en/of de steunfiguur aanwezig zijn, wie was er dan precies aanwezig op de consultatie ("cliënt therapie v"):

- Enkel het slachtoffer
- Het slachtoffer en zijn of haar steunfiguur
- Enkel de steunfiguur
- Informatie niet bekend

Behoeftte aan taalkundige bijstand of interculturele bemiddeling:

- Vertaling is niet noodzakelijk
- Vertaling is noodzakelijk
- Informatie niet bekend

Zo ja, was het mogelijk om taalkundige ondersteuning of interculturele bemiddeling te bieden?

- Geen professionele tolk of ad-hoc tolk beschikbaar/aanwezig
- Professionele tolk aanwezig (per telefoon, per video of ter plaatse)
- Ad-hoc tolk aanwezig
- Informatie niet bekend

2.2. Informatie over de interventie

Welk soort interventie vond er plaats tijdens de sessie?

- Psychologisch ondersteuningsgesprek (om de ontwikkeling van een psychotrauma te voorkomen)³⁸
- Therapie gericht op de aanpak van het trauma
- Gesprek met als doel het slachtoffer door te verwijzen naar een externe hulpdienst/psycholoog
- Gesprek met als doel de relationele en/of familiale band te herstellen
- Co-consultatiegesprek
- Informatie niet bekend

In geval van therapie gericht op de aanpak van het psychotrauma: welk type therapie werd er toegepast?

- EMDR
- CGT gericht op het trauma
- Systeemtherapie
- Cliëntgerichte therapie
- Psychodynamische therapie
- Informatie niet bekend

2.3. Resultaten van de psychologische beoordelingstests

³⁸ Consultation axée sur la psychoéducation, la clarification des besoins, l'autonomisation et la stabilisation de la victime et/ou de sa personne de soutien, sans se concentrer spécifiquement sur le traitement de l'éventuel traumatisme de la victime.

Bij gebruik van PCL-5³⁹:

- Totale score:
- Score in verband met herbeleving (criterium B):
- Score in verband met vermijdingsgedrag (criterium C):
- Score in verband met emoties (criterium D):
- Score in verband met prikkelbaarheid (criterium E):
- Indicatie voor een PTSS-diagnose⁴⁰:

Bij gebruik van CRIES-13

- Totale score:

Bij gebruik van TSCC

- Resultaat TSCC angst.....
- Resultaat TSCC depressie.....
- Resultaat TSCC woede.....
- Resultaat TSCC PTS.....
- Resultaat TSCC dissociatie.....
- Resultaat TSCC dissociatie-overt.....
- Resultaat TSCC dissociatie – fantasie.....
- Resultaat TSCC seksuele stoornissen.....
- Resultaat TSCC seksuele preoccupatie.....
- Resultaat TSCC seksuele distress.....
- Resultaat TSCC - totaal gemiste.....
- Resultaat TSCC -onderrapporteren.....
- Resultaat TSCC overrapporteren.....

Bij gebruik van TSCYC

- Resultaat TSCYC – herbeleving.....
- Resultaat TSCYC – vermijding.....
- Resultaat TSCYC – prikkelbaarheid.....
- Resultaat TSCYC - PTSS totaal.....
- Resultaat TSCYC – dissociatie.....
- Resultaat TSCYC – depressie.....
- Resultaat TSCYC – angst.....
- Resultaat TSCYC – woede.....
- Resultaat TSCYC - seksuele zorgen.....
- Resultaat TSCYC – ontkenning.....
- Resultaat TSCYC - atypische respons.....

Vertoont het slachtoffer dissociatieve symptomen?

- Ja
- Nee
- Informatie niet bekend

³⁹ Zoals vermeld in stap 1 van punt 5.3., wordt de benadering van de PCL-5 aanbevolen voor de beoordeling van de PTSS-symptomen en de diagnose ervan. De optelling en de interpretatie van de scores worden erin beschreven, net als in de Handleiding voor medewerkers van de ZSG's met betrekking tot de registratie binnen de ZSG.

⁴⁰ Aanwezigheid van minstens 1 symptoom B (revivescentie), 1 symptoom C (vermijding), 2 symptomen D (emoties) en 2 symptomen E (prikkelbaarheid).

Zo ja, score op SDQ-20.....

Vertoont het slachtoffer symptomen van depressie?

- Geen
- Lichte
- Ernstige
- Informatie niet bekend

Bij gebruik van PHQ-9, score:.....

Vertoont het slachtoffer symptomen van benauwdheid/angst?

- Geen
- Lichte
- Ernstige

Bij gebruik van GAD-7, score:.....

