

Van #MeToo naar #WatNu?

Een kwalitatief onderzoek naar het tegengaan van revictimisatie bij slachtoffers van seksueel geweld

Francesca Albertina

FONTYS HOGESCHOLEN EINDHOVEN | SOCIALE STUDIES

Profiel:	GGZ
Datum:	23 augustus 2019
Studentnummer:	2321025
Progresscode:	89V4G-AFOZ
Afstudeerbegeleider:	Peter van Zilfhout

Samenvatting

In de afgelopen jaren blijft het aantal slachtoffers van seksueel geweld stijgen. Tevens hebben twee van de drie slachtoffers te maken met revictimisatie van seksueel geweld. Oftewel opnieuw slachtofferschap van seksueel geweld. Herhaaldelijk slachtofferschap heeft ernstige gevolgen voor het leven van slachtoffers. Er is een tekort aan kennis als het gaat om het tegengaan van revictimisatie.

Het doel van het onderzoek is om inzichten en kennis te verschaffen aan hulpverleners in de ggz over hoe revictimisatie kan worden tegen gegaan. Hiervoor is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd: 'Hoe kunnen hulpverleners in de ggz, slachtoffers van seksueel geweld weerbaarder maken om revictimisatie tegen te gaan?' Hulpverleners zijn in dit onderzoek de ggz-agogen en behandelaren.

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is er kwalitatief onderzoek verricht. Aan de hand van topicinterviews is er onderzocht wat de ervaringen zijn van slachtoffers en hulpverleners omtrent het tegengaan van revictimisatie binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Uit het onderzoek is gebleken dat er onvoldoende aandacht is voor zowel het thema seksueel geweld, als het thema revictimisatie. Een grote groep slachtoffers valt tussen wal en schip raken en krijgen geen of geen passende zorg voor de klachten als gevolg van het seksueel geweld. Dit gaat ten koste van de slachtoffers.

Gebaseerd op de resultaten van dit onderzoek wordt er aanbevolen om slachtoffers te gaan vinden binnen gemeente Z, doormiddel van outreachend werken. Naar aanleiding van dit onderzoek wordt er aanbevolen om het samenwerkingsverband te verbeteren tussen de afdelingen en het traumacentrum binnen zorginstelling X. Tevens wordt er aanbevolen om het onderwerp seksueel geweld te normaliseren door het meer bespreekbaar te maken.

Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op hoe het netwerk van slachtoffers de weerbaarheid kan vergroten om revictimisatie tegen te gaan. Daarnaast kan er onderzoek worden gedaan naar de mate waarop het verwerkingsproces de weerbaarheid van het slachtoffer beïnvloed, en een bijdrage levert aan het tegengaan van revictimisatie.

In de steekproef zijn geen mannelijke slachtoffers opgenomen. Het onderzoek kan hierdoor geen uitspraken doen over mannelijke slachtoffers. Ten slotte heeft het onderzoek zich niet gericht op de slachtoffers binnen zorginstelling X, waardoor er geen vergelijking gegeven kan worden tussen de ervaringen van de slachtoffers en hulpverleners binnen zorginstelling X.

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie 'van #MeToo naar #WatNu?'. Dit onderzoek richt zich op het tegengaan van revictimisatie van seksueel geweld. Deze scriptie is geschreven in het kader van mijn afstudeeropdracht aan de opleiding Sociale Studies aan de Fontys Hogescholen Eindhoven.

Al op jonge leeftijd ben ik met verschillende slachtoffers van seksueel geweld in aanraking gekomen. Sindsdien wist ik al dat dit een groot maatschappelijk probleem was, waar te weinig mee gebeurt. Hierdoor ben ik altijd nieuwsgierig geweest naar complexe vraagstukken rondom het thema seksueel geweld. Tijdens het uitvoeren van het onderzoek werd er continue de vraag gesteld; 'heb je het meegemaakt?'. Ik ben geen slachtoffer van seksueel geweld maar ik wil graag de stem zijn voor degene die geen stemgeluid meer hebben vanwege het seksueel geweld. Ik ben in aanraking gekomen met mensen, waar bij de gevolgen van seksueel geweld ernstige littekens hebben achtergelaten.

Doormiddel van kwalitatief onderzoek heb ik de hoofdvraag kunnen beantwoorden. Tijdens de uitvoering van het onderzoek heb ik goede begeleiding gekregen van mijn afstudeerdocent, Peter van Zilfhout. In de afstudeerkring heb ik mijn frustraties neer kunnen leggen, als ik even de weg niet meer wist. Peter van Zilfhout wist mij iedere keer, wanneer ik het niet zag zitten, weer te motiveren om met een frisse blik door te gaan.

Hierbij wil ik de afstudeerdocent bedanken voor de fijne begeleiding, motiverende gesprekken en de momenten waarin ik samen met hem en mijn klasgenoten kon sparren over het onderzoek. Ook wil ik via deze wijze wederom al mijn respondenten bedanken die hebben deelgenomen aan dit onderzoek. Zonder hun inzet zou ik dit onderzoek niet hebben kunnen uitwerken. Daarnaast wil ik ook de medewerker van zorginstelling X bedanken voor zijn ondersteuning bij het werven van respondenten binnen de organisatie.

Tevens wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor alle motiverende woorden. In het bijzonder bedank ik mijn moeder Jelitza Helmijr, voor alle ondersteuning die ze mij heeft geboden tijdens mijn opleiding en in het schrijfproces. Daarnaast wil ik Stephany Martis bedanken, zij is in het laatste jaar van mijn opleiding een ontzettende steun geweest. Ook wil ik Romy Heijboer bedanken voor haar ondersteuning tijdens de laatste loodjes in het onderzoek. Ten slotte wil ik mijn zusje Natasha Albertina bedanken, die te allen tijde in mij geloofde en mij iedere keer opnieuw wist te motiveren. Al deze mensen hebben mij consistent gesteund tijdens het schrijfproces. En ten slotte mijn prachtige dochter Chavenely Albertina, jij was mijn motivatie om door te zetten.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Eindhoven, 23 augustus 2019

Franchesca Albertina

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	1
Voorwoord	3
Inleiding	6
Hoofdstuk 1 Context en probleemschets	7
1.1 Probleemanalyse.....	7
1.1.1 Macroniveau	7
1.1.2 Mesoniveau	9
1.1.3 Microniveau	10
1.2 Probleemstelling	14
1.3 Onderzoeksdoelstelling	15
1.4 Hoofdvragen en deelvragen	15
1.5 Begripsafbakening.....	16
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader.....	18
2.1 Definitie seksualiteit en seksueel geweld	18
2.2 Gevolgen van seksueel geweld	19
2.3 Weerbaarheid	22
2.4 Revictimisatie	24
2.5 Hulpverlening en behandeling	26
Hoofdstuk 3 Methodologie.....	29
3.1 Onderzoekpopulatie en steekproef	29
Onderzoekpopulatie.....	29
Steekproef	30
3.2 Dataverzamelingsmethode.....	31
3.2.3 Ethische verantwoording	32
3.3 Meetinstrument.....	33
3.3.1 Topicinterview.....	33
3.3.2 Betrouwbaarheid en validiteit	33
3.4 Data-analyse	34
Hoofdstuk 4 Resultaten	35
4.1 Deelvraag 1: “Hoe ervaren slachtoffers van seksueel geweld de hulpverlening?	35

4.2 Deelvraag 2: “Hoe ondersteunen hulpverleners in zorginstelling X, slachtoffers van seksueel geweld nu om revictimisatie tegen te gaan?”	39
4.3 Deelvraag 3: “Wat hebben hulpverleners nodig om slachtoffers van seksueel geweld weerbaarder te maken om revictimisatie tegen te gaan?”	44
Hoofdstuk 5 Conclusie en aanbevelingen	48
5.1 Conclusie	48
5.2 Aanbevelingen	50
Hoofdstuk 6 Discussie	52
Literatuurlijst	54
Bijlage 1 Codeboom	60
Bijlage 2 Uitwerking codeboom	61

Inleiding

'If you've been sexually harassed or assaulted write 'me too' as a reply tot his tweet'

– Alyssa Milano (15 okt. 2017)

Deze tweet was de start van een explosie van vrouwen en mannen die online deelden dat zij wel eens te maken hebben gehad met seksueel grensoverschrijdend gedrag of seksueel geweld. In de praktijk blijkt dat dit van grote invloed is op het leven van de slachtoffers. Sinds de #MeToo beweging wordt er steeds meer aandacht besteed aan dit maatschappelijke probleem. Doordat er een taboe heerst over seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksueel geweld worden seksuele misdrijven vaak niet gemeld of geregistreerd. In de literatuur wordt dit aangeduid als 'dark number', hiermee worden de seksuele misdrijven aangeduid waarvan geen meldingen worden gedaan en dus het aantal ook onbekend is. (Hemelaar, 2018)

In het afgelopen jaar zijn er ongeveer 9000 zedenmisdrijven geregistreerd bij de politie, in 2017 waren er 8400 misdrijven geregistreerd (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2019). De gevolgen van seksueel geweld op de economie en samenleving maken dat het een maatschappelijk probleem is, waar ondanks de #MeToo beweging nog onvoldoende aandacht voor is. Ook al zetten onderwijsinstellingen en diverse organisaties preventief in om seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksueel geweld tegen te gaan, blijft het aantal slachtoffers ieder jaar groeien sinds 2015. Dit onderzoek richt zich op het voorkomen van revictimisatie van seksueel geweld, aldus het tegengaan van opnieuw slachtofferschap.

In het eerste hoofdstuk wordt het probleem in de probleemanalyse beschreven met daarop volgend de probleemstelling. Als volgt worden de doelstelling, de onderzoeksvragen en de begripsafbakening gepresenteerd. In hoofdstuk twee worden er verschillende relevante theorieën en methoden gepresenteerd die kennis opleveren met betrekking tot het onderzoeksthema.

In hoofdstuk drie wordt de onderzoeksopzet beschreven en de methoden gepresenteerd, de gekozen onderzoeksmethode wordt verantwoord en het gekozen meetinstrument waarmee data wordt verzameld. In dit hoofdstuk wordt ook de onderzoekpopulatie en de steekproef beschreven. In hoofdstuk vier worden de resultaten van het kwalitatieve onderzoek beschreven met daarop volgend in hoofdstuk vijf de conclusie van de hoofd- en deelvragen gevolgd door de aanbevelingen. Hoofdstuk zes beschrijft tot slot de discussie, hierin wordt de bruikbaarheid van het onderzoek beschreven. Het onderzoek zal eindigen met een sterkte- en zwakteanalyse.

Hoofdstuk 1 Context en probleemschets

1.1 Probleemanalyse

Het onderzoek van Berlo & Van Beek (2015) stelt dat seksueel grensoverschrijdend gedrag een structureel probleem is, wat zich niet alleen in Nederland maar overal ter wereld afspeelt. Seksueel geweld wordt gedefinieerd als een schending van de rechten van de mens. De gevolgen van het geweld zijn van invloed op zowel de maatschappij als op de verschillende levensgebieden van slachtoffers van seksueel geweld. Volgens van Hogendorp (2016) dalen de cijfers van huiselijk en seksueel geweld niet ondanks de hoge inzet van professionals.

Wanneer er sprake is van seksueel geweld kan de pleger een vreemde zijn maar uit onderzoek blijkt dat de pleger in de meeste gevallen (80- 85%) een bekende van het slachtoffer is (Rutgers, 2018). Onderzoek laat zien dat er een aantal specifieke kwetsbare groepen zijn die risico lopen om slachtoffer te worden. Het gaat hierbij om mensen met een licht verstandelijk beperking (LVB), kinderen uit gezinnen met gezinsproblematieken (scheidingen, huiselijk geweld, seksueel geweld), de LBHTI-gemeenschap en voormalige slachtoffers van seksueel geweld (Rutgers, 2018). Volgens Heemelaar (2018) zijn vrouwen in vergelijking tot mannen kwetsbaarder om slachtoffer te worden van seksueel geweld, maar onderzoek laat een stijgende lijn zien in het aantal mannelijke slachtoffers in Nederland (Heemelaar, 2018).

1.1.1 Macroniveau

Seksueel geweld in de samenleving

#MeToo is een beweging die in oktober 2017 veel aandacht heeft gekregen in de media. De hype begon toen de Amerikaanse actrice Alyssa Milano een bericht op Twitter plaatste; *"If all woman who have been sexual harrassed or assaulted wrote, me too as a status. Whe might give people a sense of the magnitute of the problem"* (Sayej, 2017). Een dag later had ze 55.000 reacties en was het de grootste hype op twitter. In december 2017 was #MeToo in meer dan 85 landen actief via twitter. Daarnaast was #MeToo 85 miljoen keer gepost via Facebook (Sayej, 2017). Slachtoffers van seksueel geweld durfden door deze hype naar voren te treden met hun verhalen. Tijdens de #MeToo-actie zijn er dubbel zoveel meldingen gedaan bij het meldcentrum voor acuut seksueel geweld (CSG, 2017). Deze beweging heeft veel aandacht gevestigd op het thema maar heeft er niet voor gezorgd dat de cijfers van seksueel geweld zijn gedaald. Van Berlo meent in het artikel van Rutgers (2018) dat de actie niet voldoende effecten heeft opgeleverd. Hij meent dat er nog meer aandacht en preventie nodig is voor seksueel grensoverschrijdend gedrag. Het feit dat seksueel geweld niet aan het licht wordt gebracht, heeft als gevolg dat slachtoffer met onbehandelde klachten en problemen blijven rondlopen. (Rutgers, 2018)

Volgens Kocken, de Lijster en de Ridder (2018) is #MeToo een duidelijke actie tegen seksueel grensoverschrijdend gedrag. #MeToo is een hype die aan het licht heeft gebracht dat er nog veel onrust is over de man en vrouw verhouding in de samenleving. Daarnaast bevestigd Kocken et al.

(2018) dat er binnen het onderwijs meer aandacht moet worden besteed in het voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) zodat jongeren leren om de verantwoording te nemen om zich respectvol te gedragen. Preventie is noodzakelijk om de prevalentie te reduceren.

In Nederland zijn er ieder jaar naar schatting 100.000 nieuwe slachtoffers van seksueel geweld (CSG, 2017). Seksueel geweld heeft een grote invloed op de gehele samenleving. Het geweld heeft enorme economische gevolgen voor de maatschappij. Volgens van Berlo & Ploem (2018) worden de economische gevolgen geschat op 8,5 biljoen euro in Nederland. Dit onderzoek laat zien dat deze kosten zijn gebaseerd op zorgkosten, justitiële voorzieningen en rechtswegen. Volgens Terpstra en van Dijk (2016) heeft het geweld ook economische gevolgen door de werkloosheid en ziekteverzuim van de slachtoffers van seksueel geweld. Uit onderzoek blijkt dat de kosten van extra zorggebruik en ziekte verzuim €1.591 hoger zijn van mensen die slachtoffers zijn van seksueel misbruik in hun kindertijd, vergeleken met mensen die geen slachtoffer zijn. De kosten worden geschat op 1,2 miljard euro per jaar als het gaat om ziekteverzuim en extra zorgkosten (Nationaal rapporteur, 2017).

Daarnaast hebben sommige slachtoffers van seksueel geweld drie keer zoveel zorg nodig dan anderen mensen (BN DeStem, 2017). Dit geldt voor zowel de medische zorg als de geestelijke gezondheidszorg voor bijvoorbeeld: behandeling van traumaverwerking, depressie, PTSS (posttraumatische stress stoornis) en andere psychische klachten die het gevolg kunnen zijn van seksueel geweld (Loketgezond leven.nl, z.j.). Daarnaast omschrijft de Nationaal Rapporteur (2017) de kosten die gemaakt worden door ondersteuning vanuit de grote organisaties die als meldpunt functioneren bij een vermoeden van seksueel misbruik of huiselijk geweld, en het centrum die zich inzet na acuut seksueel geweld. Tevens benoemt de Nationaal rapporteur (2017) kosten voor ziekenhuisopnames ter behandeling van suïcidaal gedrag en zelfverwonding. Naast de bovenstaande kosten draagt de maatschappij ook de kosten van de daders, zoals eerder vermeld rechtspraak, politie, het openbare ministerie, gevangenis, reclassering en toezicht, forensische zorg, tbs, etc. Hiernaast zijn er nog andere gevolgen zoals schooluitval, wat weer van invloed is op de arbeidsmarkt en middelengebruik met alle gevolgen van dien en het niet participeren aan de samenleving. (Loketgezondleven.nl, z.j.)

De overheid heeft in de afgelopen jaren aandacht besteed aan verschillende vormen van seksueel geweld en de wetten hierop afgestemd. Het Openbaar Ministerie (OM) en de politie blijven veel aandacht besteden aan het bestrijden van seksueel geweld en het bestrijden van kinderporno. (Heemelaar, 2018). Heemelaar (2018) vraagt zich af of het strafrecht wel een gepaste middel is tegen seksueel geweld. Omdat het strafrecht normaliter pas wordt toegepast wanneer andere middelen (proces verbaal of taakstraf) geen effect hebben. Dit houdt in dat er vooraf andere middelen zijn ingezet voordat er beroep wordt gedaan op het strafrecht. In 2017 heeft slecht 8,24% van alle 100.000 slachtoffers van seksueel geweld aangifte gedaan (Kuiper, 2017 & CSG, 2017).

De wet- en regelgeving omtrent seksueel geweld

Op 10 mei 2011 is er vanuit Istanboel een verdrag tot stand gekomen van de Raad van Europa. Het doel van het verdrag is om seksueel geweld en huiselijk geweld tegen vrouwen te bestrijden in Europa. Op 14 november 2012 heeft Nederland het verdrag ondertekend. Alle staten worden door dit verdrag verplicht gesteld om actie te ondernemen om het seksueel- en huiselijk geweld terug te dringen en te voorkomen. Het verdrag is in het leven geroepen om slachtoffers te beschermen en daders te bestraffen doormiddel van het strafrecht om op deze wijze het geweld op Europees niveau aan te pakken (Huiselijkgeweld.nl, 2015; Minister van Veiligheid en Justitie, 2014).

Volgens Höing, et al. (2017) zijn de gemeentes ieder zelf verantwoordelijk om de toegankelijkheid voor hulp te regelen en daarnaast hebben ze een signalerende rol. De gemeentes zijn verantwoordelijk om zwaardere casussen door te verwijzen naar de juiste organisatie en de gevolgen van seksueel geweld te bespreken (Höing, et al., 2017). Daarnaast zijn zij verantwoordelijk voor het financieren van het gespecialiseerde centrum die zich inzet na acuut seksueel geweld. De Wet meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is een middel om professionals en organisaties te verplichten om wegens een stappenplan de meldcode toe te passen bij een vermoeden van seksueel geweld (Höing, et al., 2017).

