



Vlaams
Parlement

ingediend op **1357** (2017-2018) – Nr. 12
26 februari 2018 (2017-2018)

Verslag van de hoorzitting

namens de Commissie Grensoverschrijdend Gedrag
uitgebracht door Bert Moyaers

over grensoverschrijdend gedrag in Welzijn

Samenstelling van de Commissie Grensoverschrijdend Gedrag:

Voorzitter: Katrien Schryvers.

Vaste leden:

Koen Daniëls, Marius Meremans, Elke Sleurs, Miranda Van Eetvelde, Peter Wouters, Herman Wynants;

Joris Poschet, Tinne Rombouts, Katrien Schryvers, Orry Van de Wauwer;

Lionel Bajart, Francesco Vanderjeugd;

Bert Moyaers, Katia Segers;

Imade Annouri.

Plaatsvervangers:

Björn Anseeuw, Danielle Godderis-T'Jonck, Kathleen Krekels, Ludo Van Campenhout, Tine van der Vloet, Paul Van Miert;

Karin Brouwers, Sonja Claes, Cindy Franssen, Vera Jans;

Ann Brusseel, Willem-Frederik Schiltz;

Renaat Landuyt, Freya Van den Bossche;

Bart Caron.

Toegevoegde leden:

Stefaan Sintobin.

Documenten in het dossier:

1357 (2017-2018) – Nr. 1 t.e.m. 4: Verslagen van de hoorzitting

– Nr. 5 t.e.m. 7: Verslagen van de gedachtewisseling

– Nr. 8: Verslag van de hoorzitting

– Nr. 9: Verslag van de gedachtewisseling

– Nr. 10 en 11: Verslagen van de hoorzitting

INHOUD

I.	Uiteenzetting door Evi Verdoodt, psycholoog bij het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Brussel	4
II.	Uiteenzetting door Kristel Bovijn, maatschappelijk assistent, Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Oost-Vlaanderen	5
III.	Uiteenzetting door Ines Keygnaert, teamleider onderzoeksteam Gender en geweld, ICRH UGent, en wetenschappelijk coördinator Zorgcentra na Seksueel Geweld	7
	1. Internationale richtlijnen voor een holistische zorg aan slachtoffers van seksueel geweld	8
	2. Zorg voor slachtoffers/overlevers in België	8
	2.1. Focus op forensisch onderzoek	8
	2.2. Een zeer diverse aanpak	9
	2.3. Onderzoek, vorming en dienstverlening rond seksueel geweld	9
	3. Haalbaarheidsstudie referentiecentra seksueel geweld in België	10
	4. Model Zorgcentrum na Seksueel Geweld	10
	5. Toekomst van de Zorgcentra na Seksueel Geweld	11
IV.	Vragen van de commissieleden en antwoorden van de sprekers	12
	Gebruikte afkortingen	18
	Bijlage: zie dossierpagina op www.vlaamsparlement.be	

Op 25 januari 2018 hield de Commissie Grensoverschrijdend Gedrag een derde van een reeks hoorzittingen over grensoverschrijdend gedrag in Welzijn.

Deze hoorzitting werd georganiseerd met Evi Verdoodt, psycholoog, Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Brussel, Kristel Bovijn, maatschappelijk assistent, Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Oost-Vlaanderen, en Ines Keygnaert, teamleider onderzoeksteam gender en geweld, ICRH, UGent, en wetenschappelijk coördinator Zorgcentra na Seksueel Geweld.

25 januari viel samen met Gedichtendag in het Vlaams Parlement, waarbij iedere spreker de mogelijkheid kreeg om een gedicht voor te dragen.

De presentatie van Ines Keygnaert is te vinden op de [dossierpagina](#) van dit document op www.vlaamsparlement.be

I. Uiteenzetting door Evi Verdoodt, psycholoog bij het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Brussel

Evi Verdoodt toont zich namens de vertrouwenscentra kindermishandeling blij dat seksueel misbruik op de parlementaire agenda staat. Het taboe daarover bemoeilijkt immers het herstel of de hulp aan slachtoffers. Bij degelijke hulpverlening gaan een gericht beleid en deskundige uitvoering hand in hand. Ze wil inzicht geven in de impact van seksueel misbruik op minderjarige slachtoffers en de complexe dynamieken die een rol spelen bij hulpverlening.

In elke Vlaamse provincie en in Brussel is er één VK gevestigd, met als opdracht feiten of vermoedens van mishandeling, verwaarlozing of seksueel misbruik van minderjarigen te onderzoeken en hulp binnen het circuit van de vrijwillige hulpverlening aan te bieden. Het doelpubliek zijn de minderjarige slachtoffers van mishandeling, verwaarlozing of misbruik, en ook hun gezin. De centra bieden niet alleen probleemgebonden hulpverlening, maar zijn ook gemandateerde voorzieningen. Ze baten de chatbox 'Nupraatikerover' uit en werken mee aan de meldpunten 1712.

Er zijn veel verschillende vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Daarbij is elke situatie anders. Veel hangt af van variabelen als leeftijd van dader en slachtoffer, machtspositie en afhankelijkheid. Kenmerkend zijn een gebrek aan gelijkwaardigheid, een gebrek aan vrijwilligheid, dwang of manipulatie dus, en een gebrek aan wederzijdse toestemming. Jongeren onder de zestien jaar kunnen sowieso geen toestemming voor seksueel contact geven omdat de wet hen seksueel contact verbiedt. De VK's zien vooral slachtoffers van intrafamiliaal misbruik, maar ook van extrafamiliaal misbruik. Het aantal meldingen over seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen kinderen en jongeren onderling neemt toe.

Bij het misbruiken van een kind gaan de meeste volwassen daders volgens een bepaalde dynamiek tewerk. De dader is meestal een bekende voor het kind en komt vaak uit de nabije omgeving. Meestal gaat de dader het kind op misbruik voorbereiden, grooming dus, nog voor fysiek seksueel contact start. De dader schept een vertrouwensband met het kind, waarbij de grenzen van het kind gradueel worden verlegd. Daardoor wordt het kind gewoon aan steeds intiemer contact met de dader, zoals praten, knuffelen, kietelen, spelletjes spelen. Het kind zal contact niet meteen als grensoverschrijdend ervaren, soms zelfs als positief en gewenst. De dader speelt in op kwetsbaarheden van het kind, zoals tekort aan affectie, aandacht of materiële zaken, een laag zelfbeeld, geen aansluiting bij leeftijdsgenoten. De dader gaat die lacunes invullen en maakt zich op die manier onmisbaar voor het kind dat afhankelijk wordt van de dader en zelf

contact gaat opzoeken. Als de nauwe band dan overgaat in seksueel misbruik, krijgt het kind het gevoel initiatief genomen te hebben of medeplichtig te zijn. Dat veroorzaakt schaamte en schuld bij het kind, wat ervoor zorgt dat het er niet toe komt om iemand in vertrouwen te nemen of hulp te zoeken. Het kind gaat zich meer en meer terugtrekken uit relaties met onder andere leeftijdgenoten, ouders, leerkrachten, om te vermijden dat 'hun' geheim ontdekt wordt. Dit leidt tot isolement wat vervolgens het negatief zelfbeeld nog gaat versterken, wat dan nog weer tot nog groter isolement leidt. Door die vicieuze cirkel komt het kind alleen te staan. Het is nog meer overgeleverd aan de dader en de kans op hulp wordt daardoor kleiner.