Hoe zit het met het alcoholgebruik van het slachtoffer?

Bij gebruik van AUDIT-C, score :
 ...

Geeft het slachtoffer momenteel blijk van het voornemen om over te gaan tot automutilatie?

- Ja
- Nee
- Informatie niet bekend

Geeft het slachtoffer momenteel blijk van het voornemen om zelfmoord te plegen?

- Ja
- Nee
- Informatie niet bekend

4. SCORES EN INTERPRETATIES VAN PTSS-BEOORDELINGSSCHALEN

PCL-5 PTSD Checklist for DSM-5 (Referenties 1 en 3)

> **Continue benadering:**

De beoordeling en de interpretatie van de PCL-5 kunnen direct worden uitgevoerd door de itemscores bij elkaar op te tellen.

De continue benadering is een benadering waarbij de PCL-5-schaal in haar geheel wordt gebruikt, van 0 tot 80, en waarbij de scores op de schaal als zodanig worden beschouwd. Deze benadering maakt het mogelijk om rekening te houden met de ernst van PTSS (een hogere som wijst op een hogere algemene ernst van de PTSS-symptomen). De ernstscore voor elk van de DSM-5-symptoomcriteria kan worden verkregen door een optelsom te maken van de scores van de items die bij elk criterium horen: B (items 1-5), C (items 6-7), D (items 8-14) en E (items 15-20).

> **Diagnostische benadering:**

Items met een score 2 ("matig") of hoger kunnen worden beschouwd als bereikte criteria/aanwezige symptomen.

Om een diagnose te stellen, volgt de psycholoog dan de diagnostische criteria van de DSM-5 die de aanwezigheid vereisen van minstens: 1 item B (vragen 1-5), 1 item C (vragen 6-7), 2 items D (referenties 1 en 3).

International Trauma Questionnaire (ITQ) (referenties 4 en 5)

> **Dimensionele beoordelingsbenadering:**

Aan de hand van de dimensionele beoordelingsbenadering kan een totaalscore voor posttraumatische stress (PTSS) en ontregeling van de zelforganisatie (DSO: disturbance of self-organization) via het scoresysteem met betrekking tot de Likert-schaal. Hogere scores duiden op een hogere ernstgraad van de symptomen.

De dimensionale scores worden gepresenteerd in twee voornaamste subschalen, die elk overeenkomen met een groep PTSS- en DSO-symptomen. De PTSS- en DSO-scores kunnen worden verkregen door de scores op de Likert-schaal van de items die overeenkomen met elk criterium bij elkaar op te tellen⁴¹:

- PTSS: revivescentie in het heden (P1-2), vermijdingsgedrag (P3-4), gevoel van huidige dreiging (P5-6)
- DSO: regulatie van emoties (C1-2), negatieve zelfperceptie (C3-4), relationele insufficiëntie (C5-6)

> **Diagnostische benadering:**

Items met een score 2 of hoger kunnen worden beschouwd als bereikte criteria/aanwezige symptomen.

Om een diagnose te stellen, volgt de psycholoog dan de diagnostische criteria van CIM-11, die de aanwezigheid vereisen van ten minste een van de twee symptomen voor elk van de drie symptoomclusters geassocieerd met PTSS OF⁴² DSO, evenals de aanwezigheid van minstens één indicator van de drie soorten functionele insufficiëntie die gepaard gaan met een cluster van PTSS- en DSO-symptomen:

- PTSS: P1-2, P3-4, P5-6 met P7,8 of 9
- DSO: C1-2, C3-4, C5-6 met C7, 8 of 9

Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-13) (referentie 9)

> **Continue benadering**

De CRIES kan direct worden beoordeeld en geïnterpreteerd door de scores van alle items (vierpunten-Likertschaal) bij elkaar op te tellen. De maximale score is 65. Hoe hoger de score, hoe meer het kind lijdt aan symptomen van posttraumatische stress.

Het is belangrijk om de resultaten van de CRIES-13 te integreren in een volledige klinische evaluatie die rekening houdt met de context van de jongere en zijn omgeving, en met risico- en beschermende factoren.

> **Diagnostische aanpak:**

De CRIES is een screeningsvragenlijst waarmee de aanwezigheid van PTSS-symptomen kan worden vastgesteld, maar het is geen diagnostisch instrument.

⁴¹ Houd geen rekening met de criteria voor functionele deficiëntie van PTSS en ontregeling van de zelforganisatie bij de optelling van de totaalscores van beide subhoofdschalen (P7.8.9 en C7.8.9).

