



VRIJE
UNIVERSITEIT
BRUSSEL



Proef ingediend met het oog op het behalen
van de graad van Master of Science in de Criminologische Wetenschappen

SEKSUEEL GEWELD TUSSEN BEWONERS VAN WOONZORGCENTRA: WAT NU?

**Een kwalitatief onderzoek naar de aanpak van
hulpverleners in woonzorgcentra t.a.v. seksueel
geweld tussen bewoners.**

RESIDENT-TO-RESIDENT SEXUAL VIOLENCE IN NURSING HOMES: WHAT NOW?

**Qualitative research on the approach of care givers of nursing homes
towards resident-to-resident sexual violence.**

MARIE-LAURE MEYSMAN
0578387
Academiejaar 2021-2022

Promotor: Diète HUMBLET
Jury: Yana Jasmine JASPERS
Recht & Criminologie

VERKLARING VAN AUTHENTICITEIT

De ondertekende verklaring van authenticiteit is een integrale component van het geschreven werk (Bachelorproef of Masterproef) dat wordt ingediend door de student.

Met mijn handtekening verklaar ik dat:

- ik de enige auteur ben van het ingesloten geschreven werk¹;
- ik dit werk in eigen woorden heb geschreven;
- ik geen plagiaat heb gepleegd zoals gedefinieerd in artikel 118 van het Onderwijs- en Examenreglement van de VUB; waarbij de meest voorkomende vormen van plagiaat zijn (niet-limitatieve lijst):
 - aard 1: tekst overnemen van andere auteurs, weliswaar met bronvermelding maar zonder gebruik van aanhalingstekens waar het om een letterlijke overname gaat;
 - aard 2: tekstfragmenten overnemen van andere auteurs, al dan niet letterlijk, zonder bronvermelding;
 - aard 3: verwijzen naar primair bronmateriaal waar de tekst en bronvermelding al dan niet letterlijk wordt overgenomen uit niet-vermelde secundaire bronnen;
 - aard 4: tekstfragmenten overnemen van andere auteurs, al dan niet met bronvermelding, met geringe en/of misleidende tekstaanpassingen.
- ik in de tekst en in de referentielijst volledig heb gerefereerd naar alle internetbronnen, gepubliceerde of ongepubliceerde teksten die ik heb gebruikt of waaruit ik heb geciteerd;
- ik duidelijk alle tekst heb aangeduid die letterlijk is geciteerd;
- ik alle methoden, data en procedures waarheidsgetrouw heb gedocumenteerd;
- ik geen data heb gemanipuleerd;
- ik alle personen en organisaties heb vermeld die dit werk hebben gefaciliteerd, dus alle ingediende werk ter evaluatie is mijn eigen werk dat zonder hulp werd uitgevoerd tenzij uitdrukkelijk anders vermeld;
- dit werk noch een deel van dit werk werd ingediend aan een andere instelling, universiteit of programma;
- ik op de hoogte ben dat dit werk zal gescreend worden op plagiaat;
- ik alle origineel onderzoeksmateriaal onmiddellijk zal indienen op het Decanaat wanneer hierom wordt gevraagd;
- ik op de hoogte ben dat het mijn verantwoordelijkheid is om na te gaan dat ik word opgeroepen voor een hoorzitting en tijdens de periode van hoorzittingen beschikbaar te zijn;
- ik kennis genomen heb van artikel 118 van het Onderwijs- en Examenreglement van de VUB omtrent onregelmatigheden en dat ik op de hoogte ben van de disciplinaire sancties;
- de afgedrukte kopie die ik indiene identiek is aan de digitale kopie die ik oplaadde op Turnitin.

Student familienaam, voornaam: Meysman Marie-Laure **Datum:** 30 mei 2022

Handtekening: 

¹ Voor groepswerken zijn de namen van alle auteurs verplicht. Hun handtekeningen staan collectief borg voor de volledige inhoud van het geschreven werk.

INHOUDSOPGAVE

Dankwoord.....	3
Nederlands abstract	4
English abstract	5
1. Probleemstelling	6
2. Literatuurstudie.....	9
2.1. <i>Seksualiteit en ouderen</i>	9
2.1.1. Ageïsm en asexuele ouderen	10
2.1.2. Seksualiteit in een residentiële setting voor ouderen	11
2.2. <i>Seksueel geweld</i>	13
2.2.1. Vormen van seksueel geweld	14
2.2.2. Seksueel geweld en ouderen.....	15
2.2.2.1. Prevalentie	15
2.2.2.2. Vormen van seksueel geweld bij ouderen	16
2.2.2.3. Slachtoffers	16
2.2.2.4. Daders	17
2.2.3. Seksueel geweld in woonzorgcentra	18
2.2.3.1. Het beleid	18
2.2.3.2. Prevalentie	19
2.2.3.3. De aanpak van hulpverleners.....	19
2.3. <i>De rapportage van seksueel geweld</i>	19
2.3.1. Rapportage door slachtoffers.....	20
2.3.2. Rapportage door hulpverleners	20
2.4. <i>Besluit</i>	21
3. Onderzoeksvragen.....	22
4. Methodologie.....	24
4.1. <i>Kwalitatief onderzoek a.d.h.v. semigestructureerde interviews</i>	24
4.2. <i>Het materiaal</i>	26
4.3. <i>Respondentenprofiel</i>	27
4.4. <i>Respondentenwerving</i>	27
4.5. <i>Expert-gesprekken</i>	29
4.6. <i>Analyseprocedure</i>	30
5. Resultaten	31
5.1. <i>Visie van hulpverleners op seksualiteit, intimiteit en seksualiteitsbeleving.</i>	31
5.2. <i>Het beleid</i>	33
5.2.1. Een algemeen beleid	34
5.2.2. Een preventief beleid	35
5.3. <i>Seksueel geweld in woonzorgcentra</i>	37
5.3.1. Ervaringen met seksueel geweld tussen bewoners.....	37
5.3.2. Aanpak.....	37
5.3.3. Rapportage	42
5.3.3.1. Aan het Agentschap van Zorg en Gezondheid	42

5.3.3.2.	Aan de betrokken familie	42
6.	Discussie.....	43
6.1.	<i>Beperkingen eigen onderzoek</i>	43
6.2.	<i>Bespreking resultaten</i>	44
6.2.1.	Visie op seksualiteit van ouderen en het intern beleid	44
6.2.2.	De preventie van seksueel geweld tussen bewoners	45
6.2.3.	De aanpak van seksueel geweld tussen bewoners.....	46
6.2.3.1.	Dialog	46
6.2.3.2.	Overleg.....	47
6.2.3.3.	Actie ondernemen	47
6.2.4.	Rapportage	48
6.3.	<i>Aanbevelingen</i>	49
6.3.1.	Voor de overheid	49
6.3.2.	Voor directie van woonzorgcentra	49
6.3.3.	Voor toekomstige onderzoekers	50
7.	Conclusie	51
	Bibliografie	53
	Bijlagen	62
	<i>Bijlage 1: interview leidraad</i>	62
	<i>Bijlage 2: vignetten</i>	65
	<i>Bijlage 3: informed consent</i>	66
	<i>Bijlage 4: Data-managementplan</i>	67
	<i>Bijlage 5: werving via e-mail</i>	68
	<i>Bijlage 6: informatieformulier</i>	69
	<i>Bijlage 7: Werving via sociale media</i>	73
	<i>Bijlage 8: Overzicht woonzorgcentra o.b.v. erkende capaciteit</i>	74
	<i>Bijlage 9: Codeboom</i>	75
	<i>Bijlage 10: toestemmingsformulier openbaarmaking masterproef</i>	76

Dankwoord

Deze masterproef was de laatste uitdaging om mijn studies aan de Vrije Universiteit Brussel af te ronden. Het onderzoek naar seksueel geweld tussen bewoners van woonzorgcentra was een uitdagend en complex proces. Zonder de steun, hulp en inzichten van mijn begeleiders en omgeving had ik mijn masterproef niet tot een goed einde kunnen brengen. Zij stonden steeds voor mij klaar en ik bedank hen hiervoor.

Mijn onderzoek zou onmogelijk geweest zijn zonder de hulp en steun van mijn promotor Diète Humblet met wie ik de onderzoeksvraag voor deze masterproef uitwerkte. Zij stond me de afgelopen zeven maanden bij en heeft steeds mijn vragen beantwoord waardoor ik verder kon met mijn onderzoek. Haar adviezen, tips en inzichten hebben ervoor gezorgd dat ik me kritischer opstelde en na uitvoerig onderzoek de onderzoeksvraag heb kunnen beantwoorden.

Daarnaast wil ik ook Els Messelis en de coördinator van Aditi vzw bedanken. Zonder hun medewerking aan de gesprekken over het onderwerp en de interessante bronnen die werden doorgestuurd had ik dit nooit kunnen voltooien. Hun enthousiasme werkte aanstekelijk en zeer motiverend. Ik hoop dat jullie bijdrage ervoor kan zorgen dat de overheid eindelijk initiatieven onderneemt om een coherent beleid uit te werken.

Bij deze wil ik ook graag de hulpverleners bedanken die deelnamen aan het interview. Ondanks de drukke werkroosters maakten ze tijd vrij om deel te nemen aan mijn onderzoek. Het is hartverwarmend en moedig om te zien hoe begaan ze zijn met de bewoners en hoe graag ze de hulpverlening willen verbeteren. Dankzij hen kon mijn onderzoek voltooid worden.

Tevens wil ik Leontine, Maaïke, Chloë, Eline en Elselien bedanken voor de fijne ondersteuning door het lezen van de ontwerpen van mijn masterproef de afgelopen maanden. Hun opmerkingen en vragen waren zinvol en hebben een nuttige bijdrage geleverd.

Tot slot wil ik nog een extra dankwoord richten aan mijn mama, Tim en Lennert. Zij hebben mij moreel ondersteund tijdens het schrijfproces. Hun wijsheid en raadgevende woorden hebben bijgedragen om deze masterproef tot een goed einde te brengen.

Nederlands abstract

Trefwoorden: seksueel geweld, ouderen, woonzorgcentra

Achtergrond: Seksueel geweld is een van de meest ondergerapporteerde vormen van criminaliteit. Wanneer het slachtoffer een oudere is die tevens verblijft in een woonzorgcentrum, is de onderrapportage nog groter. Seksueel geweld tussen bewoners van woonzorgcentra is een weinig erkend fenomeen. Ouderen worden door ageïsm gezien als asexuele wezens en dus niet als slachtoffers of daders van seksueel geweld. Seksueel geweld onder ouderen is een unieke vorm van seksueel geweld die een unieke aanpak vereist.

Doelstelling: Deze kwalitatieve studie is een verkennend onderzoek vermits wetenschappelijke literatuur over seksueel geweld tussen bewoners van woonzorgcentra onderontwikkeld is. De focus van het onderzoek ligt op de aanpak van hulpverleners in woonzorgcentra tegenover seksueel geweld tussen bewoners onderling.

Methode: Door middel van kwalitatieve interviews waarin de vignettenmethode werd toegepast, trachtte de onderzoeker de aanpak van negen professionele hulpverleners uit vijf verschillende woonzorgcentra in kaart te brengen. Ook twee deskundigen met meer kennis over seksualiteit, intimiteit en seksueel geweld op oudere leeftijd gaven hun belangrijkste inzichten over het onderwerp.

Resultaten: De rapportage aan de bevoegde instantie is laag omwille van diverse redenen: de omslachtige procedure, angst voor controles, tijdgebrek, vergeetachtigheid, en beperkte kennis over de procedures. De aanpak van hulpverleners van seksueel geweld tussen bewoners in woonzorgcentra vertoonde veel overeenkomsten. De hulpverleners reageren vooral vanuit hun eigen buikgevoel en niet vanuit methodologieën of enige wetenschappelijke expertise. Opleidingen en ondersteunend beleid zijn beperkt aanwezig, hoewel dit de deskundigheid van de zorgverleners kan vergroten en seksueel geweld hierdoor vermeden kan worden. Bovendien erkennen de meeste hulpverleners dat elk individu behoefte heeft aan een bevredigende seksualiteit- en intimiteitbeleving, wat betekent dat ze de bewoners niet benaderen vanuit ageïst stereotypen. De aanpak van de hulpverleners bij seksueel geweld tussen bewoners bestond uit drie hoofdonderdelen: in gesprek gaan met de slachtoffer- en daderbewoner, intern en/of extern overleg en overgaan tot actie.

Conclusie: Dit onderzoek biedt meer inzicht in de manier waarop hulpverleners van woonzorgcentra omgaan met incidenten van seksueel geweld tussen bewoners en hoe de eigen visie op seksualiteit bij ouderen en het beleid van de voorziening hier een rol bij spelen. Meer diepgaand onderzoek waarin de beleving van de bewoners centraal staat, is nodig om de kennis en de erkenning van dit fenomeen te vergroten. Dit is noodzakelijk zodat doelgerichte preventiecampagnes tot stand kunnen komen die tevens bijdragen tot het wegwerken van het ageïst stereotiep van de asexuele oudere in de samenleving.

English abstract

Keywords: sexual violence, elderly, nursing homes

Background: Sexual violence is one of the most underreported types of crime. The greatest underreporting is seen when the victims are elderly and reside in a nursing home. Sexual violence between nursing home residents is therefore an underrecognized phenomenon. The elderly population are perceived as asexual beings due to ageism and thus seen neither as victims nor as perpetrators of sexual violence. Elderly sexual violence is a unique form of sexual violence that requires a unique approach.

Objectives: The present qualitative study is an exploratory research, as scientific literature on sexual violence between residents of nursing homes is still lacking. The focus of the research lays in the approach of professional caregivers in nursing homes towards resident-to-resident sexual violence.

Method: By means of qualitative interviews in which the vignette method was implemented, the researcher tried to map out the approach of nine professional caregivers from five different nursing homes. Two experts with greater knowledge on sexuality, intimacy, and elderly sexual violence, also provided their most important insights on the topic.

Findings: The reporting rates to the designated authorities are low due to the cumbersome procedure, fear of controls, lack of time, forgetfulness, or limited knowledge about relevant regulations. The approach of professional caregivers towards resident-to-resident sexual violence in nursing homes showed many similarities. The caregivers respond mainly from their own gut feeling in situations of sexual violence between residents, and not from any methodologies or scientific expertise. Trainings or policies are limited; although this could enhance the caregivers' expertise and prevent occurrences of sexual violence. In addition, most caregivers acknowledge the fact that every individual needs a satisfying experience of sexuality and intimacy, which means that they do not approach the residents from an ageist perspective. The approach of the caregivers consisted of three main components when resident-to-resident sexual violence occurred: entering dialogue with the victim- and perpetrator resident, internal and/or external consultation, and taking measures.

Conclusion: This qualitative study gives more insight on the approach of professional caregivers to incidents of resident-to-resident sexual violence. More in-depth qualitative studies that explore the experiences of the residents themselves are needed to enhance the recognition and knowledge of this phenomenon. This is necessary so that targeted prevention campaigns can be conducted which will also help to eliminate the ageist stereotype of the asexual elder in society.

1. Probleemstelling

Sinds de opkomst van de #metoo-beweging in 2017 is seksueel geweld een actueel en relevant thema op de publieke en politieke agenda (Robert et al., 2018, p. 386). Deze tendens wordt weerspiegeld in divers wetenschappelijk onderzoek en verschillende overheidscampagnes. Dikwijls ligt de focus op kinderen, jongeren of jonge vrouwen als slachtoffers van seksueel geweld. Er heerst nog vaak het stereotype beeld dat ouderen asexueel zijn, maar divers wetenschappelijk onderzoek toont aan dat ouderen wel seksueel actief zijn en dat ook zij het slachtoffer worden van seksueel geweld (Swinnen, 2011; Corbi et al., 2012; Keygnaert et al., 2021). Desondanks blijft seksueel geweld ten opzichte van ouderen een onderbelicht thema wat een illustratie is van discriminatie ten aanzien van ouderen of ageism (Bytheway, 1994, p. 9; WHO, 2002, p. 141; Gerwirtz-Meydan et al., 2019, p. 149).