Incest maakt de zaak complexer. Het kind is niet alleen een gezinslid, maar ook het slachtoffer van de dader, waardoor het vaak twee tegengestelde werkelijkheden ervaart: een vader kan bijvoorbeeld voor de buitenwereld heel liefhebbend zijn, maar het kind misbruiken. Het kind heeft veel vertrouwen in de volwassene en kan zich niet voorstellen dat de ouder het slecht met hem voorheeft. Het overtuigt zichzelf ervan – mogelijk geholpen door de overredingskracht van de dader – dat wat gebeurt oké is, maar niemand het zal begrijpen, en het dus geheim moet blijven. Dit heeft een grote impact op de ontwikkeling van het kind en op hoe het zal kijken naar veiligheid, de wereld en relaties.

Seksueel misbruik is uiteraard een traumatische gebeurtenis. Slachtoffers vertonen veel klachten, waaronder een verhoogde prikkelbaarheid, de zogenaamde arousal. Zij verkeren in een permanente alarmtoestand. Ze scannen de omgeving en de dader voortdurend op gevaar, in een poging om gedrag te voorspellen zodat ze weten waar zich tegen te wapenen. Dat is emotioneel en fysiek zeer uitputtend. Ze kunnen zich niet toelagen op andere levensdomeinen, wat de ontwikkelingskansen hypothekeert. Opletten in de klas wordt moeilijk. Na het misbruik moet het slachtoffer leven met het trauma, wat veel coping vergt en gepaard gaat met veel klachten. Voor de maatschappij is de situatie duidelijk: slachtoffers moeten beschermd worden, daders gestraft. Maar slachtoffers ervaren dit vaak anders. Ze voelen zich schuldig over het misbruik, wat hen het gevoel geeft dat ze geen recht hebben zich slachtoffer te noemen. Dat zorgt voor een verschil in snelheid dat soms botst.

II. Uiteenzetting door Kristel Bovijn, maatschappelijk assistent, Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Oost-Vlaanderen

Kristel Bovijn zal toelichten wat slachtoffers en hun gezin nodig hebben van de jeugdhulpverlening. Ze begint haar uiteenzetting met een gedicht van Rob Huiskens.

Jij zegt mits,
ik zie: tenzij.
Ik zie, jij zei.

Jij vertelt,
niet gevoeld,
wat je bedoelt.

Ik ervaar,
ongehoord,
iets dat verstoort.

Beeld en woord,
spraak en zicht,
zoekt evenwicht

De acties van de verschillende overheden tegen geweld en seksueel misbruik, tonen aan dat de overheid veel belang hecht aan de seksuele integriteit van zijn burgers. De verhalen van oudere slachtoffers die niet wisten waar ze terecht konden, zijn hopelijk verleden tijd. Slachtoffers en plegers krijgen nu verschillende kanalen aangeboden waar ze terecht kunnen met hun verhaal. Deze maatschappelijke doorbreking van het taboe is belangrijk voor slachtoffers, die horen dat ze niet de enigen zijn met dergelijke ervaring. De naam van de chat van VK Brussel 'Nupraatikerover' geeft weer dat hulp aan en verwerking van grensoverschrijding start met erover te praten. Daardoor begrijpen mensen beter wat ze voelen en kunnen ze verkeerde assumpties in beeld krijgen en bijsturen.

Voor het eerst vertellen over grensoverschrijdend gedrag is een grote stap. De anonimiteit van de hulplijnen vergemakkelijkt dat. Het is een cruciale eerste stap die voor het slachtoffer de weg naar zorg en verwerking kan openen of afsluiten. Vooraleer naar een meldpunt te stappen, praten slachtoffers vaak eerst met een vriend of vriendin. Het slachtoffer tast af hoe de vriend, maar ook de hulpverlener aan de andere kant van de lijn, reageert. De melder taxeert of de hulpverlener het aandurft om zich open te stellen voor een volgend contact, voor een nog pijnlijker verhaal. Vaak wordt in een eerste contact immers slechts een tipje van de sluier gelicht. Hetzelfde mechanisme geldt trouwens voor mensen met pedofiele gevoelens die willen praten.

Een slachtoffer moet ook voelen dat de zorg beschikbaar blijft, niet alleen op het moment van crisis of onthulling, ook op andere momenten en op tempo van het slachtoffer én liefst met de hulpverlener aan wie de eerste keer het verhaal werd verteld. Te snel doorverwijzen kan het slachtoffer het gevoel geven in de steek te worden gelaten en hulpverlening die een te korte tijdsperiode krijgt, kan onvoldoende tijd nemen om het slachtoffer op verhaal te laten komen. Want vaak komt dit mondjesmaat, gaan er weken of zelfs maanden over tot het slachtoffer in staat is meer te vertellen. Druk leggen op het slachtoffer om procedurele of organisatiegebonden redenen is nefast. Druk en macht zijn kenmerken van seksueel misbruik en dreigen dan de hulpverleningsrelatie te tekenen. Het is belangrijk dat het jonge slachtoffer zoveel mogelijk controle krijgt over het hulpverleningstraject. Ondanks alle hulpverlening blijft praten over misbruik moeilijk. Onduidelijkheid over wat er met hen, met hun familie en met de dader zal gebeuren, weerhoudt slachtoffers hulp te zoeken.

Minderjarigen signaleren vaak lang voordat ze spreken: met hun gedrag, hun lichaam en hun spel. Ze zijn aangewezen op volwassenen die in contact staan met hen en die de signalen zien, vooral bij kleine kinderen die nog niet kunnen praten of geen meldpunt kunnen contacteren. Daarom zijn coaching, vorming en ondersteuning van volwassenen en beroepskrachten die zorg voor kinderen dragen, erg belangrijk.

Hoe het contact met de hulpverlener is, is heel belangrijk voor de effectiviteit van de hulpverlening. De cliëntparticipatie van de jongerenhulp heeft een filmpje gemaakt over wat een jongere in een verontrustende situatie van een hulpverlener verwacht: een hulpverlener die keer op keer luistert; die het slachtoffer gelooft; die beschikbaar en betrouwbaar is; die doet wat hij zegt en zegt wat hij doet; die iets durft te ondernemen bij crisis; die de dierbaren van het slachtoffer, zoals zusjes, mama, oma beschermt; die er mee voor zorgt dat het misbruik stopt.