1.1.2 Mesoniveau

Organisaties en hulpverleners

Door het verdrag in Istanbul zijn er gespecialiseerde centra in het leven geroepen die zich inzetten voor slachtoffers van acuut seksueel geweld. Professionals kunnen het centrum raadplegen voor informatie en methodieken omtrent het onderwerp (CSG, 2017). Het centrum biedt ook ondersteuning aan mensen in de omgeving van slachtoffer (CSG, 2017). Het centrum werkt nauw samen met Slachtofferhulp, GGD, geestelijke gezondheidszorg (ggz), psychologen, politie en ziekenhuizen. Het centrum is als het ware een laagdrempelige voorportaal voor slachtoffers, die hen doorverwijst naar de juiste hulp- en dienstverlening. In oktober 2017 is het centrum in samenwerking met een organisatie voor slachtofferhulp een campagne gestart 'Als het jou overkomt'. De campagne is opgezet omdat er volgens het CSG (2017) onvoldoende awareness en bekendheid is voor het thema seksueel geweld. Volgens het Centrum Seksueel Geweld (2017) moest de campagne kennis verschaffen over 'de gouden week'. De gouden week betekent de eerste zeven dagen na het mee maken van seksueel geweld, het is belangrijk om binnen deze zeven dagen onderzoek te laten doen. Slachtoffers worden doorverwezen naar het ziekenhuis om lichamelijk onderzoek te ondergaan op zoek naar sporen van het misbruik, om de pleger te kunnen opsporen, bewijsmateriaal te verzamelen en eventueel aangifte te doen. (CSG, 2017) Na seksueel geweld stappen slachtoffers vaak meteen onder de douche, het centrum of de politie raad dit juist af omdat de sporen die als bewijs kunnen worden gebruik worden gewegewassen. Hier uit kan gesteld worden dat er een tekort is aan kennis (CSG, 2017).

Onderwijs

In 2014 is er onderzoek gedaan over de coping strategieën bij jongvolwassenen die seksueel geweld hebben meegemaakt. Het onderzoek leverde de volgende resultaten op: opvoeders moeten seksualiteit op een positieve wijze bespreekbaar maken en met eerlijkheid benaderen. Binnen het onderwijs is er meer voorlichting nodig met betrekking tot het aangeven van grenzen en wensen.

Daarnaast is er kennis nodig over welke organisaties ingeschakeld kunnen worden wanneer deze grenzen zijn overschreden (Heemelaar, 2018). Van Berlo (2019) expert op het gebied van seksueel geweld sluit zich hierbij aan en stelt dat er onvoldoende aandacht binnen het onderwijs als het gaat om seksueel grensoverschrijdend gedrag en volgens hem ligt de nadruk voornamelijk op het biologische aspect van voorlichting geven. Dit houdt dat de huidige voorlichtingsprogramma die zich alleen richten op het biologische aspect onvoldoende kennis opleveren over het aangeven en respecteren van wensen en grenzen met betrekking tot seksualiteit. Heemelaar (2018) stelt dat het onderwijs meer aandacht moet besteden aan het stellen en respecteren van grenzen.

Interventies

Vanuit het initiatief van het stimuleringstraject 'Samen op weg naar effectievere interventies huiselijk en seksueel geweld' hebben 16 organisaties deelgenomen aan de kwaliteitsverbetering van verschillende interventie methodieken, al deze methodieken zijn opgenomen in de Databank Effectief interventie huiselijk geweld en seksueel geweld. Het traject is opgezet met het verzoek van de Tweede Kamer om meer inzichten te verkrijgen in effectieve methodieken bij seksueel geweld. Hieruit blijkt dat ondanks de verschillende interventies hulpverleners niet altijd weten welke methode ze in moeten zetten en hoe in te spelen op signalen van seksueel geweld (Van Hogendorp, 2016).

Uit het voortgangsrapport 'Geweld hoort nergens thuis' blijkt dat hulpverleners niet weten welke stappen ze moeten ondernemen, noch naar welke instanties en organisatie ze slachtoffers van seksueel geweld moeten doorverwijzen (Ministerie van Justitie en Veiligheid, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, & VNG, 2018).

Volgens Leferink (2014) hebben organisaties onvoldoende kennis van het aanbod en de rechten voor slachtoffers van seksueel geweld. Hieruit kan gesteld worden dat hulpverleners niet op een adequate manier hun cliënten kunnen doorverwijzen en de cliënten met hun klachten kunnen blijven rondlopen. Slachtoffers worden van het kastje naar de muur worden gestuurd, wat risico geeft dat de klachten toenemen of verergeren. Wat bijdraagt aan het risico op opnieuw slachtoffer te worden.

1.1.3 Microniveau Hulpverleners

Hulpverleners in ggz-instellingen weten niet altijd hoe ze moeten inspelen op het vermoeden van seksueel geweld bij cliënten. In de praktijk blijkt dat hulpverleners moeite ervaren om gesprekken te voeren over seksueel geweld. Volgens van Oosten et al. (2017) is dit toe te schrijven aan de gebrekkige kennis en het missen van de juiste vaardigheden als het gaat om bespreken van seksueel geweld. Daarnaast blijkt dat slachtoffers hun verhaal over seksueel geweld juist graag willen delen met een hulpverlener, maar dat slachtoffers niet de ruimte ervaren om het te delen. Dit zijn allemaal redenen die de klachten van slachtoffers zouden kunnen verergeren, omdat de ervaringen en klachten niet worden besproken. Om de handelingsverlegenheid te doen verdwijnen worden er verschillende workshops en cursussen aangeboden. Handelingsverlegenheid houdt in dat de professional niet weet op welke wijze in te spelen en bespreekbaar te maken van signalen van seksueel geweld. Toch blijkt

in de praktijk dat er binnen de hulpverlening sprake blijft van handelingsverlegenheid (Van Oosten et al., 2017).

Slachtoffers

Bloemink (2016) spreekt in haar artikel over een 'Trauma Paradox' een groot aantal slachtoffers van seksueel geweld lijden onder de gevolgen van trauma door seksueel geweld. Volgens de richtlijnen van ggz heeft iedereen die gediagnostiseerd is met post traumatische stressstoornis (PTSS) recht op trauma behandeling. Seksueel geweld levert voor de meeste slachtoffers vaak psychische stoornissen en stressstoornissen op. Volgens Bloemink (2016) laat de praktijk zien dat mensen met ernstige traumatisering vaak naar huis worden gestuurd. In een gesprek met Martijne Rensen de directrice van het Centrum Late Effecten Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering (CELEVT) meent de directeur dat het belangrijk is om trauma gerelateerde problematieken snel te signaleren en op tijd in te grijpen. Zij stelt dat hoe eerder het slachtoffer behandeling krijgt des te groter de kans op succesvol herstel. Volgens Rensen (2016) blijft merendeel van de slachtoffers onbehandeld. Uit studies van Adverse Childhood Experiences (ACE) (2016) is gebleken dat negatieve ervaringen in de kindertijd de ondertoon zijn van gezondheidsproblemen, psychische stoornissen, sociale disfuncties, zorgkosten, ziekte, overlijden, beperkingen in het leven van slachtoffers op lange termijn. Van der Hart stelt in Bloemink (2016) trauma expert en hoogleraar van universiteit Utrecht wordt er vaak geen juiste diagnose gesteld als het gaat over trauma gerelateerde stoornissen. Hij stelt dat de behandelaar niet verder komt dan de klachten die de kop opsteken. Zelfs als het duidelijk is dat het gaat om een extreme traumatisering wordt er onvoldoende beoordeeld in hoeverre er sprake is van een stoornis. Dit zorgt voor incorrecte of incomplete diagnose waardoor er geen juiste behandeling kan worden gegeven. Het gevolg hiervan kan het trauma en hun lijden versterken. De praktijk laat zien dat wanneer de slachtoffers van de vroegtijdige traumatisering in de kindertijd geen adequate hulp ontvangen van ggz-instellingen, ze op de een of andere manier blijven aankloppen bij zorginstellingen. Veel slachtoffers melden zich tweemaal zo vaak aan met huidige klachten bij huisarts (Van Oosten et al., 2017). Slachtoffers kloppen bijv. bij de huisarts aan met klachten van hoofdpijn waarvan de oorzaak onduidelijk is terwijl er in feite meer speelt dan alleen de fysieke klachten en die klachten komen voort uit de gevolgen van seksueel geweld.

Van alle slachtoffers die zicht aanmelden bij het Centrum Seksueel Geweld voor acute behandeling is de helft van de slachtoffers al bij eerder seksueel geweld getraumatiseerd. Kenmerken van deze slachtoffers zijn dat ze geen heftige of emotionele reactie hebben op het seksuele geweld waarvoor ze zich melden bij het centrum. De slachtoffers hebben hun gevoel onderdrukt als een coping strategie om hunzelf te beschermen (Bloemink, 2016). Volgens Bicanic (2016) doen alle slachtoffers een poging om vervelende herinneringen te vergeten. Zo verteld Iva Bicanic, Psycholoog en hoofd van het Centrum Seksueel Geweld, in het artikel van Bloemink (2016). In dit artikel bevestigt Bicanic dat slachtoffers een hoger risico lopen voor herhaaldelijk seksueel geweld omdat ze bepaalde coping strategieën inzetten die hen extra fragiel maken voor het ggz opnieuw meemaken van seksueel geweld. Dit komt door schuldgevoelens en een laag zelfbeeld, verdovende middelengebruik om te gaan met spanning of het vertonen van seksueel seks overschrijdend gedrag.

Volgens Bloemink (2016) moeten slachtoffers die een trauma hebben overgehouden van zowel kindermishandeling als seksueel geweld hulp krijgen om vooruit te gaan in hun gezondheid, te participeren aan de arbeidsmarkt, verminderen van de zorgkosten en het verbreken van het generatie op generatie doorgegeven kindermishandeling en geweld.

Seksueel geweld heeft ingrijpende gevolgen voor slachtoffers van seksueel geweld. Uit het onderzoek van De Graaf & Wijsen (2017) blijkt dat ongeveer de helft van de mannelijke slachtoffers problemen ervaren als gevolg van seksueel geweld. Bij de vrouwen geldt dat meer dan de helft klachten ervaart als gevolg van seksueel geweld. Onderzoek laat zien dat mensen die slachtoffer zijn geworden van seksueel geweld minder goede psychische gezondheid hebben. Het seksueel geweld kan problemen opleveren op gebied van de psychische-, relationele en seksuele gezondheid.

Volgens van Beek & Tan (2016) is het voor slachtoffers moeilijk om hun ervaringen en het slachtofferschap bekend te maken. Voornamelijk wanneer het seksueel geweld met een bekende pleger heeft plaatsgevonden. Zoals eerder vermeld is dit in ongeveer 80%-85% van de gevallen aan de orde. Het zwijgen wordt toe geschreven aan de schuldgevoelens, angst en schaamte bij het slachtoffer (Van Oosten et al., 2017). Deze gedachten en gevoelens kunnen weer effect hebben op het psychische en de weerbaarheid van het slachtoffer en vergroten de kans op revictimisatie (Bicanic & de Jongh, 2016).

Revictimisatie

Verschillende onderzoeken laten zien dat ongeveer de helft van slachtoffers van seksueel geweld in de vroege jeugd dit op latere leeftijd weer zullen ervaren (Bicanic & de Jongh, 2016). Bicanic & de Jongh (2016) beschrijft dat iedere interpersoonlijke trauma een nieuw trauma voorspelt. Volgens Bicanic & de Jongh (2016) heeft de diagnose PTSS een mediërende rol in het opnieuw slachtoffer worden van seksueel geweld. Symptomen van PTSS zijn vermijdingsgedrag, herbelevingen en hyperalertheid. Deze symptomen maken dat het slachtoffer minder snel signalen van gevaar oppikt in riskante situaties. Wat maakt dat slachtoffers minder weerbaar zijn voor revictimisering. (Bicanic & de Jongh, 2016)

Verschillende onderzoeken laten zien dat om deze reden het belangrijk is om gevolgen van seksueel geweld goed te behandelen. Voornamelijk PTSS omdat dit een belangrijk factor kan zijn om het kwaliteit van leven te verminderen of om op nieuw slachtoffer te worden. Toch blijkt dat in de praktijk slachtoffers van seksueel geweld onvoldoende of geen goede traumaverwerking krijgen aangeboden. Doordat er geen goede traumaverwerking is, bestaat het risico dat de klachten van het slachtoffer verergeren of dat de klachten in een latere stadia weer de kop op spelen. Waardoor het risico op revictimisatie blijft bestaan of groter wordt (Bicanic & de Jongh, 2016).

Volgens van Oosten et al. (2017) kan door vroegtijdig in te spelen op de gevolgen van seksueel geweld bij het slachtoffer het risico op herhaling van seksueel geweld (revictimisering) worden gereduceerd. Om deze reden is het van belang dat ggz-agogen binnen zorginstelling X kennis hebben van de signalen van revictimisering en weten hoe ze slachtoffers binnen de gemeente Z en in zorginstelling X weerbaarder kunnen maken. Bicanic & de Jongh (2016) zijn ook van mening dat de juiste hulp zo snel mogelijk na het seksueel geweld bij slachtoffers de kans op revictimisatie reduceert. Uit voormalige onderzoeken blijkt dat het meemaken van seksueel misbruik een van de grootste factoren is voor opnieuw slachtofferschap (Bicanic & de Jongh, 2016).

1.2 Probleemstelling

De cijfers van seksueel geweld zijn de afgelopen jaren gestegen en circa twee op de drie slachtoffers van seksueel geweld loopt risico om opnieuw slachtoffer te worden. Seksueel geweld in Nederland is een groot maatschappelijk probleem. Het opnieuw slachtoffer worden van seksueel geweld kan desastreuze gevolgen hebben voor het leven van een slachtoffer. Het slachtoffer raakt meer ontwricht in zijn leven. Er is een gebrek aan kennis als het gaat om het tegengaan van revictimisatie. Er is onvoldoende aandacht voor het tegengaan van revictimisatie bij slachtoffers van seksueel geweld.

Verificatie in de praktijk

Voor de verificatie zijn er een tweetal organisaties benaderd om het probleem te verifiëren.

Organisaties die zich bezig houden met het thema vinden dat het thema nog te weinig aandacht krijgt gezien de prevalentie. Bij het benaderen van verschillende instellingen en landelijke organisaties voor medewerking in dit ggz onderzoek zijn er verschillende positieve reacties ontvangen over het onderzoeksthema. Zowel de GGD, ggz en het landelijke expertise centrum op gebied van seksueel geweld in de gemeente Z hebben het probleem erkent en herkent.

Volgens GGD gebeurt er weinig als het gaat om preventie van seksueel geweld. De voorlichtingen zijn voornamelijk gebaseerd op de biologische aspecten van seksualiteit. De geestelijke gezondheidszorg behandelt cliënten die seksueel geweld hebben meegemaakt en de problematieken die zich als gevolg van het seksueel geweld hebben ontwikkeld in het leven van het slachtoffer.

Voor de verificatie in de praktijk is er een inventariserend interview afgenomen met een seksuoloog binnen de zorginstelling X. Zowel de medewerker van de ggz-instelling en de GGD constateren dat seksueel geweld een veel voorkomend probleem is die veel impact heeft op het leven van cliënten en aldus voormalige slachtoffers. (Persoonlijke communicatie, 18 maart 2019)

Binnen de ggz-instelling worden cliënten die slachtoffers zijn van seksueel geweld begeleid en behandeld. Volgens de seksuoloog van de ggz-instelling speelt het thema seksueel geweld een grote rol in de hulpverlening. Cliënten die slachtoffer zijn van seksueel geweld zijn volgens haar cliënten die kwetsbaar zijn en vast lopen in hun ontwikkeling. Daarnaast bevestigt zij dat cliënten vaak niet weten wat ze moeten doen na slachtofferschap van seksueel geweld. In de praktijk blijken de cliënten klachten te ervaren zoals depressie, angst, psychoses en andere problematieken. Afhankelijk van de klachten proberen de professionals de klachten te behandelen. Binnen de ggz worden er verschillende trainingen geboden om de ggz-agogen en zijn er ook verschillende protocollen als het gaat om seksueel geweld. Toch is de seksuoloog van mening dat ggz-agogen het thema actiever moeten leren bespreken met hun cliënten. De seksuoloog is ook van mening dat professionals vaak niet weten wat ze moeten doen wanneer er sprake is van seksueel geweld. Zij is van mening dat professionals meer kennis moeten hebben over de stappen die ondernomen moeten worden. Ze constateert dat er nog niets ontwikkeld is als het gaat om het tegengaan van herhaaldelijk slachtofferschap. (Persoonlijke communicatie, 26 februari 2019)

1.3 Onderzoeksdoelstelling

Dit onderzoek richt zich op de weerbaarheid van slachtoffers van seksueel geweld. Het doel van dit onderzoek is om kennis te verschaffen en inzicht te bieden aan professionals in ggz over wat er nodig is om 'revictimisatie' tegen te gaan bij slachtoffers van seksueel geweld.

1.4 Hoofdvragen en deelvragen

Hoofdvraag: Hoe kunnen hulpverleners in de ggz slachtoffers van seksueel geweld weerbaarder maken om 'revictimisatie' tegen te gaan?

Deelvraag 1: Hoe ervaren slachtoffers van seksueel geweld de hulpverlening?

Deelvraag 2: Hoe ondersteunen hulpverleners binnen de ggz slachtoffers van seksueel geweld nu, om 'revictimisatie' tegen te gaan?

Deelvraag 3: Wat hebben hulpverleners nodig om slachtoffers van seksueel geweld weerbaarder te maken om seksueel geweld tegen te gaan?

1.5 Begripsafbakening

Revictimisatie: In dit onderzoek betekent revictimisatie het opnieuw slachtoffer worden van seksueel geweld (Bicanic & de Jongh, 2016). Het gaat hierbij om het opnieuw meemaken van seksueel geweld als gevolg van het eerder meemaken van seksueel geweld. Vaak vind het misbruik al plaats in de kindertijd of jeugd. Het gaat in dit onderzoek niet om langdurig of herhaaldelijk slachtofferschap van dezelfde pleger. Volgens Slotboom, Van Bakkum, Wijkman, De Jong, & Hendriks (2014) betekent veerkracht de mogelijkheid om zich aan te passen aan de traumatische gebeurtenis.

Hulpverlener: In het kader van dit onderzoek wordt met de term hulpverlener de ggz-agogen en alle behandelaren die werkzaam zijn in de ggz-instelling X aangeduid.

Slachtoffers: In dit onderzoek wordt met de term slachtoffers, slachtoffers van seksueel misbruik (in de kindertijd) of seksueel geweld (volwassenen) aangeduid. Een slachtoffer is een persoon die is aangevallen, iets onaangenaam is aangedaan, mishandeld is of verwond.

Seksualiteit: Volgens Hemelaar (2018) wordt er gesproken over seksualiteit wanneer individuen zich richten in denken en handelen op de erogene gebieden, het hebben van lustvolle gedachten die gericht zouden kunnen zijn op een orgasme.

Seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG): In de literatuur wordt er onderscheid gemaakt tussen seksueel geweld, seksueel misbruik en seksueel grensoverschrijdend gedrag (Heemelaar, 2018). De term seksueel grensoverschrijdend gedrag is een overkoepelende term, voor alle vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag waarbij de grens van de ander wordt overschreden (Hoing, et al., 2018). SGG houdt in dat de pleger het slachtoffer zonder toestemming en instemming of vrijwilligheid tot seksuele handelingen dwingt (Höing, et al, 2018).

Seksueel geweld: Seksueel geweld betekend in dit onderzoek het zonder toestemming binnen dringen of betasten van de ander. In andere termen in Nederland aan geduid als aanranding of verkrachting. Seksueel geweld kan strafbaar, ontoelaatbaar en ongewenst zijn (Heemelaar, 2018). Alle zwaardere vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag zijn seksueel geweld (Heemelaar, 2018). In dit onderzoek gaat het om het zonder toestemming betasten of penetreren van een ander. Dit zijn de ernstigere vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag zoals aanranding en verkrachting. Door de verschillende interpretaties van de term seksueel geweld worden deze in diverse onderzoeken anders geïnterpreteerd. In dit onderzoek wordt ernstig seksueel grensoverschrijdend gedrag aangegeven met dit term seksueel geweld.

