

HOOFDSTUK 2

HANDELINGSPLAN VOOR DE PSYCHOLOOG IN DE ZORGCENTRA NA SEKSUEEL GEWELD



Zorgcentra
na Seksueel Geweld

WWW.SEKSUEELGEWELD.BE

Vorbehouden rechten ZSG-model

Het ZSG-Model is eigendom van het Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen (het Instituut). Het Instituut behoudt zich alle rechten voor met betrekking tot dit ZSG-Model. Het ZSG-model is een levend model, wat een continue verfijning vergt. Het Instituut behoudt aldus het recht om wijzigingen door te voeren in het ZSG-model na overleg met de technische werkgroepen en stakeholders. De nodige wijzigingen worden steeds voorgelegd aan de Nationale Stuurgroep ZSG ter validatie.

INHOUDSTAFEL

1.	EERSTE PSYCHISCHE HULP EN RISICO- TAXATIE DOOR DE FORENSISCH VERPLEEGKUNDIGE BIJ AANMELDING	4
2.	ONDERSTEUNING DOOR DE FORENSISCH VERPLEEGKUNDIGE TIJDENS HET CASEMANAGEMENT	5
3.	PSYCHOLOGISCHE BEGELEIDING VAN MEERDERJARIGE SLACHTOFFERS.....	5
3.1	EVALUATIE OP DAG 3 OF 4 NA DE AANMELDING DOOR DE PSYCHOLOOG	5
	Stap 1 – Onthaal.....	5
	Stap 2 - Anamnese	5
	Stap 3 – Psycho-educatie en begeleidingsplan	6
	Stap 4 - Afronding	7
3.2	HEREVALUATIE NA INITIËLE EVALUATIE.....	7
3.3	EVALUATIE 1 MAAND NA HET SEKSUEEL GEWELD.....	8
	Stap 1 – Onthaal.....	8
	Stap 2 - Anamnese	8
	Stap 3 - Psycho-educatie en begeleidingsplan	8
	Stap 4 - Afronding	9
3.4	THERAPIE, GESPREKKEN TER PSYCHOLOGISCHE ONDERSTEUNING EN/OF DOORVERWIJZING	9
4.	PSYCHOLOGISCHE BEGELEIDING VAN MINDERJARIGE SLACHTOFFERS.....	10
4.1	EVALUATIE.....	10
	Stap 1 - Onthaal	10
	Stap 2 - Anamnese	11
	Stap 3 – Psycho-educatie en begeleidingsplan	12
	Stap 4 - Afronding	12
4.2	BEGELEIDING.....	12
	Psycho-educatie.....	12
	Actieve monitoring door de verpleegkundige	12
	Gesprekken ter psychologische ondersteuning	12
	Individuele trauma-focused behandeling	12
	Doorverwijzing	13
	Vertrouwenscentrum Kindermishandeling / hospitalisatie / melding.....	13
5.	BIJLAGES.....	14
5.1	VEILIGHEIDSPAN	14
5.2	ANAMNESE-DOCUMENT MEERDERJARIGEN	15
5.3	ANAMNESE-DOCUMENT MINDERJARIGEN	19
5.4	HULPKAART MEERDERJARIGEN	22
5.5	HULPKAART MINDERJARIGEN.....	23
5.6	LIJST PSYCHOLOGISCHE TESTEN	24

AFKORTINGEN

AUDIT-C	Alcohol Use Disorders Identification Test 3-items scale
ASR	Acute Stress Reacties
CAW	Centra Algemeen Welzijnswerk
CGG	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg
CGT	Cognitieve gedragstherapie
CLB	Centrum Leerlingenbegeleiding
CRIS-13	Children's Revised Impact of Event 13-item Scale
EMDR	Eye movement desensitization and reprocessing
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder 7-item scale
HRC	Hiv-referentiecentrum
OCJ	Ondersteuningscentrum Jeugdzorg
PCL-5	PTSD Checklist for DSM-5
PHQ-9	Patient Health Questionnaire 9-item scale
PTSS	Posttraumatische-Stressstoornis
SDQ-20	Somatoform Dissociation Questionnaire 20-item scale
TSCC	Trauma Symptom Checklist for Children (Trauma Symptoom Controle Lijst voor Kinderen)
TSCYC	Trauma Symptom Checklist for Young Children (Trauma Symptoom Controle Lijst voor jonge kinderen)
VK	Vertrouwenscentrum Kindermishandeling
ZSG	Zorgcentrum na Seksueel Geweld

1. EERSTE PSYCHISCHE HULP EN RISICO-TAXATIE DOOR DE FORENSISCH VERPLEEGKUNDIGE BIJ AANMELDING

De forensisch verpleegkundige is verantwoordelijk voor het onthaal en de eerste psychische hulp aan het slachtoffer én eventuele aanwezige steunfiguren. Dit wordt aangeboden vooraleer met de medische en forensische onderzoeken en zorg te starten. Indien noodzakelijk en beschikbaar, kan de ZSG-psycholoog de verpleegkundige hierbij bijstaan.

De verpleegkundige biedt de eerste psychische hulp aan op basis van volgende vijf principes:

- Veiligheid en vertrouwen creëren
- Rust creëren
- Handelingsperspectief bieden
- Verbondenheid en netwerk exploreren
- Hoop en toekomstperspectief bieden

Op basis van bovenstaande principes, stelt de forensisch verpleegkundige samen met het slachtoffer en eventueel de steunfiguur een persoonlijk veiligheidsplan op waarbij in kaart wordt gebracht hoe het slachtoffer de komende dagen zal doorbrengen (bijlage 5.1). Bij de opmaak van het veiligheidsplan maakt de forensisch verpleegkundige een inschatting van het sociaal netwerk van de patiënt en gaat hij/zij na of de patiënt daar terecht kan. Bij afwezigheid van een sociaal netwerk kan professionele opvang overwogen worden. Via het veiligheidsplan wordt eveneens informatie over crisisconsultatie/opvang en –opname meegegeven, mocht de psychische toestand van de patiënt verslechteren. Het slachtoffer neemt het veiligheidsplan mee naar huis en een kopie wordt bewaard in het dossier.

Daarna peilt de verpleegkundige eveneens naar het huidige risico op geweld door het slachtoffer tegen zichzelf en het risico op geweld tegen het slachtoffer door anderen.