Gepast omgaan met slachtoffers in de jeugdhulpverlening vraagt veel van de jeugdhulpverlener en ook van zijn gezin. Naast kennis en kunde is een groot persoonlijk engagement noodzakelijk, omdat de relatie met het slachtoffer de effectiviteit bepaalt. De hulpverlening behelst veiligheid, behandeling, traumahulp, psycho-educatie, sociale steun. Elk kind dat intrafamiliaal geweld meemaakt, verlangt een veilige thuis. Daarom moet er niet enkel aandacht gaan naar het slachtoffer, maar ook naar alle gezinsleden, en niet in het minst naar de pleger. Het doel is om de ouders te laten groeien zodat ze hun kinderen een veilige thuis bieden. Dat is de reden van de gezinsgerichte aanpak van de vertrouwenscentra.

De vertrouwenscentra verwijzen vooral door naar de centra voor geestelijke gezondheidszorg, maar de wachtlijsten vormen een groot obstakel. Steeds meer moeten ze doorverwijzen naar de private sector. Het is onduidelijk of de samenleving bereid is te investeren in langer durende therapie. En waar kunnen mensen met een laag inkomen terecht? En hoe moet men bekwame, ervaren en goed opgeleide hulpverleners blijven motiveren om zich vanuit een overheidsorganisatie in te zetten voor kwaliteitsvolle hulpverlening aan slachtoffers? Is het de bedoeling hulpverleners te prangen in tijdsschema's en protocollen waardoor ze de ervaring hebben slachtoffers niet meer te kunnen behandelen op het tempo van het slachtoffer? Er is nood aan meer onderzoek naar de effectiviteit van lichaamsgerichte therapieën. Seksueel misbruik wordt ervaren met alle zintuigen, waardoor geuren, geluiden, gebaren en dergelijke later in het leven plots problemen kunnen uitlokken.

Ook scholen kunnen veilige plaatsen zijn als leerkrachten de kans krijgen om emoties als driftbuien op een andere manier op te vangen. Dat kan beginnen met vragen als: "Ik zie dat het niet gaat met je?; Wil je even bij me komen zitten, zodat je wat kalmer kan worden?; Wat maakte je zo verdrietig en boos?; Zullen we even rustig ademen samen?; Zullen we een tekening maken?". Dit is enkel mogelijk indien er niet wordt bezuinigd op beweging, spel en muziek op scholen. Dat helpt kinderen immers om uit hun vlucht- of vechtmodus te komen, positieve emoties te ervaren en op een plezierige manier met elkaar om te gaan. Onder de noemer 'present zijn als hulpverlener' moeten organisaties aan minderjarigen en hun gezin de mogelijkheid bieden om na een aantal jaar nog eens aan te kloppen. Herkennen en signaleren van grensoverschrijdend gedrag is maar zinvol als er ook geïnvesteerd wordt in verdere nazorg en de hulpverlener beschikbaar kan blijven voor slachtoffers en hun gezin.

III. Uiteenzetting door Ines Keygnaert, teamleider onderzoeksteam Gender en geweld, ICRH UGent, en wetenschappelijk coördinator Zorgcentra na Seksueel Geweld

Ines Keygnaert start haar uiteenzetting met het gedicht 'Walging' van een patiënte die ze Rachel noemt:

als ik jou de maag kon omdraaien
zoals je mij de maag hebt omgedraaid
als ik jou bij het afval kon gooien
zoals jij het afval in mij hebt verspreid
als ik jou kon vergiftigen
zoals je mij de gifbeker hebt laten drinken
kon ik je maar wurgen
jij bent het die mijn keel afknelt
kon ik je maar uitspugen
jij bent de spuugbeweging zelf

kon ik je maar door de gootsteen spoelen
jij bent de draaikolk die alles opzuigt
ik kan je niet vastgrijpen
ik kan er vaak niet eens goed bij
ik kan je niet vernietigen
want je bent onlosmakelijk een deel van mij

1. Internationale richtlijnen voor een holistische zorg aan slachtoffers van seksueel geweld

In een eerste fase van de zorg voor slachtoffers van seksueel geweld geldt de term 'slachtoffer', maar naarmate de tijd en de heling vorderen wordt met de term 'overlever' de sterkte van het slachtoffer benadrukt. Seksueel geweld kan meerdere en langdurige gevolgen hebben. Fysieke gevolgen als blauwe plekken, abdominaal trauma, rugklachten, prikkelbaredarmsyndroom, laesies, overlijden, maar ook gevolgen op seksueel en reproductief vlak die soms pas na langere termijn bovenkomen. Psychische klachten komen het vaakst voor. Daarvoor is voldoende hulp nodig, ook voor hen die minder kapitaalkrchtig zijn. Ook op socio-economisch vlak kan seksueel geweld heel lang grote gevolgen hebben.

Een holistische aanpak met onmiddellijke forensische, medische en psychosociale hulp die maximaal op elkaar afgestemd zijn, biedt niet alleen een betere kwaliteit van zorg, maar geeft vooral een grotere en snellere kans op duurzaam herstel en minder kans op revictimisatie. Holistische zorg wordt aangeraden door de Wereldgezondheidsorganisatie en wordt toegepast in meerdere landen, waar die meestal aangeboden wordt in referentiecentra seksueel geweld: op één locatie of in een ketenaanpak waar de ruimtes toch niet te ver uit elkaar liggen. In het Verenigd Koninkrijk en in Scandinavië zijn dat de Sexual Assault Referral Centres. In Ierland biedt een multidisciplinair Sexual Assault Response Team de holistische aanpak. In de Sexual Assault Treatment Units ligt de nadruk op zorg. De Sexual Assault Nurse Examiner is één persoon die de drie aspecten van de holistische zorg biedt. De Sexual Assault Care Centres zijn multidisciplinaire centra in ziekenhuizen. De Centra Seksueel Geweld zijn de Nederlandse variant.

De Wereldgezondheidsorganisatie benadrukt dat bij de holistische aanpak het welzijn en de gezondheid van de patiënt altijd voorop moeten staan. Als er meerdere onderzoeken moeten gebeuren, worden die best tegelijk uitgevoerd. Het aantal invasieve onderzoeken op slachtoffers moet zoveel mogelijk beperkt worden. In België wordt nog altijd de Seksueel Agressie Set (SAS) gebruikt, waarbij de behandeling pas start na alle forensische onderzoeken, wat ingaat tegen het advies van de Wereldgezondheidsorganisatie dat eerst voldoende zorg moet worden verleend. Volgens de Conventie van Istanbul over geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld, die ondertussen ook door België geratificeerd is, moeten landen dergelijke referentiecentra hebben.

2. Zorg voor slachtoffers/overlevers in België

2.1. Focus op forensisch onderzoek

De Belgische aanpak is nog helemaal niet holistisch. In de acute fase is de aanpak hoofdzakelijk forensisch van aard. Het lichaam van de slachtoffers wordt bekeken als een plaats van delict en bron van DNA van de pleger.