Seksueel misbruik: Het begrip seksueel misbruik wordt volgens verschillende theoretische inzichten gebruikt bij ongelijkwaardig seksueel contact, waar geen wederzijds toestemming bestaat, waarbij dwang wordt gebruikt en het slachtoffer of veel jonger is of afhankelijk is van de ander (Leusink &

Ramakers, 2014). Daarom zou deze term volgens Heemelaar (2018) moeten worden gebruikt voor seksueel misbruik bij kwetsbare groepen zoals kinderen, jeugdigen en mensen met een lichtverstandelijke beperking. In dit onderzoek wordt de term gebruikt voor de bovenstaande kwetsbare groepen.

Tegengaan: Een poging tot het voorkomen van, het stoppen of hinderen van seksueel geweld of grensoverschrijdend gedrag.

Weerbaarheid: Weerbaarheid omgaan met wensen en grenzen. En weerstand kunnen bieden wanneer seksueel contact ongewenst is. Weerbaarheid betekend dat men op een passende manier voor zichzelf kan opkomen. Volgens Slotboom et al. (2014) betekent weerbaarheid, veerkracht de mogelijkheid om zich aan te passen aan de traumatische gebeurtenis.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

Het theoretische kader dient theoretische inzichten op te leveren over het thema seksueel geweld, seksuele weerbaarheid en 'revictimisatie'. In paragraaf 2.1. wordt algemene kennis gepresenteerd over seksualiteit en seksueel geweld. In paragraaf 2.2 worden de gevolgen van seksueel geweld beschreven. Tevens wordt er in paragraaf 2.3 en 2.4 kennis opgeleverd over het onderwerp weerbaarheid en revictimisatie. Ten slotte wordt er in paragraaf 2.5 theorie gepresenteerd over de hulpverlening en behandeling omtrent slachtoffers van seksueel geweld.

2.1 Definitie seksualiteit en seksueel geweld

Seksuele gezondheid en het recht van de mens

Volgens World Health Organisation (WHO) kan er geen seksuele gezondheid worden behaald zonder het respecteren van de mensenrechten. Verschillende wetten, zowel nationale als internationale, omtrent het genieten van een seksuele gezondheid en het uiten van seksualiteit, worden als seksuele rechten beschreven. Het naleven van deze rechten of schenden van deze rechten beïnvloed volgens het WHO (2017) de wijze waarop mensen keuzes kunnen maken over hun seksualiteit. Het is van belang dat de individu keuzes kan maken zonder enige dwang of enige vorm van intimidatie, daarnaast is het van belang dat de individu toegang heeft tot informatie over voortplanting en seksualiteit en bescherming heeft tegen alle vormen van discriminatie gebaseerd op zijn of haar seksualiteit en seksuele voorkeur (World Health Organisation, 2017). De onderstaande rechten die zijn omschreven, zijn zowel nationaal als internationaal van toepassing voor iedere individu.

De volgende rechten zijn in 2017 door het World Health Organisation geformuleerd:

- * elk mens moet toegang hebben tot seksuologische en reproductieve gezondheidszorg;
 - * elk mens moet toegang hebben tot en het verlenen van informatie over seksualiteit;
 - * elk mens heeft recht op seksuele vorming en seksuele voorlichting;
 - * elk mens heeft het recht op vrijheid als het gaat om partnerkeuze;
 - * elk mens heeft het recht om zelf de keuze te maken om seksueel actief te zijn;
 - * elk mens heeft de vrijheid om seksuele relatie aan te gaan met wederzijdse toestemming;
 - * elk mens moet vrijwillig het huwelijk kunnen intreden of vrijwillig een relatie aangaan;
 - * elk mens mag beslissen om wel of geen kinderen te krijgen, en wanneer ze kinderen krijgen;
 - * elk mens heeft recht om zelf vorm te geven aan een bevredigend en plezierige en veilige seksleven;
- (World Health Organisation, 2017)

2.2 Gevolgen van seksueel geweld

Het onderzoek van (De Graaf & Wijsen, 2017) beschrijft dat seksueel geweld negatieve gevolgen kan hebben voor slachtoffers. Seksueel geweld kan problemen opleveren in het psychische welbevinden van een individu, in het relationele en in de seksuele gezondheid (De Graaf & Wijsen, 2017). De gevolgen van seksueel geweld worden in deze paragraaf nader beschreven.

Gevolgen schuldgevoelens

De gevoelens van schuld en schaamte kunnen redenen zijn waarom slachtoffers geen melding of aangifte doen van het misbruik en geen hulp zoeken voor de gevolgen van seksueel geweld. (Heemelaar, 2018) Het niet doorbreken van de stilte en het vermijden van hulp bij klachten van het seksueel geweld loopt het slachtoffer het risico dat de klachten op een latere moment in het leven de kop op spelen. Slachtofferschap van seksueel geweld brengt verschillende gevolgen met zich mee. Zowel op korte- als op lange termijn. Volgens Heemelaar (2018) lopen slachtoffers risico op lichamelijke en psychische klachten. Het slachtoffer loopt risico op posttraumatische stressstoornis (PTSS), depressie, zelfmoordneigingen, dissociatieve stoornissen, zelfdestructie, gedragsproblemen, angst- en slaapstoornissen (Loketgezondleven.nl, z.j.). Lichamelijke klachten kunnen genitale letsels, soa's, ongewenste zwangerschappen en andere fysieke klachten zijn (Heemelaar, 2018).

Gevolgen die leiden tot herhaaldelijk slachtofferschap

Volgens van Berlo & Ploem (2018) lopen kinderen en volwassenen aldus slachtoffers van seksueel geweld een hoge risico om herhaaldelijk slachtofferschap te ervaren. Dit wordt toegeschreven aan verwarring door afhankelijkheid relaties en het ontvangen van genegenheid. Daarnaast leiden psychologische gevolgen zoals symptomen van depressie, PTSS, negatieve zelfbeeld tot het onvermogen in assertiviteit. Daarnaast kunnen slachtoffers ongewenste seksuele handelingen moeilijk uit de weg gaan of voorkomen. Onderzoek laat zien dat mannelijke slachtoffers vaker het risico lopen van slachtofferschap naar daderschap te verschuiven hoewel de meerderheid van slachtoffers zich niet aanzet tot daderschap. De verschuiving van slachtofferschap naar daderschap wordt toegeschreven aan het gemis van controle in de situatie van slachtoffer. Door het plegen ervaart het voormalige slachtoffer controle en macht. Daarnaast is het voor mannelijke slachtoffers op jonge leeftijd het enige voorbeeld van seksueel gedrag die ze geleerd hebben (Van Berlo & Ploem, 2018).

Bespreekbaar maken seksueel geweld

Volgens van Oosten et al. (2017) hebben vrouwen die ervaring hebben met seksueel misbruik in hun jeugd moeilijkheden met het bespreekbaar maken van het misbruik. Uit onderzoek is gebleken dat de gemiddelde vrouw vanuit haarzelf ongeveer 16 jaar wacht voordat ze haar ervaring bespreekbaar maakt. Dit wordt toegeschreven aan de angst om niet geloofd te worden, schuldgevoelens, gevoelens van schaamte en het niet inzien van de verbinding tussen de problemen hun voormalige misbruik. Om deze reden is het van belang dat er op de juiste manier wordt gereageerd op signalen om problemen tegen te gaan (Van Oosten et al., 2017).

Psychische gevolgen

Een van de gevolgen van slachtoffers van seksueel geweld en seksueel misbruik is het risico op revictimisering. Andere klachten zijn PTSS, Depressie, angststoornissen, eet problemen, persoonlijkheidsstoornissen, sociale fobieën, verslavingen, zelfbeschadiging, suïcide, anorexia, seksuele problemen. Daarnaast laten sommige slachtoffers agressie, vermijdingsgedrag, lage zelfbeeld, psychosomatische klachten, problematisch ouderschap en interpersoonlijke – en relatie problemen. Hiernaast blijkt dat slachtoffers van seksueel geweld vaker met onduidelijke klachten aankloppen bij de huisarts (Van Oosten et al., 2017). Onderzoek laat zien dat slachtoffers van langdurig en/of herhaaldelijke seksueel geweld ernstige symptomen laten zien zoals: nachtmerries, vermijding, dissociatie, herbelevingen, overmatig prikkelbaar en gevoelsvervlakking. Daarnaast kunnen ze ook woede uitbarstingen hebben, zelf destructief gedrag vertonen en andere problematieken. Bovenstaande symptomen zijn gevolgen van post traumatische stressstoornis.

Gevolgen trauma

Wanneer een individu negatieve ervaringen ervaart kunnen deze pijnlijk en nare gevoelens met zich meebrengen. Volgens Brinkman (2017) is dit een verwonding van de geest die niet automatisch geneest. Geestelijke pijn kan in vergelijking tot lichamelijke pijn voor een langdurige periode worden herinnerd. Een pijnlijke ervaring hoeft niet alleen op het moment dat het zich afspeelt schade op te leveren aan de individu, maar dit kan zich ook lang daarna nog afspelen. Omdat de individu zich lang na de gebeurtenis het nog kan herinneren. Volgens Brinkman (2017) wordt dit fenomeen een trauma genoemd. In een geval van trauma is het voor de individu moeilijk om de gebeurtenis van zich af te schudden en het achter zich te laten. Pijnlijke ervaringen brengen leed, verdriet en boosheid met zich mee. Trauma kan een gevolg zijn van seksueel geweld. Deze belevenissen kunnen zich in een later stadia van het leven van de individu weer presenteren in het bewustzijn, wat weer pijn, onzekerheid en verdriet oplevert. Brinkman (2017) omschrijft dat individuen geloven dat het vermijden van confrontatie de oplossing is. Dit is een afweermechanisme om de negatieve belevingen uit de weg te gaan. De individu durft niet meer te doen wat hij of zij zou willen doen en wordt door zichzelf beperkt in zijn keuzevrijheid. Als het gaat om seksueel misbruik betekent dit dat de individu het onderwerp niet durft aan te kaarten en er zelf voor kan kiezen om dit verborgen te houden voor directe personen in zijn omgeving. Onverwerkte trauma's zijn volgens Brinkman (2017) tweeledig. Ze leveren problemen op die vragen voor een oplossing en verandering nodig hebben in het leven van de individu en ten tweede is het juist een belemmering om het veranderingsproces aan te gaan. Onverwerkte trauma's zijn een belemmering voor de individu maar juist omdat het pijn met zich meebrengt maakt dat het moeilijk is om de trauma's te verwerken. Volgens Brinkman (2017) kan een individu een trauma op verschillende manieren uitten, schreeuwen, huilen, schelden, het ter sprake brengen. Al deze vormen kunnen en bijdrage leveren aan het verwerkingsproces. Maar een verwerkingsproces kan in tegenstelling ook een langdurig proces zijn waarin het uitten van emoties onvoldoende is.

Vroegkindelijke chronische traumatisering

Deze term wordt gebruikt wanneer een men een traumatische ervaring heeft op gedaan voor het 8^{ste}

levensjaar. Hierbij gaat het om schadelijke, psychologische, biologische en sociale gevolgen door mishandeling. Dit kan zowel emotioneel, lichamelijk of seksueel van aard zijn. Ook het ondergaan van medische pijnlijke behandelingen, trauma's zoals verlies is het gezin of getuigen zijn van geweld kunnen zorgen voor een vroegkinderlijke chronische trauma (Leferink, 2014).

Posttraumatische stressstoornis (PTSS)

Slachtoffers van seksueel geweld kunnen als gevolg van het trauma lijden aan posttraumatische stressstoornis (PTSS). PTSS kan volgens Nevid, et al. (2016) een van de gevolgen zijn van geweld, seksueel geweld, ongelukken, oorlog en of natuurrampen. Het slachtoffer met PTSS herbeleefd continue de geestelijke en fysieke reacties die zij op het moment van het trauma heeft beleefd. Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat mannen vaker aan PTSS lijden in tegenstelling tot de vrouwelijke sekse. Slachtoffers met PTSS kunnen chaotisch zijn, moeite ondervinden om details te onthouden en hebben weinig concentratievermogen. Daarnaast ontwijken ze prikkels die herbeleving kunnen veroorzaken, voelen ze zich vaak emotioneel uitgeput en ervaren ze minder plezier aan positieve belevenissen in hun leven (Nevid, et al.,2016). Volgens Zimbardo, et al. (2018) is het slachtoffer extra prikkelbaar dit uit zich in slaapproblemen, extra alertheid, extreme schrikreacties en woede-uitbarstingen. Slachtoffers van seksueel geweld met PTSS kunnen na het trauma nog veel woede ervaren door de gebeurtenis en voelen zich soms verraden door hun omgeving. Daarnaast ervaren ze angst om alleen te zijn.

Depressie stoornis

Een depressie is een stemmingsstoornis. Een slachtoffer van seksueel geweld kan ook in een depressie vallen als gevolg van het seksuele geweld. Er is sprake van een depressie stoornis wanneer er één of meerdere episodes zijn van somberheid. Dit uit zich in een gevoel van verdriet of leegte, overmatige prikkelbaarheid. Een depressie kan gepaard gaan met slaapproblemen, vermoeidheid, waardeloos gevoel, het ervaren van schuldgevoel, concentratie problemen en suïcidale gedachten. Daarnaast kan het zijn dat de individu geen interesse noch plezier beleeft aan dagelijkse activiteiten. (Nevid, et al.,2016)

Het belang van therapie

Bicanic & de Jongh (2016) omschrijven het belang van het verwerken van negatieve seksuele ervaringen en herinneringen daarvan. De redenen hiervan zijn om de symptomen en klachten te reduceren, de kwaliteit van leven van het slachtoffer te verbeteren en revictimisatie tegen te gaan. Volgens Bicanic & de Jongh (2016) bieden evidence based-therapie zoals EMDR en cognitieve gedragstherapie een goede bijdrage om revictimisering tegen te gaan. (NCJ, 2018)

2.3 Weerbaarheid

In 2013 en 2015 is er een literatuurstudie uitgevoerd Dom Hardt, Fegert, Munzer & Goldbeck (2015) naar beschermende factoren in weerbaarheid bij slachtoffers van seksueel geweld. Voor de resultaten is er onderzoek gedaan naar 37 artikelen. De resultaten van deze literatuurstudie laten zien dat in onderzoeken naar de weerbaarheid na seksueel misbruik, minder dan de helft van de geïnterviewde slachtoffers weerbaar is. Uit onderzoek is gebleken dat beschermende factoren bijdragen aan de weerbaarheid van slachtoffers van seksueel misbruik. De beschermende factoren zijn gecategoriseerd in drie verschillende categorieën: de interne factoren die betrekking hebben op het slachtoffer, de externe factoren die gerelateerd zijn tot de familie van het slachtoffer en de externe factoren die gerelateerd zijn aan de bredere sociale omgeving van het slachtoffer (Dom Hardt, et al., 2015).

Interne factoren

Het onderzoek laat zien dat optimisme, het hebben van positieve verwachtingen een bijdrage levert aan de weerbaarheid van slachtoffers van seksueel misbruik. Locus of control is een term uit de psychologie en wordt beschreven als de overtuiging in hoeverre iemand verantwoordelijk is voor gebeurtenissen of gebeurtenissen kan controleren of sturen (Ensie.nl, 2015). Een interne locus of control zou volgens dit onderzoek een positieve bijdrage leveren aan de geestelijke gezondheid en het gevoel van eigenwaarde. Terwijl een externe locus of control het risico verhoogd op bijvoorbeeld drugsverslaving. (Dom Hardt, et al., 2015).

Actieve coping stijlen: volgens het onderzoek is de vermijdende coping stijl een risicofactor en levert deze een negatieve bijdrage aan de weerbaarheid van slachtoffers. In drie van de studies heeft een externe attributie van schuld (dus in plaats van zelf schuld, het schuld bij de ander leggen) een positieve bijdrage op de weerbaarheid. (Dom Hardt, et al., 2015).

De volgende factoren worden ook geassocieerd met weerbaarheid in slachtoffers van seksueel misbruik:

- Goede schoolprestaties en een positieve ervaring met school werd gelinkt aan een hogere mate van zelfvertrouwen en afwezigheid van psychiatrische stoornissen. Andere studies hebben ook laten zien dat afstuderen voor vrouwen een positief effect had op weerbaarheid.
- Het adequaat kunnen reguleren en begrijpen van de emoties is een onderdeel van emotionele intelligentie worden geassocieerd met weerbaarheid in seksueel misbruik bij adolescenten. Daarnaast zijn interpersoonlijke competenties en vertrouwen allemaal beschermende factoren
- Een goede sociale binding met ouders en peergroepen reduceren de negatieve gevolgen van seksueel misbruik. Uit onderzoek is gebleken dat acceptatie en een gevoel van erbij horen een positieve bijdrage heeft op de weerbaarheid.
- Het hebben van zelfvertrouwen is een beschermende factor tegen seksueel risicogedrag en interpersoonlijke problematieken.
- Een bepaalde mate van religie en spiritualiteit kan functioneren als een beschermende factor.

- Het vermijden van crimineelgedrag en wet overtredende gedragingen zijn een beschermende factor tegen de negatieve effecten van seksueel misbruik.
- Ontspannende activiteiten zoals sport functioneren als beschermende factoren die het zelfvertrouwen versterken en psychische problematieken voorkomen.
- Een hoge sociale economische status bleek uit verschillende studies een beschermende factor te zijn tegen psychische problematieken. Vervolg studies laten zien dat een betaalde baan een positieve effect had op het zelfvertrouwen van slachtoffers (Dom Hardt, et al.,2015).

Externe factoren in de familiare omgeving

- Opgroeien in een stabiel gezin met stabiele ouders en huishouden dragen bij aan de weerbaarheid.
- Tevredenheid uit de kwaliteit van relaties is een beschermende factor tegen de risico van her-traumatisering.
- Sociale economische status van familieleden en partners zijn volgens de literatuurstudie geassocieerd met weerbaarheid.
- Uit onderzoek is gebleken dat het onderwijsniveau van ouders invloed heeft op de weerbaarheid van minderjarige slachtoffers van seksueel geweld.
- Het vervullen van sociale rollen en het participeren aan sociale gemeenschappelijke groepen (bijvoorbeeld een religieuze gemeenschap). Onderzoek laat zien dat het ouderschap ook invloed kan hebben op het voorkomen van PTSS en her-traumatisering (Dom Hardt, et al.,2015).

Externe factoren in de bredere omgeving

- Sociale steun uit de omgeving heeft een positieve bijdrage op de weerbaarheid van slachtoffers van seksueel misbruik (Dom Hardt, et al.,2015).

2.4 Revictimisatie

Revictimisatie is het opnieuw slachtoffer worden van seksueel geweld. Volgens Bicanic & de Jongh (2016) worden twee van de drie slachtoffers van seksueel geweld opnieuw slachtoffer. Uit onderzoek blijkt dat het meemaken van een trauma een bijdrage levert aan het risico om dit opnieuw mee te maken. (Bicanic & de Jongh, 2016) De voormalige misbruikervaring kan leiden tot symptomen van hyper alertheid of emotional numbing, waardoor men signalen minder snel oppikt of niet adequaat kan inschatten. In een onderzoek naar weerbaarheid in de jeugdzorg blijkt dat kinderen met meer veerkracht minder risico lopen op revictimisatie (Slotboom et al., 2014).