⁴² Een persoon kan een diagnose van PTSS of van complexe PTSS krijgen, maar niet beide tegelijk. Er wordt een diagnose gesteld van PTSS indien enkel de criteria voor PTSS zijn bereikt (de DSO-criteria zijn niet bereikt), terwijl er een diagnose wordt gesteld van een complexe PTSS als zowel de PTSS-criteria als de DSO-criteria zijn bereikt.

Child and Adolescent Trauma Screen (CATS) (Références 3 & 8)

> **Continue benadering :**

De CATS kan direct worden beoordeeld en geïnterpreteerd door de scores van elke rubriek (4-punts Likert-schaal) bij elkaar op te tellen. Hogere scores duiden op een grotere ernst en frequentie van de symptomatologie. De scores worden verschillend berekend naargelang de leeftijdsgroep:

- 7 tot 17 jaar: de totale symptoomscore wordt berekend door de scores van de rubrieken 1-20 bij elkaar op te tellen (mogelijk interval: 0-60). Scores ≥ 21 duiden op klinisch significante symptomen.
- 3 tot 6 jaar: de totale score wordt berekend door de rubrieken 1-16 bij elkaar op te tellen (mogelijk interval: 0-48). Scores ≥ 16 duiden op klinisch significante symptomen

Meer informatie over de handleiding voor het afnemen, scoren & interpreteren: <https://istss.org/wp-content/uploads/2024/08/Clinical-Guide-for-Administering-CATS.pdf>

> **Diagnostische aanpak:**

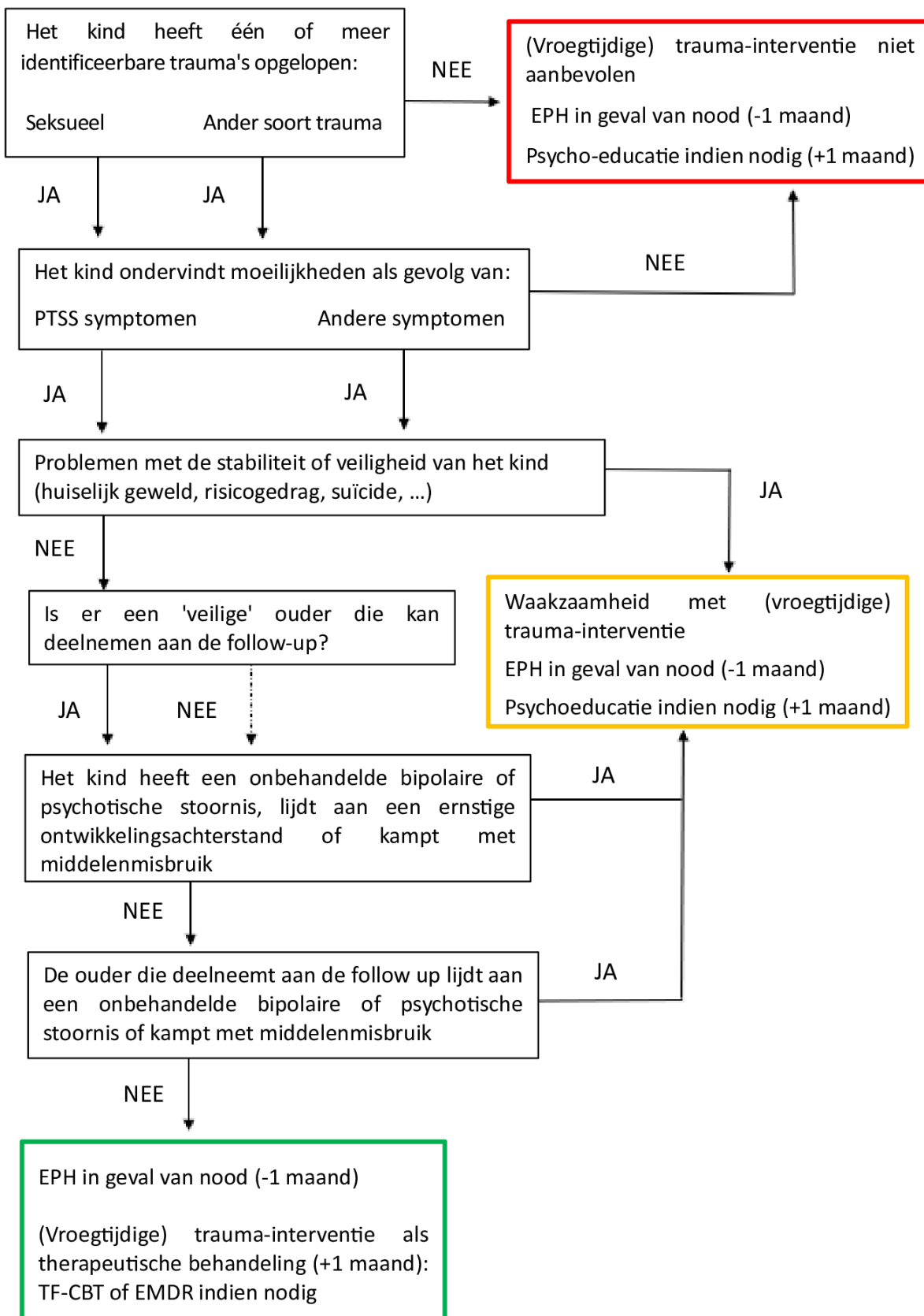
De CATS is een screeningsvragenlijst waarmee de aanwezigheid van PTSS-symptomen kan worden vastgesteld. Significante scores moeten worden gevolgd door een semi-gestructureerd klinisch interview om deze verder te gaan onderzoeken.