De SAS is een goed technisch instrument om letsels te documenteren, sporen veilig te stellen en een juridisch proces te vergemakkelijken. Het uiteindelijke doel is de maatschappij te beschermen tegen de dader. De set bestaat uit zeven stappen, die gemakkelijk twee uur in beslag nemen. Pas in de laatste stap wordt bekeken welke zorg het slachtoffer nodig heeft. Daarbij komt nog dat de set pas

kan worden afgenomen als het slachtoffer officieel klacht heeft neergelegd, wat al een grote drempel is.

Het eerste wat het slachtoffer moet doen, is zich volledig uitkleden op een groot wit papier. De persoon heeft al de controle verloren over zijn lichaam, en moet zich nu uitkleden, alle spullen achterlaten, inclusief schoenen en jas. Eens het slachtoffer naakt staat, komt een arts kijken waar er letsels zijn die gedetailleerd worden beschreven. Artsen die beslagen zijn, zorgen ervoor dat de persoon het schortje in de set aandoet, maar andere laten het slachtoffer naakt staan. Het onderzoek duurt ongeveer twintig minuten en daarna worden er monsters genomen om DNA te verzamelen. Het materiaal in de set is niet van de beste kwaliteit. Zo is het vijltje om monsters te nemen onder de nagels nogal scherp waardoor de nagels vaak gaan bloeden. Daarna volgt een vaginale en anale spoeling. Het speculum dat gebruikt wordt, is groot en van harde plastic met soms nog uitstekende randjes van het productieproces, waardoor ook dat onderzoek niet pijnloos is. In ziekenhuizen die enige ervaring hebben, wordt een gebruiksvriendelijker pediatriesch speculum gebruikt. Eens het speculum ingebracht, wordt er fysiologisch water in gespoten en terug opgetrokken. Dat onderzoek is heel invasief en heel wat slachtoffers voelen dat aan als een tweede verkrachting. De monsters worden dan zo snel mogelijk naar de griffie gebracht, vanwaar ze naar een DNA-labo gaan. In politiekantoren die niet gewoon zijn ermee te werken, blijft de doos soms gedurende het weekend op kantoor of in de combi, terwijl heel wat materiaal, om goed analyseerbaar te zijn, onmiddellijk in de diepvriezer moet. Enkele ziekenhuizen nemen al pseudo-SAS'en af, waarbij aan het slachtoffer gevraagd wordt de slip af te geven, bloed te laten afnemen en swabs monsters te laten nemen. Dat materiaal wordt in de diepvriezer bewaard tot het slachtoffer beslist om klacht in te dienen, wat meerdere jaren kan duren.

2.2. Een zeer diverse aanpak

De algemene aanpak is dus niet patiëntgericht noch holistisch. Daarbij komt nog dat er grote verschillen zijn tussen streken en steden, onder meer in de samenwerking tussen ziekenhuizen en parket. Heel wat ziekenhuizen weten bijvoorbeeld niet dat ze de politie kunnen vragen een verhoor af te nemen in het ziekenhuis zelf. De meeste artsen, ook gynaecologen, leren niet of amper om te gaan met de SAS. Ook wie de SAS uitvoert ligt niet vast. In Vlaanderen is dat vaak een gynaecoloog of spoedarts, in Brussel soms en in Wallonië vaak een gerechtsarts. Ook waar het gebeurt verschilt. Vaak op de spoedafdeling, maar ook op de materniteit – niet de ideale plaats voor een slachtoffer dat vreest zwanger gemaakt te zijn – of in een forensische praktijk, waar vaak ook lijken liggen. Kortom, een weinig doordachte aanpak. Zelden krijgen slachtoffers psychosociale ondersteuning. De meeste ziekenhuizen hebben geen protocollen hoe iemand op te vangen. De conclusie is dat een slachtoffer geluk moet hebben met de plaats en de arts. Gezien de duur van een SAS zijn ziekenhuizen die hun gynaecologen doorgaans referentieconsultaties van 12 tot 15 minuten opleggen, er niet blij mee.

2.3. Onderzoek, vorming en dienstverlening rond seksueel geweld

Het onderzoeksteam gender en geweld, ICRH UGent, doet al sinds 1994 onderzoek naar seksueel geweld. Voor de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid heeft het team aan onder andere ziekenhuizen al heel wat lessen gegeven voor opvang van slachtoffers. Op aandringen van het ICRH werd na een eerste haalbaarheidsstudie in Oost-Vlaanderen, 'seksueel geweld' toegevoegd aan het nationaal actieplan tegen intrafamiliaal geweld. Een checklist voor de optimale opvang van slachtoffers van seksueel geweld werd naar alle ziekenhuizen in België verspreid, gevolgd door een update in 2017. Op basis daarvan kan elk ziekenhuis holistische zorg bieden zonder dat het veel kost.

3. Haalbaarheidsstudie referentiecentra seksueel geweld in België

Staatssecretaris Elke Sleurs heeft het voortouw genomen om de Conventie van Istanbul geratificeerd te krijgen, alsook de focus op seksueel geweld in het nationale actieplan te krijgen. In haar opdracht heeft het centrum ook een haalbaarheidsstudie uitgevoerd voor referentiecentra seksueel geweld. In de periode september 2015 tot en met november 2016 werden de centra in Londen en Utrecht bezocht, en daarna werden vier literatuurstudies gevoerd naar de bestaande modellen en toegankelijkheid. Voorts stelde het centrum een cartografie op van de huidige en wenselijke aanpak. Daarvoor werden ziekenhuizen, maar ook mannelijke en vrouwelijke slachtoffers, politie en justitie geïnterviewd. Het centrum heeft dan, samen met verschillende werkgroepen, een model ontwikkeld dat gestoeld is op wetenschappelijke evidentie, dat de internationale richtlijnen toepast, dat holistische en kwaliteitsvolle zorg biedt, en dat in elke stap patiëntgericht is. Daarop volgde een budgetraming.

4. Model Zorgcentrum na Seksueel Geweld

In december 2016, toen het model klaar was, kreeg het centrum onmiddellijk de opdracht om in drie steden een ZSG te laten proefdraaien, binnen de huidige wettelijke grenzen: in het UZ Gent, het CHU Saint-Pierre in Brussel en het CHU Luik, steeds in samenwerking met de lokale politiezone en het parket. Na een jaar zal dat wetenschappelijk geëvalueerd worden. Met ziekenhuizen, politie, parket, de UGent, verwijzingsdiensten en overheden werden daartoe samenwerkingsakkoorden afgesloten.

Het model steunt op forensische verpleegkundigen, wat een nieuwe functie is. Zij bieden immers de holistische zorg in de acute fase. Voorts zijn er specifieke traumapsychologen en specifiek opgeleide zedeninspecteurs die niet noodzakelijk bij de zedenrecherche werken, maar opgeroepen worden om een verhoor af te nemen in het zorgcentrum. Op 9 november 2017 gingen de drie centra open.