Uit het onderzoek van Slotboom et al. (2014) is gebleken dat de ernst van het seksueel misbruik of geweld het risico vergroot voor revictimisatie. Als het gaat om de ernst van het seksueel geweld wordt er onderscheid gemaakt, in de leeftijd tijdens slachtofferschap of de vorm geweld (emotioneel-, fysiek mishandeling). Daarnaast beschrijven Slotboom et al. (2014) nog een aantal factoren die de ernst bepalen: de relatie tot de pleger en de hoeveelheid fysieke dwang dat tijdens het seksuele geweld werd toegepast. In het onderzoek beschrijven Slotboom et al. (2014) een onderzoek welke is gedaan naar meisjes die slachtoffer waren van seksueel misbruik. In dat onderzoek wordt seksuele preoccupatie ook benoemd als een risicofactor voor revictimisatie. Seksuele preoccupatie houdt in dat het slachtoffer overmatig bezig is in zijn gedachten met seks. Doordat ze hier zodanig mee bezig zijn is er risico op revictimisatie, omdat ze het gevoel kunnen hebben dat ze geen weerstand kunnen bieden tegen seksuele avances, omdat ze denken geen controle te hebben over zichzelf (Slotboom et al., 2014).

Psychologische factoren

Psychische problemen, PTSS, depressie en angst zijn allemaal factoren die kunnen bijdragen aan het opnieuw slachtoffer worden van seksueel geweld. Volgens verschillende studies zorgt PTSS voor problemen om te concentreren waardoor slachtoffers moeilijkheid ervaren om nieuwe informatie te verwerken, en moeite hebben bij het herkennen van signalen en het filteren van nuttige informatie. Hierdoor kunnen slachtoffers moeilijk een gevaarlijke situatie herkennen of kunnen inschatten. Dissociatie is een toestand waarin het slachtoffer afstand neemt van de werkelijkheid. Symptomen van dissociatie dragen bij aan het risico om opnieuw slachtoffer te worden. Dissociatie bemoeilijkt door de verstoring aan het geheugen en het vermogen om gevaar in te schatten en te leren van traumatische situaties. Er wordt van *peri-traumatische* dissociatie gesproken wanneer de dissociatie tijdens of meteen na het traumatische gebeurtenis optreedt (Slotboom et al., 2014).

Volgens Leferink (2014) is er een brede aanbod aan hulpverlening, maar slachtoffers weten de hulp niet altijd te vinden. In het onderzoek van Okur, van der Knaap en Bogaerts (2014) is er onderzocht welke behoefte en coping strategieën jongeren hadden na seksueel misbruik in de kindertijd. Uit de studie is gebleken dat er verschillende coping strategieën zijn. De meeste slachtoffers kiezen eerst

voor het zelf verwerken van het misbruik, de meeste respondenten gaven aan dat ze bang waren voor de reacties van anderen. Ze willen anderen geen schuldgevoelens geven,

Anderen respondenten hebben besloten om niets te doen, omdat ze niet wisten wat ze moesten doen. Daarnaast gaven anderen aan dat ze behoefte hadden om het aan andere te vertellen, en hebben ze dit naderhand toch met iemand gedeeld. Uit het onderzoek is gebleken dat sommigen na het bekend maken van het seksuele geweld, nog moeite ervaarden om op zoek te gaan naar professionele hulp. Daarnaast omschrijft Okur, et al. (2014) dat een groep slachtoffers geen hulp zoeken door de sociale controle van hun familie. Dit werd vaak aangegeven door niet-westerse slachtoffers. Dit komt omdat ze geen vertrouwen hebben in de professionele hulpverlening of angst ervaren voor roddels. Slachtoffers waarbij het misbruik verder ligt in het verleden gebruiken de ervaring om het om te zetten in iets positiefs. (Okur, et al., 2014)

2.5 Hulpverlening en behandeling

Mensen die seksueel geweld hebben meegemaakt hebben volgens het onderzoek van, van Oosten et al. (2017) behoefte aan aandacht voor de triggers die herinneringen oproepen. Daarnaast is er ook behoefte aan respectvolle bejegening. Volgens van Oosten et al. (2017) moeten professionals een empathische beroepshouding aannemen en in staat zijn om een veilige gespreksklimaat vorm te geven, waarin slachtoffers zich veilig voelen om hun verhaal te vertellen zonder gevoelens van schaamte te ervaren. Naast het bespreken van seksueel geweld moet de hulpverlening ervoor zorgen dat er ruimte is voor gevoelens en de herinneringen van het seksueel geweld. Het is van belang dat het slachtoffer de regie heeft in hoeverre ervaringen en herinneringen bespreekbaar worden gemaakt (Van Oosten et al., 2017).

Organisaties en behandelcentra bieden verschillende vormen van hulp aan slachtoffers van seksueel geweld. Ambulante hulpverlening, lotgenotencontact en gespecialiseerde hulp.

Volgens Leusink en Ramakers (2014) hebben slachtoffers van seksueel geweld, afhankelijk van de klachten die worden ervaren als gevolg van het geweld, behoefte aan hulp bij het verwerkingsproces. Leusink & Ramakers (2014) omschrijven dat het belangrijk is om een fasegerichte behandelen toe te passen als er sprake is geweest van seksueel geweld. De behandeling bestaat uit de volgende fases: stabiliseren en symptomen verminderen, een fase gericht op de verwerking van het trauma en de laatste fase is het verbinden en integratie.

Uit onderzoek Leusink & Ramakers (2014) is gebleken dat EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing) en cognitieve gedragstherapie (CGT) effectieve behandelingsmethodieken zijn voor slachtoffers van seksueel geweld. EMDR is een korte behandeling in vergelijking tot exposure (onderdeel van CTG) korter en minder belastend voor de hulpverlener. Uit meta-analyse is gebleken dat EMDR effectief is als het gaat om het behandelen van een eenmalige trauma. Na slechts drie behandelingen voldoen de meeste slachtoffers met voormalige PTSS niet meer aan de criteria (Leusink & Ramakers, 2014).

Uit ditzelfde onderzoek is gebleken dat hulpverleningsvoorzieningen en informatie via het internet voor slachtoffers van seksueel geweld effectief zijn. Hiernaast zijn er nog systeemgerichte methodieken zoals CLAS (Contextuele behandeling en Leergroepen voor Alle betrokkenen bij Seksueel misbruik). Dit is een methode die zich richt op heel het gezin en de slachtoffer. Er wordt gezocht naar de oorzaak binnen in het gezin, zowel het slachtoffer als de pleger en de ouders krijgen groeps-behandelddeling (Leusink & Ramakers, 2014).

Preventie van seksueel geweld

Heemelaar (2018) onderscheid primaire-, secundaire- en tertiaire preventie. In de algemene zin is preventie gericht op schadelijk, gevaarlijk, strafbaar of ongezond gedrag. Preventie wordt ingezet om veiligheid, gezondheid en welzijn voor de individu en zowel de samenleving te waarborgen. Het doel

van preventie is om kennis, de houdingen, vaardigheden, gedragingen en opvattingen in de maatschappij beïnvloeden.

In de eerste fase gaat het om het wegnemen van alle mogelijke risico's die het aantal casussen van seksueel geweld laat dalen. Secundaire preventie is in een vroege periode signalen oppikken, beëindigen en hulpverlening bieden aan slachtoffers van seksueel misbruik en geweld. Uit onderzoek is gebleken dat cliënten juist ervaren dat er onvoldoende ruimte is om seksueel verlangen te uiten, en dat dit meestal de oorzaak is van seksuele wantoestanden. Tertiaire preventie is het reduceren van de gevolgen voor slachtoffers door seksueel geweld. Tertiaire preventie richt zich op het voorkomen van (herhaaldelijk) slachtofferschap. Dit kan doormiddel van seksuele assertiviteit trainingen en behandeling (Heemelaar, 2018).

Tertiaire preventie projecten

Op de databank huiselijk geweld zijn er aantal preventie programma's opgenomen die zich specifiek richt op slachtoffers van seksueel misbruik en –geweld. Hieronder worden de preventies kort beschreven (NL-ATSA, 2017).

Vroeger en verder

Is gericht op volwassen slachtoffers van seksueel geweld. Het doel is om klachten van complexe PTSS te reduceren en deelnemers te stimuleren in het controleren van hun gedachte, gevoel en handelen. De interventie wordt uit gevoerd door –instellingen (Huiselijkgeweld.nl, 2016).

Samen misbruik de baas

De methodiek is gericht op vrouwelijke slachtoffers met een verstandelijke beperking. Het doel is om de problemen te reduceren die zij ervaren als gevolg van het geweld. De deelnemers krijgen inzicht door in gesprek te gaan in een lotgenotengroep over gevolgen van het geweld en bespreken schaamte- en schuldgevoelens (Huiselijkgeweld.nl, 2015).

Horizon methodiek

Is een methodiek gericht op kinderen die seksueel misbruik hebben ervaren van 4 tot 12 jaar en hun ouders die hier geen ervaringen mee hebben (niet misbruikt). Het doel is om negatieve gevolgen te reduceren en het functioneren op sociaal gebied te herstellen. Er wordt ook aandacht besteed aan het herstellen van vertrouwen. De ouders krijgen begeleiding in het ondersteunen van het kind (Huiselijkgeweld.nl, 2016).

Eigen Kracht-conferentie

Het doel is om de regie en het zeggenschap bij de cliënt/burger te laten. Dit is een methode waarbij de hulpverleners de cliënt kan stimuleren om zelf oplossingen te bedenken voor problemen. De methodiek is voor verschillende problematieken of situaties inzetbaar bijvoorbeeld voor herstel of leervragen. De methodiek geeft cliënten de mogelijkheid om het regie te nemen en verantwoordelijkheid te nemen (Huiselijkgeweld.nl, 2016).

Handelingsverlegenheid

Volgens Leferink (2014) ervaren hulpverleners handelingsverlegenheid door een gebrek aan tijd en niet durven praten over seksualiteit. Handelingsverlegenheid is het signaleren van seksueel geweld maar aarzelen om dit ter sprake te brengen (Leferink, 2014). Daarnaast kan een terughoudende houding een barrière zijn, de hulpverlener is bang voor wat het onderwerp losmaakt bij de cliënt. Leferink (2014) benoemt ook een gebrek aan kennis en doorverwijsmogelijkheden, eigen ervaringen met seksueel geweld. Daarnaast kan de hulpverlener angst ervaren om iemand onterecht te beledigen of beschuldigen. Ook kan de hulpverlener de verantwoording van het geweld bij het slachtoffer leggen, of twijfelen aan de betrouwbaarheid van het verhaal over seksueel geweld (Leferink, 2014).

Hoofdstuk 3 Methodologie

In dit hoofdstuk wordt omschreven op welke wijze de onderzoeksvragen worden beantwoord. Omdat er niet veel onderzoek wordt gedaan naar revictimisatie van slachtoffers van seksueel geweld is er gekozen voor een kwalitatief onderzoek. Daarnaast is er gekozen voor kwalitatief onderzoek omdat de ervaringen en meningen van de betrokken actoren centraal komen te staan. Het onderzoek richt zich op de wijze waarop ggz-agogen slachtoffers van seksueel geweld kunnen ondersteunen om de weerbaarheid te vergroten en revictimisatie tegen te gaan. In paragraaf 3.1 wordt de onderzoekspopulatie en de steekproef omschreven. Paragraaf 3.2 beschrijft de dataverzamelmethode, gevolgd door paragraaf 3.3 waarin het meetinstrument wordt beschreven en tot slot in paragraaf 3.4 de data-analyse.

3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef

Onderzoekspopulatie

In dit onderzoek zijn er twee onderzoekenheden. De individuele slachtoffers van seksueel geweld en ggz-agogen. Als het gaat om slachtoffers gaat het om mensen die minstens één keer slachtoffer zijn geworden van seksueel geweld. Voor de dataverzameling is er nagedacht over de mate van helingsproces van de slachtoffers. Voor het onderzoek is het interessant om slachtoffers te interviewen in een verschillende fase van hun helingsproces om een vergelijking te kunnen maken. Tevens is het interessant om slachtoffers te bevrage die ervaring hebben met revictimisatie maar ook degene die geen herhaaldelijk slachtofferschap hebben ervaren. Respondenten van de groepering slachtoffers worden niet op basis van het niet-ervaren van revictimisatie uitgesloten. De leeftijd van de onderzoekseenheid is tussen 18 en 65 jaar, voor de steekproef is het niet belangrijk op welke leeftijd het misbruik of seksueel geweld is gebeurd. De ggz-agogen worden bevraagd over hun ervaringen en kennis omtrent revictimisatie en slachtoffers van seksueel geweld. Het is voor het onderzoek interessant om zowel ggz-agogen te bevrage die niet in direct contact staan met de doelgroep als ggz-agogen die wel regelmatig de doelgroep begeleiden. Baarda, et al. (2018) omschrijft dit als gevallen met een maximum aan variatie, deze wordt bij gerichte steekproeven toegepast om een realistisch beeld te vormen van de onderzoekseenheid.

Volgens Baarda, et al. (2018) zijn informanten figuren die informatie verschaffen over de onderzoekseenheid. In dit geval zijn dit professionals die begeleiding of behandeling bieden aan slachtoffers van seksueel geweld. Voor dit onderzoek worden er verschillende informanten gebruikt om kennis op te doen over de ervaringen van en met slachtoffers van seksueel geweld. De onderzoeker heeft aan de hand van literatuurstudie en de opzet van de vraagstellingen van het onderzoek keuzes gemaakt over welke informanten en respondenten nodig zouden zijn. Om meer kennis op te doen vanuit de eerste lijn generalistische ggz, is er besloten om verschillende informanten te bevrage die in aanraking komen met de onderzoekseenheid. Volgens Leferink (2014) zijn dit huisartsen, gespecialiseerde ggz-praktijkondersteuners en generalisten van ggz-instellingen. De huisarts verwijst cliënten met psychische klachten door naar de POH-ggz. Om deze reden is er

gekozen om een POH-ggz en drie ggz-agogen (generalisten) te interviewen. Om meer te weten te komen over de ervaringen van de slachtoffers van seksueel geweld is er gekozen om vier slachtoffers te interviewen. Daarnaast is er gekozen om een expert en een deskundige die ervaring hebben met slachtoffers van seksueel geweld, uitbuiting en afhankelijkheidsrelaties te bevragen.

Volgens Baarda, et al. (2018) is een expert een informant die zijn mening kan geven over het onderzoeksthema. Het doel hiervan is om zoveel mogelijk informatie in te winnen over het thema revictimisatie en hoe er binnen een expertise centrum hiermee wordt omgegaan. Daarnaast is het voor het onderzoek ook interessant om te weten welke methodes de hulpverlener succesvol vindt en welke volgens hen minder succes opleveren.

Steekproef

De populatie is de totale groep waarover uitspraken zal worden gedaan, binnen dit onderzoek zijn dit de slachtoffers van seksueel geweld. Volgens Baarda, et al. (2018) is een steekproef de selectie van de waarnemingseenheid. De getrokken steekproef is een gerichte steekproef. Een gerichte steekproef houdt in dat de onderzoeker gericht een afweging maakt over de respondenten op basis van theoretische afwegingen. (Baarda et al., 2018).

De slachtoffers zijn doormiddel van de sneeuwbalsteekproef geworven. De onderzoeker heeft de eerste deelnemer vanuit het eigen netwerk geworven. Na het benaderen van de eerste informant en respondent is de vraag gesteld of zij andere potentiële kandidaten hebben die voldoen aan de criteria. Op deze wijze zijn er meer respondenten en informanten geworven voor het onderzoek. (Baarda et al., 2018). In de eerste fase heeft de onderzoeker verschillende afwijzingen gehad van instanties om deel te nemen aan het onderzoek. De meest voorkomende reden was tijdsgebrek. Tijdens de dataverzameling heeft de onderzoeker afgezien van één interview omdat het psychische welbevinden van de deelnemer in het geding was. Doordat er onvoldoende tijd was, is er geen vervanging geregeld. Tevens is ook het interview met de praktijkondersteuner-ggz niet gerealiseerd. Bij het organiseren van vervanging zijn er een tiental huisartspraktijken benaderd zonder resultaat. De meest voorkomende reden was wederom tijdsgebrek. Ten slotte heeft de onderzoeker een contactpersoon binnen de ggz-instelling gevonden die bereid was om deel te nemen aan het onderzoek. Doormiddel van dit contact zijn de ggz-agogen binnen de ggz-instelling geworven. Uiteindelijk is er een expert geïnterviewd. Vervolgens zijn er drie slachtoffers, vier ggz-agogen en een psycholoog uit de ggz-instelling X geïnterviewd.

3.2 Dataverzamelingsmethode

Voor dit onderzoek is gekozen om semigestructureerd interviews af te nemen om kennis te verschaffen over de ervaringen en meningen van respondenten en informanten (Baarda, et al, 2018). Informanten zijn in dit onderzoek de hulpverleners die uitspraken doen over slachtoffers. De interviews zullen geen vaste structuur hebben omdat er al kennis is over het onderwerp door literatuurstudie (Baarda, et al, 2013). Het onderwerp is al afgebakend door de voorkennis die is opgedaan uit het theoretische kader. Alle relevante onderwerpen zijn uit het theoretische kader voortgevloeid. Daarnaast is er gekozen voor een open interview omdat het gaat om een kwetsbaar onderwerp. Volgens Baarda, et al. (2013) zijn dit gesprekken die het beste aansluiten bij pijnlijke ervaringen omdat ze een open karakter hebben en voldoende ruimte en tijd geven om het gesprek te voeren (Baarda et al., 2013).

De interviews zullen aan de hand van een topiclijst worden afgenomen. In de topiclijst liggen de relevante thema's vast. Het meetinstrument wordt getest tijdens afname van het eerste interview en op basis daarvan wordt de volgorde bijgesteld (Baarda, et al, 2018). Bij het interviewen van de slachtoffers moet er rekening worden gehouden met de kwetsbaarheid en de schade die het interview zou kunnen opleveren. Het gaat om een kwetsbare en nare gebeurtenis die verschillende emoties kan oproepen. Daarnaast moet de interviewer beschikken over empathie en medeleven om het gesprek in goede banen te leiden. Volgens Baarda, et al. (2018) moet de interviewer na het interview navragen bij de respondent, hoe hij het gesprek heeft ervaren.

Om snel informatie in te winnen van het onderwerp is volgens Baarda, et al. (2018) een telefonisch interview gepast. Deze methode wordt toegepast bij het interview met de expert, gezien de afstand tussen de expert en onderzoeker.

3.2.3 Ethische verantwoording

Om de ethische verantwoording te waarborgen moet er worden voldaan aan een aantal voorwaarden. Respondenten moeten de mogelijkheid hebben om vrijwillig deel te nemen, de mogelijkheid om op ieder moment afzien van het interview. Daarnaast dient de interviewer de kans op nadelige effecten te vermijden. (Boeije, 2016)

Tijdens de werving zijn alle geïnterviewde in woord en geschrift op de hoogte gesteld dat hun deelname aan het onderzoek geheel anoniem zal zijn en vertrouwelijk verwerkt zal worden. Dit houdt in dat hun namen niet bekend worden gemaakt en dat hun gegevens ook niet bekend zullen worden gemaakt. Daarnaast is aangegeven, dat de gegevens uitsluitend voor dit onderzoek worden gebruikt. Volgens Baarda, et al (2018) is deze informatie van belang om de deelnemers op de hoogte te stellen van de gevolgen van deelname aan het onderzoek.