Door de vergrijzing is de ouderenpopulatie ook in België aan het toenemen (Statbel, 2022). Meer ouderen zullen beroep willen doen op zorgvoorzieningen en men verwacht dat het aantal personen met dementie in Vlaanderen tegen 2070 zal verdubbelen (Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, z.d.; Zorgnet Vlaanderen, 2015, p. 3). In 2020 verbleef ongeveer 5,3 procent van de Vlaamse 65-plussers in een woonzorgcentrum. Hiervan had 81 procent een zwaar zorgprofiel wat van hen een kwetsbare doelgroep maakt (Statistiek Vlaanderen, 2020; Swinnen, 2011, p. 90; Agentschap Zorg en Gezondheid, 2019, p. 105). In 2014 werd een nieuw besluit door de Vlaamse Regering bekend gemaakt om deze kwetsbare doelgroep en tevens alle andere ouderen die verblijven in woonzorgcentra te beschermen tegen seksueel grensoverschrijdend gedrag¹. Elk woonzorgcentrum moet een intern beleid rond seksueel grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van de bewoners installeren. Alle woonzorgcentra hebben daarnaast een meldingsplicht aan het Agentschap van Zorg en Gezondheid voor alle incidenten van seksueel grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van de bewoners. Ondanks deze meldingsplicht blijft de rapportage van seksueel grensoverschrijdend gedrag aan het Agentschap opmerkelijk laag. Het Agentschap ontving in 2019 en 2020 in totaal vijf meldingen van seksueel grensoverschrijdend gedrag². Dit is frappant wanneer we de resultaten van een recent, grootschalig prevalentie-onderzoek, UN-MENAMAIS³, dat werd uitgevoerd in België hiermee vergelijken (Keygnaert et al., 2021). Het onderzoek (UN-MENAMAIS, 2021) toont aan dat ook ouderen het slachtoffer worden van seksueel geweld. In 2019 was 8,4 procent van de ouderen één of meerdere malen het slachtoffer van

¹ Art. 4 Besluit van de Vlaamse Regering van 9 mei 2014 betreffende het beleid inzake preventie van en omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag in gezondheids- en woonzorgvoorzieningen.

² Vr. en Antw. VI. Parl. 2020-21, 10 mei 2021, nr. 643, 2 (S. WOUTERS antw. W. BEKE).

³ UN-MENAMAIS staat voor *Understanding the mechanisms, nature, magnitude and impact of sexual violence in Belgium* (Keygnaert et al., 2021).

seksueel geweld. Dit ging zowel over hands-off als hands-on vormen van seksueel geweld. Daarnaast hield de meerderheid, namelijk 59,9 procent, het slachtofferschap geheim (Keygnaert et al., 2021, p. 58).

Voormalig minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeurzen vermoedde reeds in 2016 dat niet alle incidenten van seksueel grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van bewoners van woonzorgcentra aan het Agentschap gemeld worden⁴. Wanneer we de recentste rapportagecijfers van het Agentschap en de bevindingen van het UN-MENAMAIS-onderzoek naast elkaar leggen, lijkt deze veronderstelling nog steeds van toepassing te zijn. Vermits niet alle incidenten van seksueel geweld bij bewoners aan het Agentschap gemeld worden, kunnen we spreken over een dark number. De afwezigheid van gerapporteerde feiten zorgt ervoor dat bepaalde daders niet gevat en gestraft worden waardoor men ook spreekt van een grey number (Robert et al., 2016, p. 166). Over het algemeen bestaat er een onderrapportage van seksueel geweld in alle leeftijdsgroepen, maar er is een grotere onderrapportage aanwezig wanneer de slachtoffers ouderen zijn en daarenboven verblijven in een verzorgingstehuis zoals een woonzorgcentrum (Smith et al., 2018, p. e369). Verschillende actoren spelen een rol in het rapporteren van seksueel geweld. Enerzijds de slachtoffers: zij moeten de feiten van seksueel geweld rapporteren aan derden zoals familie, hulpverleners, medebewoners, politie en anderen. Onderzoek toont echter aan dat oudere slachtoffers zelden aangifte doen van seksueel geweld omwille van diverse redenen (zie 2.3.1) (Payne, 2011, p. 79). Anderzijds de hulpverleners: zij zijn in het geval van seksueel geweld ten aanzien van ouderen die verblijven in woonzorgcentrum, diegenen die dit moeten melden aan het Agentschap Zorg en Gezondheid⁵. Het is echter onduidelijk waarom hulpverleners dit amper doen, maar hierdoor dragen zij bij aan het dark- en grey number van seksueel geweld binnen woonzorgcentra. Wat hulpverleners wél ondernemen indien situaties van seksueel geweld bij bewoners zich voordoen, is onduidelijk (Nobels et al., 2020, p. 7).

Criminologen buigen zich al jaren over de theorievorming van deviant seksueel gedrag waarbij ze o.a. kijken naar de onderliggende mechanismen van seksueel geweld, dader- en slachtofferprofielen, recidive- en risicotaxatie, begeleiding en behandeling van daders en de gepaste slachtofferhulp (De Boeck & Uzieblo, 2020). Criminologisch onderzoek naar seksueel geweld focust zich voornamelijk op jonge populaties (De Graaf & Marra, 2019; de Haas, 2012). De laatste jaren werd tevens criminologisch onderzoek gevoerd naar andere onderbelichte vormen van seksueel geweld zoals online seksueel kindermisbruik, sibling-misbruik of seksuele moorden (Uzieblo et al., 2022). Onderzoek vanuit een

⁴ *Vr. en Antw. VI. Parl.* 2016-17, 10 februari 2016, nr. 335, 2 (G. COPPÈ antw. J. VANDEURZEN).

⁵ Art. 4 Besluit van de Vlaamse Regering van 9 mei 2014 betreffende het beleid inzake preventie van en omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag in gezondheids- en woonzorgvoorzieningen.

criminologische invalshoek naar seksueel geweld ten aanzien van ouderen blijft beperkt (Payne, 2010, p. 207; Bows, 2018, p. 567; Nobels et al., 2018, p. e370; Malmedal et al., 2015, p. 2).

Onderzoek naar seksueel geweld bij ouderen is nog maar recent op de criminologische radar gekomen. Voordien werd dit eerder bestudeerd in andere disciplines zoals de psychologie, gerontologie en het sociaal werk (Beauregard & Chopin, 2022, p. 28). Seksueel geweld ten aanzien van ouderen blijft nog altijd één van de meest ondergerapporteerde feiten wat mogelijks de aanleiding geeft tot weinig criminologische interesse (Smith et al., 2018, p. e369; Beauregard & Chopin, 2022, p. 152). Hedendaagse criminologische onderzoeken naar seksueel geweld ten aanzien van ouderen focussen zich daarnaast vooral op de prevalentie ervan waarbij zij ouderen benaderen als een heterogene groep die zich bevindt in diverse wooncontexten (Keygnaert et al., 2021). Bows (2018, p. 580) specificeert daarbij dat wetenschappelijke aandacht voor ouderen die verblijven in een institutionele setting beperkt is ondanks dat resultaten van onderzoek uitwijzen dat individuen die verblijven in een institutionele setting, zoals een woonzorgcentrum, een verhoogde kans hebben om slachtoffer te worden van seksueel geweld (Payne, 2011, p. 216; Keygnaert & Linthout, 2020, p. 16). Diverse onderzoeken stellen vast dat daders van seksueel geweld vaker gekend zijn door het slachtoffer of door een verzorger wanneer het slachtoffer in een verzorgingstehuis verblijft. In de meeste gevallen is de dader bovendien een medebewoner (Burgess, 2006, p. 17; Teaster et al., 2007, p. 30; Ramsey-Klawnsnik et al., 2008, p. 358; Payne, 2011, p. 80; Bows, 2018, p. 581). Dit blijkt ook uit de recentste cijfers van het Agentschap Zorg en Gezondheid die voormalige minister Beke voorlegt⁶. Van 2016 tot en met april 2021 ontving het Agentschap amper achttien meldingen van seksueel grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van een bewoner van een woonzorgcentrum, in veertien van de achttien gevallen was de pleger een medebewoner. Het is daarom uitermate relevant om wetenschappelijk onderzoek te voeren naar het fenomeen van seksueel geweld waar de dader én het slachtoffer allebei bewoners zijn van hetzelfde woonzorgcentrum. Deze invalshoek werd ook in eerder onderzoek gesuggereerd vermits dit aspect van seksueel geweld nog steeds onderbelicht is (Vanderploeg, 2017, p. 48).

Criminologisch onderzoek naar seksueel geweld tussen bewoners van woonzorgcentra is tot op vandaag onderontwikkeld. De criminologie biedt potentieel voor de theoretische ontwikkeling van kaders die helpen om seksueel geweld bij ouderen beter te verklaren en te begrijpen (Beauregard & Chopin, 2022, p. 28). Bovendien kan meer kennis in deze specifieke verschijningsvorm van seksueel geweld (nl. seksueel geweld tussen bewoners

⁶ *Vr. en Antw. VI. Parl.* 2020-21, 10 mei 2021, nr. 643, 2 (S. WOUTERS antw. W. BEKE).

van woonzorgcentra) bijdragen aan de ontwikkeling van effectievere interventies vanuit een wetenschappelijk kader (Beauregard, 2022, p. 46; Yates & Allardyce, 2022, p. 59). Deze interventies kunnen zich vertalen in preventiecampagnes, beleidswijzigingen en beter afgestemde dader-en slachtofferhulp (Eckert & Sugar, 2008, p. 1; Bows, 2018, p. 581).

2. Literatuurstudie

2.1. Seksualiteit en ouderen

Op liefde, aanrakingen, intimiteit en partnerschap staat geen leeftijd, iedereen heeft het nodig. Tevredenheid over het eigen seksuele functioneren en persoonlijke seksuele relaties heeft ook een positief effect op de kwaliteit van het leven (Kamel & Hajjar, 2003, p. 205; McAuliffe, 2007, p. 69; Thys et al., 2019, p. 837; Miller et al., 2021, p. 265). Van Lankveld (2011, p. 38) stelt dat een positief seksleven, een lustvolle en bevredigende seksuele ervaring bijdragen tot het algemene gevoel van welbevinden bij ouderen.

Seksualiteit kent verschillende betekenissen, onder andere die van seksueel gedrag en seksueel functioneren. Hier gaat het over handelingen waarbij genot en seksuele opwindning wordt nagestreefd, maar het gaat evengoed over het ervaren van emotionele intimiteit (van Lankveld, 2011, p. 33). Het is niet eenvoudig om een alomvattende definitie van seksualiteit te formuleren (Heemelaar, 2008, p. 42). De definitie geformuleerd door de Wereldgezondheidsorganisatie komt hierbij in de buurt, het is een brede benadering van het begrip seksualiteit. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2017) stelt dat seksualiteit een belangrijk domein is doorheen het volledige leven van een individu:

“Sexuality is a central aspect of being human throughout life and encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, ethical, legal, historical, religious and spiritual factors” (WHO, 2017, p. 3).

Net zoals Gewirtz-Meydan en collega's (2018, p. 150) vaststellen, mag seksualiteit niet alleen gezien worden als louter seksuele activiteiten of seksuele relaties. Seksualiteit wordt gezien als een manier waarop een individu in het leven staat, de invulling hiervan zal niet voor iedereen hetzelfde inhouden en kan evolueren doorheen de tijd (Van Houdenhove et al., 2015, p. 47; Zorgnet Vlaanderen, 2015, p. 5). Individuen uiten op latere leeftijd seksualiteit vaker op alternatieve manieren, daarom is het belangrijk om een zo breed

mogelijke definitie te hanteren. Een merendeel van de ouderen ervaart namelijk verschillende fysieke en psychische hindernissen wanneer zij willen voldoen aan hun seksuele behoeften. Door de veroudering van het lichaam, verlopen bepaalde zaken minder vlot of zijn sommige handelingen bijna onmogelijk, daarnaast kunnen mentale problematieken ook een belemmerende rol spelen in het vervullen van deze seksuele behoeftes (McAuliffe et al., 2007, p. 70; Van Houdenhove et al., 2015, p. 52). Ouderen uiten en bevredigen hierdoor hun behoeftes op verschillende manieren, dit kan zowel verbaal als fysiek zijn zoals handen vasthouden, kussen, complimenten geven en het strelen van de ander. Een meer seksueel getinte expressie zoals pornografische beelden bekijken, masturbatie en het hebben van seks komt ook voor bij ouderen (Thys et al., 2019, p. 4; Messelis & Bauer, 2019, p. 85).

2.1.1. Ageism en asexuele ouderen

Ouderen krijgen vaak te maken met ageism op verschillende domeinen, zoals de arbeidsmarkt, gezondheidszorg. Ageism heeft betrekking op leeftijd en vooroordelen, waarbij personen van een bepaalde leeftijd worden gediscrimineerd omwille van hun leeftijd (Bytheway, 1994, p. 9). Ageist stereotypen en mythes schetsen ouderen als onaantrekkelijke, asexuele wezens die tevens onbegeerlijk zijn en creëren het idee dat het onnatuurlijk is voor ouderen om seksuele activiteiten aan te gaan (Gewirtz-Meydan et al., 2018, p. 150).

Robert Butler (1980, p. 8), de bedenker van het concept ageism, definieert in zijn theorievorming drie kernproblemen van ageism. Hoewel Butler deze kernproblemen bijna 40 jaar geleden formuleerde, lijkt het nog actueel zeker wanneer deze gekoppeld worden aan ouderen en seksualiteit. *Het eerste probleem is de bevooroordeelde houding ten aanzien van ouderen, de ouderdom en het verouderingsproces.* We associëren seksualiteit voornamelijk met jongere generaties. Zo gaat men ervanuit dat ouderen geen seksuele behoeftes meer hebben en nastreven, ouderen worden gezien als asexuele wezens (Nay et al., 2007, p. 76). Er wordt vaak gedacht dat verouderen gepaard gaat met het verliezen van seksuele interesses en behoeftes. Onderzoek toont aan dat seksualiteit belangrijk blijft bij ouderen en dat een groot deel van de ouderen seksueel actief blijven (Kamel & Hajjar, 2003, p. 203; Træen et al., 2019, p. 823; Nobels et al., 2020, p. 9). *Het tweede probleem zijn de discriminerende praktijken tegen ouderen die betrekking hebben op de verschillende sociale rollen die zij innemen.* Butler koppelt dit voornamelijk aan de tewerkstelling van ouderen doordat zij verschillende problemen op de werkvloer ervaren (Levy & Macdonald, 2016, p. 7). Ouderen nemen een specifieke sociale rol in. Hierbij verwachten we niet dat zij seksuele handelingen stellen of willen stellen, dit past namelijk niet bij de sociale rol die zij innemen. *Als derde probleem zijn er de institutionele praktijken en het beleid die de stereotiepe opvattingen over ouderen in stand houden die hun kansen*

op een bevredigend leven verminderen en hun persoonlijke waardigheid ondermijnen. Ouderen krijgen weinig erkenning en ondersteuning in het bevredigen van hun behoeftes naar seksualiteit en intimiteit wanneer zij gezien worden als asexuele wezens (Mahieu et al., 2011, p. 1152). Dit heeft op zijn beurt een negatieve impact op het algemeen gevoel van welbevinden van de ouderen (Van Lankveld, 2011, p. 38).

Bovenstaande duiding betreft *negatief ageism* wat de negatieve attitude ten aanzien van ouderen inhoudt. Levy & Macdonals (2016) proberen ageism volledig te kaderen en vinden het belangrijk om *positief ageism* hierin te betrekken. Bij positief ageism worden ouderen en het verouderingsproces vanuit een positieve invalshoek bekeken. Positieve opvattingen over karaktertrekken van ouderen zoals hen zien als rustige, wijze, vriendelijke individuen die minder betrokken zijn in criminele activiteiten. Daarnaast krijgen ouderen soms een betere behandeling omwille van hun leeftijd (positieve discriminatie). Ze krijgen bijvoorbeeld een pensioen, mogen gratis met de bus, krijgen goedkopere tickets voor musea, huurprijzen zijn voor hen soms lager, etc. Onderzoek naar negatief ageism nam de afgelopen jaren toe, onderzoek naar positief ageism blijft daarentegen schaars (Levy & Macdonald, 2016, p. 8). De onderzoeker zou graag bijdragen aan het onderzoek naar positief ageism, maar met huidig onderzoeksonderwerp lijkt dit niet haalbaar.

2.1.2. Seksualiteit in een residentiële setting voor ouderen

Het belang dat ouderen hechten aan hun seksueel welbevinden neemt niet noodzakelijk af wanneer ouderen verblijven in een residentiële setting zoals een woonzorgcentra (Mahieu et al., 2011, p. 1141; Thys et al., 2019, p. 387; Messelis & Bauer, 2019, p. 86). Het verblijf in een residentiële setting kan daarnaast wel voor een aantal moeilijkheden en barrières zorgen op vlak van het seksueel welbevinden (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2019, p. 104). Het gebrek aan privacy, de attitude van medebewoners en het gebrek aan communicatie over seksualiteit zijn volgens onderzoek de voornaamste barrières die ouderen ervaren voor het hebben van een optimale seksuele expressie in een residentiële setting (Villar et al., 2014, p. 2522).