Een ZSG bekommert zich in de eerste plaats over mensen die recent slachtoffer waren van seksueel geweld. Iedereen die seksueel geweld meemaakte, kan de klok rond en alle dagen van de week contact opnemen met het centrum of ernaartoe gaan. Als iemand aangifte doet bij de politie van seksueel geweld (verkrachting of aanranding van de eerbaarheid) dat minder dan zeven dagen voordien plaatsvond, brengt de politie van de politiezone Gent, Brussel Hoofdstad-Elsene en Luik de persoon ook dadelijk naar dat centrum: eerst zorg, pas daarna het verhoor dus. Andere dan de betrokken politiezones zijn gevraagd de personen nog niet naar het centrum te brengen. Wie niet in de buurt woont, maar er op eigen houtje naartoe gaat, wordt geholpen en kan verhoord worden door de zedeninspecteurs verbonden aan het centrum. Als een ambulance het slachtoffer naar het centrum brengt, wordt er sowieso pv opgemaakt.

Een slachtoffer hoeft geen klacht meer in te dienen om zorg te krijgen en forensisch onderzocht te worden. De forensisch verpleegkundige biedt het slachtoffer en zijn steunfiguren de eerste psychische hulp en werkt vooral aan stabilisatie. De procedures verschillen naargelang de leeftijd. Zo is er een andere werkwijze voor -16-jarigen dan voor seksueel meerderjarige 17- en 18-jarigen en volwassenen. Er is ook een verschil naargelang het tijdstip van het seksueel geweld. Een melder mag, maar hoeft de gebeurtenissen niet in detail te vertellen. Eventueel kan hij enkel op een tekening aanduiden waar er fysiek seksueel contact, spuwen, lichamelijk contact en dergelijke is geweest. Als dat moeilijk gaat, worden er checkvragen gesteld waarbij de verpleegkundige stap voor stap het lichaam overloopt. Voor wie klacht wil indienen, wordt er een zedeninspecteur bijgehaald, maar het verhoor komt altijd na de zorg. Als het slachtoffer minderjarig is of een beperking heeft, wordt de techniek audiovisueel verhoor

voor minderjarigen toegepast. Daarvoor zijn aangepaste lokalen nodig, maar omdat het nog een proefproject is, zijn die er nog niet in de zorgcentra. Het verhoor kan ook op een andere dag gepland worden.

Als het vergrijp minder dan 72 uur geleden plaatsgevonden heeft, zal een forensisch onderzoek gebeuren, maar geen anale of vaginale spoelingen. Conform het nieuwe forensische stappenplan gebeuren alle onderzoeken met swabjes, ook vaginaal en anaal. Een speculum is alleen nodig als het misbruik meer dan drie dagen geleden is of als iemand meerdere vaginale douches nam. De huidige technieken maken het mogelijk om tot zeven dagen na de feiten sperma op de cervix te vinden. Een andere mogelijkheid is blind swabben, dus zonder speculum, maar daarvoor is de interventie van een gynaecoloog nodig. Voor elke ingreep geeft de persoon zijn toestemming. De forensisch verpleegkundige mag de zorgen bieden die onder het protocol vallen en heeft daartoe de toestemming van de arts: het zogenaamde staand order. Bij letsels die niet in het protocol staan, of zorg die niet in het staand order vervat zit, wordt er een specialist opgeroepen. Voor slachtoffers onder de 15 jaar komt er altijd een pediatr en een multidisciplinair team waaronder een psycholoog.

Een slachtoffer krijgt medische en psychosociale zorg. Wie klacht wil neerleggen kan dat dus op het zorgcentrum zelf. Van wie geen klacht wil indienen, worden de stalen tot twaalf maanden bijgehouden. Kledij kan ook teruggegeven worden nadat de voor- en de nadelen ervan werden besproken.

Slachtoffers krijgen ook heel wat juridische informatie. Zo nodig worden ze doorverwezen naar slachtofferhulp of andere. Het centrum belt de personen meermaals op om te vragen of ze alsnog klacht willen indienen. De slachtoffers krijgen medicatie tegen hiv en er wordt een nazorgtraject afgesproken. Na drie dagen worden de personen terug in het centrum verwacht. Ze zien dan een infectioloog om na te gaan of de algemene medicatie of de medicatie tegen hiv kan worden gestopt. Op de derde of vierde dag spreken ze al met een psycholoog die de eerste reacties evalueert en nagaat of de persoon een sociaal netwerk heeft. Indien iemand 'normaal' reageert, wordt vooral gewerkt aan sociale steun en psycho-educatie van de persoon zelf en zijn omgeving: watchful waiting genaamd. Een maand later wordt de persoon opnieuw verwacht, onder meer om na te gaan of er sprake is van posttraumatisch stresssyndroom. In dat geval worden er tot twintig gratis sessies bij de ZSG-psycholoog aangeboden. Wie meer nodig heeft, wordt tijdig doorverwezen. De mensen worden ook geregeld opgebeld, zoveel mogelijk door dezelfde forensisch verpleegkundige. De eerste keer is dat de dag na de melding. In de eerste maand wordt de persoon wekelijks gebeld om na te gaan of hij meer zorg nodig heeft. Zo nodig, wordt een psycholoog ingeschakeld. Na een maand wordt dat gradueel afgebouwd. De persoon wordt dan meer en meer doorverwezen naar de klassieke diensten. Voor kinderen wordt de acute zorg door het ZSG gegeven, daarna worden de taken verdeeld met het VK.

De chatfunctie is nog niet geactiveerd omdat er nog gekeken wordt hoe bestaande lijnen werken. Daarbij komt nog dat de huidige staf niet kan garanderen dat een chatbericht onmiddellijk wordt beantwoord. Op de website www.seksueelgeweld.be staat een icoontje ZSG, waaronder informatie terug te vinden is over wat een ZSG is en hoe het te bereiken, naast tips voor het slachtoffer en zijn omgeving. Er staat ook een gratis gids voor steunfiguren, over hoe slachtoffers reageren en hoe hen te ondersteunen.

5. Toekomst van de Zorgcentra na Seksueel Geweld

Sinds de opening heeft het ZSG Gent al 46 slachtoffers geholpen, waarvan 7 of 8 mannen, enkele kinderen en 2 transgenders. Brussel heeft al 108 slachtoffers

geholpen, met een gemiddelde van 2 per dag. In Luik waren er 25 gevallen. Daar verloopt de verwijzing nog niet zo vlot. Het zorgcentrum is niet in het centrum van de stad gevestigd en dat blijkt een hinderpaal. In de eerste drie maanden hielpen de drie centra samen 69 slachtoffers, waarvan 10 mannen en 3 transgenders; 9 waren onder de 16 jaar; 45 lieten een forensisch onderzoek afnemen; 40 legden klacht neer. Uit buitenlandse voorbeelden blijkt dat het aantal klachten doorgaans stijgt. Tot oktober 2018 draaien de centra proef. Daarna wordt de werking geëvalueerd, waarna een wetenschappelijk eindrapport volgt met aanbevelingen voor een uitbreiding over het hele land, zodat slachtoffers maximum een uur verwijderd zijn van een zorgcentrum. Bij positieve evaluatie zal het model allicht nog wat worden aangepast. Voor een veralgemeening zijn wel enkele wetswijzigingen nodig. Als er voldoende middelen zijn, is het de bedoeling om minstens één centrum per provincie te hebben.