In het informed consent wordt de vrijwilligheid van de medewerking vastgelegd. Voor de deelname aan het interview wordt er door de interviewer een formulier overhandigd die door de respondent moet worden ondertekend. Op het formulier staat vermeld dat de gegevens anoniem verwerkt worden en verwerkt zullen worden in het onderzoeksrapport (Boeije, 2016).

Voor dat het interview wordt afgenomen worden respondenten ingelicht over het onderzoek en de doelstelling van het onderzoek. Negatieve effecten wordt vermeden door de anonimiteit te waarborgen (Boeije, 2016)

3.3 Meetinstrument

3.3.1 Topicinterview

De topiclijsten voor de topicinterviews zijn afgeleid uit het theoretische kader. Hierin zijn alle onderwerpen opgenomen die de onderzoeker relevant acht en die ondersteuning bieden bij het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Dit houdt in dat de topics informatie opleveren over revictimisatie of van invloed zijn op het vergroten of verkleinen van de kans van revictimisatie. De belangrijkste topics tijdens de interviews waren revictimisatie, behandeling en preventie. Voor de interviews zijn twee verschillende topiclijsten ontwikkeld, omdat er twee verschillende groepen worden onderzocht.

De onderzoeker heeft bewust ervoor gekozen om de slachtoffers geen directe vragen te stellen gericht op de seksuele traumatische gebeurtenissen. Dit om te voorkomen dat het gesprek teveel spanningen op gaat leveren en er geen adequate nazorg gegeven zou kunnen worden. Daarnaast kon de onderzoeker op basis van literatuurstudie en forums voldoende kennis op doen om kennis te krijgen van de gevoelens, ervaringen en gevolgen van slachtoffers van seksueel geweld tijdens seksuele traumatische gebeurtenissen. Daarnaast richt het onderzoek zich op de ervaringen van de tertiaire preventie, aldus de ervaringen rondom de zorg die wordt aangeboden als gevolg van de traumatische gebeurtenis. De onderzoeksvraag richt zich niet op de ervaringen, gevoelens of herinneringen van het seksuele geweld.

3.3.2 Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid van de interviews wordt gewaarborgd door deze op te nemen met een audiorecorder, waardoor de kwaliteit van de gegevens wordt gewaarborgd. De interviewer zal zorgen dat de interviews worden afgenomen in een afgesloten ruimte, om een veilige omgeving te creëren. De geluidsfragmenten worden opgeslagen op een USB-stick. Na afronding van het onderzoek worden deze gegevens, zoals beloofd aan de respondenten, vernietigd. Dit wordt aan het begin van de interviews ook aangegeven. Daarnaast zal het interview niet langer dan één uur duren zodat het gesprek niet teveel inspanning vereist van zowel de geïnterviewde als de interviewer. Per dag worden er niet meer dan twee interviews gehouden om te voorkomen dat de onderzoeker op negatieve wijze wordt beïnvloed (Baarda, et al., 2013).

De validiteit van het onderzoek wordt gewaarborgd omdat voor het kwalitatieve interview in beide onderzoekseenheden verschillende type respondenten worden benaderd om de reikwijdte te verbreden (Baarda, et al., 2013). Onder de respondenten van ggz-agogen wordt er verlangd naar een variatie aan verschillende mate van ervaringen en kennis met slachtoffers van seksueel geweld. Als het gaat om de slachtoffers van seksueel geweld wordt er gestreefd naar een variatie in de helingsproces.

3.4 Data-analyse

Om de data te kunnen analyseren zijn de interviews opgenomen. Naderhand zijn de geluidsfragmenten uitgewerkt, oftewel getranscribeerd. Vervolgens zijn de transcripten gecodeerd aan de hand van codes. Aan de hand van de topics uit de datagegevens zijn er door de onderzoeker codes geformuleerd. Er zijn drie fases als het gaat om coderen: open codering, axiale codering en selectief coderen. Tijdens de eerste dataverzameling worden de gegevens gelezen en tijdens de eerste codering in fragmenten ingedeeld. De geformuleerde codes zijn een stukje tekst van de samenvatting van een betekenis van een fragment (Boeije, 2016). In dit onderzoek zijn de gegevens met behulp van het programma ATLAS.ti 8 geanalyseerd en gecodeerd om tot de resultaten te komen.

Open coderen betekend het doorlezen van de verzamelde gegevens en in fragmenten opdelen. Dit is de eerste stap in het coderingsproces. De relevantie van de fragmenten komt in deze stap nog niet aanbod. Doormiddel van samenvattende notities worden de fragmenten gecodeerd. (Boeije, 2016)

Vervolgens is er bepaald welke codes van belang zijn en welke minder belangrijk zijn. Dit proces heet de axiaal coderen. In deze fase is de hoeveelheid aan gegevens en codes gereduceerd. Axiaal coderen is een methode om de codes te ordenen. De codes die het meest van belang zijn worden geordend onder hoofdcodes en de rest wordt onderverdeeld onder sub-codes of worden verwijderd. Deze onderverdeling wordt gepresenteerd in een codeboom (Boeije, 2016). De codeboom van het onderzoek is gepresenteerd in bijlage 1.

In de laatste fase is er selectief gecodeerd. In deze fase zijn de categorieën geïntegreerd en werd er verbinding gelegd tussen de verschillende categorieën. Tijdens het selectief coderen was er aandacht voor onderwerpen die herhaaldelijk aanbod kwamen in de interviews en welke uitspraken meerwaarde hadden om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Daarnaast was in deze fase ook ruimte om de verschillen tegen elkaar te leggen, welke van belang waren en inzichten opleveren over de ervaringen van de betrokkenen. De onderzoeksvragen zijn beantwoord door de koppeling van de codeboom en het theoretische kader en de opgeleverde resultaten (Boeije, 2016).

Hoofdstuk 4 Resultaten

Het vorige hoofdstuk beschreef de methodes van dataverzameling en hoe de gegevens zijn geanalyseerd. In dit hoofdstuk worden de resultaten per deelvraag weergegeven die zijn voortgekomen uit de kwalitatieve interviews. Waar nodig worden er verbanden gelegd aan de theorieën vanuit het theoretische kader. Doormiddel van de resultaten en de verbinding met de theorie kan er antwoord worden gegeven op de deelvragen en uiteindelijk de hoofdvraag. De conclusie en discussie komen hoofdstuk 5 en 6 aanbod.

Voor het afnemen van kwalitatieve interviews zijn er diverse respondenten en informanten benaderd. Waaronder een expert, een behandelaar, drie ggz-agogen, een therapeut, drie slachtoffers en één groepsinterview binnen een instelling waaronder slachtoffers en niet-slachtoffers. Het groepsinterview was in een eerder stadia van het onderzoek uitgevoerd, en was explorerend van aard, Om te onderzoeken hoeveel er bekend is bij deelnemers en hoeveel er bekend is over instellingen en organisaties.

Om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen worden ze aangegeven van R1 t/m R3, dit zijn in het onderzoek slachtoffers van seksueel geweld. De informanten worden weergegeven als I.1 t/m I.7 en de deelnemers van de groepsinterview als D1 t/ D10 uit het groepsinterview.

4.1 Deelvraag 1: “Hoe ervaren slachtoffers van seksueel geweld de hulpverlening?”

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is er onderzoek gedaan naar de ervaringen van slachtoffers binnen de gezondheidszorg. Ten eerste is er onderzocht wat voor invloed het seksueel geweld had op het leven van slachtoffers. Als volgt is er onderzoek gedaan naar de ervaringen van slachtoffers met hulpverlening. Vervolgens werd onderzocht welke behoefte slachtoffers hadden tegenover de zorginstelling. Om antwoord te geven op de deelvraag is deze opgesplitst in verschillende topics.

Bespreekbaar maken

Uit het interview met de respondenten is gebleken dat men ervaart dat er nog een taboe heerst op het thema seksueel geweld. Alle respondenten aldus de slachtoffers gaven aan dat ze in het huishouden het seksueel geweld niet bespreekbaar konden maken. Twee van de drie respondenten mochten van hun ouders niet meer over het misbruik praten. Een overeenkomst tussen deze slachtoffers was dat ze een niet-westerse culturele achtergrond hadden. De westerse respondenten schreven dit beide toe aan de niet-westerse culturen normen. Hieronder een fragment uit het interview met een slachtoffer die in haar kinderjaren door haar broer is misbruikt. Haar antwoord op de vraag ‘Wat zei je moeder dan tegen jou?’:

'Wat er binnenshuis gebeurt, mag niet naar buiten. [...] Daar praten we niet over, je vergeet maar wat er is gebeurd, daar praten we niet over. [...] 'Hij is naar een internaat gegaan dus het is klaar nou, oké!' (R3)

Beide slachtoffers met een niet-westerse achtergrond gaven aan dat ze wel behoefte hadden om over het geweld te praten, maar doordat dit was verboden hebben ze dit voor een aantal jaren verzwegen. En zijn ze niet op zoek gegaan naar hulp voor de klachten en problemen die ze als gevolg van het seksueel geweld hebben ervaren. Respondent R1 ervaaarde ook de behoefte om het geweld bespreekbaar te maken en had het geweld snel na de gebeurtenis bekend gemaakt. Toch vertelde ze in het interview dat er binnen het huishouden geen ruimte was om het geweld te bespreken. Maar er is haar geen beperking opgelegd om het niet bespreekbaar te maken. In vergelijking tot de anderen respondenten geeft zij aan dat zij kort na het geweld, het geweld bespreekbaar heeft gemaakt ondanks het gevoel van schaamte en schuld. Dit bevestigt wat er in het theoretische kader wordt beschreven. De reactie van de sociale omgeving van het slachtoffer kan van invloed zijn op het bespreekbaar maken en op de keuze om op zoek te gaan naar hulpverlening. Daarnaast wordt in het theoretische kader ook omschreven dat de sociale controle vaker van invloed is bij niet-westerse culturen (Heemelaar, 2018; Okur et al., 2014).

Handelingsverlegenheid

Slachtoffers ervaren dat hulpverleners het moeilijk vinden om soms seksueel geweld te bespreken. De uitspraken van de respondenten waren gebaseerd op zowel behandelaren als doorverwijzers (praktijkondersteuners, psycholoog). Slachtoffers geven aan juist een behoefte te ervaren om het geweld en de gevolgen te bespreken, maar ze vinden vaak geen opening of weten niet hoe ze het gesprek hierover moeten beginnen. Ze raken ontmoedigd wanneer ze een aanzet doen om het te bespreken en de hulpverlener dit niet oppikt en het gesprek aangaat. Deze resultaten komen overeen met de theorie in het theoretische kader (Van Oosten et al., 2017; Leferink 2014).

'Bijvoorbeeld als ik tegen mij psycholoog zeg dat ik flashbacks krijg, dan zegt ze; 'Ow ok'. En iemand anders zou doorvragen. Maar ze gaf me het gevoel, dat ze bang was dat ik zou gaan flippen. En dat ze niet zou weten wat ze met me aan zou moeten als ik flip [...] En doordat ze me dat gevoel gaf, dan zal ik de volgende keer wanneer ik de behoefte heb om erover te praten er niet eens over beginnen!' (R1)

Daarnaast ervaren slachtoffers dat er ook bij behandelaren nog veel handelingsverlegenheid bestaat. Dit geldt echter niet voor situaties waarin slachtoffers worden doorverwezen naar specialistische zorg met een specifieke hulpvraag over het seksuele geweld. Dit is gebleken uit de interviews met de manager van het landelijke expertisecentrum en de therapeut van het traumacentrum van de zorginstelling X.

'Nou dat is juist een kracht van ons. Want wij beginnen met iedere cliënt als die nou op de opvang komt of ambulante. Wij werken mensen met diagnostische intake. Wij vragen altijd naar misbruikervaring, geweldservaring, seksueel geweld en lichamelijk geweld, emotioneel geweld. Dat is altijd een onderwerp waar wij gelijk naar vragen. Dus er zit bij ons geen taboe op.' (I.1)

Wanneer slachtoffers zonder concrete hulpvraag worden doorverwezen naar zorginstellingen, ervaren slachtoffers dat hulpverleners niet concreet ingaan op ervaringen van seksueel geweld. Dit kunnen bijvoorbeeld hulpvragen zijn zoals symptomen van depressie, chronische slaapproblemen of paniekaanvallen. Echter geven slachtoffers in de interviews aan dat ze wel behoefte ervaarden om het geweld bespreekbaar te maken bij hulpverleners. Slachtoffers geven aan dat ze door schaamte, schuld en het taboe niet weten hoe ze hierover moeten beginnen.

'Want ook al praat iemand niet, dan kan hij nog laten zien dat er iets speelt. Durf er doorheen te prikken en durf het gesprek aan te gaan, hoe moeilijk en zwaar dat ook kan zijn. [...] Omdat die behoefte er wel is. Ook al denk je van niet of is het makkelijker om er niet over te hebben. Die behoefte is er wel.' (R2)

Hulpverlening en behandeling

Volgens Leusink & Ramakers 2014 zijn cognitieve gedragstherapie (CGT) en Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) effectieve behandelingsmethoden voor traumaverwerking. Uit de resultaten is gebleken dat de slachtoffers die therapie hebben gevolgd tevreden waren over de resultaten en daarnaast ook anderen aanraden om therapie te volgen. Onder de respondenten hebben twee van de drie slachtoffers EMDR-therapie gevolgd.

De respondenten zijn alle drie onder behandeling geweest bij een psycholoog. De ervaringen waren verdeeld. Twee van de drie slachtoffers gaf aan dat de hulpverleners onvoldoende aandacht hadden besteed aan de gevolgen van seksueel geweld. Op de vraag 'waren er nog andere zaken waar je behoefte aan had?' gaf de respondent het volgende antwoord.

'Dat ze naar meer dingen keken. Met de kennis die ik nu heb, kijk ik daar ook naar met mijn mensen. Psychologen moeten dat weten toch? [...] Verschillende levensgebieden of uhm... al hadden ze bijvoorbeeld gevraagd hoe zijn je vriendschappen, is daaraan iets veranderd? Of hoe is het nu thuis is [...] Dat ze daar aandacht aan besteden.' (R2)

Hiernaast ervaren slachtoffers dat ze onvoldoende behandelmomenten hebben.

'Dat merkte ik bij mijn cliënten ook, die hadden dan een afspraak en dan pas een afspraak een maand later. Dat vind ik echt heel heftig, [...] bij mij was het elke week en dat was ook echt nodig. Want je zit dan middenin en als je dan in een keer, een maand later pas verder

moet praten, daar zit zoveel tijd tussen in, dan zit je in zo een dip in de tussentijd. Dus dat vind ik echt, dat moet echt... dat kan echt niet gewoon.' (R2)

Een respondent gaf aan dat zij slachtoffers die zei begeleide in haar life-coach trajecten bij chronische klachten doorverwees naar de geestelijke gezondheid. Zij vertelde dat haar cliënten vaak weigerde omdat ze al eerder hulp hadden gezocht bij de zorginstelling.

'Niet veel mensen zijn te spreken over de geestelijke gezondheidszorg hoor, ze vinden dat ze niet gehoord worden. Dat ze niet goed geholpen worden.' (R3)

Volgens Respondent 3 is dit de reden dat veel slachtoffers geen hulp zoeken bij de geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast benoemden twee van de drie slachtoffers dat ze niet wisten waar ze naar toe moesten gaan voor hulp en behandeling van hun klachten als gevolg van seksueel geweld. (R1 & R2) Uit de groepsinterview bleek ook dat de deelnemers geen kennis hadden van de organisaties of instellingen die zich inzetten voor slachtoffers van seksueel geweld.

'Ik werk met vrouwen, vriendinnennetwerk en die vrouwen vertrouwen mij, dus vertellen mij hun verhaal en ik weet ook vaak niet goed, zelfs al ben ik Nederlands. Waar kunnen vrouwen [...] terecht. En ik merk dat als ik vrouwen bijvoorbeeld doorstuur naar een blijf van mijn lijf huis of naar Nederlandse instanties, dat dan de taal heel erg lastig is. Omdat vrouwen dan niet serieus genomen worden. Omdat ze niet goed kunnen overbrengen, hoe erg het eigenlijk is.' (Deelnemer 5, groepsinterview)

In deze citaat wordt weergegeven, hoe slachtoffers geen passende hulpverlening kunnen vinden. Dit komt overeen met het onderzoek van Leferink (2014), wat is gepresenteerd in het theoretische kader. Het aanbod aan hulpverlening is breed maar slachtoffers vinden niet altijd de passende hulpverlening.

Revictimisatie

Alle respondenten vonden dat het thema revictimisatie meer bespreekbaar en benoemd zou moeten worden. Respondent 2 ervaarde dat ze hier graag kennis van had gekregen, juist omdat ze achteraf inziet dat ze een groot risico liep voor revictimisatie van seksueel geweld.

'Ja, dat denk ik wel. Want ik heb gewoon geluk gehad dat het niet is gebeurd. Maar het is bij mij dat het op een avond gebeurd dat ik heel verdrietig was en heel veel ging drinken en uiteindelijk met het gevolg dat ik dus die ervaring heb meegemaakt. Terwijl dat ik nu nog steeds met stress ga drinken en dat ik in situaties terecht kom dat ik gewoon geluk heb dat ik heel thuiskom. Snap je.' (R2)

Tijdens de interviews is onderzocht in hoeverre slachtoffers zijn geïnformeerd over het gevolg revictimisatie door hulpverleners en behandelaren. De respondenten geven aan dat ze ondanks ze in contact waren geweest met verschillende hulpverleners, ze niet op de hoogte waren gesteld over het thema revictimisatie. Hieruit kan worden gesteld dat er behoefte is aan psycho-educatie over het thema revictimisatie, maar dat deze behoefte niet wordt vervuld.

Psycho-educatie

De respondenten geven aan dat ze geen kennis hebben gekregen over het thema revictimisatie in tegendeel was er wel aandacht in sommige gevallen voor andere gevolgen. Respondenten gaven aan dat ze kennis en tips kregen over het omgaan met klachten van PTSS en depressie. Daarnaast gaf respondent 2 aan dat ze graag meer kennis had willen krijgen over haar nieuwe manier van denken na het seksueel geweld. Volgens de respondenten wordt de omgeving van de respondenten niet voldoende betrokken in de hulpverlening.

Eigen inzet

Wat blijkt uit de resultaten is dat een van de respondenten zeer tevreden was over de hulpverlening. Aan haar werd de vraag herstelt wat maakte dat haar behandeling zo succesvol was. Zij schreef dit voornamelijk toe aan haar eigen motivatie en gewilligheid.

Deelvraag 1: Hoe ervaren slachtoffers seksueel geweld de hulpverlening?

De resultaten laten zien dat 1/3 van de slachtoffers tevreden is met de hulpverlening rondom seksueel geweld. Sommige slachtoffers weigeren om hulp te zoeken en degene die wel hulp willen weten niet waar ze terecht moeten voor hulp.

4.2 Deelvraag 2: “Hoe ondersteunen hulpverleners in zorginstelling X, slachtoffers van seksueel geweld nu om revictimisatie tegen te gaan?”

Om deze vraag te beantwoorden is onderzocht hoe hulpverleners in de gezondheidszorg revictimisatie bij slachtoffers van seksueel geweld tegengaan. Ten eerste werd er onderzocht in hoeverre seksueel geweld ter sprake werd gebracht. Ten tweede werd er onderzocht hoe er hulp wordt verleend aan slachtoffers van seksueel geweld.