<p>> Bij laag en gemiddeld risico bij een patiënt waarvan het seksueel geweld minder dan een maand geleden plaatsvond, wordt met de patiënt en eventueel diens steunfiguren een afspraak gemaakt voor een evaluatie bij de ZSG-psycholoog op dag 3-4 na aanmelding.</p>
<p>> Bij laag en gemiddeld risico bij een patiënt waarvan het seksueel geweld langer dan een maand geleden plaatsvond, wordt met de patiënt en eventueel diens steunfiguren een afspraak gemaakt voor een evaluatie door de ZSG-psycholoog (incl. PTSS) binnen de 1-2 weken na aanmelding. Omdat het Zorgcentrum vooral instaat voor het begeleiden van mensen na een 'acut' incident van seksueel geweld, zal de psycholoog de patiënt (m.b.v. de evaluatie) gericht doorverwijzen tijdens/na 3-4 consultaties.</p>
<p>> Bij een hoog risico op geweld tegen zichzelf wordt bij meerderjarigen de psychiater van wacht ingeschakeld voor een evaluatie en mogelijke ambulante of residentiële behandeling. Bij minderjarigen contacteert men in dit geval de kinderpsychiater of overweegt men een hospitalisatie in afwachting van de kinderpsychiater. De patiënt en eventueel diens steunfiguren worden uitgenodigd worden voor een consultatie bij de ZSG-psycholoog ongeveer 3 tot 4 dagen na aanmelding.</p>
<p>> Bij een hoog risico op geweld door anderen bij zowel meerderjarigen als bij minderjarigen, wordt de arts gecontacteerd om samen een hospitalisatie of melding aan de procureur des Konings te overwegen (zie meldcode beroepsgeheim). De patiënt en diens steunfiguren worden uitgenodigd voor een consultatie bij de ZSG-psycholoog ongeveer 3 tot 4 dagen na aanmelding.</p>

2. ONDERSTEUNING DOOR DE FORENSISCH VERPLEEGKUNDIGE TIJDENS HET CASEMANAGEMENT

De dag nadat de patiënt uit het Zorgcentrum is ontslagen, wordt de patiënt en/of de steunfiguur door de forensisch verpleegkundige gecontacteerd. Die gaat na hoe het met de patiënt en eventueel met de steunfiguur gaat, hoe de zorg is verlopen op het Zorgcentrum, of het duidelijk is wat de afspraken zijn voor follow-up, en geeft verdere ondersteuning. De forensisch verpleegkundige geeft ook aan wat de eerstvolgende afspraak is bij de ZSG-psycholoog en de hiv-arts van het hiv-referentiecentrum op dag 3/4, wanneer de patiënt er verwacht wordt en hoe het zal verlopen.

Afhankelijk van de noden van het slachtoffer en de steunfiguren, heeft de forensisch verpleegkundige verdere telefonische contacten ter ondersteuning met het slachtoffer en/of de steunfiguur tijdens de eerste maanden na aanmelding op het Zorgcentrum (zie handelingsplan forensisch verpleegkundige). De psycholoog ondersteunt de verpleegkundige in deze taak via regelmatig casusoverleg.

3. PSYCHOLOGISCHE BEGELEIDING VAN MEERDERJARIGE SLACHTOFFERS

3.1 EVALUATIE OP DAG 3 OF 4 NA DE AANMELDING DOOR DE PSYCHOLOOG

Op dag 3/4 komt de patiënt voor een eerste consultatie bij de ZSG-psycholoog. Indien er sprake is van een detachering van een hiv-arts op het Zorgcentrum, wordt dit gepland voor of na de consultatie met de arts. Indien het HRC zich op een andere locatie bevindt, wordt samen met de patiënt naar het meest geschikte moment gezocht.

Het doel van deze evaluatie is dat de psycholoog een inschatting maakt van de mentale toestand van de patiënt, een zicht krijgt op de bredere context van het slachtoffer in kwestie en een plan van aanpak opstelt. Afhankelijk van de noden van het slachtoffer, kan deze evaluatie uit een of meerdere gesprekken bestaan. Onderstaande punten komen tijdens deze gesprekken aan bod.

Stap 1 - Onthaal

- > Overleg vooraf met de verpleegkundige of open het patiëntendossier, lees het veiligheidsplan en ga na welke stappen de forensisch verpleegkundige reeds ondernam met het slachtoffer.
- > Stel jezelf kort voor en licht de principes van de psychologische begeleiding toe.
- > Geef aan de patiënt en de eventuele steunfiguur informatie over het beroepsgeheim en het delen van informatie (gedeeld dossier).
- > Benadruk de vrijwilligheid en vrijblijvendheid van de sessies binnen een samenwerkingsrelatie.
- > Bespreek de verwijzing naar de ZSG-psycholoog (Hoe zijn ze bij de ZSG-psycholoog terecht gekomen?).
- > Peil naar de verwachtingen in verband met de ondersteuning door de ZSG-psycholoog en geef aan wat het Zorgcentrum kan bieden.

Stap 2 - Anamnese

Evalueer volgende aspecten en registreer deze standaard in het anamnese-document (bijlage 5.2): Laat het slachtoffer op verhaal komen en bevraag het huidig functioneren:

- > Hoe verloopt het eten, drinken en slapen bij het slachtoffer?
- > Waar vindt het slachtoffer rust?
- > Wat zijn de problemen waar het slachtoffer nu mee geconfronteerd wordt?
- > De familiale situatie (partnerrelatie, kinderen, gezin, burgerlijke status, verblijfsstatuut...)
- > School en/of professioneel leven
- > Sociaal en relationeel functioneren (vrije tijd, sociaal netwerk...)
- > Eerdere hulpverlening en ervaringen hiermee, huidig hulpverleningsnetwerk
- > Belangrijke levensdomeinen – probleemgebieden voor de patiënt (Waar heeft de cliënt momenteel last van? Wat gaat goed?)
- > Hulp- en krachtbronnen

Evalueer de mentale status van de patiënt (vnl. via observatie):

- > Algemene indruk (voorkomen)
- > Cognitieve functies (bewustzijn, oriëntatie, intellectuele functies, waarneming en denken)
- > Affectieve functies (stemming en affect, sociaal emotionele functies)
- > Conatieve functies (psychomotoriek, motivatie en gedrag)

Peil naar acute stressreacties (ASR) na het seksueel geweld en neem hiervoor standaard de PCL-5 af. Deze lijst van 20 items peilt naar ASR/PTSS.