IV. Vragen van de commissieleden en antwoorden van de sprekers

Peter Wouters vraagt hoe slachtoffers door hun eventueel zelfs zeer jonge vrienden kunnen geholpen worden om hulp te zoeken. Huisartsen en andere hulpverleners interpreteren de signalen van slachtoffers niet altijd correct. Merken de centra dat ook? Op welke manier proberen ze de dienstverlening bekend te maken, zowel bij slachtoffers als bij hulpverleners? Hoeveel slachtoffers dienen uiteindelijk klacht in? Heel wat slachtoffers wassen zich zo snel mogelijk. Zijn daarmee alle sporen weg?

Wat zijn de verschillen tussen 1712 en Nupraatikerover? Is het nodig beide te behouden?

Het verwondert Peter Wouters dat enkel de bezorgdheid van het slachtoffer over zussen, mama en oma werd aangehaald, dus enkel voor de vrouwelijke familieleden. Vallen mannen buiten de bezorgdheid?

Bert Moyaers vraagt of grooming ook voorkomt bij peer-to-peer seksueel geweld. Zo ja, manipuleren de daders dan bewust?

Praten mensen met pedofiele gevoelens doorgaans eerst met een vriend of vriendin vooraleer zich tot een meldpunt te richten?

Slachtoffers willen graag dat de eerste hulpverlener hen door de hele weg gidst. Dat is niet het geval voor wie melding doet bij de hulplijn 1712. Vaak hebben slachtoffers zelfs bij heel wat instanties hun verhaal gedaan. Ze worden doorverwezen, wat mogelijk een secundair trauma veroorzaakt. Wat is de ervaring van de hulpverleners daarmee?

Waar kunnen slachtoffers nu terecht indien ze niet binnen de invloedssfeer van een proef-ZSG wonen?

Slachtoffers die een holistische zorg krijgen, hebben een grotere kans op sneller herstel en hebben minder kans om opnieuw slachtoffer te worden. Bestaan daar cijfers over? Werken ZSG's voor de nazorg samen met andere diensten?

Elke Sleurs informeert hoe de samenwerking tussen de vertrouwenscentra en de ZSG's verloopt. Kinderen hebben immers een specifieke aanpak nodig.

Kennen de hulplijn 1712 en de politie de rechten en de zorgmogelijkheden voldoende?

Wat is de budgettaire impact van een uitbreiding van de ZSG's? De vertrouwenscentra maken gewag van wachttijden bij andere zorginstanties. Men moet vermijden dat die er ook komen bij de ZSG's. Zij geven tot twintig sessies psychologische hulp gratis. Voor minderjarigen is het echter wachten op een plaats bij een centrum voor geestelijke gezondheidszorg. Zijn er cijfers over die steeds langer wordende wachtlijsten? Kunnen de vertrouwenscentra zelf wel meteen aan de slag met alle meldingen?

Miranda Van Eetvelde vraagt hoe de samenwerking met politie en gerecht verloopt, gezien het beroepsgeheim. Zijn er gevallen van grensoverschrijdend gedrag door minderjarigen? Zo ja, hoe wordt daarmee omgegaan? Hoe worden de medewerkers opgeleid en begeleid? Zijn zorg en opvang minder versnipperd? Hoe kunnen er nog vorderingen in gemaakt worden? Gaan vertrouwenscentra op een specifieke manier tewerk voor mensen met een beperking?

Katrien Schryvers wil graag weten hoe de vertrouwenscentra, de ZSG's en 1712 samenwerken.

Waarom worden de stalen van iemand die geen klacht neerlegt niet langer dan twaalf maanden bijgehouden? Sommige slachtoffers zijn er pas na veel langere tijd aan toe om aangifte te doen. Wordt er gedacht aan een DNA-databank?

In het kader van de één-gezin-één-planaanpak is de vraag hoe de zorgcentra omgaan met de andere gezinsleden.

Evi Verdoodt zegt dat grooming van een andere aard is naargelang de leeftijd van dader en slachtoffer. Bij een groot leeftijdsverschil tussen dader en slachtoffer speelt, net als bij volwassenen, een verschil in maturiteit en in dominantie. Bij leeftijdsgenoten is er ook soms sprake van communicatiestoornissen, verschil in interpretatie van signalen. Desondanks is het voor de betrokkenen meestal wel duidelijk als het gedrag grensoverschrijdend is.

Ines Keygnaert deelt mee dat in Luik en Brussel SOS Enfants in ziekenhuizen zijn, maar het is enkel tijdens bepaalde uren geopend. In Brussel zit SOS Enfants ook in het CHU Saint-Pierre en wordt een minderjarig slachtoffer door de forensisch verpleegkundige naar de pediatrische urgentiedienst gebracht. Het is echter de bedoeling dat op termijn de pediater gewoon naar het ZSG komt.

Ook met het Brusselse VK zal zo worden samengewerkt. Uiteraard blijft de aanpak aangepast aan slachtoffer en situatie. Zowel SOS Enfants als het VK Brussel hebben ook al personen doorverwezen naar het ZSG, bijvoorbeeld als zowel het centrum voor geestelijke gezondheidszorg als het VK de acute zorg niet kan bieden, zoals sessies bij een psycholoog.

Voor kinderen die slachtoffer zijn van langdurig misbruik, volstaan de twintig sessies uiteraard niet. De gratis sessies zijn gefinancierd met de projectsubsidies. Het is maar de vraag of ze zullen worden gehandhaafd. Sowieso is psychische hulp aan slachtoffers een knelpunt. Niet alleen zijn er te weinig psychologen, een deel van hen voelt zich niet opgewassen of opgeleid voor het begeleiden van slachtoffers van seksueel misbruik. Ook andere hulpverleners zijn daar niet voor opgeleid en het komt onvoldoende aan bod in de artsenopleidingen. Omgaan met seksueel geweld hoort minstens behandeld te worden in het basisopleidingspakket van elke zorgverlener opdat men signalen en symptomen leert herkennen, samen met de doorverwijzingsmogelijkheden. Terugbetaling van psychische zorg is fundamenteel, maar is een federale materie.

In Luik is er samenwerking met twee SOS Enfants, die het echter onderling oneens zijn hoe met het ZSG samen te werken en hoe de taken te verdelen. In

het centrum daar werken wel kinderpsychiaters en pediaters. Ook in Gent wordt de doorverwijzing tussen het VK en het ZSG casus per casus bekeken, afhankelijk van wie de pleger was. Bij intrafamiliaal geweld zonder klachtindiening wordt het VK ingeschakeld. Het ZSG verleent de acute zorg, het VK contacteert het slachtoffer of een gezinslid binnen de twee weken. Als er klacht wordt ingediend, wordt het VK niet meteen ingeschakeld, maar is er wel overleg.