Voor het onderzoek zijn hulpverleners van drie afdelingen benaderd om een beeld te krijgen van de hulpverlener binnen de zorginstelling X. Een afdeling A en afdeling B en het traumacentrum. Afdeling A en B werken met mensen met psychose, autisme spectrum en andere psychische problematieken. Uit de interviews is gebleken dat beide afdelingen ervaringen hebben met een klein aantal slachtoffers. Informant 2 geeft aan dat er weinig aandacht is voor seksualiteit en dus ook seksueel geweld. Het thema seksualiteit komt niet vaak aanbod.

'Ik denk dat dit een belangrijk thema is dat inderdaad zich afspeelt binnen een instelling. Alleen is de mate waarop het afspeelt niet altijd zichtbaar voor ons als medewerkers. Dus ik weet dat dit speelt en dat dit een belangrijk thema is, ook zeker binnen een psychiatrisch ziekenhuis. Maar we hebben dan ook een seksuoloog die we in kunnen schakelen als er problemen zijn rondom seksueel gedrag of ontremming. Dan kunnen we altijd een seksuoloog inschakelen maar ik zou niet durven zeggen hoe dit instelling breed.' (I.2)

Uit de interviews is geconstateerd dat hulpverleners geen duidelijk beeld hebben naar welke afdeling ze cliënten kunnen doorverwijzen, wanneer er sprake is van seksueel geweld. De hulpverleners van de afdeling A en B gaven beide aan bij problemen rondom seksualiteit de seksuoloog in te schakelen. Terwijl de seksuoloog van de organisatie aangeeft, dat haar werkveld juist aandacht besteed aan problemen rondom seks in het hier en nu.

In tegenstelling tot de afdeling A en B heeft het traumacentrum veel meer ervaringen met slachtoffers van seksueel geweld. Alle cliënten in het traumacentrum kampen vaak met vroegkinderlijke trauma's, heel veel van deze cliënten zijn volgens Informant 5 slachtoffers van seksueel geweld.

Bespreekbaar maken

Zowel slachtoffers als hulpverleners zijn bekend met de #MeToo beweging. De resultaten laten zien dat de respondenten van mening zijn dat het #MeToo een positieve bijdrage heeft geleverd aan het bespreekbaar maken van seksueel geweld binnen de hulpverlening.

'Het feit dat het MeToo gebeuren is uitgekomen is voor de slachtoffers alleen maar een plus. Snap je die mogen blij zijn, want dit maakt het bespreekbaar zonder dat je veel moeite hoeft te doen. En je wordt sneller serieus genomen, dan vroeger zeg maar.' (R3)

Taboe

Agogen geven aan dat ze soms niet weten hoe ze seksueel geweld bespreekbaar moeten maken. Ze weten dat het een belangrijke thema is, maar op de een of andere manier blijft het thema onbesproken. Tijdens een interview werd de vraag gesteld hoe het thema taboe op de afdeling A binnen zorginstelling X werd ervaren.

'Op de een of andere manier, wordt het onderwerp al minder besproken. Dan kan je wel zeggen dat daar meer een taboe op heerst, dan andere onderwerpen die we bespreken. [...] Maar ik denk vaak dat daar ook een hoop persoonlijke aangelegenheid is. Waardoor het komt dat mensen dat minder snel bespreekbaar maken. Omdat het zo persoonlijk en een kwetsbaar onderwerp kan zijn. [...] Als ik daar nu over nadenk, over taboes. Dan hebben wij daar ook nog denk ik taboes in te doorbreken' (I.2)

De ggz-agoog vertelt hier dat professionals seksueel geweld minder snel bespreekbaar maken omdat het een persoonlijk en gevoelig onderwerp is (I.2). Dit zou kunnen verklaren waarom sommige hulpverleners het onderwerp niet bespreekbaar maken. Dit komt overeen met de theorie van Leferink (2014) over de handelingsverlegenheid.

'Nou als we weten dat er iets heeft afgespeeld, dan is het makkelijker om het erover te hebben. Maar vooral als we daar niks overheen, dan denk je oh dat loopt wel. Daar zijn geen vragen over, dan wordt het niet besproken.' (I.3)

Afdeling A

Uit de interviews is gebleken dat het thema seksueel geweld niet vaak bespreekbaar wordt gemaakt. Op de afdeling A zijn er volgens de informant niet veel slachtoffers van seksueel geweld. Cliënten op de afdeling A worden opgenomen wegens psychische stoornissen zoals psychoses, autisme en persoonlijkheidsproblematieken. De ggz-agoog van de afdeling A geeft aan dat dit meer zou moeten gebeuren omdat seksualiteit een onderdeel is van het leven vertelt ze (I.2). Daarnaast vindt ze dat medewerkers meer initiatief moeten nemen om seksueel geweld bespreekbaar te maken. In het interview gaf de informant aan dat de overdracht tussen behandelaar en agogen die het dagelijkse leven van cliënten begeleiden beter zou kunnen. De begeleiding en behandeling worden niet altijd aan elkaar gekoppeld. (I.2)

'Over taboes, dan hebben wij daar ook nog denk ik taboes in te doorbreken.' (I.2)

Daarnaast vindt de informant dat de seksuele module die ggz-agogen in opleiding tegenwoordig krijgen een positieve bijdrage is in de praktijk. Door de opdrachten die de stagiaires krijgen wordt het thema seksualiteit meer bespreekbaar gemaakt in het team.

Naast de algemene basiskennis over seksualiteit is er weinig kennis en aandacht over het thema revictimisatie. Daarnaast stimuleren ggz-agogen hun om op te komen voor hun zelf, het zelfbeeld te versterken en grenzen aan te geven. In de hulpverlening aan slachtoffers op de afdeling A wordt er gestreefd om gelijkwaardig contact aan te gaan met slachtoffers. De agogen doen dit door een trouwe houding te hebben en afspraken met de cliënten na te komen. (I.2) Deze werkwijze sluit aan bij de eigenkracht conferentie die is gepresenteerd in het theoretische kader (Huiselijkgeweld.nl, 2016).

Afdeling B

Op de afdeling komen meerdere slachtoffers van seksueel geweld in beeld. Ook op deze afdeling worden cliënten opgenomen met psychische stoornissen. Ondanks dat de ggz-agogen met meerdere slachtoffers in aanraking komen geven de informanten aan dat de kennis over seksueel geweld en revictimisatie beperkt is. Op de afdeling zijn verschillende behandelaars en disciplines beschikbaar. Desondanks de hoeveelheid aan disciplines en hulpverleners binnen de afdeling B, wordt er door de informanten ervaren dat er een tekort is aan kennis als het gaat over seksuele trauma's. De informanten benoemden een praktijkvoorbeeld waarbij er is besloten om het traumacentrum in te

schakelen omdat de behandelaar over onvoldoende kennis beschikt als het gaat om vroegkinderlijke trauma's. (I.3 & I.4)

Daarnaast is er in het interview de vraag gesteld hoe informanten deze groep cliënten ondersteunen. De ggz-agogen van afdeling B doen dit door een trouwe houding te hebben, afstand en nabijheid te bieden, ruimte te bieden om te praten over het seksueel geweld en respect hebben voor de behoeften van het slachtoffer.

'Luisteren, luisteren, luisteren. En ik denk uiteindelijk de vraag kunnen en durven stellen; 'Wat wil jij?'. En 'Wat kan ik voor jou doen?' Ik denk dat ook wel gewoon. 'Wat wil jij van mij?'. We kunnen heel veel, we kunnen alles uit de kast trekken maar als een cliënt niet wil dan ja, dan krijg je ook strijd dat is ook zonde.' (I.3 & I.4)

Uit deze citaat kan gesteld worden dat de hulpverleners ook een appeal doen op de motivatie en eigen inzet van de cliënt. Hiernaast is er aandacht voor het somatische deel van seksueel geweld. En benoemden de informanten dat ze aanwezig zijn voor de cliënten. Ook gaven ze aan de behoefte van de cliënt te respecteren over de stappen die de cliënt wou nemen. Zoals het melden bij een centrum voor seksueel geweld of aangifte doen bij de politie. (I.3 & I.4)

De informanten gaven aan dat er ook binnen het team ruimte was voor het bespreken van seksualiteit. Daarnaast gaven ze aan dat ze ook collega's uit het team kunnen benaderen wanneer ze vastlopen op het thema seksualiteit bij de cliënten. Ook op de afdeling B wordt ervaren dat de module seksualiteit die wordt uitgevoerd door stagiaires, het thema bespreekbaar maakt op de afdeling. (I.3 & I.4)

Wat op viel in het interview met de informanten van afdeling B is dat de cliënten van de afdeling verschillende niveaus hebben. Wat maakt dat de mate van bespreekbaar maken van seksualiteit en seksueel geweld verschilt per afdeling. Bij cliënten die een zeer lage IQ hebben wordt het thema minder besproken dan bij cliënten die een hoger IQ hebben. (I.3 & I.4)

De informanten geven aan dat seksueel geweld ook afspeelt binnen de instelling en dat ook revictimisatie een zichtbaar probleem is bij sommige cliënten. Daarbij benoemde een informant ook dat er veel seksuele frustratie speelt bij de cliënten van de afdeling. Aan beide informanten werd de vraag gesteld hoe ze deze cliënt ondersteunen in het weerbaarder maken. Informant 4 gaf aan dat ze dit deed door de eigenwaarde van de cliënt te versterken, en de cliënt te motiveren in gesprekken om beter haar grenzen aan te geven. (I.3 & I.4)

'Vooraf cliënten het gevoel geven, elke dag opnieuw dat ze er toe doen. En dat geldt voor alle 24 die we hebben. Steeds, zien, benoemen, de hemel in prijzen. Zodat iedereen elke keer een beetje sterker wordt.' (I.3 & I.4)

Het Traumacentrum

Het traumacentrum behandelt specifieke slachtoffers met verschillende vroegkinderlijke trauma's, waaronder voornamelijk slachtoffers van seksueel geweld. Het centrum heeft veel expertise op het gebied van trauma's en is onderdeel van zorginstelling X. Het traumacentrum leert slachtoffer hoe ze om kunnen gaan met hun emoties. Daarnaast wil het traumacentrum slachtoffers stimuleren om hun eigen verantwoordelijkheden te nemen. Volgens informant 5 bereikt het centrum dit door slachtoffers in contact te brengen met lotgenoten, en ze te laten oefenen met emotieregulatie. Daarnaast kunnen ze oefenen met verschillende rollen in de groep bijvoorbeeld het leiden van de groep en zijn ze zelf verantwoordelijk voor het inbrengen van thema's. De functie van de therapeut is om het groepsproces te bewaken. Het traumacentrum heeft bepaalde verwachtingen van de cliënten die het centrum bezoeken, dat ze aanwezig kunnen zijn (aanwezigheidsplicht van 80%) en dat ze stabiel zijn en dus niet in crisis verkeren (I.5).

Informant 5 bevestigt in haar interview dat er op de andere afdelingen weinig kennis is als het gaat om trauma's. De informant heeft op verschillende afdelingen gewerkt en ervaring opgedaan. Daarnaast is het traumacentrum zich ervan bewust dat ze beschikken over veel kennis en expertise als het gaat om seksuele trauma maar ook dat veel afdelingen niet weten wat het traumacentrum inhoud en doet. (I.5)

Deelvraag 2: Hoe ondersteunen hulpverleners in zorginstelling X, slachtoffers van seksueel geweld nu om revictimisatie tegen te gaan?

De kennis rondom het thema revictimisatie is beperkt op afdeling A en B. Het traumacentrum heeft kennis over zowel seksuele trauma als revictimisatie. Slachtoffers van seksueel geweld met psychische problematieken, worden behandeld op de problemen die zichtbaar zijn bij intake en niet zozeer achterliggende problematieken.

4.3 Deelvraag 3: “Wat hebben hulpverleners nodig om slachtoffers van seksueel geweld weerbaarder te maken om revictimisatie tegen te gaan?”

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is er onderzocht wat de behoeften zijn van slachtoffers en welke behoeften experts en gespecialiseerde zorgverleners signaleren bij slachtoffers. Daarnaast is ook onderzocht welke kennis en houding de expert en de gespecialiseerde zorginstelling belangrijk vindt.

Het Landelijke expertisecentrum

Op de vraag hoe ze binnen het centrum proberen om de Handelingsverlegenheid af te nemen bij hulpverleners gaf de expert van het landelijke expertisecentrum het volgende antwoord:

‘We beginnen al als we mensen aannemen, vragen we zelf al of iemand ervaringen heeft opgedaan met geweld of seksueel geweld en misbruik, noem maar op. Dan is het gelijk al een thema. En dat we ook vragen of iemand dit al verwerkt heeft, anders kom je dit later weer tegen. Dus dat is al heel snel een onderwerp bij ons in het eerste sollicitatie gesprek al.’ (I.1)

Hulpverleners moeten seksueel geweld meteen bespreekbaar maken omdat dit hulpverleners uitnodigt om het onderwerp bespreekbaar te houden. Wanneer hulpverleners over onvoldoende communicatieve vaardigheden beschikken om gesprekken te voeren over seksueel geweld, mag dit niet ten koste gaan van de slachtoffers.

‘Het moet niet zijn dat deze cliënten, meiden of jongens daar meer last van krijgen. Want die denken ik zeg het dan niet want, uhm want daar kan die hulpverlener niet tegen.’ (I.1)

Revictimisatie

In tegenstelling tot de zorginstelling X komt het thema revictimisatie binnen het expertisecentrum wel aanbod. Het centrum biedt verschillende modules van psycho-educatie aan cliënten. Ook worden er verschillende trainingen, modules en therapie aangeboden om de weerbaarheid te vergrootten bij de slachtoffers. Volgens de expert is het belangrijk om het netwerk van het slachtoffer mee te nemen in de psycho-educatie, om frustratie af te nemen en begrip bij de omgeving te vergrootten.

Weerbaar maken

Volgens de expert is het belangrijk dat hulpverleners het zelfbeeld en zelfverzekerdheid van slachtoffers versterken, de eigen autonomie te stimuleren en hoop geven aan slachtoffers. Tevens vindt het centrum dat er een veilige omgeving gecreëerd moet worden voor de slachtoffers en de focus gelegd moet worden op waar de cliënten goed in zijn in plaats van wat er allemaal niet goed gaat. Hulpverleners moeten gevoelens van schuldgevoel en schaamte als gevolg van het seksueel

geweld proberen te verminderen. En een omgeving inrichten waarin slachtoffers met lotgenoten in contact komen. Volgens de expert heeft het contact met lotgenoten een positief effect op de weerbaarheid van slachtoffers, daarnaast levert een stevige netwerk ook een belangrijke bijdrage (I.1).

'Dus het netwerk is heel belangrijk, dat ze voelen dat ze niet alleen op de wereld zijn.' (I.1)

Het expertisecentrum raad hulpverleners aan om cliënten te begeleiden naar passende behandeling, maar daarnaast ook aandacht te hebben voor andere zaken. Hulpverleners moeten ook aandacht hebben voor de dagelijkse bezigheden zoals school, werk en hobby's.

'Niet alleen behandeling geven, dat werkt ook. Maar je moet ook om de cliënt heen de zaken verstevigen.' (I.1)

Houding

Het is belangrijk dat hulpverleners een band opbouwen met slachtoffers en dit contact onderhouden. Zodat de drempel om het contact aan te gaan van uit slachtoffers lager wordt wanneer er sprake is van (risico tot) revictimisatie. Daarnaast is het ook belangrijk dat hulpverleners goed reageren op het seksueel geweld.

'Nou, ze moeten in ieder geval niet zwaar op de hand zijn. Dat ze het nog zwaarder maken. Je hebt behandelaars die zijn het niet gewend om dit thema te bespreken dan komt het op tafel en dan gaan ze heel erg zitten, ohh, jeeeeee. Wat erg, wat verschrikkelijk! En daar heeft de cliënt niks aan. Die weet wel dat het verschrikkelijk was, dus dan krijgen ze nog meer een probleem bij. Dus ja ik denk meer een houding van, ja dit is je overkomen en van wat kunnen we gaan doen dat dit je vooral niet meer overkomt.' (I.1)

Het traumacentrum en weerbaarheid

Het traumacentrum vindt dat hulpverleners slachtoffers moeten ondersteunen in emotieregulatie en omgaan met grenzen. Hierin staat het opnieuw aanleren van gedragingen centraal zoals leren opkomen voor zichzelf. Daarnaast moet er aandacht zijn voor psycho-educatie en aandacht voor de omgeving van de cliënt. Volgens Informant 5 moet er voor ouders en kinderen systeemtherapie worden aangeboden.

Houding van hulpverleners

Volgens het traumacentrum moeten hulpverleners een onderzoekende en een nieuwsgierige houding hebben. Hulpverleners moeten de behoefte van de slachtoffers en het gedrag van cliënten onderzoeken. De hulpverleners moeten ruimte bieden voor de gevoelens als gevolg van seksueel geweld. En gevolgen zoals revictimisatie bespreekbaar maken bij cliënten. Ten slotte vindt het traumacentrum het belangrijk dat de regie bij de cliënt blijft in zijn verwerkingsproces.

Behoeftte van slachtoffers van seksueel geweld

Op de vraag waar moeten hulpverleners rekening houden in de hulpverlening?

'De angst voor de pijn van de slachtoffers, dat het heel heftig is om zo een litteken weer open te halen. Of om erin te graven en dat ze bewust zijn wat voor reacties dat kan oproepen. Maar dat ze dan wel steeds trouw en loyaal blijven en dan niet de behandeling stoppen of zoiets.'(R2)

Hulpverleners moeten kennis hebben over hoe ze het beste om moeten gaan met emotionele reacties als gevolg van triggers, stress of spanningen. Daarnaast is het ook belangrijk dat hulpverleners kennis hebben van zowel de signalen en gevolgen van revictimisatie van seksueel geweld. Ook is er kennis nodig over hoe hulpverleners moeten communiceren, omgaan, voorkomen van victim blaming bij slachtoffers.

Revictimisatie

Alle deelnemers van het onderzoek vonden dat het gevolg en de kans op revictimisatie meer bespreekbaar moest worden gemaakt. De volgende vraag werd gesteld aan een respondent: 'waarom vind je het belangrijk dat er iets gebeurt met het onderwerp revictimisatie?'. Haar antwoord luidt als volgt:

'Omdat het een persoon zijn hele leven kan beïnvloeden, de persoon zal nooit geluk kunnen vinden in liefde, in gezin, in whatever, in life. [...] Dus op dat gebied is het gewoon super belangrijk want het heeft impact op je hele leven.' (R3)

Communicatieve vaardigheden

De hulpverlener moet een veiligheid creëren en het slachtoffer op zijn gemak stellen. Daarnaast moet er ruimte zijn om de ervaring van seksueel geweld bespreekbaar te maken. Slachtoffers vinden dat hulpverleners het gesprek moeten durven aangaan en empathie kunnen tonen. En dat zij hoop, een luisterend oor, erkenning kunnen bieden aan slachtoffers. Daarnaast moeten ze niet alleen luisteren maar ook actie ondernemen. Het contact mag van persoonlijke aard zijn en hoeft niet altijd in een zakelijke setting plaats te vinden. Vanuit de slachtoffers is er behoefte aan een onderzoekende en nieuwsgierige houding.