Peil aandachtig naar dissociatieve, depressieve en suïcidale symptomen en de gebruikte coping- vaardigheden (alcohol/ middelen/ zelfbeschadiging, sociaal netwerk).

Neem optioneel volgende schalen af om het diagnostisch en therapeutisch proces voor verschillende psychische klachten te ondersteunen:

- > PHQ-9: deze lijst van 9 items peilt voornamelijk naar depressie
- > GAD-7: deze lijst van 7 items peilt voornamelijk naar angst
- > SDQ-20: deze lijst van 20 items peilt naar dissociatieve klachten

Stap 3 – Psycho-educatie en begeleidingsplan

Geef psycho-educatie over ASR- en PTSS-reacties na seksueel geweld en geef duiding over normale gevoelens en gedragingen na een dergelijk trauma. Geef eventueel een infolder voor slachtoffers mee, evenals de gids voor steunfiguren, indien ze dit nog niet eerder kregen van de verpleegkundige. Stel samen met patiënt en/of steunfiguur de hulpkartaal (bijlage 5.4 0) op, zodat de patiënt zijn eigen reacties (eventueel met behulp van de steunfiguur) kan monitoren en eigen copingstrategieën kan versterken en inzetten.

Beslis samen met de patiënt hoe deze verder zal worden begeleid. Op basis van de anamnese, maak je volgende afweging:

- > Geen of milde ASR-reacties (PCL-5 < 33)

Deze patiënt komt in aanmerking voor actieve monitoring door de forensisch verpleegkundige tot 1 maand na

het seksueel geweld (1). We geven op het einde van de consultatie steeds info over crisisconsultatie/opvang en –opname mee. We duiden dat ze het Zorgcentrum altijd mogen bellen indien hun psychische toestand verslechtert. De forensisch verpleegkundige – die op regelmatige tijdstippen telefonisch contact zal opnemen – kan dan bij signalen van een verslechterde mentale toestand een vervroegde herevaluatie van de psychische klachten bij de ZSG-psycholoog voorstellen. Maak een nieuwe afspraak één maand na de eerste aanmelding.

Indien de patiënt aanpassingsmoeilijkheden vertoont na het seksueel geweld, kunnen maximaal 4 gesprekken ter psychologische ondersteuning opgestart worden. Deze gesprekken ter psychologische ondersteuning richten zich op empowerment en stabilisatie van de patiënt en/of zijn netwerk, zonder hierbij te focussen op het trauma.

Wanneer de patiënt depressieve, suïcidale of zelfbeschadigingsklachten en alcohol- en middelenproblemen ervaart, oriënteer je deze ter behandeling naar een psycholoog buiten het Zorgcentrum. Activeer indien mogelijk eveneens het reeds bestaande hulpverleningsnetwerk van het slachtoffer. Indien een aanvullende medicamenteuze behandeling aangewezen is, verwijs dan de patiënt ook naar diens huisarts of de psychiater.

Bij patiënten met een hoog risico op ernstige zelfbeschadiging en suïcide, contacteer je de psychiater/ jeugdpsychiater van wacht voor een evaluatie en mogelijke ambulante of residentiële behandeling.

> Belangrijke ASR-reacties (PCL-5 \geq 33)

Voor deze patiënt start je een individuele trauma-focused behandeling. Zoals de NICE-richtlijnen voorschrijven start je bij voorkeur een trauma-focused CGT-behandeling op (cognitieve processing therapie, cognitieve therapie voor PTSS, narratieve exposure therapie, prolonged exposure therapie)

(1) voor 8-12 sessies. Dit protocol zal aangepast worden aan eventuele toekomstige veranderingen in internationale richtlijnen. Deze sessies worden gratis aangeboden in het Zorgcentrum. Maak voor de eerste sessie een afspraak.

Indien de patiënt comorbide depressieve, suïcidale of zelfbeschadigingsklachten en alcohol- en middelenproblemen ervaart, behandel je deze eveneens. Activeer indien mogelijk eveneens het reeds bestaande hulpverleningsnetwerk van het slachtoffer. Indien de patiënt reeds psychologisch of psychiatrisch gevolgd wordt, bespreek dan met de patiënt of deze voor de verdere behandeling van de niet-trauma gerelateerde klachten naar de bestaande behandelaar zal blijven gaan. Dit is aangewezen maar dit wordt binnen het Zorgcentrum niet terugbetaald. Neem dan contact op met bestaande psycholoog of psychiater en stem af.

Indien een aanvullende medicamenteuze behandeling aangewezen is, verwijs dan de patiënt ook naar diens huisarts of de psychiater.

Bij patiënten met een hoog risico op ernstige zelfbeschadiging en suïcide, contacteer je de psychiater van wacht voor een directe evaluatie en mogelijke ambulante of residentiële behandeling. Activeer indien mogelijk eveneens het reeds bestaande hulpverleningsnetwerk van het slachtoffer. Wanneer ze opnieuw gezien worden door de psycholoog is af te stemmen met de psychiater.

Stap 4 - Afronding

Maak een nieuwe afspraak.

Verwijs de mensen naar het hiv-referentiecentrum (indien afspraak aansluitend). Vul het patiëntendossier aan.

3.2 HEREVALUATIE NA INITIËLE EVALUATIE

Bij patiënten met geen of milde ASR-reacties (PCL-5 $<$ 33) waarbij er initieel actieve monitoring was voorgesteld en de patiënt met het Zorgcentrum contact opnam voor een herevaluatie, wordt dit zo snel als mogelijk na de

contactname gepland. Tijdens deze evaluatie worden dezelfde stappen als in 3.1 verder uitgediept (evaluatie op dag 3/4 na de aanmelding).

3.3 EVALUATIE 1 MAAND NA HET SEKSUEEL GEWELD

Voor alle patiënten volgt een consultatie 1 maand na het seksueel geweld met als doelstelling PTSS- ontwikkeling in te schatten en al dan niet een behandeling op te starten, of om de voortgang van de therapie te evalueren voor die patiënten waarbij reeds een trauma-focused behandeling is opgestart.

Stap 1 – Onthaal

Peil naar hoe de cliënt zich de afgelopen maand voelde en hoe hij/zij hiermee is omgegaan. Duid de doelstelling van deze evaluatie.

Stap 2 - Anamnese

Voer opnieuw de anamnese uit, zoals beschreven in stap 2, hoofdstuk 1.3 (Evaluatie op dag 3/4 na de aanmelding).