Trauma Symptom Checklist for (Young) Children (TSC(Y)C) (Référence 9)

> **Approche continue d'évaluation :**

Zie handleiding en specifieke instructievideo

5. BESLISSINGSBOM VOORGESTELD DOOR HET TEAM ARCH-ULIÈGE VOOR MINDERJARIGE SLACHTOFFERS



REFERENTIES

- (1) Van Overmeire R, Mental health and wellbeing research group (VUB) (2023), Literatuuroverzicht van vroegtijdige interventies ter voorkoming van PTSS na seksueel geweld, blz. 23)
- (2) NICE. Post-traumatic stress disorder: NICE guideline. National Institute of Health and Care Excellence; 2018 5 December 2018
- (3) ISTSS: <https://istss.org/clinical-resources>
- (4) The International Trauma Consortium, advancing research in global psychotraumatologie: <https://www.traumameasuresglobal.com/itq>
- (5) Comorbidity Guidelines, the University of Sydney - Matilda Center: <https://comorbidityguidelines.org.au/appendices/appendix-p-the-international-trauma-questionnaire-itq>
- (6) Baert S, Fomenko E et Keygnaert I, ICRH- UGent, Registratie belgische zorgcentra na seksueel geweld - BSACC-M&E: Handleiding voor medewerkers van de zorgcentra na seksueel geweld
- (7) Salmona M, Association Mémoire traumatique et victimologie, Conduites à risques : <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/conduites-a-risque.html>
- (8) DELHALLE, M et HERROUDI L, Dienst voor psychotrauma en forensische psychologie - ULiège, Studierapport: Vroege therapeutische behandeling van minderjarige slachtoffers van seksueel geweld, 2024.
- (9) Beer R., Verlinden E., Lindauer R., Traumacentrum van de Bascule, protocol voor classificatie, screening en diagnostiek van trauma- en stressorgerelateerde & dissociatieve stoornissen bij kinderen en adolescenten, 2020.

COLOFON

Redacteur:

Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen
Victor Hortaplein 40
1060 Brussel
T 02 233 44 00
egalite.hommesfemmes@iefh.belgique.be
<http://igvm-iefh.belgium.be>

Oorspronkelijke auteurs - versie 2020:

Keynaert Ines, Baert Saar, Van Praet Koen, Van Melkebeke Inse, Bal Sarah, Verplancke Jana, Declercq Frédéric, Lemmens Gilbert

Auteurs herwerkte versie 2025:

Simon Marie (Attaché ZSG, Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen)

Verantwoordelijke uitgever:

Michel Pasteel - Directeur van het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen

Depotnummer:

D/2026/10.043/10

De functies, titels en graden die in deze publicatie worden gebruikt, verwijzen naar personen van eender welk geslacht of genderidentiteit.

Voor elke verwijzing naar dit hoofdstuk gelieve de volgende referentiepersonen te gebruiken: Simon M., Keynaert, I., Baert S., Van Praet K., Van Melkebeke I., Bal S., Verplancke J., Declercq F. & Lemmens G. Handelingsplan voor de psychologische zorg in de Zorgcentra na Seksueel Geweld. In het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen (red.). *Zorgcentra na Seksueel Geweld in België: het ZSG-model* (Editie 2026). Brussel: IGVM.

Cette publication est également disponible en français.



Instituut voor de gelijkheid
van vrouwen en mannen



FACULTY OF MEDICINE
AND HEALTH SCIENCES



.be



Zorgcentra
na Seksueel Geweld



Instituut voor de gelijkheid
van vrouwen en mannen