Het verblijf in een residentiële setting gaat gepaard met het verlies van autonomie om beslissingen te nemen die betrekking hebben op verschillende domeinen van het leven, ook op het domein van seksualiteit en intimiteit. Een opname leidt vaak tot een verlies van privacy en de mogelijkheden om intimiteit te beleven doordat bijvoorbeeld hulpverleners onaangekondigd de kamers binnenkomen, partners nog thuis verblijven, medebewoners ongevraagd de kamer betreden, een kamer gedeeld wordt, etc. (Zwakhalen, 2011, p. 87). Het is daarom van groot belang dat woonzorgcentra een duidelijke visie en een concreet beleid uitwerken waarin ze de seksualiteit- en intimiteitsbeleving van ouderen mogelijk maken en waarbij ze onder andere de privacy en de autonomie van de bewoners

respecteren (Zwakhalen, 2011, p. 88; Agentschap Zorg en Gezondheid, 2019, p. 85). Het is bovendien niet eenvoudig voor woonzorgcentra om een gepast evenwicht te vinden tussen het beschermen van ouderen tegen mogelijk (seksueel) misbruik en het waarborgen van persoonlijke vrijheden (Messelis, 2019, p. 14; Mahieu, 2020, p. 27). Hierdoor installeren woonzorgcentra soms een restrictief beleid ten aanzien van de seksualiteitsbeleving en intimiteit van bewoners (Miller et al., 2021, p. 255). De stereotiepe beeldvorming over ouderen en hun seksualiteit speelt hierin ook een belangrijke rol. Seksuele interesses van ouderen worden hierdoor sneller gezien als gedragsproblematieken in plaats van de veruiterlijking van hun behoefte aan liefde en intimiteit. Als woonzorgcentra deze stereotiepe beeldvorming overnemen, zullen zij vaker restrictief zijn ten aanzien van de seksualiteit van hun bewoners (Mahieu et al., 2011, p. 1141).

Het Agentschap Zorg en Gezondheid deed een bevraging over de Kwaliteit van Leven bij bewoners van woonzorgcentra in Vlaanderen (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2017). Een opmerkelijk resultaat is dat 66% van de respondenten aangeeft dat zij zelden of nooit de mogelijkheid hebben tot genegenheid of romantiek (Vlaams Agentschap en Gezondheid, 2017, p. 13). Hieruit kan verondersteld worden dat seksualiteit- en intimiteitsbeleving in Vlaamse woonzorgcentra nog vaak gevoerd wordt vanuit een restrictief beleid. Dit bevestigt Slabbinck (2017) in zijn onderzoek. Hij concludeert dat amper 12% van de Vlaamse woonzorgcentra over seksualiteit en intimiteit richtlijnen heeft. Hun beleid hierover bevat vaak uitsluitend afspraken over de onderdrukking van seksueel grensoverschrijdend gedrag en behandelt onderwerpen zoals plezier of seksualiteitsbeleving niet.

Daarnaast zijn hulpverleners belangrijke sleutelfiguren in het algemeen welbevinden van de bewoners van een woonzorgcentrum. De houding van hulpverleners ten aanzien van de seksualiteit van de bewoners speelt hierin een belangrijke rol (Nay et al., 2007, p. 77; Thys et al., 2019, p. 837; Villar et al., 2020, p. 197). Hulpverleners die ouderen zien als asexuele wezens, problematiseren uitingen van seksualiteit van ouderen sneller (Kamel & Hajjar, 2003, p. 203; Messelis & Bauer, 2019, p. 86). Daarnaast zorgt dit stereotype ervoor dat hulpverleners het ongepast vinden om seksualiteit met de bewoners te bespreken, weten ze niet goed hoe ze met de seksuele noden van de bewoners moeten omgaan en is hun kennis over ouderenseksualiteit vaak erg beperkt. Door dit gebrek aan kennis en vaardigheden kunnen hulpverleners ouderen niet erkennen en ondersteunen in hun seksuele behoeftes (Keygnaert et al., 2021, p. 52; Agentschap Zorg en Gezondheid, 2019, p. 85).

2.2. Seksueel geweld

Wat houdt seksueel geweld in en wat is het verschil met seksueel grensoverschrijdend gedrag? Omwille van de grote gelijkenissen tussen beide begripsomschrijvingen kunnen ze gezien worden als synoniemen. De term *seksueel geweld* is net zoals seksueel grensoverschrijdend gedrag een paraplubegrip waaronder veel gedragingen vallen. In de literatuur worden hieraan verschillende betekenissen gegeven. Seksueel geweld is volgens de Haas (2012) een vorm van seksueel grensoverschrijdend gedrag en definieert seksueel grensoverschrijdend gedrag als:

"Elk gedrag of elke toenadering, al dan niet fysiek, dat seksueel van aard is en de grenzen van het slachtoffer overschrijden. Bij fysieke grensoverschrijding geeft het slachtoffer geen toestemming of staat hij of zij onder dwang om een seksuele handeling uit te voeren of te ondergaan" (2012, p. 136).

De Wereldgezondheidsorganisatie (2002, p. 149) spreekt daarentegen niet over seksueel grensoverschrijdend gedrag, zij operationaliseren het begrip 'seksueel geweld' (*sexual violence*). Dit doen zij vanuit een holistische visie waarin zij alle mogelijke verschijningsvormen proberen te includeren:

"Elke seksuele daad die tegen iemands wil wordt uitgevoerd. Het kan door eender welke persoon uitgevoerd worden ongeacht zijn of haar relatie tot het slachtoffer, in gelijk welke omgeving. Iemand tot seksuele daden dwingen tegen zijn of haar wil, of die daad nu volledig gesteld werd of niet, alsook een poging tot het betrekken van iemand in seksuele daden zonder dat deze de aard of de conditie van de daad snapt, of zonder dat zij/hij kan weigeren deel te nemen of onwil kan uiten bijvoorbeeld door ziekte, beperking, de invloed van alcohol of drugs, of door intimidatie of druk" (2002, p. 149).

Beide definities zijn algemeen geformuleerd waarbij leeftijd geen rol speelt. Het Amerikaans National Centre on Elder Abuse focust zich daarentegen specifiek op de doelgroep ouderen en formuleert een eerder beknopte definitie voor *Elder sexual abuse*. Zij verstaan hieronder:

"Het niet-consensueel seksueel contact dat kan bestaan uit ongewenste aanrakingen, aanranding, het nemen van seksueel expliciete beelden en elk seksueel contact met een volwassene die geen toestemming kan geven" (z.d.).

Er kan opgemerkt worden dat alle definities vrij vaag zijn. Wat bedoelen de auteurs met een *seksuele daad*, waaruit kan *seksueel contact* bestaan en wanneer is iets van

seksuele aard? Het gebrek aan een concrete invulling van deze begrippen lijkt in eerste instantie nadelig. Zo is het moeilijker voor individuen om in te schatten welke verschijningsvormen seksueel geweld kan aannemen. Niettegenstaande zou een te enge invulling kunnen leiden tot het excluderen van bepaalde seksuele handelingen als vormen van seksueel geweld. Het Amerikaans National Centre on Elder Abuse (z.d.) geeft een paar voorbeelden, maar deze opsomming is zeker niet volledig. Het is daarom belangrijk om de begrippen *seksuele daad en seksueel contact* in te vullen met hands-off en hands-on vormen van seksueel geweld. Bij hands-off gedragingen raakt de dader het slachtoffer niet aan, de dader stelt handelingen die seksueel getint zijn en die het slachtoffer potentieel kunnen schaden zoals het geven van ongewenste seksuele opmerkingen, het tonen van geslachtsdelen, voyeurisme, etc. Bij hands-on gedragingen maakt de dader wel fysiek contact met het slachtoffer. Dit kan gaan over ongewenste aanrakingen, gedwongen zoenen, verkrachting, etc. (WHO, 2002, p. 149).

De invulling van seksueel geweld omschreven door de Wereldgezondheidsorganisatie blijkt de meest bruikbare te zijn (Bows, 2018, p. 568). Onderzoek vult hierbij aan dat wanneer het gaat over seksueel geweld ten aanzien van ouderen, seksuele verwaarlozing moet opgenomen worden in de definitie van seksueel geweld. Dit helpt om ouderen meer te erkennen als seksuele wezens en om bewustzijn te creëren dat ouderen ook slachtoffers kunnen worden van seksueel geweld (Nobels et al., 2020, p. 9; Keygnaert et al., 2021, p. 52).

2.2.1. Vormen van seksueel geweld

Seksueel geweld kan opgedeeld worden in verschillende categorieën wanneer we kijken naar de verschillende verschijningsvormen. Keygnaert en Linthout (2020) onderscheiden vier grote vormen van seksueel geweld, namelijk: seksuele intimidatie, seksueel misbruik, poging tot verkrachting en verkrachting.

Seksuele intimidatie is elke vorm van ongewenst en herhaaldelijke seksuele toenadering, ongewenste seksuele aandacht, vraag naar seksuele activiteiten en/of gunsten of ander verbaal of fysiek gedrag van seksuele aard. Bij deze vorm vindt er geen lichamenlijk contact plaats (Keygnaert & Linthout, 2020, p. 11). Seksuele intimidatie wordt vaak gekoppeld aan werk-gerelateerde contexten, maar ook daarbuiten vindt seksuele intimidatie plaats (de Graaf & Marra, 2019, p. 7).

Het gedwongen opleggen van een fysieke handeling van seksuele aard, het opzettelijk betasten van de penis, de vagina, de billen, de borsten, zonder toestemming van de persoon vat men samen onder de noemer **seksueel misbruik** (Keygnaert & Linthout, 2020, p. 11). Bij seksueel misbruik is er lichamenlijk contact, maar geen penetratie.

Kernelementen hierbij zijn: het afgedwongen gedrag, het ontbreken van toestemming en de aanwezigheid van een problematisch machtsonevenwicht (Sensoa, z.d.).

Poging tot verkrachting is de poging tot gedwongen seksuele penetratie van een lichaamsopening met een voorwerp of een lichaamsdeel zonder dat de persoon hiervoor geïnformeerde toestemming heeft gegeven of heeft kunnen geven (Keygnaert & Linthout, 2020, p. 11; WHO, 2002, p. 149). De poging tot verkrachting is door de Belgische Strafwet strafbaar gesteld⁷.

Verkrachting is elke daad van seksuele penetratie van een lichaamsopening met een lichaamsdeel of een voorwerp tegen de wil van een persoon of tegen een persoon die niet in staat is om toestemming te geven. De dader gebruikt rechtstreeks geweld, dreigt met geweld, gebruikt dwang of een list. Het gaat hierbij over zowel geslachtsgemeenschap als orale of anale seks (Keygnaert & Linthout, 2020, p. 11; De Graaf & Marra, 2019, p. 7; WHO, 2002, p. 149). Het middel waarmee het slachtoffer gepenetreerd wordt, speelt geen rol. Dit kan een geslachtsdeel zijn, maar ook een object.

2.2.2. Seksueel geweld en ouderen

Er heerst de idee dat ouderen asexueel en daarbovenop seksueel onaantrekkelijk zijn (Nay et al., 2007, p. 76; Gewirtz-Meydan et al., 2018, p. 150). Deze stereotypes en mythes die voortkomen vanuit ageïsm en die nog steeds heersen in de samenleving zorgen ervoor dat ouderen weinig aanzien worden als daders en slachtoffers van seksueel geweld (Nobels et al., 2018, p. e370; Syme & Cohn, 2020, p. 2). Verschillende onderzoeken bewijzen het tegendeel (Rosen et al., 2010; Smith et al., 2018; Bows, 2018; Syme & Cohn, 2020; Miller et al., 2021).

2.2.2.1. Prevalentie

Op basis van prevalentiecijfers zou men kunnen concluderen dat seksueel geweld amper voorkomt bij ouderen, maar dergelijke interpretatie zou de werkelijkheid foutief weergeven. Enerzijds zijn deze prevalentiecijfers gebaseerd op gerapporteerde feiten zoals strafzaken en politionele dossiers (Keygnaert et al., 2021, p. 51). Terwijl verschillende onderzoeken opmerken dat seksueel geweld bij ouderen ernstig ondergerapporteerd is waardoor een dark number ontstaat (Payne, 2011, p. 79; Bows, 2018, p. 567; Keygnaert et al., 2021, p. 58). Anderzijds speelt de toegepaste definitie van seksueel geweld die gebruikt is in dergelijk onderzoek een belangrijke rol. Een te enge omschrijving van het begrip 'seksueel geweld' heeft een grote invloed op de prevalentiecijfers van seksueel geweld bij ouderen aangezien ze in sommige gevallen niet alle verschijningsvormen includeren, zoals de hands-off vormen. Hierdoor geven de resultaten van dergelijk

⁷ Art. 52 Sw.

onderzoek een vertekend beeld over de reële omvang van seksueel geweld bij ouderen (Bows, 2018, p. 580; Nobels et al., 2020, p. 9).

Voor het eerst in België is er een grootschalig representatief onderzoek naar het slachtofferschap van seksueel geweld uitgevoerd door Keygnaert en collega's (UN-MENAMAIS, 2021). Expertise van de Universiteit Gent en Luik en het Nationaal Instituut voor Criminologie en Criminalistiek bevroegden meer dan 5.000 Belgen over hun ervaring met seksueel geweld en de impact ervan op hun leven. In dit onderzoek werd specifiek aandacht besteed aan de doelgroep ouderen, namelijk volwassenen ouder dan 70 jaar. Deze studie maakte gebruik van de brede definitie van seksueel geweld beschreven door de WHO en baseert zich niet op criminaliteitsstatistieken van seksueel geweld. Het schetst daarom een representatiever beeld over de prevalentie van seksueel geweld bij ouderen in België. Dit UN-MENAMAIS onderzoek toont aan dat één op twaalf volwassenen ouder dan 70 jaar het slachtoffer werd van seksueel geweld de afgelopen twaalf maanden. In 2,5 procent van de gevallen ging het om seksueel geweld met aanraking en in 0,6 procent van de gevallen ging het over (een poging tot) verkrachting (Keygnaert et al., 2021, p. 58). Wel moet opgemerkt worden dat de kans reëel is dat bepaalde respondenten wilden deelnemen aan dit onderzoek net doordat zij ooit seksueel geweld meemaakten wat op zijn beurt kan leiden tot een overschatting van seksueel geweld bij ouderen (Galea & Tracy, 2007, p. 645).

2.2.2.2. Vormen van seksueel geweld bij ouderen

Seksueel geweld ten aanzien van ouderen uit zich op een andere manier dan bijvoorbeeld seksueel geweld gericht tegen jonge vrouwen (Beauregard, Chopin & Winter, 2020, p. 1). Volgens het onderzoek van Payne (2011, p. 80) is het gestreeld worden door een ander de meest voorkomende vorm van ongewenste seksuele toenadering bij ouderen. De UN-MENAMAIS-studie (Keygnaert et al., 2021) toont aan dat zeven procent van de ouderen de voorbije 12 maanden het slachtoffer werd van hands-off seksueel geweld. Het gaat vooral over ongewenst seksueel staren, seksuele gebaren, het tonen van seksuele beelden, het ontvangen van seksuele berichten of telefoongesprekken en exhibitionisme. Daarnaast werd 2,5 procent van de ouderen het slachtoffer van hands-on seksueel geweld waaronder ongewenste aanrakingen, zich gedwongen moeten uitkleden, ongewenst kussen en verschillende vormen van verkrachting (Keygnaert et al., 2021, p. 54).

2.2.2.3. Slachtoffers

Seksueel geweld brengt verschillende negatieve gevolgen voor het slachtoffer met zich mee. Dit zijn korte- en lange termijn gevolgen die een invloed hebben op het fysieke, seksuele, sociale en mentale welzijn van het slachtoffer (Schapansky et al., 2021; Nobels et al., 2021).

Een Noorse reviewstudie over seksueel misbruik⁸ in verzorgingstehuizen voor ouderen concludeert dat zowel mannen als vrouwen even vaak het slachtoffer zijn van seksueel geweld en dat de oudste patiënten frequenter worden blootgesteld aan seksueel geweld. Daarnaast toont deze studie aan dat de meeste slachtoffers een cognitieve, psychiatrische en/of een fysieke problematiek hebben (Malmedal et al., 2015, p. 3). Ouderen zijn omwille van het verouderingsproces kwetsbaarder. Indien er fysieke en cognitieve problematieken aanwezig zijn, worden ouderen het perfecte slachtoffer doordat de problematieken hen verhinderen om hulp te zoeken en om hun slachtofferschap bekend te maken (Jones & Powell, 2006, p. 215; Goldblatt et al., 2020, p. 6). Zo rapporteren ouderen met dementie minder het slachtofferschap van seksueel geweld, maar vertonen zij eerder gedragsveranderingen omwille van de ervaren stress (Syme & Cohn, 2020, p. 2). Het is daarom belangrijk dat hulpverleners letten op signalen die erop wijzen dat de oudere het slachtoffer werd van seksueel geweld. Cognitieve problematieken kunnen daarbij ook leiden tot valse verklaringen van seksueel geweld. Het is hierdoor niet evident voor hulpverleners om adequaat om te gaan met dergelijke situaties (Miller et al., 2021, p. 263).