Breng daarbij eveneens de ruimere context van de patiënt in kaart. Bevraag hiervoor:

- > De (familiaal) psychiatrische/psychologische en medische voorgeschiedenis
- > Voorkomen van intergenerationeel seksueel geweld
- > Huidige medicatie en middelengebruik

Stap 3 - Psycho-educatie en begeleidingsplan

Beslis samen met de patiënt hoe deze verder zal worden begeleid. Op basis van de anamnese, maak je volgende afweging:

- > Geen of milde PTSS-reacties (PCL-5 < 33)

Deze patiënt komt in aanmerking voor actieve monitoring door de forensisch verpleegkundige (1). Overloop opnieuw het veiligheidsplan van het slachtoffer en maak eventuele aanpassingen. We geven op het einde van de consultatie steeds info over crisisconsultatie/opvang en –opname mee. We duiden dat ze het Zorgcentrum altijd mogen bellen indien hun psychische toestand verslechtert. De forensisch verpleegkundige – die op regelmatige tijdstippen telefonisch contact zal opnemen – kan dan bij signalen van een verslechterde mentale toestand een herevaluatie van de psychische klachten bij de ZSG-psycholoog voorstellen.

Indien de patiënt aanpassingsmoeilijkheden vertoont na het seksueel geweld, kunnen maximum 4 gesprekken ter psychologische ondersteuning opgestart worden. Deze gesprekken ter psychologische ondersteuning richten zich op empowerment en stabilisatie van de patiënt en/of zijn netwerk, zonder hierbij te focussen op het trauma.

Wanneer de patiënt depressieve, suïcidale of zelfbeschadigingsklachten en alcohol- en middelenproblemen ervaart, oriënteer je deze ter behandeling naar een psycholoog buiten het Zorgcentrum. Activeer indien mogelijk eveneens het reeds bestaande hulpverleningsnetwerk van het slachtoffer. Indien een aanvullende medicamenteuze behandeling aangewezen is, verwijs dan de patiënt ook naar diens huisarts of de psychiater.

Bij patiënten met een hoog risico op ernstige zelfbeschadiging en suïcide, contacteer je de psychiater van wacht voor een directe evaluatie en mogelijke ambulante of residentiële behandeling.

Slachtoffers die zich langer dan een maand na het seksueel geweld voor een eerste keer op het Zorgcentrum aanmelden, verwijs je gericht door tijdens 1 tot 2 consultaties.

> Belangrijke PTSS-reacties (PCL-5 \geq 33)

Voor deze patiënt start je een individuele trauma-focused behandeling. Zoals de NICE-richtlijnen voorschrijven, start je bij voorkeur een trauma-focused CGT-behandeling op (cognitieve processing therapie, cognitieve therapie voor PTSS, narratieve exposure therapie, prolonged exposure therapie) voor 8-12 sessies. Overweeg EMDR voor patiënten die belangrijke PTSS-reacties vertonen tussen 1 tot 3 maanden na het seksueel geweld. Bied EMDR aan voor die patiënten die deze reacties vertonen meer dan 3 maanden na het seksueel geweld (1). Dit protocol zal aangepast worden aan eventuele toekomstige veranderingen in internationale richtlijnen. Deze sessies worden gratis aangeboden in het Zorgcentrum. Maak voor de eerste sessie een afspraak.

Indien de patiënt comorbide depressieve, suïcidale of zelfbeschadigingsklachten en alcohol- en middelenproblemen ervaart, behandel je deze eveneens. Activeer indien mogelijk eveneens het reeds bestaande hulpverleningsnetwerk van het slachtoffer. Indien de patiënt reeds psychologisch of psychiatrisch gevolgd wordt, bespreek dan met de patiënt of deze voor de verdere behandeling van de niet-trauma gerelateerde klachten naar de bestaande behandelaar zal blijven gaan. Dit is aangewezen maar dit wordt binnen het Zorgcentrum niet terugbetaald. Neem dan contact op met bestaande psycholoog of psychiater en stem af.

Indien een aanvullende medicamenteuze behandeling aangewezen is, verwijs dan de patiënt ook naar de psychiater.

Bij patiënten met een hoog risico op ernstige zelfbeschadiging en suïcide, contacteer je de psychiater van wacht voor een evaluatie en mogelijke ambulante of residentiële behandeling. Wanneer ze opnieuw gezien worden door de psycholoog is af te stemmen met de psychiater. Activeer indien mogelijk eveneens het reeds bestaande hulpverleningsnetwerk van het slachtoffer.

Slachtoffers die zich langer dan een maand na het seksueel geweld voor een eerste keer op het Zorgcentrum aanmelden, verwijs je gericht door tijdens 1 tot 2 consultaties.

Stap 4 - Afronding

Maak een nieuwe afspraak, indien aangewezen.

Verwijs de mensen naar het Hiv-referentiecentrum (indien afspraak aansluitend). Vul het patiëntendossier aan.

3.4 THERAPIE, GESPREKKEN TER PSYCHOLOGISCHE ONDERSTEUNING EN/OF DOORVERWIJZING

Op basis van de anamnese, kan de psycholoog overgaan tot trauma-focused therapie, gesprekken ter psychologische ondersteuning en/of doorverwijzing, en dit zowel voor het slachtoffer en/of diens steunfiguren.

Een trauma-focused therapie wordt opgestart voor maximaal 20 sessies. Na 8 à 12 therapiesessies en op het einde van de therapie voer je nogmaals de evaluatie uit zoals beschreven in hoofdstuk 3.1. Indien de PTSS-klachten verdwenen of mild zijn, sluit dan de therapie af. Indien er nog trauma-gerelateerde én comorbide klachten aanwezig zijn, stel dan nog enkele sessies voor waarbij je toewerkt naar verwijzing voor verdere behandeling buiten het Zorgcentrum. Bij hoog risico contacteer je de psychiater van wacht voor een evaluatie en mogelijke ambulante of residentiële behandeling. Stem met de psychiater af wie wat verder gaat doen.

Indien de patiënt aanpassingsmoeilijkheden vertoont na het seksueel geweld, maar geen therapie behoeft, kunnen maximum 4 gesprekken ter psychologische ondersteuning opgestart worden. Deze gesprekken ter psychologische ondersteuning richten zich op psycho-educatie, empowerment en stabilisatie van de patiënt en/of zijn netwerk, zonder hierbij te focussen op het trauma. Daarbij kan de psycholoog tevens, in samenwerking met de forensisch verpleegkundige, voor afstemming zorgen met het reeds bestaande hulpverleningsnetwerk van het slachtoffer, zodat de verdere zorg voor het slachtoffer optimaal verloopt.