Houding

Aan de slachtoffers werd gevraagd welke houding een hulpverlener moest hebben. Slachtoffers vonden dat ze een open houding moeten hebben. De hulpverlener moet geduld hebben omdat het per slachtoffer verschilt in hoeverre hun, hun verhaal kunnen vertellen. Daarnaast willen slachtoffers dat hulpverleners een trouwe houding hebben en aanwezig zijn voor de cliënt. Een hulpverlener moet een nieuwsgierige, onderzoekende houding hebben, zich verdiepen in het slachtoffer.

'Ja, gewoon het gesprek aangaan de tijd nemen. En geduld nemen. Mensen hebben echt wel veel geduld met mij moeten hebben, met wat ik allemaal te vertellen had. En ook keer op keer weet je wel. En dan weer in de les dat ik er uit moest. En dan maar weer de tijd blijven nemen om het weer aan te horen. En gewoon even te zitten en om het maar even te laten. Dus ook tijd en de ruimte, en dus het luisterende oor en de erkenning. Want als iemand had gezegd tegen mij; Ja, het was je eigen schuld. Ja, dan was het ook voor mij klaar geweest.' (R2)

Weerbaar maken

Volgens slachtoffers moeten hulpverleners ondersteuning bieden aan het verwerkingsproces, bij therapie, de behandeling, verminderen van klachten, leren omgaan met grenzen en bij het vinden van de juiste behandeling of therapie. Slachtoffers hebben behoefte om te weten dat ze niet alleen zijn, en dat er dus lotgenoten zijn. Het is belangrijk dat hulpverleners onderzoeken wat er speelt bij de cliënt en dat er aandacht is voor wat voor seksueel geweld en het invloed hiervan op alle levensgebieden (I.2).

Deelvraag 3: Wat hebben hulpverleners nodig om slachtoffers van seksueel geweld weerbaarder te maken om revictimisatie tegen te gaan?

Ze moeten beschikken over de juiste kennis en houding om slachtoffers weerbaarder te maken tegen revictimisatie. Volgens slachtoffers moeten hulpverleners kennis hebben van de psychische en emotionele gevolgen van seksueel geweld. Tevens wordt verwacht dat hulpverleners weten hoe ze om moeten gaan met psychische gevolgen die voortkomen vanuit de ervaring met seksueel geweld (triggers, herbelevingen, dissociatie). Ook verwachten slachtoffers dat hulpverleners signalen van revictimisatie herkennen en slachtoffers informatie kunnen verschaffen om het risico tot revictimisatie te verminderen. Volgens de slachtoffers moeten hulpverleners een trouwe, eerlijke en loyale houding hebben. Daarnaast moet de hulpverlener een geduldige houding en communicatieve vaardigheden beschikken om gesprekken over seksueel geweld durven en kunnen voeren.

Hoofdstuk 5 Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt de hoofdvraag beantwoord door middel van de resultaten, die zijn verworven in hoofdstuk 4. In paragraaf 5.1 wordt de hoofdvraag beantwoord, in paragraaf 5.2 worden de aanbevelingen omschreven voor de zorginstelling X en voor vervolgonderzoek.

5.1 Conclusie

Deelvraag 1: Hoe ervaren slachtoffers van seksueel geweld de hulpverlening binnen de ggz?

Een kwart van de slachtoffers is tevreden over de hulpverlening die wordt aangeboden vanuit ggz. Dit wordt toegeschreven aan de eigen inzet en motivatie van de slachtoffers, de gewilligheid om te bewegen tot verandering. Daarnaast weten slachtoffers en niet-slachtoffers niet waar ze terecht moeten, wanneer er sprake is (geweest) van slachtofferschap. Er is geen duidelijk beeld van het aanbod gericht op slachtoffers van seksueel geweld. Hieruit kan gesteld worden dat hulpverlening rondom seksueel geweld in de gemeente Z niet laagdrempelig en toegankelijk is. De weg die afgelegd wordt naar de hulpverlening is ook langer. Omdat er sprake is van doorverwijzingen en wachtlijsten, wanneer slachtoffers worden doorverwezen naar het traumacentrum. Daarnaast moeten slachtoffers aan bepaalde voorwaarden voldoen om hulp te krijgen vanuit het traumacentrum. Hieruit kan gesteld worden dat er een grote groep slachtoffers het traumacentrum niet bereiken, en andere slachtoffers geen hulp krijgen als ze niet aan de voorwaarden voldoen.

Deelvraag 2: Hoe ondersteunen hulpverleners in zorginstelling X, slachtoffers van seksueel geweld nu om revictimisatie tegen te gaan?

De kennis rondom het thema revictimisatie van seksueel geweld is beperkt in de zorginstelling X. De afdelingen die niet specifiek gericht zijn op traumaverwerking besteden niet of weinig aandacht aan seksuele trauma's. Het traumacentrum beschikt wel over veel kennis en expertise over seksuele trauma's. Uit de resultaten blijkt dat er weinig tot geen gebruik wordt gemaakt van deze kennis en expertise. Wanneer er op de behandelgroepen sprake is van klachten of symptomen worden deze benaderd aan de hand van de herstelvisie (I.2) of de WKS-methode (I.3).

Uit de resultaten is gebleken dat cliënten die slachtoffer zijn van seksueel geweld geen specifieke hulpverlening krijgen gericht op het seksuele trauma. Daarnaast is er niet altijd voldoende aandacht voor revictimisatie en het weerbaar maken van cliënten. Hulpverleners beschrijven dat ze op hun intuïtieve gevoel afgaan wanneer ze cliënten weerbaarder maken.

Tevens speelt seksueel geweld zich ook af binnen de zorginstelling X. Dit wordt toegeschreven aan de seksuele frustratie bij sommige cliënten met psychische problematieken. Hieruit kan gesteld worden dat de ggz-agogen die dagelijkse begeleiding verlenen aan de groepen een grote rol hebben in het weerbaar maken van de cliënten.

Deelvraag 3: Wat hebben hulpverleners nodig om slachtoffers van seksueel geweld weerbaarder te maken om revictimisatie tegen te gaan?

Uit de resultaten blijkt dat hulpverleners onvoldoende kennis hebben over de gevolgen van seksueel geweld en revictimisatie. Terwijl de kennis wel beschikbaar is binnen zorginstelling X. Dit houdt in dat de kennis zonder hoge kosten intern kan worden uitgewisseld. Daarnaast kan er ook gewerkt worden aan een goede samenwerking tussen de verschillende afdelingen. Want de afdelingen hebben elkaar nodig voor de juiste kennis en dit hebben de slachtoffers van seksueel geweld nodig van de zorginstelling X. Uit de resultaten is gebleken dat de houding van hulpverleners belangrijk is in het contact met slachtoffers. Ook voor dit onderdeel kunnen de afdelingen kennis inwinnen bij het traumacentrum. Het traumacentrum in de zorginstelling X blijkt uit de resultaten een belangrijke schakel te zijn in het weerbaar maken van slachtoffers van seksueel geweld.

Hoofdvraag: 'Hoe kunnen hulpverleners in de ggz slachtoffers van seksueel geweld weerbaarder maken om revictimisatie tegen te gaan?'

Uit de resultaten zijn de volgende conclusies getrokken. In zorginstelling X is niet op iedere afdeling aandacht voor het tegengaan van revictimisatie. Daarnaast verschilt het per afdeling in hoeverre het thema seksueel geweld wordt besproken. Volgens de ggz-agogen moet dit meer gebeuren. De ggz-agogen op de afdelingen beschikken over algemene kennis over seksueel geweld. Hulpverleners moeten beschikken over de juiste kennis en vaardigheden om slachtoffers te kunnen ondersteunen in de weerbaarheid. Deze kennis is beschikbaar binnen zorginstelling X. De afdelingen geven geen specifieke zorg gericht op de gevolgen en klachten als gevolg van seksueel geweld. De zorg op de afdelingen is voornamelijk gericht op het behandelen van de psychische klachten die gediagnostiseerd zijn.

Het traumacentrum beschikt over de juiste kennis, maar deze wordt niet altijd benutted door de andere afdelingen. Dit komt mede doordat de ggz-agogen op de afdelingen geen kennis hebben van het aanbod van het traumacentrum. In uitzonderlijke gevallen wordt er beroep gedaan op het traumacentrum, voor hun kennis en expertise. Daarnaast heeft het traumacentrum een breed scala aan behandeling, maar moeten slachtoffers voldoen aan bepaalde voorwaarden om te mogen deelnemen. Een van de belangrijkste voorwaarde is het hebben van een vroegkinderlijk chronisch trauma. Dit houdt in dat slachtoffers het seksueel misbruik voor de achtste levensjaar moet hebben meegemaakt. Hierdoor valt een grote groep slachtoffers tussen wal en schip. Daarnaast is een voorwaarde die gesteld wordt dat cliënten stabiel zijn en het programma kunnen volgen. Uit de theorie blijkt juist dat slachtoffers van seksueel geweld ontwricht zijn en problemen kunnen ervaren op verschillende levensgebieden. Hieruit kan gesteld worden dat een grote groep juist onstabiel is. Dit gaat ten koste van de levenskwaliteit van slachtoffers. Hun klachten verergeren en ze worden onstabiel, ze komen in een neerwaartse spiraal terecht. Dit geldt ook voor de groep slachtoffers die de weg naar de passende hulpverlening of behandeling niet kunnen vinden.

Volgens de respondenten en de informanten moeten hulpverleners over de juiste houding, kennis en communicatieve vaardigheden beschikken. De volgende elementen kwamen overheen met de theorie

dat in hoofdstuk twee is gepresenteerd: veiligheid creëren, schaamte afnemen, empathie tonen, bespreekbaar maken van seksueel geweld en ruimte geven voor gevoelens en herinneringen (Van Oosten et al., 2017).

De resultaten hebben ook nieuwe inzichten opgeleverd. Uit het onderzoek is gebleken dat hulpverleners het terrein moeten verlaten en slachtoffers moeten gaan werven. Uit de studie is gebleken dat veel slachtoffers van seksueel geweld buiten beeld zijn. Daarnaast moet de hulpverlening laagdrempeliger en toegankelijker worden gemaakt voor slachtoffers. Zodat de hulpverlening gemakkelijker bereikbaar is voor slachtoffers.

5.2 Aanbevelingen

Uit de onderzoeksresultaten zijn de volgende aanbevelingen voortgekomen. Deze aanbevelingen dragen bij in het weerbaar maken om revictimisatie van seksueel geweld tegen te gaan.

Bereiken van de andere slachtoffers binnen de gemeente

Om te zorgen dat meer slachtoffers de weg naar hulpverlening bereiken moet de zorginstelling X laagdrempeliger en toegankelijker wordt voor slachtoffers. Daarnaast moet de zorginstelling X zichzelf meer op de sociale kaart gaan zetten, zodat slachtoffers weten wat het aanbod is en waar ze terecht moeten voor de juiste zorgverlening. Hulpverleners kunnen samen met wijkcentrums, huisartspraktijken, praktijkondersteuners, maatschappelijk werkers uit de gemeente Z voorlichtingen geven. Om kennis te geven over het aanbod en hoe slachtoffers het pad moeten bewandelen om deze hulp te vinden. Op deze manier zet de zorginstelling zichzelf op de sociale kaart, tegelijkertijd wordt het thema bespreekbaar gemaakt en wordt de taboe doorbroken.

Om slachtoffers te bereiken kan er gewerkt worden met de methode outreachend werken. Deze methode is gericht op het vinden van burgers in de samenleving die hulp nodig hebben. Erop af gaan is een van de bakens binnen het welzijn nieuwe stijl (Van Doorn et al, 2013; Van Oosten et al., 2013; Omlo, 2017). Daarnaast is een voorwaarde van de methode om voorlichtingen te geven op vindplaatsen waar de potentiële doelgroep zich bevinden (Omlo,2017).

Samenwerking en kennisuitwisseling met het traumacentrum

Het traumacentrum binnen de zorginstelling heeft veel expertise op het gebied van seksueel geweld. Zowel de afdelingen die geen kennis hebben als het traumacentrum hebben baat bij het uitwisselen van kennis. Daarnaast kunnen ze ook een samenwerkingsverband aangaan, waarbij de afdelingen slachtoffers van seksueel geweld kunnen doorverwijzen wanneer klachten van seksueel geweld aanhouden of verergeren. Samen met de ggz-agogen of stagiaires in opleiding kan er vanuit de module seksualiteit een studiedag worden ingepland waar verschillende informatie met betrekking tot het onderwerp binnen de instelling aanbod komt.

Normaliseren van het onderwerp seksueel geweld

Uit de resultaten is gebleken dat de thema's rondom seksueel geweld en revictimisatie onvoldoende worden besproken in de hulpverlening. Door het thema seksueel geweld regelmatig te bespreken,

wordt de drempel verlaagd bij slachtoffers om problematieken of vragen rondom seksueel geweld kenbaar te maken. Het normaliseren van het onderwerp draagt ook bij aan het doorbreken van taboe rondom het thema seksueel geweld. Om dit te realiseren kan de handleiding voor het opstellen van een seksualiteits- en veiligheidsbeleid binnen ggz-instellingen worden geraadpleegd. Deze geeft kennis over wat belangrijk is om te bespreken binnen het team en met cliënten op de afdelingen met betrekking tot gewenst en ongewenst seksueel gedrag (GGZ Nederland, 2014).

Trainingen of studiedag voor hulpverleners

Uit de resultaten is gebleken dat merendeels van de informanten bereid zijn en interesse hebben in trainingen met betrekking tot het thema seksueel geweld en revictimisatie. Samen met het traumacentrum kan er een studiedag opgezet worden, met anderen organisaties die zich inzetten voor seksueel geweld. Zodat er op deze wijze een bredere sociale kaart wordt opgezet voor hulpverleners.

Psycho-educatie voor slachtoffer en naasten

Om meer kennis te verwerven over de gevolgen van seksueel geweld en revictimisatie kunnen hulpverleners psycho-educatie aanbieden aan slachtoffers en hun naasten. Op deze wijze wordt er kennis verworven aan slachtoffers en leren naasten hoe ze om kunnen gaan met slachtoffers en de klachten die ze ervaren als gevolg van het seksueel geweld.

Vervolgonderzoek

Onderzoeksvragen die gesteld kunnen worden, zijn:

- In hoeverre heeft het betrekken van het netwerk van slachtoffers invloed op de weerbaarheid tegen revictimisatie van seksueel geweld bij slachtoffers?
- In hoeverre beïnvloedt het verwerkingsproces de weerbaarheid van slachtoffers in het tegengaan van revictimisatie?
-

Door deze onderzoeksvragen te onderzoeken zouden hulpverleners meer handvaten hebben om slachtoffers te ondersteunen in het tegengaan van revictimisatie.

Hoofdstuk 6 Discussie

In dit hoofdstuk wordt de bruikbaarheid en validiteit van het onderzoek beschreven. Tevens wordt beschreven wat de betekenis is van het onderzoek voor hulpverleners in de zorginstelling X. Doormiddel van kritische reflectie worden de bevindingen, uitvoering en methodologische besluiten geëvalueerd. In paragraaf 6.1 wordt aan de hand van het sterkte- en zwakteanalyse de interne validiteit beschreven. In paragraaf 6.2 wordt de externe validiteit beschreven doormiddel van de maatschappelijke- en wetenschappelijke betekenis.

6.1 Betekenis en bruikbaarheid

Een opvallende bevinding is dat ggz-agogen niet per definitie in contact komen met slachtoffers van seksueel geweld, tenzij slachtoffers worden geplaatst vanwege andere psychische klachten. Daarnaast blijkt uit dit onderzoek dat er een groep slachtoffers, die de weg naar de hulpverlening niet kennen, buiten beeld blijven voor zorginstelling X. Het onderzoek levert informatie op voor verschillende zorginstellingen die in contact staan met slachtoffers van seksueel geweld. Maar daarnaast zijn de gegevens ook bruikbaar voor andere disciplines die in contact komen met slachtoffers van seksueel geweld. Dit geldt onder andere voor maatschappelijk werkers uit wijkcentrums, huisartspraktijken en praktijkondersteuners (Leferink, 2014). De onderzoeksbevindingen dragen bij aan het tegengaan van de individuele en maatschappelijke problematiek rondom seksueel geweld.

De uitspraken gelden niet voor vrouwelijke en mannelijke slachtoffers, omdat er in de steekproef geen mannelijke slachtoffers hebben geparticipeerd. Daarom zijn de onderzoeksresultaten uitsluitend generaliseerbaarheid voor vrouwelijke slachtoffers van seksueel geweld die niet wonen of klinisch opgenomen zijn binnen de zorginstelling X.

6.2 Sterkte en zwakteanalyse

De onderzoeksmethode voor dit onderzoek was een kwalitatief explorierend onderzoek, hiervoor is gekozen omdat de onderzoeker wilde ontdekken wat hulpverleners nodig hebben om slachtoffers van seksueel geweld weerbaar te kunnen maken. De onderzoeksopzet heeft de onderzoeker de ruimte gegeven om te onderzoeken welke verschillende ideeën er zijn over de hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld en hoe deze wordt ervaren door slachtoffers (Baarda et al., 2013).

Respondenten

In dit onderzoek werd er gestreefd om vier slachtoffers en 5 ggz-agogen te interviewen. Tevens is er een groepsinterview afgenomen onder een diverse groep met daarin slachtoffers en niet-slachtoffer. Dit streven is tijdens de uitvoering van het onderzoek gewijzigd. De hoofdvraag richtte zich in eerste instantie op de ggz-agogen binnen de zorginstelling. Tijdens het werven van respondenten is gebleken dat de ggz-agogen niet per definitie in aanraking komen met slachtoffers van seksueel geweld. Ggz-agogen komen slachtoffers tegen wanneer ze met psychische stoornissen worden

geplaatst op verschillende afdelingen. Daarom is de hoofdvraag breder omschreven en gericht op zowel de ggz-agogen als behandelaren binnen zorginstelling X. Hierdoor zijn de onderzoekseenheden uitgebreid naar: slachtoffers, niet-slachtoffers, ggz-agogen en behandelaren. Het gebruiken van verschillende onderzoekseenheden is in dit onderzoek een sterk punt, omdat dit de mogelijkheid heeft gegeven om uit verschillende perspectieven te vergelijken.

Doordat het onderzoek binnen een beperkte tijdslimiet is uitgevoerd was er geen mogelijkheid om meerdere interviews te plannen. Als er meer interviews uitgevoerd konden worden, zou de onderzoeker een concreter antwoord kunnen geven op de hoofdvraag. Daarnaast hebben er alleen maar vrouwelijke slachtoffers en hulpverleners deelgenomen aan de interviews. Waardoor de mannen in beide groepen ondervertegenwoordigd zijn. Dit bedreigt de betrouwbaarheid, omdat hierdoor de uitspraken die zijn gedaan alleen gelden voor vrouwelijke slachtoffers en vrouwelijke hulpverleners.

De slachtoffers die zijn geïnterviewd hebben allemaal hulpverlening gekregen vanuit een ggz-instelling, maar waren niet onder behandeling van de afdelingen die zijn onderzocht. Voor vervolgonderzoek is het ook interessant om te onderzoeken hoe de slachtoffers van de onderzochte afdelingen, de hulpverlening omtrent het thema revictimisatie ervaren. Dit zou dan een goede vergelijking geven tussen de ervaringen van de slachtoffers en de hulpverleners binnen de zorginstelling X.