2.2.2.4. Daders

Het daderprofiel verschilt naargelang de setting waarin het oudere slachtoffer verblijft. Wanneer de oudere in een woning in de gemeenschap woont, is de dader vaker een familielid. Verschillende onderzoeken tonen aan dat de dader vaker een medebewoner is wanneer de oudere verblijft in een verzorgingstehuis (Ramsey-Klawnsnik et al., 2008, p. 358; Payne, 2011, p. 80; Bows, 2017, p. 15; Syme & Cohn, 2020, p. 2). Een verklaring hiervoor volgens Ramsey-Klawnsnik (2009, p. 5) is dat een dader die verblijft in verzorgingstehuis eenvoudiger potentiële slachtoffers vindt die kwetsbaarder zijn en dus makkelijker overmeesterd kunnen worden. Hierbij gaat men ervanuit dat de bewoner een rationele dader is die weet wat hij of zij doet, maar niet alle bewoners hebben de capaciteit om weloverwogen te handelen. Dit omwille van een cognitieve problematiek zoals bijvoorbeeld dementie. Deze ziektebeelden maar ook het gebruik van bepaalde medicatie kunnen leiden tot een verandering in seksuele behoeften en gedrag en veroorzaken zo ongewild seksuele agressie, veranderingen in seksuele inhibitie en seksueel risicovol gedrag waarbij de dader niet eens beseft dat hij of zij seksueel ongewenst gedrag vertoont (Miller et al., 2021, p. 263).

Veroordelingen van daders van seksueel geweld ten aanzien van ouderen zijn zeldzaam, dit is het gevolg van gebrek aan bewijs of doordat het slachtoffer niet in staat is om te

⁸ Deze reviewstudie maakt gebruik van de term seksueel misbruik, wat volgens Keygnaert en Linthout (2020) een vorm is van seksueel geweld, maar bij hun definiëring van seksueel misbruik is te zien dat het overeenkomt met wat hierboven is beschreven als seksueel geweld.

participeren in het strafrechtelijk proces (Payne, 2011, p. 80). Hoe ouder het slachtoffer, hoe lager de kans dat de dader schuldig wordt bevonden. Aanklachten van seksueel misbruik ten aanzien van ouderen resulteren daarenboven minder in strafrechtelijke zaken wanneer het slachtoffer in een woonzorgvoorziening verblijft, vergeleken met diegene die zelfstandig woont (Ramsey-Klawnsnik et al., 2008, p. 358; Syme & Cohn, 2020, p. 4). Volgens Syme & Cohn (2020, p. 4) is dit te verklaren door de bestaande stereotypes en mythes van de asexuele en onaantrekkelijke ouderen. Daarnaast speelt zowel negatief als positief ageïsm ten aanzien van de oudere dader een rol (Levy & Macdonals, 2016, p.8). In vergelijking met jongere daders worden oudere daders van interpersoonlijke misdrijven als minder ernstig beschouwd en krijgen zij minder zware straffen, dit fenomeen wordt door de auteurs *criminal ageism* genoemd (Syme & Cohn, 2020, p. 5). Booth (2016, p. 1) vult hierbij aan dat oudere daders van seksueel geweld verschillen van jongere daders op het vlak van recidiverisico waarbij oudere daders een lager risico hierop hebben. Of dit ook van toepassing is op daders woonachtig in een woonzorgcentra, is niet bekend.

2.2.3. Seksueel geweld in woonzorgcentra

Een woonzorgcentrum is een residentiële voorziening voor personen ouder dan 65 jaar die niet meer thuis kunnen verblijven⁹. Het is een verblijfplaats waar ouderen hulp krijgen bij dagdagelijkse taken tot verzorging en verpleging. Ouderen verhuizen meestal naar een woonzorgcentrum doordat zijzelf of hun naasten niet meer in staat zijn om voor hen te zorgen (Ramsey-Klawnsnik, 2009, p. 4).

2.2.3.1. Het beleid

Een woonzorgcentra dat erkend wil worden door de Vlaamse overheid moet voldoen aan verschillende voorwaarden. In deze voorwaarden is de aanpak van seksueel grensoverschrijdend gedrag ook opgenomen. Dit is geregeld in *het Besluit van de Vlaamse Regering betreffende het beleid inzake preventie van en omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag in gezondheids- en woonzorgvoorzieningen*¹⁰. Hierin staat dat de voorziening een geschreven referentiekader voor seksueel grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van de gebruikers moet ontwikkelen. Daarnaast hanteert de voorziening een procedure voor de preventie van, de detectie van en gepaste reacties op seksueel grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van de gebruikers. In deze procedure is een registratiesysteem opgenomen dat anonieme gegevens bijhoudt over de gevallen van seksueel grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van de gebruikers. Tot slot meldt de voorziening op een anonieme wijze seksueel grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van de gebruikers aan het Agentschap Zorg en Gezondheid. Het Agentschap controleert iedere

⁹ Art. 33. Decreet vl. 15 februari 2019 betreffende de woonzorg, BS 28 juni 2019.

¹⁰ Art. 4 Besluit van de Vlaamse Regering van 9 mei 2014 betreffende het beleid inzake preventie van en omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag in gezondheids- en woonzorgvoorzieningen.

melding waarbij twee afwegingen worden gemaakt¹¹: heeft de directie correct opgetreden? En moet er een inspectie in de organisatie plaatsvinden?

2.2.3.2. Prevalentie

In 2016 werden alle woonzorgcentra formeel herinnerd aan de meldingsplicht van alle incidenten van seksueel grensoverschrijdend gedrag bij bewoners¹². Desondanks bleven de cijfers van gerapporteerde voorvallen van seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen woonzorgcentra de navolgende jaren opmerkelijk laag¹³. De reden hiervoor is onduidelijk. Uit een schriftelijke vraag gericht aan toenmalig Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding Wouter Beke blijkt dat er over een tijdsspanne van zes jaar - vanaf 2016 tot en met 2021 - achttien meldingen bij het Agentschap Zorg en Gezondheid werden geregistreerd van seksueel grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van bewoners van woonzorgcentra. In veertien van de achttien gevallen was de pleger een medebewoner¹⁴.

2.2.3.3. De aanpak van hulpverleners

De aanpak van seksueel geweld in woonzorgcentra mag echter niet bestaan uit het louter verbieden van seksuele activiteiten aangezien dit een schending van het recht op vrijheid en seksuele expressie is (Kamel & Hajjar, 2003, p. 205). Hulpverleners moeten een positieve seksualiteitsbeleving faciliteren, maar het is ook belangrijk om medebewoners te beschermen tegen potentieel seksueel geweld (Rosen et al., 2010, p. 8).

Ageism wordt ook geïdentificeerd in de aanpak van de hulpverleners. Ageism heeft als gevolg dat incidenten van seksueel geweld ten aanzien van ouderen worden genegeerd of geminimaliseerd en dragen bij tot de gebrekkige herkenning van dergelijke incidenten (Smith et al., 2021, p. 153). Malmedal en collega's (2015, p. 5) stellen vast dat verzorgingstehuizen vaak onvoldoende of niet reageren op seksueel geweld. Elke hulpverlener moet een gepaste opleiding krijgen zodat zij signalen van seksueel geweld herkennen en hier adequaat op kunnen reageren (Burgess, 2006, p. 88; Ramsey-Klawnsnik et al., 2008, p. 354; Thimsen, 2020, p. 86).

2.3. De rapportage van seksueel geweld

Eén van de risicofactoren voor seksueel geweld ten aanzien van ouderen is het gebrek aan incidentenrapportage. Geïsoleerde ouderen zijn kwetsbaarder doordat er een gebrek is aan gatekeepers die misdrijven rapporteren (Payne, 2011, p. 228). Over het algemeen bestaat er een onderrapportage van seksueel geweld maar de grootste onderrapportage is

¹¹ *Vr. en Antw. VI. Parl.* 2020-21, 10 mei 2021, nr. 643, 2 (S. WOUTERS antw. W. BEKE).

¹² *Vr. en Antw. VI. Parl.* 2016-17, 10 februari 2016, nr. 335, 2 (G. COPPÈ antw. J. VANDEURZEN).

¹³ *Vr. en Antw. VI. Parl.* 2020-21, 10 mei 2021, nr. 643, 2 (S. WOUTERS antw. W. BEKE).

¹⁴ *Ibid.*

aanwezig wanneer de slachtoffers ouderen zijn en daarenboven verblijven in een verzorgingstehuis zoals een woonzorgcentrum (Smith et al., 2018, p. e370).

2.3.1. Rapportage door slachtoffers

Volgens het Belgisch prevalentie-onderzoek UN-MENAMAIS (2021) heeft de meerderheid (59,9 procent) van alle oudere slachtoffers nooit hun slachtofferschap bekend gemaakt. Door ageism zien ouderen zichzelf niet als mogelijk slachtoffer van seksueel geweld en worden zij minder snel geloofd wanneer ze durven vertellen over hun slachtofferschap. Situaties van seksueel geweld ten aanzien van ouderen komen minder frequent voor dan andere vormen van geweld waardoor zij onwaarschijnlijker lijken (Malmedal et al., 2015, p. 5; Syme & Cohn, 2020, p. 6). Verschillende ouderen geven daarnaast aan dat het taboe op seksualiteit hierin ook een rol speelt. Zij groeiden op met dit taboe waardoor zij enerzijds niet durven praten over zulke zaken en anderzijds niet beschikken over de juiste woorden om te benoemen wat er is gebeurd. Tot slot geven bijna de helft van de oudere slachtoffers aan dat zij geen hulp nodig hadden en daarom het slachtofferschap voor zichzelf hielden. Wanneer slachtoffers niet praten over hun slachtofferschap of niet geloofd worden, kunnen zij niet rekenen op gepaste nazorg en ervaren ze vaker secundaire victimisatie (Keygnaert et al., 2021, p. 52-59).

2.3.2. Rapportage door hulpverleners

Zoals hierboven is beschreven, ontvangt het Agentschap Zorg en Gezondheid weinig meldingen van woonzorgcentra. Literatuur biedt geen kant-en-klare theorie die beschrijft waarom hulpverleners dergelijke incidenten niet melden aan de bevoegde instanties. Castle (2012, p. 350) vermoedt dat bewoner-op-bewoner-misbruik alleen wordt gemeld aan de politie als er geweld wordt gebruikt en als het slachtoffer hier ietsels aan overhoudt. Het is niet bekend of dit ook van toepassing is op seksueel geweld tussen bewoners. Malmedal en collega's (2015, p. 5) concluderen daarnaast dat hulpverleners soms geen rapportage maken van seksueel geweld aan de autoriteiten omwille van een gebrek aan bewijs en de medische conditie van het slachtoffer. Daarnaast spelen de competenties van hulpverleners een rol. Wanneer zij zich onbekwaam voelen om dergelijke situaties aan te pakken, is de kans kleiner dat zij seksueel geweld rapporteren. Een goede opleiding waarin hulpverleners attitudes en vaardigheden aanleren, kan hierin het verschil maken. Smith, Wright en Ibrahim (2021) hebben tevens Australische verpleegkundigen uit verzorgingstehuizen voor ouderen bevraagd naar mogelijke barrières die zij ervaren bij het rapporteren van ongewenst seksueel gedrag op de werkvloer. Zij ervaren een gebrek aan rapportage-trainingen, een gebrek aan kennis over ongewenst seksueel gedrag, onduidelijke rapportageprocedures en de opvatting dat rapportage niet zinvol is. Deze barrières zouden opnieuw weggewerkt kunnen worden aan de hand van opleidingen of trainingen.

Uit correspondentie van voormalige ministers van Welzijn, kan geconcludeerd worden dat niet elk incident van seksueel grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van bewoners van woonzorgcentra gemeld wordt aan het Agentschap Zorg en Gezondheid¹⁵. De oorzaak hiervan is onduidelijk. Spelen bovenstaande factoren hier ook een rol of zijn er andere aspecten van belang? Deze masterproef probeert hierin een meerwaarde te zijn en een antwoord te geven op de vraag waarom Vlaamse hulpverleners dergelijke incidenten niet rapporteren aan de daarvoor aangewezen instantie.

2.4. Besluit

De begrippen seksualiteit en ouderen worden niet snel aan elkaar gelinkt omwille van ageist stereotypen. Ouderen ziet men vaak als aseksuele wezens, waarbij men vergeet dat zij seksuele behoeftes hebben en vaak nog seksueel actief zijn (Kamel & Hajjar, 2003; Træen et al., 2019; Nobels et al., 2020; Thys et al., 2019; Swinnen, 2011). Het verblijf in een woonzorgcentrum zorgt tevens voor barrières om een positieve seksualiteitsbeleving te behouden (Mahieu et al., 2011; Thys et al., 2019; Messelis & Bauer, 2019). Daarnaast heeft ageïsm het gevolg dat ouderen minder frequent de status van slachtoffer van seksueel geweld claimen én dat zij niet herkend worden als daders van seksueel geweld (Corbi et al., 2012). Desondanks is seksueel geweld tussen bewoners van woonzorgcentra actuele problematiek die tot op heden onderbelicht blijft (Malmedal et al., 2015; Nobels et al., 2020).

In deze masterthesis wordt de brede definitie van de WHO (2002) gehanteerd wanneer het gaat over seksueel geweld. Een belangrijke opmerking hierbij is dat seksuele verwaarlozing niet geïnccludeerd is in de definitie van seksueel geweld die in deze masterthesis gebruikt wordt. De toevoeging van seksuele verwaarlozing in de definitie van seksueel geweld werd tevens aanbevolen in recenter onderzoek naar seksueel geweld bij ouderen (Nobels et al., 2020, p. 9). Dit onderzoek focust op seksueel geweld tussen bewoners van woonzorgcentra. Hierdoor is het aannemelijk dat men bewoners van een woonzorgcentrum niet verantwoordelijk kan stellen voor de seksuele verwaarlozing van hun medebewoners. Het is vooral de organisatie zelf en de hulpverleners die hierin een belangrijke rol spelen aangezien zij bepalend zijn voor het al dan niet erkennen van de behoefte naar seksualiteit en intimiteit van hun bewoners waardoor zij al dan niet hun bewoners seksueel verwaarlozen. Daarnaast spelen deze twee actoren, de organisatie en zijn hulpverleners, een belangrijke rol in de aanpak van seksueel geweld tussen bewoners en de rapportage hiervan.

¹⁵ *Vr. en Antw. VI. Parl.* 2016-17, 10 februari 2016, nr. 335, 2 (G. COPPÈ antw. J. VANDEURZEN). & *Vr. en Antw. VI. Parl.* 2020-21, 10 mei 2021, nr. 643, 2 (S. WOUTERS antw. W. BEKE).

3. Onderzoeksvragen

Hierboven werd reeds vermeld dat hulpverleners van woonzorgcentra seksueel geweld ten aanzien van hun bewoners amper rapporteren aan het Agentschap van Zorg en Gezondheid terwijl er evidentie is om aan te nemen dat dergelijke misdrijven voorkomen (Keygnaert et al., 2021; Miller et al., 2021). Daarnaast zijn in woonzorgcentra de daders vaker medebewoners (Teaster et al., 2019; Corbi et al., 2012; Smith et al., 2018). Deze masterproef probeert de leemte over seksueel geweld tussen bewoners van woonzorgcentra op te vullen aan de hand van een kwalitatief onderzoek naar de aanpak van hulpverleners ten aanzien van seksueel geweld tussen bewoners. Dit onderzoek is een verkennend onderzoek vermits er weinig onderzoek over dit onderwerp voorhanden is (Nobels et al., 2020, p. 7). Bestaand onderzoek is meestal verouderd en werd vooral uitgevoerd in De Verenigde Staten (Burgess, 2006; Ramsey-Klawnsnik, 2009; Rosen et al., 2010; Castle, 2012). Doordat de gezondheidszorg daar anders georganiseerd is, is er nood aan nationaal onderzoek naar dit fenomeen. Nationaal onderzoek naar de aanpak van hulpverleners ten aanzien van seksueel geweld tussen bewoners van woonzorgcentra lijkt onbestaand (Nobels et al., 2020, p.7). Als zij dergelijke misdrijven niet rapporteren, wat ondernemen hulpverleners dan wél? Vanuit deze denkpiste is onderstaande onderzoeksvraag tot stand gekomen:

Hoe gaan hulpverleners uit woonzorgcentra om met seksueel geweld tussen bewoners?