Indien therapie op het Zorgcentrum na Seksueel Geweld niet aangewezen is, niet haalbaar is, of afgesloten dient te worden, organiseer je de doorverwijzing van het slachtoffer naar hun eigen psycholoog/psychiater, organiseer je de doorverwijzing naar een externe psycholoog/psychiater, of verwijfs je het slachtoffer warm door naar Slachtofferhulp van de CAW/les Services d’Aide aux Victimes. Na identificatie van een geschikte doorverwijzing, contacteer je, mits toestemming van het slachtoffer, de hulpverlener om deze op de hoogte te stellen van de situatie.

Steunfiguren kunnen deelnemen aan groepssessies voor steunfiguren, onder begeleiding van een psycholoog en eventueel een forensisch verpleegkundige, of een individuele sessie bij de psycholoog krijgen. Tijdens deze sessie geef je psycho-educatie aan de hand van de “Gids voor steunfiguren: Zorg voor slachtoffers van seksueel geweld”, en maak je ruimte voor emotionele ondersteuning.

Deze verschillende stappen worden steeds geregistreerd in het patiëntendossier.

4. PSYCHOLOGISCHE BEGELEIDING VAN MINDERJARIGE SLACHTOFFERS

4.1 EVALUATIE

Op dag 3/4 na aanmelding komt de minderjarige patiënt met de steunfiguren voor een eerste consultatie bij de ZSG-psycholoog. Indien het Hiv-referentiecentrum zich op dezelfde locatie bevindt als het Zorgcentrum, wordt dit gepland voor of na de consultatie op het HRC. Indien het Hiv-referentiecentrum zich op een andere locatie bevindt, wordt samen met de minderjarige patiënt/de steunfiguur naar het meest geschikte moment gezocht.

Voor alle minderjarige patiënten volgt eveneens een evaluatie 1 maand na het seksueel geweld met als doelstelling PTSS-ontwikkeling in te schatten en al dan niet een trauma-focused behandeling op te starten, of om de voortgang van de therapie te evalueren voor die patiënten waarbij reeds een trauma-focused behandeling is opgestart.

Tijdens een eventuele verdere behandeling herhaal je de evaluatie aan het einde van de therapie.

Het doel van deze evaluatie is dat de psycholoog een inschatting maakt van de mentale toestand van de minderjarige patiënt en zicht krijgt op de bredere context van het slachtoffer in kwestie en een plan van aanpak opstelt. Afhankelijk van de noden van het minderjarige slachtoffer en de steunfiguren, kan deze evaluatie uit een of meerdere gesprekken bestaan. Onderstaande punten komen tijdens deze gesprekken aan bod.

Stap 1 - Onthaal

- > Overleg met de verpleegkundige of open het patiëntendossier, lees het veiligheidsplan en ga na welke stappen de verpleegkundige reeds ondernam met het minderjarige slachtoffer en de steunfiguur.
- > Stel jezelf en de werking kort voor en licht de principes van de psychologische begeleiding op het Zorgcentrum na Seksueel Geweld toe.
- > Geef aan de patiënt en de eventuele steunfiguur info over beroepsgeheim en het delen van informatie mee (gedeeld dossier).
- > Benadruk de vrijwilligheid en vrijblijvendheid van de sessies binnen een samenwerkingsrelatie.
- > Bespreek de verwijzing naar de ZSG-psycholoog (Hoe zijn ze bij de ZSG-psycholoog terecht gekomen?)
- > Peil naar de verwachtingen in verband met de ondersteuning door de ZSG-psycholoog en geef aan wat het Zorgcentrum kan bieden.

Stap 2 - Anamnese

Evalueer volgende aspecten samen met het minderjarige slachtoffer en/of steunfiguur en registreer deze standaard in het anamnese-document (zie bijlage 5.3).

Laat het minderjarige slachtoffer en diens steunfiguren op verhaal komen en bevraag het huidig functioneren van hen beide:

- > Hoe verloopt het eten, drinken en slapen bij het slachtoffer en de steunfigu(u)r(en)?
- > Waar vinden het minderjarige slachtoffer en de steunfigu(u)r(en) rust?
- > Wat zijn de problemen waar het minderjarige slachtoffer en de steunfigu(u)r(en) nu mee geconfronteerd worden?
- > Hoe is de familiale situatie?
- > Hoe verloopt het functioneren op school?
- > Hoe verloopt het sociaal en relationeel functioneren (vrije tijd, sociaal netwerk)?
- > Was er eerdere hulpverlening en wat zijn hun ervaringen hiermee? Hoe ziet hun huidige hulpverleningsnetwerk eruit?
- > Welke zijn hulp- en krachtbronnen voor het minderjarige slachtoffer en diens steunfiguren (bij wie kunnen ze terecht, ...)?

Breng de ruimere context van het slachtoffer in kaart en dit voornamelijk bij evaluaties vanaf maand 1 na seksueel geweld. Volgende zaken kunnen daarbij aan bod komen:

- > De (familiaal) psychiatrische/psychologische en medische voorgeschiedenis
- > Voorkomen van intergenerationeel seksueel geweld
- > Huidig medicatie en middelengebruik
- > Belangrijke levensdomeinen – probleemgebieden: Waar heeft de cliënt momenteel last van? Wat gaat goed?
- > Risico op geweld door anderen naar de minderjarige
- > ...

Evalueer de mentale status van de patiënt (vnl. via observatie):

- > Algemene indruk
- > Cognitieve functies (bewustzijn, oriëntatie, intellectuele functies, waarneming en denken)
- > Affectieve functies (stemming en affect, sociaal emotionele functies)
- > Conatieve functies (psychomotoriek, motivatie en gedrag)

Peil naar trauma-specifieke symptomen na het seksueel geweld en neem hiervoor standaard de Trauma Symptoom Controle Lijst voor Kinderen (TSCC) af bij 8 tot 17-jarigen. Voor 3 tot 12-jarigen laat je de ouders de Trauma Symptoom Controle lijst voor Jonge Kinderen (TSCYC) invullen. Neem de CRIES-13 af indien afname van de TSCC uitzonderlijk niet mogelijk is voor 8- tot en met 17-jarigen.