Het ZSG geeft de eerste psychische opvang aan alle steunfiguren. De forensisch verpleegkundige gaat na welke zorg die personen daarna nodig hebben. In elk centrum worden infosessies gegeven voor steunfiguren, zowel ouders, partners, kinderen als vrienden van slachtoffers. Voorts is er de voornoemde digitale gids die via internet raadpleegbaar is. Bij de wetenschappelijke evaluatie zullen de behoeften in kaart worden gebracht, met onder meer of groepssessies nodig zijn die verder reiken dan de louter informatieve. De ZSG-psycholoog werkt contextueel. Steunfiguren kunnen dus bij de therapie worden betrokken indien het slachtoffer dat wil.

Kristel Bovijn stelt dat slachtoffers wel degelijk gebruikmaken van de chat die sinds de oprichting van de hulplijn 1712 meer kindgericht is. Het rapport 'Het Kind in Vlaanderen 2016' maakt echter duidelijk dat het vooral de omgeving is die misbruik meldt bij de VK's.

Evi Verdoodt vindt anonimiteit het grote voordeel van de chat. Het is opvallend dat slachtoffers voor de onthulling vaak het gevoel hebben eerder deelnemer te zijn dan slachtoffer. Jongeren willen aftasten of wat ze meegemaakt hebben seksueel misbruik is vooraleer het te melden. Voor jongeren vraagt het minder zelfoverwinning om te chatten dan te bellen.

Ines Keygnaert verwijst naar de recente informatiecampagne bij verenigingen voor huisartsen, gynaecologen, bij informatiedelingsfora van artsen enzovoort, met meer uitleg over de verwijs- en samenwerkingsmogelijkheden. Er volgen nog heel wat lokale sensibiliseringsacties, onder meer via de Logo's. Het is de bedoeling om een aparte hulplijn van de ZSG's te creëren op de nummers 1717 en 1716. Voor die in gebruik worden genomen, wordt nagegaan hoe complementair te werken aan dienstverlening en openingsuren van bestaande chat- en telefoondiensten. SOS VIOL is een Franstalige lijn voor slachtoffers van seksueel geweld die bijvoorbeeld enkel actief is tijdens kantooruren.

Of slachtoffers van seksueel geweld deskundig geholpen worden via 1712 hangt nog erg af van de hulpverlener aan de lijn. Voor kindermishandeling is de situatie wel verbeterd, omdat de VK's daar erg op hebben ingezet. Desondanks wordt soms nog vreemde informatie gegeven. De informatie over de ZSG's en andere zaken, zoals de tip om je niet te wassen om het onderzoek niet te bemoeilijken, moet beter bekend worden gemaakt. Dat neemt niet weg dat ook op wie zich al gewassen heeft, sporen terug te vinden zijn.

De persoon die verkracht is, wordt best niet aangeraakt en drinkt best niets, en wordt zo snel mogelijk naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gebracht als er geen ZSG bereikbaar is. Limburgse slachtoffers die zelf tot Brussel, Gent of Luik reizen krijgen dezelfde zorgen als andere slachtoffers. Indien dat niet haalbaar is, is het goed om het ziekenhuis te vragen of het de 'Checklist voor optimale zorg voor slachtoffers van seksueel geweld in Belgische ziekenhuizen' hanteert.

Een SAS-kit kost tussen de 120 en 135 euro. Een holistische zorgbenadering conform het nieuwe forensische stappenplan kost tussen de 45 en 50 euro. Dat niet langer een arts, maar een forensisch verpleegkundige de testen doet en de zorg biedt, bespaart eveneens geld. Het vermoeden is wel dat het aantal aangiften zal stijgen. Per ZSG-site beschikt het proefproject over ongeveer

700.000 euro, al varieert dit naar gelang het aantal geschatte slachtoffers, wat verschillend is voor Gent, Brussel en Luik. Daarmee wordt niet alleen het zorgkundige deel, maar ook het politionele deel betaald. Het zorgkundige deel is inclusief opleiding van de forensisch verpleegkundigen en traumapsychologen, uitrusting van het ZSG, super- en intervisie. Het politionele deel is inclusief de oproepbaarheid en opleiding van de zedeninspecteurs. Maar om alle zorg te dekken, ook aan mensen die al langer geleden slachtoffer werden, is voor het opstartjaar tot 1 miljoen euro per zorgcentrum nodig, zeker als het voor een volledige provincie en niet enkel voor een stad toegankelijk moet zijn. Langs de andere kant zorgen de ZSG's ervoor dat andere diensten geld uitsparen en mogelijk kan er wat meer terugbetaald worden door het RIZIV.

Het personeel van de ZSG's krijgt een maand intensieve training. Een eerste deel omvat een basisopleiding, zowel medisch, psycho-sociaal, forensisch en juridisch. Daarna komt een functiespecifieke opleiding voor de psychologen en forensisch verpleegkundigen. De zedeninspecteurs krijgen een opleiding van acht tot tien dagen. Alle betrokkenen simuleren dan samen enkele casussen, met supervisie en intervisie. De psychologen komen een halve dag per twee maanden samen met een traumapsycholoog om hun functioneren en eventueel casussen te bespreken. Elk team zit maandelijks samen en bij de evaluatie wordt nagegaan of dat volstaat. Voorts wordt nagegaan of het voor het mentale evenwicht van het personeel beter is indien ze eventueel halftijds in een andere dienst werken.

Kristel Bovijn zegt dat de vertrouwenscentra de voorbije jaren vooral ingezet hebben op de bekendmaking van de hulplijn 1712. De vertrouwenscentra zelf zijn de laatste jaren vooral bekendgemaakt in de sectoren van de integrale jeugdhulp. Het recent opgerichte Vlaams Expertisecentrum Kindermishandeling zal daar ook een rol in spelen. Voor de negentig medewerkers is er jaarlijks een interne studiedag. Elk centrum bekijkt met elke medewerker welke vorming en opleiding nodig is.

De VK's gebruiken het registratiesysteem van Kind en Gezin, onder meer voor meldingen en doorverwijzingen naar het parket. Die cijfers staan in het jaarverslag, maar als cliënten pas achteraf een klacht indienen, staat dat niet geregistreerd in die cijfers.

Het is niet zo dat slachtoffers enkel vrouwelijke te beschermen personen vermelden. Uiteraard zijn er ook mannelijke steunfiguren die deskundig worden geholpen. Slachtoffers zijn doorgaans vrouwelijk, maar ook met plegers, die dan weer doorgaans mannelijk zijn, wordt gesproken door speciaal daarvoor opgeleide personeelsleden.

Evi Verdoodt deelt mee dat slachtoffers vaak zeggen signalen te hebben gegeven naar leerkrachten of hulpverleners, waar die niets mee hebben gedaan. De persoon die in vertrouwen wordt genomen, moet daar klaar voor zijn, moet de boodschap kunnen incasseren en er iets mee doen dat aansluit bij wat het slachtoffer nodig heeft. De VK's geven dan ook opleidingen aan onder andere leerkrachten en toekomstige leerkrachten over wat te doen bij seksueel geweld, mishandeling en verwaarlozing. Maar vaak moeten situaties eerst uit de hand lopen vooraleer er wordt opgetreden. Leeftijdsgenoten reageren uiteenlopend, de ene spreekt koelbloedig een leerkracht of het CLB aan, andere beloven geheimhouding aan het slachtoffer en houden zich eraan. Slachtoffers zeggen vaak dat ze het ooit wel eens aan een vriend of vriendin hebben gezegd.