Vanuit deze bredere onderzoeksvraag zijn verschillende deelvragen voortgekomen. Er zijn verschillende zaken die een invloed uitoefenen op de aanpak van hulpverleners. Allereerst lijkt het zinvol om het beleid dat het woonzorgcentrum hanteert van naderbij te bekijken. Normaal gezien speelt het beleid een belangrijke rol in het handelen van hulpverleners. In dergelijk beleidsnota's wordt opgenomen waar de voorziening voor staat (missie- en visieteksten) en in sommige documenten wordt expliciet opgenomen hoe de hulpverleners specifieke situaties moeten aanpakken. Zo kan er een beleid bestaan voor seksualiteit en intimiteit, daarnaast moet er een handelingskader opgenomen worden voor de gepaste aanpak van seksueel grensoverschrijdend gedrag¹⁶. De deelvraag die hieruit voorkomt is *op welke manier heeft het beleid in woonzorgcentra over seksualiteit, intimiteit en seksueel geweld (tussen bewoners) een invloed op het handelen van de hulpverleners?* Daarnaast kan het woonzorgcentrum preventieve maatregelen nemen om seksueel geweld tussen bewoners te voorkomen. Denk maar aan het inzetten van extra personeel, bepaalde maatregelen nemen ten aanzien van bepaalde risicoprofielen, opleidingen voorzien voor hulpverleners om hen alerter te maken voor dergelijke feiten, etc. (Burgess, 2006;

¹⁶ Art. 4 Besluit van de Vlaamse Regering van 9 mei 2014 betreffende het beleid inzake preventie van en omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag in gezondheids- en woonzorgvoorzieningen.

Ramsey-Klawnsnik et al., 2009). Deze preventieve maatregelen kunnen daarbij opgenomen zijn in een beleidstekst of kunnen net ontbreken. Het is daarom opportuun om stil te staan bij de volgende vraag: *Hoe pakt het woonzorgcentrum preventief seksueel geweld ten aanzien van bewoners aan?*

Bovendien kunnen persoonlijke overtuigingen een rol spelen in het (al dan niet) handelen van hulpverleners (Mahieu et al., 2011; Thys et al., 2019). Het is daarom van belang om stil te staan bij de volgende vraag: *hoe staan hulpverleners tegenover seksualiteit en intimiteit bij ouderen die verblijven in een woonzorgcentrum?* Hulpverleners kunnen openstaan voor seksualiteit bij ouderen waardoor zij dit mee proberen te faciliteren, maar zij kunnen ook vertrekken vanuit het stereotiepe beeld van de asexuele oudere waardoor de kans groter is dat zij uitingen van seksualiteit en intimiteit problematiseren, minimaliseren of net negeren. (Kamel & Hajjar, 2003, p. 203; Smith et al., 2021, p. 153; Band-Winterstein et al., 2021, p. 118).

Tot slot rest nog de vraag hoe hulpverleners handelen na incidenten van seksueel geweld tussen bewoners. Hulpverleners spelen een belangrijke rol in de zorg voor veiligheid van hun bewoners, maar wanneer een bewoner de rol van dader inneemt, lijkt het niet evident om hiermee om te gaan. Het is een continue evenwichtsoefening tussen het voorzien van voldoende vrijheden voor de bewoners en het bewaken van de grenzen van iedere bewoner (Messelis, 2019, p. 14; Mahieu, 2020, p. 27; Miller et al., 2021, p. 255).

Het is enerzijds belangrijk dat slachtoffers achteraf de gepaste nazorg krijgen zodat secundaire victimisatie wordt tegengegaan (Keygnaert et al., 2021, p. 52), maar anderzijds is zoals het Besluit van de Vlaamse Regering van 9 mei 2014 vooropstelt, de gepaste reactie ten aanzien van de daders van belang. Hieruit kwam de laatste deelvraag tot stand, namelijk: *Welke aanpak hanteren hulpverleners ten aanzien van de daders en de slachtoffers?* Hierbij staan we stil hoe ze reageren op het moment zelf en welke acties ze nadien ondernemen zowel ten aanzien van de daders als ten aanzien van de slachtoffers. Tot slot wordt ook gekeken naar de rol van de rapportage van seksueel geweld tussen bewoners in de aanpak van hulpverleners. Aan wie rapporteren ze het incident? Aan wie niet? En waarom doen ze dit? Hierdoor wil de onderzoeker proberen om de volledige aanpak van de hulpverleners in kaart te brengen.

4. Methodologie

4.1. Kwalitatief onderzoek a.d.h.v. semigestructureerde interviews

Seksualiteit en seksueel geweld zijn gevoelige onderwerpen waarover nog steeds een groot taboe heerst (Gerwartz-Meydan et al., 2018, p. 157; Band-Winterstein et al., 2021, p. 113). Dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek doordat in kwalitatieve studies een vertrouwensband ontstaat tussen onderzoeker en respondent die het mogelijk maakt om gevoelige of taboeonderwerpen te bespreken (Decorte & Zaitch, 2017, p. 28).

Zoals in de rubriek *onderzoeksvragen* is uiteengezet, peilt dit onderzoek naar de manier waarop hulpverleners uit woonzorgcentra omgaan met seksueel geweld tussen bewoners. Hun handelen is met andere woorden een uitkomst van verschillende beslissingsprocessen. De kwalitatieve grondvorm van dit onderzoek is het kwalitatief interview aangezien dit de aangewezen methode is bij onderzoek naar beslissingsprocessen (Beyens et al., 2017, p. 192).

Er is bewust gekozen voor semigestructureerde interviews waarbij een vragenprotocol wordt gebruikt. De vragen in dit protocol zijn logisch opgebouwd en zorgen voor een houvast, maar er kon hiervan afgeweken worden waardoor er ruimte ontstond voor de persoonlijke inbreng van respondenten en een spontaner verloop van het interview (Beyens et al., 2017, p. 195). Het vragenprotocol (*zie bijlage 1*) bestond uit een aantal introductievragen waarin de respondent meer over zijn/haar functie vertelde en over de eigen visie op seksualiteit en intimiteit van ouderen. Hierna peilde de onderzoeker naar het beleid van het woonzorgcentrum omtrent seksualiteitsbeleving en intimiteit van bewoners en het preventieve beleid ten aanzien van seksueel grensoverschrijdend gedrag. In de derde rubriek vertelden de respondenten over situaties van seksueel geweld tussen bewoners waar zij rechtstreeks of onrechtstreeks getuige van waren¹⁷. Deze rubriek werd gevolgd door vragen over de aanpak van seksueel geweld die in het beleid van de voorziening wordt vooropgesteld.

In het interview werd daarenboven de vignettenmethode geïmplementeerd om de gedachtegang en het keuzeproses van de respondenten te doorgronden (Veenma et al., 2004, p. 4; Maguire et al., 2015, p. 244). Deze vignetten (*zie bijlage 2*) bevatten hypothetische situaties waarin er sprake is van seksueel geweld tussen twee bewoners. In elk vignet werd de focus gelegd op een specifiek aspect waarvan verwacht werd dat het van invloed zou zijn op de aanpak van de hulpverlener. De vignetten-studie maakt het mogelijk om specifieke kenmerken aan te passen en hiervan de invloed te toetsen

¹⁷ Hulpverleners zijn onrechtstreeks getuige van seksueel geweld tussen bewoners wanneer zij dit vernemen van collega's, de bewoner zelf of diens familie.

(Goudriaan & Nieuwbeerta, 2009, p. 281). De vignetten varieerden in verschillende kenmerken, namelijk:

- Het betreft een hands-off of hands-on vorm van seksueel geweld;
- De dader is een man en het slachtoffer een vrouw of omgekeerd;
- Een cognitieve problematiek is aanwezig bij de dader en/of het slachtoffer;
- Het verschil in relatie tussen dader en slachtoffer;
- En het incident dat al dan niet wordt gerapporteerd door een familielid.

Nadat de onderzoeker het vignet voorlas of liet lezen door de respondenten, werd er gevraagd wat de hulpverlener in deze specifieke situatie denkt, doet en waarom hij of zij dit doet. Daarnaast werd telkens gevraagd aan wie ze dit specifieke incident zouden rapporteren. Het was hierbij de bedoeling dat de respondenten hun antwoord zouden motiveren. Door het gebruik van vignetten is het mogelijk om verschillende antwoorden van respondenten met elkaar te vergelijken (Beyens et al., 2017, p. 199). Daarnaast kan bij de vignettenmethode met een beperkt aantal respondenten de invloed van een groot aantal factoren op het oordeel van een hypothetische casus worden vastgesteld (Veenma, et al., 2004, p. 4). Desondanks bestaat de kans dat respondenten bij de implementatie van de vignettenmethode anders reageren dan hoe zij dit in de werkelijkheid zouden doen doordat zij geneigd zijn om de situaties rationeler te beoordelen (Maguire et al., 2015).

Tijdens elk interview werd minstens één vignet voorgelegd aan de respondent. Het aantal voorgelegde vignetten was afhankelijk van de beschikbare tijd en de voorgaande antwoorden van de respondent. Elk vignet is aan minstens vier verschillende respondenten voorgelegd.

Tabel 1: schematische voorstelling vignetten per respondent

Vignet	Respondenten									Totaal:
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	
V1				•	•	•	•	•	•	6 respondenten
V2	•	•	•	•	•	•	•	•		8 respondenten
V3						•	•	•	•	4 respondenten
V4		•	•			•	•	•	•	6 respondenten
V5		•	•	•	•	•		•		6 respondenten
V6		•	•			•		•	•	5 respondenten

De respondenten hadden de keuze tussen een online interview of een interview ter plaatse in de voorziening. Meestal werd gekozen voor de tweede optie. Beide interviews hadden typische voor- en nadelen. Zo was het moeilijker om tijdens digitale interviews de non-verbale taal van de respondenten af te lezen en was de implementatie van de vignetten moeilijker doordat de respondenten de vignetten niet zelf konden nalezen terwijl ze

antwoordden op de vragen (Steenhout, 2017, p. 438). Online-interviews waren daarentegen praktischer aangezien er geen verplaatsingstijd nodig was. Uiteindelijk werden er twee interviews online en vijf interview ter plaatse afgenomen. Alle interviews vonden plaats tussen 24 maart 2022 en 11 mei 2022.

Alle respondenten zijn voorafgaand aan het interview op de hoogte gesteld van hun geldende rechten die werden uitgeschreven in de informed consent (*zie bijlage 3*) zodat de respondent op een geïnformeerde wijze kon deelnemen aan het onderzoek (Schroyen et al., 2014 p. 304). In de informed consent staat geschreven dat de deelname aan het interview volledig vrijblijvend is, ze vragen mogen weigeren, op ieder moment het interview kan stopgezet worden en de data vertrouwelijk zal worden verwerkt. Daarnaast werd hierin gevraagd of de respondent akkoord gaat met een audio-opname van het interview. De meerderheid van de respondenten, namelijk zeven geïnterviewden, gaven zowel schriftelijk als mondeling geïnformeerde toestemming. Twee respondenten gaven uitsluitend mondelinge toestemming. Bij alle respondenten mocht er een audio-opname gemaakt worden. Deze opname werd meteen verwijderd van de audio-recorder wanneer deze was omgezet naar een transcriptie (*zie bijlage 4*).

4.2. Het materiaal

De afname van semigestructureerde interviews verliep aan de hand van een vragenprotocol. Daarnaast werden er vignetten geïmplementeerd tijdens het interview om te peilen naar de handelingsstrategieën van de respondenten bij situaties van seksueel geweld tussen bewoners. Zowel het vragenprotocol als de vignetten werden opgesteld op basis van eerder geraadpleegde literatuur en de vooropgestelde onderzoeksvragen. De vignetten werden geïnspireerd op de situatiekaarten uit het *Vlaggensysteem voor Volwassenen* van Sensoa (z.d.) en de casussen uit het boek *Buiten de lijnen kleuren* (Messelis & Van Velthoven, 2020). Elk vignet werd zodanig omgevormd naar een situatie waarin er sprake was van seksueel geweld tussen bewoners.

De gebruikte literatuur werd voornamelijk gevonden op Google Scholar, Research Gate en Scencedirect. Tevens had de onderzoeker toegang tot de onlinebibliotheek van de KU-Leuven (Limo Libis) waarbij oorspronkelijk ontoegankelijke bronnen beschikbaar gesteld werden. De gehanteerde zoektermen waren: seksueel geweld, ouderen, woonzorgcentra, seksueel grensoverschrijdend gedrag, ageism, rapportage en ouderenzorg. Deze termen werden in combinatie met elkaar gebruikt, oorspronkelijk alleen in het Nederlands maar later ook in het Engels. Daarnaast werd de minder betrouwbare sneeuwballenmethode toegepast om bijkomende relevante literatuur te lokaliseren (Mahieu et al., 2014, p. 54).

4.3. Respondentenprofiel

De respondenten in dit kwalitatief onderzoek zijn hulpverleners zoals verpleegkundigen en zorgkundigen. Zij komen dagelijks in contact met de bewoners van het woonzorgcentrum waardoor zij worden gezien als *knowledgeable agents* (Beyens et al., 2017, p. 191). Zij hebben direct contact met zowel de daders als de slachtoffers van seksueel geweld en zijn meestal de eerste die seksueel geweld waarnemen, hierop reageren en het daarna al dan niet rapporteren aan de directie of andere actoren. Daarnaast zullen deze hulpverleners het handelingskader dat in het beleid uiteen is gezet, uitvoeren op de werkvloer.

Volgende inclusiecriteria werden vooropgesteld: hulpverleners moeten werkzaam zijn in een woonzorgcentrum gelegen in West- en Oost-Vlaanderen¹⁸. De focus lag voornamelijk op verpleeg- en zorgkundigen doordat zij dagdagelijks in contact komen met de bewoners van het woonzorgcentrum waarin zij tewerkgesteld zijn. Hierdoor zijn zij volgens Castle (2012, p. 341) beter in staat om seksueel geweld tussen bewoners te identificeren en te rapporteren. Begeleiders (zoals bejaardenhelpers) kwamen omwille van hun nauwe contacten met de bewoners ook in aanmerking voor de deelname aan het interview (Zorgnet Vlaanderen, 2015, p. 17). Het was voornamelijk van belang dat de respondenten frequent en diepgaand met bewoners in contact komen tijdens het uitoefenen van hun job. Coördinatoren die zich verdiepten in deze materie, namelijk seksualiteit, intimiteit en seksueel geweld, waren ook relevant voor het onderzoek door hun specifieke expertise over het onderwerp. Bij voorkeur waren deze hulpverleners minstens één jaar werkzaam in de setting waardoor zij voldoende kennis bezitten over de werking, de visie en de missie van de organisatie. Dit laatste aspect was tevens geen exclusie criterium.

4.4. Respondentenwerving

Allereerst werd er via een online-zoekmachines gezocht naar woonzorgcentra in de regio Oost- en West-Vlaanderen. Daarna werden er e-mails verstuurd naar een aantal woonzorgcentra uit deze regio. Deze woonzorgcentra werden op willekeurige wijze geselecteerd. Hierbij werd er in een logboek geregistreerd welk woonzorgcentrum gecontacteerd was, waar het woonzorgcentrum gelegen is, wanneer contact werd opgenomen via welk e-mailadres en wat de reactie van het woonzorgcentrum was (deelname, weigering of non-respons). Hierdoor behield de onderzoeker een goed overzicht van de reeds gecontacteerde voorzieningen en de vastgelegde afspraken.

¹⁸ De onderzoeker koos ervoor om alleen woonzorgcentra gelegen in Oost- en West-Vlaanderen te betrekken in dit onderzoek. De onderzoeker is zelf woonachtig in Oudenaarde (Oost-Vlaanderen) waardoor verplaatsingen naar verdere uithoeken van het land zoals Limburg of Antwerpen enerzijds te duur zouden worden door de stijgende brandstofprijzen en anderzijds te veel tijd in beslag zouden nemen door de langere verplaatsingstijd.

In totaal werden er 24 woonzorgcentra in Oost-Vlaanderen en 26 woonzorgcentra in West-Vlaanderen gecontacteerd via e-mail. In deze e-mail werd de opzet van het onderzoek kort geschetst (*zie bijlage 5*) en het informatieformulier (*zie bijlage 6*) werd hierbij in de bijlage gezet zodat de ontvanger alle details kon nalezen. Via deze weg was de potentiële respondent geïnformeerd over de manier waarop het interview zou verlopen en hoe de gegevens verwerkt zouden worden. Er werd zowel in de e-mail als in het informatieformulier benadrukt dat alle gegevens op vertrouwelijke wijze zouden worden verwerkt en dat zowel de naam van de organisatie, de hulpverleners als eventuele namen van bewoners gepseudonimiseerd zouden worden zodat deze niet identificeerbaar zijn. Via deze weg werden drie interviews (waarvan een duo-interview) vastgelegd waardoor de onderzoeker de wervingsstrategie uitbreidde. Er werd op 18 maart 2022 een bericht (*zie bijlage 7*) geplaatst op diverse sociale mediakanalen (Facebook, Twitter en Instagram) waarin het onderzoeksonderwerp kort werd beschreven en welke respondenten hiervoor gezocht werden (Steenhout, 2017, p. 439). Hieruit kwam één duo-interview voort.