Stap 3 – Psycho-educatie en begeleidingsplan

Beslis samen met de patiënt en de steunfiguur hoe deze verder zal worden begeleid (zie 4.2), op basis van de anamnese.

Stap 4 - Afronding

Maak een nieuwe afspraak.

Verwijs de mensen naar het Hiv-referentiecentrum, indien van toepassing. Vul het patiëntendossier aan.

4.2 BEGELEIDING

Op basis van de anamnese, kan de psycholoog overgaan tot het opstellen van een begeleidingsplan voor het slachtoffers en de steunfiguren. Deze verschillende stappen worden steeds geregistreerd in het patiëntendossier. Hieronder schetsen we verschillende indicaties voor deze verdere begeleiding.

Psycho-educatie

Geef steeds psycho-educatie over trauma-specifieke symptomen na seksueel geweld en geef duiding over normale gevoelens en gedragingen na een dergelijk trauma. Geef eventueel een infolder voor slachtoffers mee, evenals de gids voor steunfiguren, indien ze dit nog niet eerder kregen van de verpleegkundige.

Stel samen met patiënt en/of steunfiguur de hulpkaart (zie bijlage 0) op, zodat de patiënt zijn eigen reacties (eventueel met behulp van de steunfiguur) kan monitoren en eigen coping strategieën kan versterken en inzetten.

Actieve monitoring door de verpleegkundige

Bied actieve monitoring door de forensisch verpleegkundige aan tot zeker 1 maand na het seksueel geweld en dit bij geen of milde trauma-specifieke symptomen (1) en/of bij aanwezigheid van een sterk informeel en/of hulpverleningsnetwerk. Geef op het einde van de consultatie steeds info over crisisconsultatie/ opvang en –opname mee. Duid dat ze het Zorgcentrum altijd mogen bellen indien hun psychische toestand verslechtert of als ze vragen hebben. De forensisch verpleegkundige – die op regelmatige tijdstippen telefonisch contact zal opnemen – kan dan bij signalen van een verslechterde mentale toestand een herevaluatie van de psychische klachten bij de ZSG-psycholoog voorstellen.

Gesprekken ter psychologische ondersteuning

Stel wekelijkse gesprekken ter psychologische ondersteuning voor tot maand 1 na het seksueel geweld bij geen of milde trauma-specifieke symptomen en/of ontbreken van een sterk informeel en/of hulpverleningsnetwerk. Deze gesprekken ter psychologische ondersteuning richten zich op empowerment en stabilisatie van het minderjarige slachtoffer en zijn netwerk, zonder hierbij te focussen op het trauma. Daarbij kan de psycholoog tevens, in samenwerking met de forensisch verpleegkundige, voor afstemming zorgen met het reeds bestaande hulpverleningsnetwerk van het slachtoffer, zodat de verdere zorg voor het slachtoffer optimaal verloopt.

Individuele trauma-focused behandeling

Overweeg een individuele trauma-focused behandeling op te starten bij minderjarige slachtoffers met ernstige trauma-specifieke klachten voor maximaal 20 sessies. Zoals de NICE-richtlijnen voorschrijven is dit bij voorkeur een trauma-focused CGT-behandeling (1). Deze sessies worden gratis aangeboden in het Zorgcentrum. Bied dit zeker aan bij 7-17-jarigen indien de trauma-specifieke klachten 3 maand na het seksueel geweld nog steeds aanwezig zijn. Volgens de NICE-richtlijnen overweeg je EMDR bij deze leeftijdsgroep indien zij niet open staan voor, of er geen effect te zien is van de individuele trauma- focused CGT-behandeling (1). Bij kinderen jonger dan 7 jaar overweeg je speltherapie en stabiliseer je de steunfiguren. Voer aan het einde van de therapie opnieuw een evaluatie uit (zie

hoofdstuk 1.3).

Dit protocol zal aangepast worden aan eventuele toekomstige veranderingen in internationale richtlijnen.

Doorverwijzing

Activeer steeds, met toestemming van de patiënt, het reeds bestaande hulpverleningsnetwerk van het slachtoffer en/of de steunfiguur. Heel wat minderjarigen zitten ingebed in netwerk van hulpverlening en ondersteuning, zoals school, CLB, voorzieningen jeugdhulp, pleegzorg, CGG, CAW, thuisbegeleiding, revalidatiecentra, consulenten Jeugdrechtbank en Ondersteuningscentrum Jeugdzorg (OCJ). Werk steeds samen met deze partners en organiseer een goede afstemming tussen de betrokken diensten, zodoende een goede hulpverlening te garanderen. Indien de patiënt reeds psychologisch of psychiatrisch gevolgd wordt, bespreek dan met de patiënt/steunfiguur of deze voor de verdere behandeling van de niet-trauma gerelateerde klachten naar de bestaande behandelaar kan blijven gaan.

Indien therapie op het Zorgcentrum na Seksueel Geweld niet aangewezen is, niet haalbaar is, of afgesloten dient te worden, en we schatten in dat er verdere ondersteuning nodig is, raden we aan contact op te nemen met eigen psycholoog/psychiater om traject terug op te nemen of verder te zetten of verwijzen we door naar externe psycholoog/psychiater of andere hulpverlening (zoals thuisbegeleiding, pleegzorg, jeugdhulp, Vertrouwenscentrum Kindermishandeling, CAW, les Services d'Aide aux Victimes...). Slachtoffers die zich langer dan een maand na het seksueel geweld voor een eerste keer op het Zorgcentrum aanmelden, verwijst je gericht door tijdens 3 tot 4 consultaties.

Wanneer de patiënt en/of de steunfiguur depressieve, suïcidale of zelfbeschadigingsklachten en alcohol- en middelenproblemen ervaart, oriënteer je deze indien nodig ter behandeling naar een (kinder)psycholoog buiten het Zorgcentrum. Bij minderjarige patiënten met een hoog risico op ernstige zelfbeschadiging en suïcide, contacteer je de kinderpsychiater voor een directe evaluatie en mogelijke ambulante of residentiële behandeling.

Indien een aanvullende medicamenteuze behandeling aangewezen is, verwijst dan de patiënt ook naar diens huisarts of de kinderpsychiater.

Indien de patiënt vragen heeft met betrekking tot de gerechtelijke procedure, verwijst je haar/hem door naar de dienst slachtofferonthaal van de Justitiehuisen.