Kristel Bovijn zegt dat het aantal meldingen van seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen minderjarigen stijgt. De aanpak is dan ook anders. Jonge kinderen onder de 12 jaar worden niet bestempeld als plegers maar als kinderen met gedragsproblemen. Vanaf 14 jaar worden ze beschouwd als plegers en krijgen ze

een gelijkaardige begeleiding als meerderjarigen. Personen met een beperking vinden de weg naar de VK's via steunfiguren of voorzieningen. *Evi Verdoodt* vult aan dat het slachtoffer zelf niet altijd de juiste stempel van misbruik kan leggen, dat doet vaak de omgeving. *Ines Keygnaert* merkt dat instellingen meer en meer bereid zijn hun bewoners naar het ZSG te brengen. Zo nodig kunnen slachtoffers ook op poppen aanduiden waar er contact geweest is. Die poppen worden ook gebruikt om uit te leggen waar op hun lichaam er stalen zullen worden genomen. Dat hangt uiteraard af van de leeftijd, want het is geenszins de bedoeling hen te infantiliseren. Met professor Orthopedagogiek Geert Van Hove worden instrumenten ontwikkeld om de procedure aan hen uit te leggen.

De samenwerking met gerecht en politie is grondig besproken waarbij ook het beroepsgeheim aan bod kwam. De mogelijkheid om klacht in te dienen wordt met elke melder besproken. Daarbij wordt elke beïnvloeding vermeden, er wordt enkel voor gezorgd dat hij een geïnformeerde beslissing kan nemen. Als de politie toevallig aanwezig is als er een nieuw slachtoffer aankomt, mogen zij geen actie ondernemen tot het slachtoffer zelf een geïnformeerde beslissing heeft kunnen nemen. Ook als iemand met de combi naar het zorgcentrum gebracht wordt, beperkt de inspecteur zich tot het aanmelden van de persoon. Een inspecteur mag met toestemming van de patiënt wel de gegevens die uit het forensische stappenplan komen, voor het verhoor inlezen. Zo kan hij het verhoor gericht en beperkter houden. Meer informatie mag de politie, gezien het beroepsgeheim, niet aan de forensisch verpleegkundige vragen. Als iemand geen klacht wil neerleggen terwijl hijzelf of iemand uit zijn omgeving groot gevaar loopt, kan een multidisciplinair team beslissen om zelf klacht neer te leggen.

Kristel Bovijn zegt dat de VK's uitsluitend samenwerken met het parket. Voor het onderzoek over de maatschappelijke noodzaak kunnen de parketten het vertrouwenscentrum bijvoorbeeld vragen om een onderzoek te doen naar een verontrustende opvoedingssituatie. Zo mogelijk worden aan het kind dan via vrijwillige hulpverlening voldoende veiligheid en ontwikkelingskansen geboden. De samenwerking stopt eens het vertrouwenscentrum de zekerheid heeft dat het kind daar begeleid wordt. Omgekeerd kan het vertrouwenscentrum, na een onderzoek over de maatschappelijke noodzaak, een zaak doorverwijzen naar het parket dat dan een jeugdrechter vordert. Dat staat naast de aanmelding in een acute situatie. De tweede samenwerking past in de ketenaanpak. Daar worden casussen van intrafamiliaal geweld besproken.

Ines Keygnaert merkt op dat ook de ZSG's daarbij aansluiten. De acute zorg wordt geboden in het centrum zelf. Aan het slachtoffer wordt gevraagd of de eventueel reeds vertrouwde zorgverleners op de hoogte moeten worden gebracht. Per persoon wordt dan bekeken welke diensten moeten worden geactiveerd. Als het slachtoffer dat wil, kan een andere dienst het single point of contact zijn, zoals bijvoorbeeld de slachtofferhulp van een CAW. Als het slachtoffer niet snel genoeg nazorg krijgt, kan de casemanager van het ZSG een oplossing zoeken. Daartoe werkt het centrum samen met allerlei diensten.

De termijn van twaalf maanden voor het bijhouden van bewijsstukken voor wie geen klacht indiende, is er omdat de proefprojecten geen langere bewaartermijn kunnen garanderen. Nadat de ZSG's structureel worden, zullen de bewijzen voor minderjarigen bijgehouden worden tot de verjaringstermijn afgelopen is. Uit de meeste buitenlandse studies blijkt dat volwassenen doorgaans binnen de vier maanden klacht indienen, later gebeurt dat zelden. Na die periode wordt vooral de zorg belangrijk. Na de proefperiode zal bekeken worden of de personen toestemming kunnen geven om, ook als ze na twaalf maanden geen klacht willen indienen, de stalen nog langer te bewaren.

Volgende ruimte om materiaal te stockeren is een bijkomend probleem. Bovendien kunnen niet alle types van stalen lang worden bewaard, zelfs niet in de diepvriezer. Ook DNA-labo's hebben te weinig geld. In Brussel wordt er heel wat materiaal op het parket zelf bijgehouden omdat het DNA-labo geen plaats meer heeft en weigert extra opslagcapaciteit aan te leggen. Als de ZSG's veel meer slachtoffers te zien krijgen, zullen ook zij capaciteitsproblemen krijgen.

Peter Wouters vraagt of daders soms vrijuit kunnen gaan door procedurefouten van de ZSG's?

Ines Keygnaert benadrukt dat alles met de procureurs-generaals werd doorgesproken zodat de procedure van de ZSG's niet kan worden aangegrepen als procedurefout. Sowieso is de nieuwe procedure op gerechtelijk vlak een vooruitgang: stalen worden beter bemonsterd en bewaard. Na de evaluatie zullen waar nodig wetten gewijzigd worden.

Elke Sleurs bevestigt dat de ZSG's dan wel gestart zijn vanuit zorgoogpunt, maar dat ervoor werd gezorgd dat hun werking juridisch correct is en dus ook de privacywetgeving respecteert.

Katrien SCHRYVERS,
voorzitter

Bert MOYAERS,
verslaggever

Gebruikte afkortingen

CAW	centrum algemeen welzijnswerk
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLB	centrum voor leerlingenbegeleiding
DNA	desoxyribonucleic acid
hiv	human immunodeficiency virus
ICRH	International Centre for Reproductive Health, UZ Gent
Logo	lokaal gezondheidsoverleg
pv	proces-verbaal
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
SAS	Seksueel Agressie Set
UGent	Universiteit Gent
UZ Gent	Universitair Ziekenhuis Gent
VK	vertrouwenscentrum kindermishandeling
ZSG	Zorgcentrum na Seksueel Geweld