Gezien de geringe respons op het e-mailbericht als het bericht op sociale media, besliste de onderzoeker om niet langer passief af te wachten maar om actief contact op te nemen met verschillende woonzorgcentra die voordien digitaal werden gecontacteerd. Er werden in totaal veertien woonzorgcentra opgebeld waaruit drie nieuwe respondenten zijn voortgekomen.

Uiteindelijk werden negen respondenten bevestigd uit vijf verschillende woonzorgcentra. De werkervaring van de respondenten in de organisatie waarin zij waren tewerkgesteld varieerde van één jaar tot 18 jaar ervaring. Het betrof uitsluitend vrouwelijke respondenten die allemaal een andere functie hadden in de voorziening waarin zij werken (*zie tabel 2*). Verder was er een verschil op te merken tussen de grootte van de vijf verschillende woonzorgcentra. De erkende capaciteit van de bevestigde woonzorgcentra varieerde van 66 bedden tot 175 bedden (*zie bijlage 8*).

Tabel 2: overzicht respondentenprofiel naargelang de afdeling en functie van de respondent.

Afdeling en functie	
6 respondenten	Gesloten afdeling waar voornamelijk bewoners met een dementieproblematiek verblijven.
Functie	
1. Teamcoördinator (zowel gesloten afdeling als mobiele equipe)	
2. Verpleegkundige	
3. Logistiek medewerker	
4. Ergotherapeut en referentiepersoon dementie	
5. Zorgkundige en kwaliteitscoördinator	
6. Coördinator ethiek en dementie	

3 respondenten	<u>Overkoepelend:</u> werken op verschillende afdelingen naargelang de bezettingsgraad of hulpverleningsvraag (zgn. mobiele-equipe)
Functie	
1. Psycholoog	
2. Stafmedewerker zorgbeleid, diensthoofd overkoepelende zorgdiensten (mobiele equipe), ombudsdienst en referentiepersoon relaties, intimiteit en seksualiteit.	
3. Zorgkundige in mobiele equipe en referentiepersoon relaties, intimiteit en seksualiteit.	

In dit kwalitatief onderzoek werd vooraf geen steekproefgrootte bepaald aangezien de onderzoeker streefde naar theoretische saturatie, naar het punt waarop nieuwe respondenten geen nieuwe data meer naar voren brengen (Mortelmans, 2017, p. 121; Small, 2009, p. 25). Door tussentijdse analyses uit te voeren, kreeg de onderzoeker zicht op het al dan niet bereiken van de theoretische saturatie. Uiteindelijk hebben in totaal negen respondenten deelgenomen aan een interview en werd de theoretische saturatie bereikt.

4.5. Expert-gesprekken

De onderzoeker voerde tevens twee gesprekken met experts over het onderwerp. Deze expert-gesprekken waren voornamelijk *open ended interviews* waarbij er sprake was van een zeer beperkte sturing door de onderzoeker (Beyens et al., 2017, p. 197). Het algemeen thema, namelijk de onderzoeksvraag, werd aangereikt waarop de respondenten hun expertise uiteenzetten. Daarnaast werden een aantal tussentijdse bevindingen uit de semigestructureerde interviews met de hulpverleners voorgelegd aan de experts. Hierbij werden geen namen (van respondenten of voorzieningen) aan de experts vrijgegeven om zo de anonimiteit van de hulpverleners te garanderen.

Door deze datatriangulatie werden verschillende perspectieven (die van de experts en die van de hulpverleners) met elkaar vergeleken wat bijdraagt tot de interne validiteit van het volledige onderzoek. De onderzoeker vertrekt vanuit het constructivisme wat wil zeggen dat zij niet uitgaat van één waarheid, maar wel vanuit de idee dat respondenten diverse perspectieven hebben waarin getracht wordt om te begrijpen hoe deze perspectieven tot stand zijn gekomen (Maesschalck, 2017, p. 132).

De experts zijn in vergelijking met de hulpverleners meer of zelf volledig identificeerbaar. Hiervoor kreeg de onderzoeker toestemming. De experts beslisten zelf over de mate waarin zij anoniem wensten te blijven wat de onderzoeker respecteerde. Daarnaast werd er een terugkoppeling gedaan waarin de onderzoeker de gegevens, de interpretaties en de conclusies aftoetste bij de experts. Aangezien deze expert-gesprekken niet werden opgenomen, moest de onderzoeker op basis van schriftelijke notities het gesprek

reconstrueren. Deze terugkoppeling was belangrijk aangezien de onderzoeker geen foutieve uitspraken wou doen (Vander Laenen & O’Gorman, 2017, p. 581)¹⁹.

Zo sprak de onderzoeker met de coördinator van de VZW Aditi (hierna genoemd: Aditi). Aditi is een advies- en informatiecentrum waar individuen met een beperking (fysiek en/of mentaal), een psychische kwetsbaarheid, kwetsbare senioren en hun brede netwerk terecht kunnen wanneer het gaat over seksualiteit- en intimiteitszorg. Aditi heeft een ruim aanbod, maar staat bij hulpverleners voornamelijk gekend als de organisatie die instaat voor seksuele dienstverlening. Daarnaast ondersteunt zij zorgvoorzieningen (gehandicaptenzorg en ouderenzorg) bij het uitwerken van een seksualiteits- en intimiteitsbeleid en het oplossen van moeilijke casussen (Aditi, z.d.).

Verder is ook mevrouw Messelis gecontacteerd. Zij is gerontoloog en heeft expertise rond de thema’s seksualiteit, intimiteit op latere leeftijd en verdiept zich ook in het beleid van woonzorgcentra over seksualiteit, intimiteit en (seksueel) grensoverschrijdend gedrag wat zij tevens heeft uiteengezet in verschillende gepubliceerde boeken. Els Messelis was sedert 2016 mede-initiatiefneemster van de driedaagse vorming voor *Intimiteitscoach* wat later hervormd werd naar *Referentiepersonen intimiteit en seksualiteit in woonzorg* (RRIS). Sedert 2021 is ze vanuit Odisee als partner en lesgever betrokken bij het pilootproject voor de implementatie van referentiepersonen relaties, intimiteit en seksualiteit binnen ieder woonzorgcentra dat samen met o.a. Aditi tot stand is gekomen.

4.6. Analyseprocedure

Na elk interview werd de audio-opname systematisch getranscribeerd wat echter zinvol is doordat de data worden verkend en doordat via het transcriberen de eerste verbanden worden gelegd (Decorte, 2017, p. 480). Na de tussentijdse analyse van de eerste drie transcripties werd de onderzoeksvraag en de daarbij horende deelvragen meer afgebakend. Dit iteratief onderzoeksproces leidde vervolgens tot de aanpassing van het vragenprotocol waardoor het onderzoeksonderwerp concreter bevraagd kon worden (Beyens et al., 2017, p. 195).

De onderzoeker peilt aan de hand van een verkennend onderzoek naar de aanpak van hulpverleners ten aanzien van seksueel geweld tussen bewoners in woonzorgcentra. Daarom was het opportuun om gebruik te maken van de thematische analyse die werd beschreven door Braun & Clarke (2006). Deze analyse is zeer bruikbaar voor praktijkonderzoek en helpt patronen in kwalitatieve data te identificeren, analyseren en rapporteren (Verhoeven, 2018). In deze thematische analyse werden eerst de transcripten nagelezen zodat de onderzoeker vertrouwd raakte met haar data (Verhoeven, 2018).

¹⁹ De terugkoppeling naar de hulpverleners vond niet plaats wegens tijdsgebrek.

Vervolgens werden de transcripten open gecodeerd waardoor het onderzoeksmateriaal werd gereduceerd. In deze fase werden relevante en niet-relevante data van elkaar onderscheiden (Decorte, 2017, p. 482). Na het open coderen werd overgegaan tot het axiale coderen van de data waarin themacodes werden aangebracht die onderscheid maakten tussen hoofdcodes en subcodes. Hierdoor werden de codes uit de eerste fase geordend en kwam een codeboom (zie bijlage 9) tot stand. Het coderen van de data gebeurde via het programma MAXQDA.

Tot slot zocht de onderzoeker naar relaties tussen de verschillende categorieën waarbij de volgende vragen in het achterhoofd werden gehouden: *welke thema's komen telkens naar voor in de waarnemingen? Wat is de belangrijkste boodschap van de respondenten met betrekking tot de onderzoeksvraag? Hoe verhouden de verschillende elementen zich met elkaar?* (Decorte, 2017, p. 492).

5. Resultaten

5.1. Visie van hulpverleners op seksualiteit, intimiteit en seksualiteitsbeleving.

De visie of attitudes van hulpverleners tegenover seksualiteit bij ouderen spelen een rol bij de seksuele expressie van bewoners (Gewirtz-Meydan et al. 2018, p. 156). Deze visie wordt beïnvloed door o.a. ageist stereotypes, de organisatiecultuur en het individueel niveau van comfort m.b.t. dit onderwerp (Mahieu, 2011; Villar et al., 2016).

Eén hulpverlener (HV-7) geeft aan dat seksualiteit, intimiteit en seksualiteitsbeleving een onderwerp is dat moeilijk ter sprake komt in de voorziening. Ze vindt het daarenboven een moeilijk onderwerp om over te praten doordat ze in de praktijk hier nog niet mee geconfronteerd werd. Indien bewoners seksueel getinte uitspraken maken, lachen ze dit voornamelijk weg en wordt hier niet verder op ingegaan. Dit sluit aan bij de bevindingen van Mahieu en collega's (2011, p. 1151): zij stellen dat hulpverleners humor aanwenden als coping strategie wat leidt tot de verhulling van de seksuele noden en wensen van institutionele ouderen. Het weglachen van seksueel getinte uitspraken van bewoners kan volgens Messelis (2022) ook het gevolg zijn van een organisatiecultuur waarin de zogenaamde 'sabotagelijijn' aanwezig is om emotioneel geladen thema's te bespreken²⁰. Alle andere geïnterviewde hulpverleners geven aan dat zij openstaan voor seksualiteit, intimiteit en seksualiteitsbeleving bij hun bewoners. Ze zien seksualiteit als een behoefte die alle bewoners kunnen hebben en waarbij leeftijd geen rol speelt. Indien bewoners

²⁰ De Sabotagelijijn is een instrument uit de Deep Democracy die werd ontwikkeld door Lewis. Als individuen in een organisatie zich niet gehoord of genegeerd voelen, zullen zij op een andere manier uiting geven aan wat zij willen, voelen en denken via de sabotagelijijn die kan bestaan uit roddelen, (sarcastische) grappen maken, excuses en smoesjes, opzettelijk tegenwerken, etc. (Deep Democracy, z.d.).

aangeven dat er behoefte is naar seksualiteit en/of intimiteit, zullen de hulpverleners het mogelijke doen om deze behoefte op te vangen en de bewoner te ondersteunen zodat zij aan deze behoefte kunnen voldoen. Deze ondersteuning kan bestaan uit het bieden van privacy, pornografische beelden aanrijken, seksuele dienstverlening opstarten, een gesprek aangaan over seksualiteit en intimiteit, etc. Hierdoor kan gesproken worden van tolerantie en zelfs het actief faciliteren van seksuele expressie bij ouderen (Thys et al., 2019, p. 34; Villar et al., 2016, p. 820).

Gesprekken over levenskwaliteit houden volgens Messelis (2020) ook in dat er vragen worden gesteld rond seksualiteit, intimiteit en aanraking. Niet alle respondenten vinden het echter eenvoudig om hierover te praten met de bewoners. Twee hulpverleners vinden dat ze het onderwerp niet met de bewoners kunnen bespreken omdat het seksueel gedrag zouden uitlokken:

"Als je daarover begint te babbelen is dat in mijn ogen toenadering zoeken ... waar ligt de grens van luisteren, dat ligt heel dicht hé." (Hulpverlener 2)

Andere hulpverleners vinden wel dat hierover gepraat kan worden met bewoners en doen dit naar aanleiding van een gebeurtenis of een bepaalde uitspraak van een bewoner. Ze vinden dit niet altijd evident, maar proberen het toch. De reactie van de bewoner heeft een beïnvloedende factor op het verdere verloop. Zo zijn er bewoners die hun grenzen trekken en aangeven dat zij hier niet over willen praten waardoor het gesprek vastloopt. Dit is volgens Gerwitz-Meydan en collega's (2018) een significante indicatie dat de bewoner de ageist stereotypen heeft geïnternaliseerd. Dit is echter niet bij alle bewoners zo, sommige bewoners staan wel open voor dit gesprek. Verschillende hulpverleners die werden bevraagd, hebben bovendien het gevoel dat bewoners dergelijk gesprek positief ervaren en dat het zelfs voor opluchting zorgt. Volgens hulpverlener 6 is het belangrijk dat de bewoner een vertrouwensband heeft met de hulpverlener wat bevestigd wordt door Van Houdenhove en collega's (2015, p. 78). Dit beaamt hulpverlener 8 niet, zij heeft de indruk dat bewoners net gemakkelijker met haar kunnen praten over dit gevoelige onderwerp doordat zij verder van hen staat in de hulpverleningsrelatie.

De hulpverleners zien niet bij al hun collega's deze positieve visie ten aanzien van seksualiteit, intimiteit en seksualiteitsbeleving van bewoners. Hulpverlener 5 vertelt dat er een groot taboe heerst onder de medewerkers wat tot uiting komt op de werkvloer: medewerkers praten vreemd en met weinig respect over de seksualiteit van hun bewoners en reageren negatief wanneer bewoners hun seksualiteit of intimiteit uiten (HV-5). Dit illustreert hulpverlener 4 ook aan de hand van deze situatie:

"Als ze [bewoonster] het niet zou willen dan zou ze hem [medebewoner] ook niet de hele tijd gaan opzoeken, dan gaat ze hem gewoon negeren. ... Dan probeer ik te zeggen: 'ze gaat er zelf binnen dus dan moet het wel zijn dat ze het zelf wil.' Ik weet nog in het begin dat hij daar bij [naam bewoonster] stond, dan kwamen ze [collega's] toe: 'en wat zijt gij aan het doen, gij vuilaart'. [Naam bewoonster] werd dan meegepakt en die mens bleef daar dan achter gelijk dat hij de grootste crimineel was." (Hulpverlener 4)

Dit sluit aan bij de bevindingen van Keygnaert en collega's (2021, p. 52): hulpverleners met een negatief beeld over seksualiteit bij ouderen, problematiseren uitingen van seksualiteit sneller wat veroorzaakt kan worden door ageist stereotypes, verschillen in normen en waarden en het gebrek aan kennis van seksualiteit bij ouderen. Het verschil in visie leidt daarenboven tot conflicten tussen medewerkers waardoor de hulpverleners gesprekken over dit thema vermijden. Hulpverlener 8 vindt dat het taboe bij de medewerkers doorbroken moet worden en in de toekomst zal zij zich hiervoor inzetten. Volgens hulpverlener 3 zijn het vooral de jongere hulpverleners die negatief staan ten aanzien van seksuele ouderen. Dit bevestigt mevrouw Messelis (expert-gesprek, 2022), zij merkt op dat jongere hulpverleners nog vaak het beeld hebben van de aseksuele senior²¹. Hulpverlener 9 ervaart naast de negatieve houding van collega's ook de hoge werkdruk als drempel om voldoende rekening te houden met de seksualiteitsbehoeften van bewoners. Hulpverleners zijn tevens overbevraagd door het acuut personeelstekort waardoor de focus voornamelijk ligt op basiszorg en er weinig tijd beschikbaar is om te praten met bewoners (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2019, p. 112).

5.2. Het beleid

Volgens Messelis (expert-gesprek, 2022) is het in eerste instantie belangrijk dat er een positief seksualiteitsbeleid aanwezig is waarin seksualiteit, intimiteit en aanraking genormaliseerd worden. Binnen dit beleid is het daarnaast belangrijk om een gestructureerd deelbeleid te ontwikkelen rond seksueel grensoverschrijdend gedrag (Messelis, 2019).

Volgens de coördinator van Aditi is het beleid voor seksualiteit en intimiteit in woonzorgcentra te vrijblijvend want organisaties mogen dit zelf uitwerken indien ze dit wensen. Vaak staat het hoogstnoodzakelijke op papier, namelijk de aanpak van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Belangrijk is dat een beleid verschillende aspecten kent zoals een kwalitatief, een preventief en een reactief gedeelte en dat het geïmplementeerd zit binnen de werking van het woonzorgcentrum (Expert-gesprek coördinator Aditi, 2022).