Na identificatie van een geschikte doorverwijzing, contacteer je, mits toestemming van het slachtoffer, de hulpverlener om deze op de hoogte te stellen van de situatie.

Vertrouwenscentrum Kindermishandeling / hospitalisatie / melding

Bij risico op geweld door anderen naar het kind, bekijk je met het gezin of het nú opportuun is om het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (VK) te betrekken (voor zover het gaat om een verontrustende gezinssituatie en het VK nog niet betrokken is). Bekijk en bespreek met de patiënt en de steunfiguur welke ondersteuning het VK kan bieden.

Overweeg indien noodzakelijk met de pediater of een (pediatrische) hospitalisatie noodzakelijk is om een verder plan van aanpak ter bescherming van de minderjarige te bepalen.

Bij weigering van enige hulp, overweeg je samen met de pediater of een melding van gevaar op basis van spreekrecht (zie artikel 458bis van het Strafwetboek en meldcode beroepsgeheim) aangewezen is.

5. BIJLAGES

5.1 VEILIGHEIDSPAN

BIJ WIE KAN IK DE KOMENDE DAGEN TERECHT?

Waar ben je veilig? Wie vertrouw je?

Naam, adres en telefoonnummer:

Naam, adres en telefoonnummer:

Naam, adres en telefoonnummer:

SIGNALLEN	RUST
-----------	------

Dat het niet goed met me gaat

Wat brengt met tot rust?

.....

.....

NOODNUMMERS EN HULPLIJNEN	AFLEIDING
---------------------------	-----------

In nood?

Politie: 101

App 112

Wat brengt afleiding?

Hoe kan ik me uitleven of afreageren?

Luisterend oor en assistentie

Tele-onthaal: bel 106 of chat via tele-onthaal.be

Hulplijn bij vragen over geweld: 1712

Chat geweld voor minderjarigen: nupraatikerover.be

Zelfmoordlijn: 1813

Awel (voor kinderen en jongeren): bel 102 of chat via awel.be

SPECIFIEKE HULPVERLENING BIJ JOU IN DE BUURT

Zorgcentrum na Seksueel Geweld:

Mijn huisarts:

Andere hulpverlening:

.....

5.2 ANAMNESE-DOCUMENT MEERDERJARIGEN

ZSG-nummer patiënt:/20...../.....

Naam psycholoog:

Datum anamnese: / /

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

1. VOORGESCHIEDENIS

Indien slachtoffer niet gezien werd door de forensisch verpleegkundige:

(Geschatte) datum van laatste feit van seksueel geweld: / /

Relatie tot plegger: Familielid / (ex-)partner / Kennis / Onbekende / Andere Klachtneerlegging bij politie voor deze feiten: NEE / JA

Indien ja, (geschatte) datum van klachtneerlegging: / /

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

Heeft het slachtoffer een voorgeschiedenis van mentale gezondheidsproblemen NEE/JA

Indien ja, type diagnose?

Indien ja, tijdstip diagnose?

Eerdere psychiatrische opname: NEE/JA

Huidige psychiatrische opname: NEE/JA

Indien ja, reden psychiatrische opname:

Indien ja, datum laatste opname:

Indien ja, behandelende arts en instelling:

Eerdere hulpverlening: NEE/JA

Indien ja, type hulpverlening en tijdstip:

Huidig hulpverleningsnetwerk: NEE/JA

Indien ja, type hulpverlening en start:

.....

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

Afname van PCL-5 vragenlijst: NEE/JA

Indien ja, PCL-5 score :

Indien nee, reden:

3. DISSOCIATIEVE SYMPTOMEN

Vermoeden van dissociatieve symptomen: NEE / JA

Score op SDQ 20:

4. DEPRESSIE

Symptomen van depressie: GEEN MILD ZWAAR

Optionele afname PHQ-9: NEE/JA

Indien ja, score op PHQ-9:

5. ANGST

Symptomen van angst: GEEN MILD ZWAAR

Optionele afname GAD-7: NEE/JA

Score op GAD-7:

6. ALCOHOLMISBRUIK (AUDIT-C)

Hoe vaak drinkt het slachtoffer alcoholische dranken?

0 = nooit

1 = maandelijks of minder 2

= 2 - 4 maal per maand

3 = 2 - 3 maal per week

4 = 4 of meer maal per week

Hoeveel glazen alcoholische drank gebruikte het slachtoffer op een doorsnee dag?

0 = 1 of 2

1 = 3 of 4

2 = 5 of 6

3 = 7, 8 of 9

4 = 10 of meer

Hoe vaak gebruikte het slachtoffer zes of meer glazen alcoholische drank op een gelegenheid?

0 = nooit

1 = minder dan eens per maand

2 = maandelijks

3 = wekelijks

4 = dagelijks of bijna iedere dag

Score op AUDIT-C:

7. AUTOMUTILATIE

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

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

.....

.....

.....

.....

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

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

.....

.....

.....

8. SUICIDALITEIT

8.1. Zelfdodingsgedachten

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

Dacht het slachtoffer de afgelopen dagen aan zelfdoding? NEE/JA Indien ja, hoe sterk zijn deze gedachten:

.....

8.2. Zelfdodingspoging

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

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

.....

.....

8.3. Huidige suïcidale intentie

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

ja, frequentie:

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

Indien ja, beschrijf methode en beschikbaarheid van deze middelen:

.....

9. **HERHAALDELIJK GEWELD DOOR ANDEREN**

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

5.3 ANAMNESE-DOCUMENT MINDERJARIGEN

ZSG-nummer:/20...../.....

Naam psycholoog:

Datum anamnese: / /

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

Type onderwijs slachtoffer:

- Niet schoolgaand
- Kleuteronderwijs
- Lager onderwijs
- Secundair onderwijs
- Hoger onderwijs

1. VOORGESCHIEDENIS

Indien slachtoffer niet gezien werd door de forensisch verpleegkundige: (Geschatte) datum van laatste feit van seksueel geweld: / /

Relatie tot pleger: Familielid / (ex-)partner / Kennis / Onbekende / Andere Klachtneerlegging bij politie voor deze feiten: NEE / JA

Indien ja, (geschatte) datum van klachtneerlegging: / /

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

Heeft het slachtoffer een voorgeschiedenis van mentale gezondheidsproblemen: NEE/JA Indien ja, type diagnose?