Het groepsinterview is uitgevoerd in het beginstadium van het onderzoek, dit interview heeft om deze reden slechts algemene kennis opgeleverd. Daarnaast heeft de onderzoeker op basis van het interview een beeld gekregen in hoeverre niet- slachtoffer kennis hebben over instanties die zich bezighouden met het thema seksueel geweld.

Tevens is één interview met een slachtoffer niet doorgezet en kon er binnen de gegeven tijd geen vervanging gevonden worden welke voldeed aan de criteria. Dit was geen bedreiging voor de betrouwbaarheid van het onderzoek omdat de hoofdvraag voornamelijk gericht was op de hulpverleners binnen ggz-instellingen. Op deze wijze kon de hoofdvraag alsnog worden beantwoord.

Onderzoeks-triangulatie

Om de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek te waarborgen is er tijdens de uitvoering regelmatig gebruik gemaakt van onderzoeks-triangulatie. Tijdens het onderzoek is er regelmatig kritische feedback gevraagd en verwerkt in het onderzoek om structurele en systematische fouten te voorkomen (Boeijs, 2016). Professionals binnen de zorginstelling X, de afstudeerdocent en medeafstudeerders hebben in het onderzoeks-triangulatie gefunctioneerd als peergroup. Een voorbeeld van een feedbackmoment: in de afstudeergroep is er tijdens een consult ruimte ingepland om een geanonimiseerde transcripten te analyseren. Op deze wijze heeft de onderzoeker feedback gekregen tijdens de data-analyse.

Literatuurlijst

Aronson, E., Wilson, T. D., Akert, R. M., Sommers, S. R., Huurne, M. t., Frankemölle, E., 1952, . . . Moons, A. (2018). *Sociale psychologie: Elliot aronson, timothy D. wilson, robin M. akert, samuel R. sommers; nederlandse bewerking: Marloes ter huurne, wim huismans, karen sikkel, niels jacobs, janneke jolij en lotte pierik; vertaling - 9e editie [uit het engels]: Ernst Frankemölle; eindredactie: Aafke moons* (9e ed.). Amsterdam: Pearson.

Baarda, D. B., Bakker, E., Boullart, A., Fischer, T., 1966, Julsing, M., 1984, Peters, Vincent Antonius Maria, 1953, . . . Velden, T. M. H. v. d. (2018). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek / ben baarda, esther bakker, anneleen boullart, mark julsing, tom fischer, vincent peters, Therèse van der velden*(Vierde druk. ed.). Groningen: Noordhoff Uitgevers.

Van Berlo, W., & Ploem, R. (2018). Sexual violence Knowledge file. Geraadpleegd van https://www.rutgers.nl/sites/rutgersnl/files/PDF/Kennisdossiers_pdf/knowledge_file_Sexual_violence.pdf

Van Berlo, W., & Van Beek, I. (2015). Whitepaper Seksuele grensoverschrijding en seksueel geweld. Geraadpleegd van https://www.rutgers.nl/sites/rutgersnl/files/Whitepaper_Seksuele_grensoverschrijding_en_seksueel_geweld_Rutgers_Movisie.pdf

Bicanic, I., & de Jongh, A. (2016, 1 januari). *Het psychologisch, neurobiologisch en seksueel functioneren van adolescente slachtoffers van een eerste verkrachting*. Geraadpleegd 21 juni 2019, van <https://www.tijdschriftvoorseksuologie.nl/artikelen/item/4-het-psychologisch-neurobiologisch-en-seksueel-functioneren-van-adolescente-slachtoffers-van-een-eerste-verkrachting>

Bloemink, S. (2016, 3 maart). *De trauma-paradox Waarom in de GGZ de mensen met de grootste problemen het minst worden geholpen*. Geraadpleegd 21 juni 2019, van <https://www.centrumseksueelgeweld.nl/wp-content/uploads/2016/03/de-groene-amsterdammer.pdf>

BN DeStem. (2017, 26 maart). <https://www.bndestem.nl/overig/seksueel-misbruik-kost-miljarden~a26e729e/>. BN de Stem. Geraadpleegd van <https://www.bndestem.nl/overig/seksueel-misbruik-kost-miljarden%C3%A326e729e>

Boeije, H. R. (2016). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen* / hennie boeije (Twe druk. ed.). Amsterdam: Boom.

Brinkman, J. H. M. (2017). *Voor de verandering: Een praktische inleiding in de agogische theorie / joep brinkman* (Zesde druk. ed.). Groningen: Noordhoff Uitgevers.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2019, 8 februari). Politie registreert meer zedenmisdrijven. Geraadpleegd op 21 juni 2019, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/06/politie-registreert-meer-zedenmisdrijven>

Centrum Seksueel Geweld. (2017). Jaarverslag Landelijk netwerk Centrum Seksueel Geweld. Geraadpleegd van <https://www.centrumseksueelgeweld.nl/wp-content/uploads/2018/06/CEN120-Jaarverslag-landelijk-WEB.pdf>

CSG. (2017, 23 mei). Eerste advies na verkrachting: niet douchen, maar melden. Geraadpleegd op 21 juni 2019, van <https://www.centrumseksueelgeweld.nl/eerste-advies-verkrachting-douchen-melden/>

De Graaf, H., & Wijsen, C. (2017). Seksuele gezondheid in Nederland 2017. Geraadpleegd van https://www.rutgers.nl/sites/rutgersnl/files/PDF-Onderzoek/Seksuele_Gezondheid_in_NL_2017_23012018.pdf

Domhardt, Matthias & Münzer, Annika & Fegert, Joerg & Goldbeck, Lutz. (2015). Resilience in Survivors of Child Sexual Abuse. *Trauma Violence & Abuse*. 16. 476-493. 10.1177/1524838014557288.

Van Doorn, L., Huber, M. A., Kemmeren, C., Van Der Linde, M., Räkers, M., & Van Uden, T. (2013). Outreachend werkt! Geraadpleegd van https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Outreachend_Werkt%20%5BMOV-769716-00%5D.pdf

Ensie.nl. (2015, 7 december). Locus of control. Geraadpleegd op 21 juni 2019, van <https://www.ensie.nl/psychologie/locus-of-control>

GGZ Nederland. (2014). Handleiding voor het opstellen van een seksualiteits- en veiligheidsbeleid binnen ggz-instellingen. Geraadpleegd van <https://www.ggznederland.nl/uploads/publication/Handleiding%20voor%20het%20opstel>

len%20van%20een%20seksualiteits-%20en%20veiligheidsbeleid%20binnen%20ggz-
instellingen%20.pdf

Heemelaar, M.

(2018). *Seksualiteit, intimiteit en hulpverlening: Handboek jeugd, zorg en welzijn / mathi eu heemelaar* (Vijfde, herziene druk. ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Van Hogendorp, S. (2016, 24 november). Serie: Interventies tegen huiselijk en seksueel geweld. Zorg+Welzijn. Geraadpleegd van <https://www.zorgwelzijn.nl/serie-interventies-tegen-huiselijk-en-seksueel-geweld/>

Höing, M. A., 1958.

(2017). *Bespreekbaar maken van seksualiteit en intimiteit: Handboek voor professionals in zorg en welzijn / redactie: Mechtild Höing, janine hanssen, anne boer, malou liebregts*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Huiselijkgeweld.nl. (2015, 16 april). Samen misbruik de baas - Huiselijk Geweld. Geraadpleegd op 21 juni 2019, van <https://www.huiselijkgeweld.nl/interventies/effectieve-interventies/overzicht3/samen-misbruik-de-baas>

Huiselijkgeweld.nl. (2016, 21 november). Vroeger en Verder - Huiselijk Geweld. Geraadpleegd op 21 juni 2019, van <https://www.huiselijkgeweld.nl/interventies/effectieve-interventies/overzicht3/vroeger-en-verder>

Huiselijkgeweld.nl. (2016, 8 december). Serie: Interventies tegen huiselijk en seksueel geweld - Huiselijk Geweld. Geraadpleegd 21 juni 2019, van https://www.huiselijkgeweld.nl/nieuws/2016/081216_serie-interventies-tegen-huiselijk-en-seksueel-geweld

Huiselijkgeweld.nl. (2019, 8 februari). Toename aantal zedenmisdrijven - Huiselijk Geweld. Geraadpleegd 21 juni 2019, van https://www.huiselijkgeweld.nl/nieuws/2019/080219_toename-aantal-zedenmisdrijven

Kocken, P., de Lijster, G., & de Ridder, J.

(2018). MeToo en seksueel grensoverschrijdend gedrag van scholieren. *Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*, 96(3), 107-108. doi:10.1007/s12508-018-0140-3

- Kuiper, M. (2017, 23 mei). Eerste advies na verkrachting: niet douchen, maar melden. NRC.
Geraadpleegd van <https://www.nrc.nl/nieuws/2017/05/23/eerste-advies-na-verkrachting-niet-douchen-maar-melden-9821009-a1560026>
- Leferink, S. B. L., & Slachtofferhulp Nederland. (2014). *Het verschil maken: samenwerken voor slachtoffers van seksueel geweld en misbruik*. Slachtofferhulp Nederland.
- Leusink, P., & Ramakers, M.
(2014). *Seksuele gezondheid: Probleemgeoriënteerd denken en handelen / redactie: Peter leusink, marjo ramakers* (1e druk. ed.). Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Loketgezondleven.nl. (z.j.). Seksuele grensoverschrijding. Geraadpleegd op 21 juni 2019, van <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/leefstijlthemas/seksuele-gezondheid/cijfers-en-feiten-seksuele-gezondheid/seksuele-grensoverschrijding>
- Minister van Veiligheid en Justitie. (2014). Uitvoering van het op 11 mei 2011 te Istanboel tot stand gekomen Verdrag van de Raad van Europa inzake het voorkomen en bestrijden van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld (Trb. 2012, 233). Geraadpleegd van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-34039-2.pdf>
- Ministerie van Justitie en Veiligheid, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, & VNG. (2018). Geweld hoort nergens thuis. Aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling. Geraadpleegd van <file:///C:/Users/Gebruiker/Documents/geweld-hoort-nergens-thuis-aanpak-huiselijk-geweld-en-kindermishandeling.pdf>
- Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen. (2017). Effectief preventief. Het voorkomen van seksueel geweld door seksuele en relationele vorming in het onderwijs. Geraadpleegd van https://www.nationaalrapporteur.nl/binaries/Effectief%20preventief_Rapport%20Nationaal%20Rapporteur_interactief_tcm23-268519_tcm23-268519.pdf
- NCJ. (2018 mei). Over weerbaarheid. Geraadpleegd op 21 juni 2019, van <https://www.ncj.nl/themadossiers/weerbaarheid/over-weerbaarheid/>
- Nevid, J. S., Rathus, S. A., Greene, B. A., Hoencamp, E., 1948, Haffmans, Pauline Maria Judith, 1955, De Roeck, V., . . . Bruijn, J. E., 1950.
(2017). *Psychiatrie: Een inleiding / jeffrey S. nevid, spencer A. rathus, beverly greene ; nederlandstalige bewerking door erik hoencamp, judith haff*

mans, veronique de roeck, laurent voets en willem vos ; vertaling [uit het engels]: Josephine E. bruijn en sylvia birnie, jousee koning (9e ed.). Amsterdam: Pearson.

NL-ATSA. (2017). *Factsheet PREVENTIE*. Geraadpleegd 21 juni 2019, van <https://www.movisie.nl/artikel/wat-huiselijk-geweld>

Okur, P., van der Knaap, L. M., & Bogaerts, S. (2014). Coping na seksueel misbruik in de kindertijd: Een kwalitatief onderzoek naar copingstrategieën en hulpbehoefte van jongeren. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 38(3), 114-119.

Omlo, J., & Movisie, kennis en aanpak van sociale vraagstukken. (2017). Wat werkt bij. Outreachend werken. Kansen en dilemma's voor sociale wijkteams. Geraadpleegd van <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Dossier-wat-werkt-bij-outreachend-werken%20%5BMOV-12693403-1.0%5D.pdf>

Van Oosten, N., Verweij, S., Van Den Heuvel, S., Doornink, N., Middelaar, M., Schakenraad, W., & Van Beek, I. (2017). Wat werkt bij. Hulp aan vrouwen die seksueel misbruik hebben meegemaakt. Geraadpleegd van <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Wat-werkt-bij-hulp-na-seksueel-misbruik%20%5BMOV-13040365-1.1%5D.pdf>

Rutgers. (2018). #MeToo: Vijf vragen aan expert Willy van Berlo. Geraadpleegd van <https://www.rutgers.nl/metoo-vijf-vragen-en-antwoorden>

Sayej, N. (2017, 1 december). Alyssa Milano on the #MeToo movement: "We're not going to stand for it any more". Geraadpleegd op 21 juni 2019, van <https://www.theguardian.com/culture/2017/dec/01/alyssa-milano-mee-too-sexual-harassment-abuse>

Slotboom, A., Van Bakkum, A. H., Wijkman, M. D. S., De Jong, R., & Hendriks, J. (2014, 1 juni). *Preventie van seksueel misbruik in de residentiële jeugdzorg*. Een onderzoek naar revictimisatie en daderschap (10). Geraadpleegd 21 juni 2019, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2014/06/01/preventie-van-seksueel-misbruik-in-de-residentiele-jeugdzorg>

World Health Organization. (2017). Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. Geraadpleegd van <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258738/9789241512886-eng.pdf>

Zimbardo, P. G., Johnson, R. L., McCann, V., Boudenstein, C., Moons, A., & Bouman, G.
(2018). *Psychologie: Een inleiding / philip zimbardo, robert johnson, vivian McCann*
; nederlandstalige bewerking: Charlotte boudenstein, ed caffin, laurent voets, greet van
der wielen ; eindredactie: Aafke moons ; vertaling geeske bouman (Twe druk. ed.).
Amsterdam: Pearson

Zimbardo, P. G., Johnson, R. L., McCann, V., Braam, A., & Despriet, F., 1957.
(2018). *Psychologie:*
De essentie / philip G. zimbardo, robert L. johnson, vivian McCann, arno braam; nederla
ndstalige bewerking: Frank despriet en greet van terwisga (4e ed.). Amsterdam:
Pearson.

Bijlage 1 Codeboom

Hoofd codes	Sub codes
Behoeftes slachtoffers	Erkenning
	Aandacht voor S.G
	Behoeftes bespreekbaar maken
	Victim blaming
	Kwetsbaar revictimisatie
	Psycho-educatie
	Omgeving betrekken en informatie geven
Bespreekbaar maken	Taboe
Gevolgen van seksueel geweld	Psychische gevolgen S.G.
	Gevoelens gevolg S.G.
	Coping mechanisme
	Relationele problemen
Vaardigheden hulpverlener	Kennis hulpverlener
	Attitude hulpverlener
	Communicatieve vaardigheden
Hulpverlening & behandeling	Vind plaatsen hulpverlening
	Trainingen over thema's voor hulpverleners
	Kennis en doorverwijzing naar juiste therapie & behandeling
	Handelingsverlegenheid
	Ervaringen "In het nu" hulpverlening
	Organisatie
Weerbaarheid	Weerbaar maken
	Verwerkingsproces
	Lotgenotengroep
	Psycho-educatie
	Omgeving

Bijlage 2 Uitwerking codeboom

In de onderstaande tabel zijn de betekenissen van de codes uitgewerkt.

Hoofd codes	Sub codes	Betekenis
Behoeftes slachtoffers	Erkenning	Slachtoffers hebben behoefte om serieus genomen te worden.
	Aandacht voor seksueel geweld (S.G)	Signaleren en benoemen van S.G. in de hulpverlening.
	Behoeftes bespreekbaar maken	Slachtoffers kunnen niet altijd kennis geven van behoefte.
	Victim blaming	Ervaringen met victim blaming voorkomen, zorgt voor meer negatieve gevoelens.
	Kwetsbaar revictimisatie	Benoemen van gevolgen met het doel te voorkomen.
	Psycho-educatie	Slachtoffers hebben willen handvaten om te gaan met de gevolgen van seksueel geweld.
Bespreekbaar maken	Omgeving betrekken en informatie geven	Behoeftes aan psycho-educatie voor naasten, zodat de naasten van slachtoffers begrip hebben en kennis hoe ze slachtoffers kunnen ondersteunen.
	Taboe	Onderwerp normaliseren, zodat S.G. gemakkelijker bespreekbaar wordt gemaakt.
Gevolgen van seksueel geweld	Psychische gevolgen S.G.	Herbeleving, triggers, depressie, paniekaanvallen, PTSS, dissociëren.
	Gevoelens gevolg S.G.	Verdriet, vies gevoel, schaamte, schuld. Laag zelf vertrouwen en zelfbeeld.
	Coping mechanisme	Dissociatiestoornis, overlevingsmechanisme, vermijden, vergeten van gebeurtenis, wegstoppen.

	Relationele problemen	Problemen in relaties, behoefte om te isoleren van de omgeving.
Vaardigheden hulpverlener	Kennis hulpverlener	Kennis over de psychische gevolgen en symptomen van seksueel geweld.
		Kennis over het behandelen en hoe om te gaan met (psychische) gevolgen van S.G. Bijvoorbeeld: Hoe te handelen bij herbeleving.
		Specialiseren in seksueel geweld.
		Trainingen en workshop over bespreekbaar maken van seksueel geweld, revictimisatie.
	Attitude hulpverlener	Victim blaming vermijden, om schade te beperken. Slachtoffers altijd serieus nemen.
		Zelfvertrouwen.
		Luisteren en slachtoffer zich gehoord laten voelen.
	Communicatieve vaardigheden	Geduldige houding.
		Veiligheid creëren in gesprek.
		Empathische vermogen.
		Niet handelingsverlegen zijn, S.G. bespreekbaar durven maken.
Hulpverlening & behandeling	Vind plaatsen hulpverlening	Vindplaatsen promoten binnen zorginstellingen.
	Trainingen over thema's voor hulpverleners	Belangstelling voor studiedag en trainingen.
	Kennis en doorverwijzing naar juiste therapie & behandeling	Netwerk opbouwen om snel en naar de juiste behandelaren door te verwijzen.
	Handelingsverlegenheid	Mate is verschillend per afdeling en functie.

		Traumacentrum en expertisecentrum ervaren geen handelingsverlegenheid door gerichte behandeling op trauma.
	Ervaringen "In het nu" hulpverlening	Onvoldoende kennis over revictimisatie, intuïtief te werk gaan.
	Organisatie	Hulpverleners specialiseren op seksueel geweld.
		Slachtoffers doorverwijzen naar gespecialiseerde hulpverleners.
Weerbaarheid	Weerbaar maken	Grenzen leren stellen, voor zichzelf opkomen.
		Focus leggen op de kracht van slachtoffer en dingen die goed gaan.
		Goede band opbouwen met slachtoffer/cliënt, en onderhouden. Om problemen op tijd te signaleren.
		Aandacht voor de houding en gedrag van slachtoffer.
		Slachtoffer activeren en stimuleren om actief te (blijven) participeren aan de samenleving (school, werk).
	Verwerkingsproces	Eigen inzet slachtoffer. Therapie & behandeling.
		Bespreekbaar maken emoties en gevolgen van seksueel geweld.
		Religie & hoop.
		Acceptatie en gebeurtenis een plek geven.
	Lotgenotengroep	Leren van elkaars ervaringen, oefenen met emoties.

		Leren omgaan met emoties, leren omgaan met sociale situaties.
		Leren regie te nemen en voor zichzelf op te komen.
	Psycho-educatie	*Zie bij behoefte slachtoffers
	Omgeving	Netwerk van slachtoffer opbouwen en verstevigen.