²¹ Messelis en Meier (2022) zette een piloot-trainingen op voor zowel jongere als oudere hulpverleners waarin zij leren om verbindend te communiceren rond intimiteit en seksualiteit op latere leeftijd.

Daarnaast stellen ze op het niveau van de organisatie een gebrek aan duidelijke visie en beleid vast²² (Lauwerens & Deverchin, ter perse).

5.2.1. Een algemeen beleid

Slechts twee van de vijf bevraagde woonzorgcentra hebben een uitgeschreven beleid waarin de seksualiteit- en intimiteitsbeleving van bewoners werd opgenomen. Meteen is duidelijk dat de concrete invulling van dergelijk beleid kan verschillen. Het beleid van woonzorgcentrum A telt in totaal 27 pagina's en bevat verschillende onderdelen: een ethisch kader, een wetgevend kader en een stappenplan voor de vraag naar het beleven van intimiteit of seksualiteit waarin het onderscheid wordt gemaakt tussen seksueel gewenst en ongewenst gedrag. Dit beleid werd tevens onderbouwd vanuit wetenschappelijk onderzoek wat een meerwaarde is (Miller et al., 2021, p. 260; Messelis, 2019, p. 55). Het beleid van woonzorgcentrum B telt daarnaast één enkele pagina²³. Het hebben van een beleid omtrent seksualiteit en intimiteit is overigens geen garantie op een positieve en responsieve houding van hulpverleners ten aanzien van de seksualiteit- en intimiteitsbehoeften van bewoners. Vaak maken woonzorgcentra dergelijke visie- en missieteksten op, maar deze raken moeilijk geïmplementeerd in de praktijk (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2019; expert-gesprek E. Messelis, 2022). Dit wordt bevestigd door de uitspraken van de hulpverlener uit woonzorgcentrum B. Deze respondent is namelijk de enige hulpverlener die aangeeft niet uitdrukkelijk open te staan voor de seksualiteit- en intimiteitsbeleving bij bewoners (HV-7).

Organisaties waar een goed uitgewerkt beleid aanwezig is, worden nog altijd geconfronteerd met incidenten van seksueel geweld. "*Waar mensen samenleven zijn er relationele en seksuele interacties en uiteraard ook situaties van seksueel grensoverschrijdend gedrag*" (Expert-gesprek coördinator Aditi, 2022). Alleen kan men a.d.h.v. een concreet en doorleefd beleid sneller anticiperen, een meer correcte inschaling maken, betere nazorg voorzien en correcter communiceren. Hulpverleners handelen vanuit een wetenschappelijk kader in plaats vanuit hun persoonlijk referentiekader en buikgevoel (Expert-gesprek coördinator Aditi, 2022). De andere drie woonzorgcentra hebben geen beleid, maar volgens de hulpverleners wordt hieraan gewerkt. Volgens het principe van *The Sense of Urgency* zijn er verschillende redenen om een seksualiteitsbeleid op te stellen. Deze redenen zijn bijvoorbeeld wetgeving, hoogdringendheid of de nood aan normalisering van de thematiek omdat seksualiteit en intimiteit als basisbehoeften van een mens kunnen gezien worden (Messelis, 2019). Bij de bevraagde hulpverleners, zoals hulpverlener 1,

²² Lauwerens en Deverchin evalueerden op vraag van Aditi het vierdaagse Pilotproject 'Implementatie van *Referentiepersoon relaties, intimiteit en seksualiteit*' binnen ieder WZC. De onderzoeker ontving de belangrijkste conclusies van hun onderzoek van de coördinator van Aditi. Het volledige rapport moet nog gepubliceerd worden.

²³ De hulpverlener uit woonzorgcentrum B verklaart initieel dat er geen beleid is ten aanzien van seksualiteit en intimiteit, maar bezorgt dit later aan de onderzoeker.

hulpverlener 6 en hulpverlener 8, was hoogdringendheid nl. een incident van seksueel geweld, de aanleiding om over te gaan tot de uitwerking van een beleid.

"Zijn we ermee bezig? Ja. Omdat we nu onlangs iets hebben meegemaakt is dat wel beginnen triggeren. We moeten iets op papier hebben. Want we weten niet goed wat we daarmee moeten gaan doen." (Hulpverlener 1)

Volgens het prevalentieonderzoek van Vanderploeg (2017) maakten 95% van de zorgverleners ooit al seksueel grensoverschrijdend gedrag mee door ouderen die zij verzorgden. Dit is ook bij de bevraagde hulpverleners het geval: zij maakten diverse situaties mee waarin zichzelf het slachtoffer waren van seksueel geweld gepleegd door een bewoner. Doordat zij dit vaker meemaken, weten zij ook beter hoe ze hierop moeten reageren. De hulpverleners maken niet frequent situaties van seksueel geweld tussen bewoners mee waardoor zij zich onzeker voelen. De afwezigheid van een uitgewerkt beleid waarin een concrete aanpak van seksueel geweld tussen bewoners staat, zorgt voor veel gevoelens van twijfel bij de bevraagde hulpverleners, maar ook de hulpverlener uit het woonzorgcentrum waar wél een handelingskader aanwezig is, geeft aan dat ze soms advies vraag aan Aditi omdat ze met de handen in het haar zit.

"Het feit dat het beleid en de visie ontbreekt maakt het ook moeilijk om daar gepast op te reageren (...). Wat maakt nu dat iets voor jou grensoverschrijdend gedrag is en voor die medewerker niet (...). We moeten in ons beleid de grens kunnen stellen wat voor ons seksueel grensoverschrijdend gedrag is." (Hulpverlener 8)

5.2.2. Een preventief beleid

Opleidingen maken onderdeel uit van een breder preventiebeleid van seksueel geweld bij ouderen (Beauregard & Chopin, 2022, p. 140). Opleidingen kunnen hulpverleners handvaten aanreiken om sensitiever om te gaan met seksuele behoeftes van bewoners (Kamel & Hajjar, 2003, p. 205). Dit wordt door hulpverlener 9 geïllustreerd:

"(...) als ik eerlijk gezegd toen die opleiding al had gevolgd dan zou ik gezegd hebben: 'heb je soms behoefte aan meer dan een aanraking, om een keer intiem te zijn met iemand?'. Maar doordat ik die opleiding... eigenlijk heb ik zo ver niet nagedacht." (Hulpverlener 9)

Alle bevraagde hulpverleners staan positief tegenover dergelijke opleidingen en zien hierin een meerwaarde, maar tot spijt van de hulpverleners worden deze opleidingen niet frequent aangeboden door directie. Hulpverlener 8 - die het pilootproject RRIS volgde - gaat in de toekomst zelf vormingen geven aan medewerkers om het heersende taboe te

doorbreken aan de hand van het seksspel waarin hulpverleners leren om zonder schroom te praten over seksualiteit en intimiteit. Hulpverlener 4 wou dit in het verleden ook doen, maar door het beperkte draagvlak zag zij hier het nut niet van in:

"Je kunt dat geven en dan komen ze [de medewerkers] terug op de afdelingen en dan wordt er gezegd: 'ik doe dat toch niet'. Ja. Dat heeft geen zin en dan steek je uw tijd er niet in, eigenlijk moet er van bovenuit een kader zijn vind ik." (Hulpverlener 4)

Sommige hulpverleners ervaren niet alleen weerstand vanwege hun collega's, maar ook van hun oversten namelijk de directie. Idealiter voorziet de zorgvoorziening opleidingen rond alle relevante aspecten van seksualiteit, intimiteit en seksueel geweld (Zorgnet Vlaanderen, 2015, p. 20). In de praktijk is dit niet altijd het geval. Zo gaven twee hulpverleners uit dezelfde voorziening aan dat zij graag hadden deelgenomen aan het pilootproject van Aditi over de functie RRIS. Jammer genoeg kregen zij geen toestemming van hun directie om hieraan deel te nemen. Hun vorige directies stonden hier wel voor open en stimuleerden hen net om opleidingen over dit onderwerp te volgen terwijl het voor hun huidige directie niet prioritair is. Deze directie komt uit een zeer katholieke instelling wat volgens de hulpverleners een belangrijke rol speelt. Dit betwist hulpverlener 8 echter. Zij is werkzaam in een katholiek woonzorgcentrum waar de directie wel openstond voor de deelname aan het pilootproject. Voor haar is de directie de belangrijkste schakel om als voorziening te groeien waarin het tevens van belang is om allebei op dezelfde golflengte te zitten m.b.t. de uiteindelijke doelstellingen van de vorming (zoals de uitwerking van het beleid, de vorming van andere medewerkers, de ondersteuning van bewoners, etc.).

Een open klimaat waarin seksualiteit en seksueel geweld ten aanzien van ouderen geen taboe is, draagt bij tot de preventie van seksueel geweld (Van Houdenhove et al., 2015). In drie van de vijf bevroegde woonzorgcentra ontbreekt dit open klimaat, de hulpverleners van deze woonzorgcentra geven aan dat er niet of weinig wordt gepraat over deze onderwerpen en dat veel incidenten in de doofpot worden gestoken. Het valt hierbij op dat geen enkele hulpverlener een gesprek met bewoners over seksualiteit en intimiteit voert in het kader van een standaardprocedure. Dergelijke assessment is volgens Kamel en Hajjar (2003, p. 206) een mogelijke vorm van preventie. Een beter alternatief volgens Messelis (2020) is het werken met levensverhalen waarin bewoners uitgenodigd worden om *intieme conversaties* te voeren. Desondanks bevroeg geen enkele hulpverlener proactief de seksualiteit- en intimiteitsbehoefte van hun bewoners waardoor het onderwerp vaak onbesproken blijft. Het komt alleen ter sprake als een bewoner hierover vragen heeft of seksueel (al dan niet grensoverschrijdend) gedrag stelt. De verantwoordelijkheid ligt m.a.w. bij de bewoner, als een bewoner geen initiatief neemt, zal

het thema seksualiteit en intimiteit onbesproken blijven. Dit wordt geïllustreerd in het seksualiteit- en intimiteitsbeleid van woonzorgcentrum B:

"Indien een bewoner van het woonzorghuis of de groep van assistentiewoningen meermaals aangeeft behoefte te hebben aan het beleven van intimiteit en seksualiteit, gaan we dit niet uit de weg en gaan we na welke ondersteuning we de bewoner kunnen bieden." (Beleidstekst Intimiteit en seksualiteit, Woonzorgcentrum B)

Hulpverlener 8 wil in de toekomst nieuwe bewoners hierover bevragen zodat de wensen en verwachtingen over intimiteit- en seksualiteitsbeleving van bewoners meteen duidelijk in kaart gebracht worden. Daarnaast heeft hulpverlener 9 graag voorkennis over de strafrechtelijke voorgeschiedenis (met betrekking tot zedenfeiten) van bewoners zodat zij het gedrag van deze bewoners beter kan observeren, inschatten en eventueel begrenzen. Dit is volgens Burgess (2006) een doeltreffende preventiestrategie.

5.3. Seksueel geweld in woonzorgcentra

5.3.1. Ervaringen met seksueel geweld tussen bewoners

Acht van de negen hulpverleners waren rechtstreeks of onrechtstreeks getuige van een situatie van seksueel geweld tussen bewoners. Zij beschrijven zowel vormen van hands-on seksueel geweld (bijvoorbeeld: bewoner A moest bewoner B aftrekken, andere bewoners ongewenst kussen, naar de borsten van bewoonsters grijpen), als hands-off vormen van seksueel geweld zoals voyeurisme en exhibitionisme. De dader betrof in alle situaties een bewoner met dementie of een bewoner met een psychiatrische problematiek zoals Korsakov. De daders waren meestal mannelijke bewoners, maar ook vrouwelijke bewoners werden door drie hulpverleners geïdentificeerd als daders van seksueel geweld ten aanzien van een medebewoner. Alle bevroagde hulpverleners stellen vast dat mannelijke bewoners met een bepaald ziektebeeld of een mentale beperking vaker overgaan tot seksueel geweld ten aanzien van vrouwelijke medebewoners door een ingeperkt moreelbesef, verwarring of vanuit onwetendheid wat tevens overeenkomt met de bevindingen van Miller en collega's (2021, p. 263). Net zoals Smith et al. (2018, p. e369) concluderen, zijn de slachtoffers volgens de bevroagde hulpverleners vaker vrouwelijke bewoners die omwille van fysieke en/of mentale beperkingen zwakker zijn, die zichzelf niet kunnen verweren, verbaal niet sterk zijn en een verminderd besef van de realiteit hebben door de aanwezigheid van een ziektebeeld zoals dementie.

5.3.2. Aanpak

Na het voorleggen van de fictieve situaties van seksueel geweld tussen bewoners op de vignetten, werd gevraagd aan de hulpverleners hoe zij hierop zouden reageren en wat de

reden hiervoor is. De aanpak die zij hanteren bestond hoofdzakelijk uit drie grote elementen: dialoog met betrokken bewoners, overleg met collega's en actie ondernemen.

Dialoog met betrokken bewoners

De hulpverleners gingen telkens in gesprek met de dader en het slachtoffer. Sommige respondenten doen dit ad hoc, anderen doen dit eerder na afloop van het incident. De hulpverleners vinden het belangrijk om eerst af te toetsen of het gestelde gedrag effectief seksueel geweld is. Als blijkt dat de bewoners duidelijk genoeg scheppen uit de seksuele handelingen grijpen de hulpverleners niet in. Om hiervan een inschatting te maken, kijken ze naar de verbale en non-verbale reacties van het vermoedelijke slachtoffer.

"Want wie ben ik om te oordelen dat het, die vrouw dat niet wenst. Als ze nu luid roept dat ze het niet wenst, dan zou ik het weten." (Hulpverlener 8)

Hulpverlener 5 en 6 zouden achteraf in dialoog gaan met beide bewoners om duidelijk te bevragen of er sprake is van wederzijdse toestemming terwijl hulpverlener 7 en 8 dit op het moment van de ontdekking zouden doen. Indien er sprake is van seksueel geweld maken de hulpverleners duidelijk aan de dader, zonder verwijten te maken, dat ze het gestelde gedrag niet accepteren en dat ze het niet opnieuw willen opmerken. Voor de coördinator van Aditi (2022) is in eerste instantie de beeldvorming van belang. Op basis van deze beeldvorming kan er gericht gehandeld worden.

"Waaruit komt dit gedrag? Is er een ziektebeeld (zoals dementie of een pathologie) aanwezig? Is er een onderliggende behoefte naar intimiteit?" (Expert-gesprek coördinator Aditi, 2022)

Acht van de negen hulpverleners maken deze beeldvorming door in dialoog te gaan met de dader. Ze peilen naar de intentie van de dader en naar de aanwezigheid van specifieke noden of behoeftes op seksueel of intiem vlak.

"... in gesprek gaan: 'weet je nu wel wat je gedaan hebt, waarom doe je dat?'. Dan kun je daar ook wel verder op in gaan en een keer luisteren naar wat zijn noden zijn. Van wat dan, volgens de noden, kunnen we dan misschien helpen, zodanig dat het dan in de toekomst niet meer bij bewoners gebeurt die het niet meer wensen." (Hulpverlener 1)

Daarnaast stellen de hulpverleners het slachtoffer een aantal vragen indien er sprake is van seksueel geweld: *Wat is er gebeurd? Wat deed dit met u? Wat moet er gebeuren? Wat kunnen wij doen zodat u zich terug veilig kan voelen?* Idealiter worden alle actiemogelijkheden, die tevens in het beleid vervat zijn, voorgelegd aan het slachtoffer (Expert-gesprek coördinator Aditi, 2022). Dit doen de bevraagde hulpverleners niet, wat

mogelijks het gevolg is van het gebrek aan een concreet beleid en/of onvoldoende op de hoogte zijn van alle actiemogelijkheden. Volgens Messelis en Meier (2022) spelen de communicatie-en organisatiecultuur hierin een heel grote rol.

De hulpverleners houden rekening met het cognitief functioneren van de bewoners wanneer zij met hen in dialoog treden wat Kamel & Hajjar (2003, p. 204) aanraden. Soms is het niet mogelijk of uitermate moeilijk om met de bewoner in dialoog te gaan omwille van bijvoorbeeld dementie. In sommige gevallen zijn slachtoffers niet in staat om te benoemen wat er is gebeurd en aan te geven dat ze hiermee ingestemd hebben. Het is daarom belangrijk om voldoende aandacht te besteden aan de non-verbale communicatie zodat er tijdig aan de alarmbel kan getrokken worden (Van Houdenhove, 2015, p. 79). Daarnaast is het volgens de hulpverleners mogelijk dat daders niet beseffen dat ze dergelijk gedrag stellen (bijvoorbeeld een man die een vrouw betast omdat hij denkt dat het zijn echtgenote is) of dat hij vergeet dat dergelijke uitingen van seksueel gedrag niet worden aanvaard, maar de kans bestaat ook dat de dader het gesprek met de hulpverlener vergeet door problemen met het kortetermijngeheugen. Wetenschappelijk onderzoek bevestigt deze moeilijkheidsgraad bij bewoners met dementie (Miller et al., 2021, p. 263; Rosen et al., 2010, p. 3). Hierdoor zijn de hulpverleners minder geneigd om in dialoog te gaan met deze bewoners. Voor de hulpverleners is het belangrijk dat herhaling van seksueel geweld wordt vermeden en dat het slachtoffer ondersteund wordt. Om dit te verwezenlijken, gaan ze in overleg met diverse actoren om een zo goed mogelijk plan van aanpak te realiseren.