Indien ja, tijdstip diagnose?

Eerdere psychiatrische opname: NEE/JA

Huidige psychiatrische opname: NEE/JA

Indien ja, reden psychiatrische opname:

Indien ja, datum laatste opname:

Indien ja, behandelende arts en instelling:

.....

Eerdere hulpverlening: NEE/JA

Indien ja, type hulpverlening en tijdstip:

.....

Huidig hulpverleningsnetwerk: NEE/JA

Indien ja, type hulpverlening en start:

.....

2. TRAUMA-SPECIFIEKE SYMPTOMEN

TSCC		
	Ruwe score	T-score
Angst		
Depressie		
Woede		
Post-traumatische stress		
Dissociatie		
Dissociatie – overt		
Dissociatie - fantasie		
Seksuele Zorgen		
Seksuele preoccupatie		
Seksuele distress		
Totaal gemiste		
Onderraporteren		
Overraporteren		

TSCYC		
	Ruwe score	T-score
PTSS		
Herbeleving		
Vermijding		
Prikkelbaarheid		
<i>Post-traumatische stress</i> TOTAAL		
Emotionele en gedragsproblemen		
Dissociatie		
Depressie		
Angst		
Woede		
Seksuele zorgen		
Validiteit		
Ontkenning		
Atypische respons		

3. AUTOMUTILATIE

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

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

.....

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

NEE/JA

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

.....

4. SUICIDALITEIT

a. Zelfdodingsgedachten

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

Dacht het slachtoffer de afgelopen dagen aan zelfdoding? NEE/JA

Indien ja, hoe sterk zijn deze gedachten:

.....

b. Zelfdodingspoging

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

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

.....

.....

c. Huidige suïcidale intentie

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

NEE / JA

Indien ja, frequentie:

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

NEE/JA

Indien ja, beschrijf methode en beschikbaarheid van deze middelen:

.....

5. ALCOHOLMISBRUIK/DRUGSMISBRUIK

Vermoeden van problematisch alcoholgebruik: NEE/JA

Vermoeden van problematisch druggebruik: NEE / JA

6. HERHAALDELIJK GEWELD DOOR ANDEREN

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

5.4 HULPKAART MEERDERJARIGEN

VEILIGHEID EN VERTROUWEN

Waar ben je veilig? Wie vertrouw je?

.....

RUST

Wat brengt met tot rust?

.....

VERBONDENHEID EN NETWERK

Met wie kan ik leuke dingen doen? Wie is belangrijk voor mij? Wie waardeert mij?

.....

Waar kan ik terecht als ik het moeilijk heb?

.....

TOEKOMST(DROMEN)

Waar kijk ik naar uit? Wat wil ik nog allemaal doen?

.....

ACTIE

Wat brengt afleiding? Hoe kan ik me uitleven of afreageren?

.....

NOODNUMMERS EN HULPLIJNEN

In nood?

Politie: 101

App 112

Luisterend oor en assistentie

Tele-onthaal: bel 106 of chat via tele-onthaal.be

Hulplijn bij vragen over geweld: 1712 Chat

Seksueel geweld: seksueelgeweld.be

Zelfmoordlijn: 1813

Wat zijn mijn talenten?

.....

SPECIFIEKE HULPVERLENING BIJ JOU IN DE BUURT

Zorgcentrum na Seksueel Geweld:

Mijn huisarts:

Andere hulpverlening:

.....

5.5 HULPKAART MINDERJARIGEN

VEILIGHEID EN VERTROUWEN RUST

Waar ben je veilig? Wie vertrouw je?

Wat brengt met tot rust? Wat ontspant me?

.....

.....

.....

VERBONDENHEID EN NETWERK

Met wie kan ik leuke dingen doen? Wie is belangrijk voor mij? Wie waardeert mij?

Waar kan ik terecht als ik het moeilijk heb?

.....

.....

.....

.....

TOEKOMST(DROMEN) ACTIE

Waar kijk ik naar uit? Wat wil ik nog allemaal doen?

Wat brengt afleiding? Hoe kan ik me uitleven of afreageren?

.....

.....

.....

.....

NOODNUMMERS EN HULPLIJNEN Wat zijn mijn talenten?

In nood?

Politie: 101

App 112

Chat over geweld, misbruik, kindermishandeling:

nupraatikerover.be

Zelfmoordlijn: 1813

Awel: bel 102 of chat via awel.be

.....

.....

.....

.....

.....

SPECIFIEKE HULPVERLENING BIJ JOU IN DE BUURT

Zorgcentrum na Seksueel Geweld:

Mijn huisarts:

Andere hulpverlening:

.....

.....

.....

5.6 LIJST PSYCHOLOGISCHE TESTEN

Elk Zorgcentrum heeft volgende psychologische testen ter beschikking in het Nederlands, Frans en Engels:

- AUDIT-C Alcohol Use Disorders Identification Test 3-items scale
- CRIES-13 Children's Revised Impact of Event 13-item Scale
- GAD-7 Generalized Anxiety Disorder 7-item scale
- PCL-5 PTSD Checklist for DSM-5
- PHQ-9 Patient Health Questionnaire 9-item scale
- SDQ-20 Somatoform Dissociation Questionnaire 20-item scale
- TSCC Trauma Symptoom Controle Lijst voor Kinderen
- TSCYC Vragenlijst over traumasymptomen bij jonge kinderen

REFERENTIES

1. NICE. Post-traumatic stress disorder: NICE guideline. National Institute of Health and Care Excellence; 2018 5 December 2018

COLOFON

Redacteur:

Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen
Ernest Blerotstraat 1
1070 Brussel
T 02 233 44 00
gelijkheid.manvrouw@igvm.belgie.be
<http://igvm-iefh.belgium.be>

Oorspronkelijke auteurs:

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

Verantwoordelijke uitgever:

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

Depotnummer:

D/2021/10.043/36

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

In functie van eventuele referentie naar dit hoofdstuk, gelieve steeds volgende bronvermelding te gebruiken: Keygnaert, I., Baert, S., Van Praet K., Van Melkebeke I., Bal S., Verplancke J., Declercq F., Lemmens G. (2020). Handelingsplan voor de psycholoog in de Zorgcentra na Seksueel Geweld. In Het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen (ed). *Zorgcentra na Seksueel Geweld in België: het ZSG-model* (Editie 2021). Brussel: IGVM.

Cette publication est également disponible en français.