Overleg

Het overleg is voor alle hulpverleners van groot belang. Tijdens een intern overleg vragen de hulpverleners naar de mening van één of meerdere collega's. Het zijn voornamelijk de hoofdverpleegkundigen, referentiepersoon dementie, de CRA (coördinerend raadgevende arts) en directie die worden aangesproken. Volgens hulpverlener 4 is dit ook een manier om zichzelf te beschermen doordat de gekozen aanpak een gedeelde verantwoordelijkheid wordt. Hulpverleners kunnen immers niet aansprakelijk gesteld worden voor beslissingen die gedragen worden door het team of de voorziening (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2019, p. 109).

Dit overleg kan bovendien deel uitmaken van het actieplan. Hulpverlener 9 zou haar diensthoofd verwittigen zodat deze alert is voor signalen die kunnen wijzen op herhaling en hulpverlener 6 zou de nachtploeg verwittigen voor het geval dat het slachtoffer 's nachts bijvoorbeeld emotioneel zou worden.

Hulpverlener 6 is de enige hulpverlener die extern overleg pleegt. In eerste instantie zou ze een intern overleg voeren met haar collega's, maar als de casus na dit overleg nog

steeds te complex lijkt, zou ze advies inwinnen bij Aditi. Dit heeft ze in het verleden al meermaals gedaan wat voor haar een grote meerwaarde bood. Andere gespecialiseerde instanties die gecontacteerd kunnen worden zijn justitiehuizen (voor vragen van juridische aard), het vertrouwenscentrum, het Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderen(mis)behandeling (VLOCO) of de Woonzorglijn (Van Houdenhove et al., 2015, p. 88; expert-gesprek E. Messelis, 2022).

De hulpverleners betrekken in sommige gevallen de familie van de dader en/of het slachtoffer in dit overleg. Dit gebeurt voornamelijk als de bewoner wilsonbekwaam is en zelf dus geen beslissingen meer kan nemen. De familie beslist mee over de te nemen maatregelen, maar ook over het indienen van een klacht bij de politie. Toch staan niet alle hulpverleners te springen om de situatie te overleggen met de familie van de betrokken bewoner. Hulpverlener 9 wil *“slapende honden niet wakker maken”* en hulpverlener 4 is bang voor de negatieve gevolgen voor de bewoner:

“Wat moeten we doen met de familie. ... Eigenlijk is dat privé en hoef je dat niet te vertellen aan de familie. Dus we hebben dat nooit gedaan, want ik had heel veel schrik als ik dat tegen de dochter ging zeggen dat zij daar helemaal niet goed van ging zijn en dat zij [de bewoonster] op den duur achter een plank zou gezet worden. Het ging zeker de bewoonster niet ten goede komen. Dus daarmee hebben we besloten om dat niet te zeggen en gelukkig is de dochter daar ook nooit op uit gekomen.” (Hulpverlener 4).

Actie ondernemen

De hulpverleners ondernemen verschillende acties wanneer zij te maken krijgen met seksueel geweld tussen bewoners. Enerzijds ad hoc, door bijvoorbeeld de dader van het slachtoffer te scheiden, anderzijds nemen ze na het incident maatregelen om herhaling te voorkomen. Deze interventies zijn zowel gericht ten aanzien van het slachtoffer als ten aanzien van de dader.

Het toedienen van medicatie aan de dader wordt door verschillende hulpverleners benoemt als oplossingsmogelijkheid. Hulpverlener 1 vindt medicatie geen oplossing, maar ziet soms geen andere uitweg. Hulpverlener 7 vindt medicatie goed omdat de bewoner hiervan rust krijgt in een moeilijke situatie van onbeantwoorde seksuele behoeftes. Dit beaamt hulpverlener 4. Volgens de coördinator van Aditi wenden hulpverleners medicatie vaak te eenzijdig aan. Medicatie is immers een vrijheidsbeperkende maatregel die tal van neveneffecten heeft (Vlaamse Ouderenraad, 2019). Medicatie hoort thuis in een volledig ondersteuningsplan waarbij eerst een analyse volgt van de situatie en de reeds genomen maatregelen. Indien dit ontoereikend is of indien problemen zich blijven stellen kan er over medicatie gepraat worden (expert-gesprek coördinator Aditi, 2022).

Andere strategieën die de hulpverleners aanwenden zijn het fixeren van de dader in een speciale stoel, het plaatsen van hekjes in de deuropening zodat de dader de kamer 's nachts moeilijker kan verlaten en het plaatsen van een alarmsysteem die medewerkers op de hoogte brengt als de dader de kamer verlaat. Daarnaast hebben de hulpverleners oog voor de noden van de dader en zijn ze bereid om seksuele dienstverlening te organiseren. De hulpverleners ervaren hierbij twee grote drempels: de kostprijs en de toestemming krijgen van de familie. Het is vaak de familie of de bewindvoerder die volmacht heeft over de financiën van de bewoner waardoor hulpverleners toestemming moeten vragen zodat de seksuele dienstverlener kan betaald worden. Deze toestemming wordt vaak niet verleend vermits het te duur is of doordat familie hier simpelweg niet mee akkoord gaat. Voor dichte familie is het vaak moeilijk om te accepteren dat hun vader of moeder nog seksueel actief is. In één van de vijf bevroegde woonzorgcentra werd ooit deze dienstverlening voor een bewoner opgestart. Experte Els Messelis (expert-gesprek E. Messelis, 2022) ervaart deze drempels tevens voor andere zaken zoals voor de aankoop van seksspeeltjes.

Ten aanzien van het slachtoffer zijn de strategieën beperkter. De hulpverleners gaan het slachtoffer na het incident voornamelijk kalmeren. Daarnaast gaan sommige hulpverleners de slachtoffers handvaten en tools aanreiken zodat zij in de toekomst meer van zich af kunnen bijten en duidelijk kunnen aangeven dat het gestelde gedrag niet gewenst is. Dit is volgens Van Houdenhove en collega's (2015, p. 77 - p. 120) en Burgess (2006, p. 90) een doeltreffende preventiestrategie.

Bovendien stellen alle hulpverleners vast dat hun aanpak zal afhangen van individu tot individu. Als de dader een vrouwelijke bewoner is, zullen collega's hier meer om lachen volgens hulpverlener 6. Voor de andere hulpverleners speelt het geslacht van de dader en het slachtoffer geen significante rol. Indien de dader en het slachtoffer getrouwd zijn, zou hulpverlener 7 zich geen vragen stellen bij het seksueel gedrag wat ze wel zou doen als het geen getrouwd koppel was. De hulpverleners nemen iedere situatie van seksueel geweld tussen bewoners serieus ook als een bewoner zelf melding maakt van slachtofferschap. Toch vinden de hulpverleners het belangrijk om in zo'n situaties te achterhalen wat er precies is gebeurd aangezien de mogelijkheid bestaat dat de bewoner zich verkeerd uitdrukt, last heeft van hallucinaties of verkeerde linken legt doordat er een cognitieve problematiek aanwezig is (HV-8). Net zoals Miller en collega's (2021, p. 263) concluderen, leiden cognitieve problematieken soms tot valse verklaringen.

5.3.3. Rapportage

5.3.3.1. Aan het Agentschap van Zorg en Gezondheid

Elk incident van seksueel grensoverschrijdend gedrag tegenover een bewoner moet vanaf 1 januari 2015 gerapporteerd worden aan het Agentschap van Zorg en Gezondheid²⁴. De hulpverleners hebben dit zelf nog nooit gedaan en weten niet of anderen (collega's of directie) dit ooit al deden. Hiervoor hebben de hulpverleners verschillende hypothesen: de procedure is omslachtig, uit angst voor controles, tijdsgebrek door de hoge werkdruk, er gewoonweg niet aan denken of de regelgeving hierover niet kennen. Hulpverlener 6 en 9 zouden echter in de toekomst meer meldingen overmaken aan het Agentschap om een duidelijk signaal te geven aan de overheid. Zij willen hiermee duidelijk maken dat er nood is aan meer ondersteuning van woonzorgcentra op vlak van seksualiteit en seksueel geweld en hopen zo dat Aditi meer middelen krijgt om de woonzorgcentra te ondersteunen.

"... Natuurlijk weet ik ook, als er heel veel meldingen zijn, gaan er meer middelen naar Aditi gaan bijvoorbeeld. ... dat het een signaal kan zijn, naar beleid, naar overheidswege toe dat een Aditi echt een grote steun is en dat het echt veel effectiever is dan gegevens melden. (Hulpverlener 6)"

De hypothesen die de hulpverleners benoemen, herkent de coördinator van Aditi ook (expert-gesprek coördinator Aditi, 2022): enerzijds zijn hulpverleners onvoldoende opgeleid waardoor ze niet weten wat seksueel geweld is en zijn ze zich niet bewust van de meldingsplicht. Anderzijds zijn directies vaak beducht voor de zorginspecties. Om hier verandering in te brengen, moet (volgens de coördinator van Aditi) de overheid een ondersteunende rol innemen. Door bijvoorbeeld zorginspecteurs op te leiden rond het thema zodat zij tevens een coachende functie kunnen vervullen bij situaties van seksueel geweld. Woonzorgcentra kunnen op deze manier bijleren waardoor ze sneller incidenten zullen rapporteren aan het Agentschap. Indien de overheid hierin stappen onderneemt, wil Aditi hierbij haar steentje bijdragen door bijvoorbeeld opleidingen aan te bieden voor de zorginspecties over seksualiteit en intimiteit in woonzorgcentra. Ook vanuit Odisee willen ze hier hun steentje bijdragen (Expert-gesprek E. Messelis, 2022).

5.3.3.2. Aan de betrokken familie

De hulpverleners rapporteren incidenten van seksueel geweld tussen bewoners niet systematisch aan de betrokken families. Hulpverlener 1 rapporteert dit altijd, hulpverlener 7 doet dit alleen bij uiterst problematische situaties. Volgens de coördinator van Aditi

²⁴ Art. 4 Besluit van de Vlaamse Regering van 9 mei 2014 betreffende het beleid inzake preventie van en omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag in gezondheids- en woonzorgvoorzieningen.

(expert-gesprek, 2022) is het belangrijk om open te communiceren met het netwerk van de bewoner. De wens van de bewoner om het netwerk niet op de hoogte te brengen dient wel gerespecteerd te worden wat Van Houdenhove en collega's (2015, p. 120) ook beamen. Schending van de rechten van een wilsbekwame oudere kan gerekend worden tot 'ontspoorde zorg' of ouder(mis)behandeling (expert-gesprek E. Messelis, 2022). Indien seksueel geweld ten aanzien van een bewoner zich voordoet, is het belangrijk om het netwerk hiervan op de hoogte te brengen. Als feiten van seksueel geweld nadien worden ontdekt door het netwerk, zal de organisatie meer energie moeten investeren in het herstellen van de vertrouwensrelatie met dit netwerk (expert-gesprek coördinator Aditi, 2022).

6. Discussie

Om de resultaten zo correct mogelijk te interpreteren is het allereerst belangrijk om de beperkingen van het onderzoek in kaart te brengen. Deze beperkingen kunnen rechtstreeks en onrechtstreeks een invloed hebben op de verkregen resultaten en moeten daarom in beschouwing worden genomen. Daarna worden de belangrijkste resultaten beschreven en wordt er gereflecteerd hoe deze passen in de huidige kennis over seksueel geweld tussen bewoners van woonzorgcentra.

6.1. Beperkingen eigen onderzoek

De deelname aan het onderzoek was volledig vrijwillig wat een risico op zelfselectie-bias inhoudt (Schapansky et al., 2021, p. 242). In dit onderzoek betekent de zelfselectie-bias dat de mogelijkheid bestaat dat de deelnemende hulpverleners kozen om te participeren net omdat zij positief staan ten aanzien van seksualiteit bij bewoners. Dit zorgt er tevens voor dat zij over het algemeen anders reageren ten aanzien van seksueel geweld bij bewoners. Hulpverleners die het taboe rond seksualiteit bij ouderen aanvaarden, staan misschien minder open voor een interview doordat zij dit onderwerp vanuit ageïsm ongemakkelijk of zelfs ongepast vinden.

Zoals eerder werd aangehaald bestaat de kans dat respondenten door het gebruik van de vignettenmethode geneigd zijn om de situaties rationeler te beoordelen (Maguire et al., 2015). Daarnaast moet er rekening gehouden worden met het feit dat respondenten in kwalitatieve onderzoeken vaker sociaal wenselijk antwoorden (Mahieu et al., 2011). Het is dus mogelijk dat de respondenten niet volledig waarheidsgetrouw antwoordden, maar hierop had de onderzoeker weinig vat.

Tot slot moet opgemerkt worden dat de steekproef vrij homogeen was (Mortelmans, 2017). De meerderheid van de bevraagde hulpverleners is tewerkgesteld op een gesloten afdeling

waarvan de populatie voornamelijk bestaat uit ouderen met een zwaardere zorgbehoefte. Hierdoor is de kans groter dat zij daders en slachtoffers met een ziektebeeld zoals dementie of Korsakov identificeren. Daarnaast waren alle respondenten vrouwelijke hulpverleners. Onderzoek van Haesler en collega's (2016) toonde aan dat mannelijke en vrouwelijke hulpverleners van elkaar verschillen op vlak van kennis en attitudes over seksualiteit bij ouderen. Omwille van de lage participatiegraad²⁵, was het niet mogelijk om uiterst selectief te zijn ten opzichte van de deelnemende voorzieningen. Deze lage participatiegraad reflecteert tevens hoe woonzorgcentra staan tegenover het thema seksualiteit (Messelis & Bauer, 2019). Huidig onderzoek schetst dus gedeeltelijk een beeld over de aanpak van seksueel geweld tussen bewoners van woonzorgcentra aangezien heterogeniteit tussen de respondenten ontbrak.

6.2. Bespreking resultaten

6.2.1. Visie op seksualiteit van ouderen en het intern beleid

Twee van de vijf bevraagde woonzorgcentra hebben een uitgewerkt seksualiteit- en intimiteitsbeleid. Verder is gebleken dat het gebrek aan dergelijk beleid niet noodzakelijk nefast is voor de positieve attitudes van hulpverleners ten aanzien van seksualiteit- en intimiteitsbeleving van bewoners uit hun woonzorgcentrum. Deze attitudes zijn echter bepalend in het handhaven of beperken van de seksuele rechten van bewoners (Villar et al., 2020). Hulpverleners proberen de bewoners te ondersteunen zodat deze aan hun seksuele of initiële behoeftes kunnen voldoen. Dit doen ze voornamelijk door privacy te garanderen, pornografisch materiaal aan te bieden of seksuele dienstverlening op te starten. De ageist stereotypes hebben bijgevolg minder of helemaal geen invloed op hun visie doordat zij o.a. het beeld van de asexuele oudere niet overnemen (Nay et al., 2007). Daarnaast is het opvallend dat de hulpverleners hun bewoners ondersteunen nadat zij signalen ontvangen waaruit blijkt dat er behoefte is naar intimiteit of seksualiteit. Dit is omwille van drie argumenten enigszins problematisch. Allereerst moet opgemerkt worden dat ouderen verschillende barrières ervaren, zoals gevoelens van schaamte en het gebrek aan kennis over dit onderwerp waardoor zij niet met hulpverleners durven praten over seksualiteit (Hajjar & Kamel, 2003; Gerwitz-Meydan et al., 2018). Ten tweede: bij sommige bewoners is er dementie, een psychiatrische aandoening of een andere problematiek aanwezig. Dit neemt de behoefte naar seksuele expressie of intimiteit niet weg, maar maakt het moeilijk om hierover te communiceren (Goldblatt et al., 2020; Miller et al., 2021). Ten derde: het is gebleken dat niet alle hulpverleners in staat zijn om seksuele behoeftes bij bewoners te herkennen waardoor deze behoeftes onbeantwoord blijven (Villar et al., 2020). Deze drie argumenten tonen aan dat het belangrijk is dat hulpverleners op een proactieve wijze bewoners bevragen en ondersteunen zodat de

²⁵ Vijf van de vijftig gecontacteerde woonzorgcentra participeerden.

bewoners een bevredigende seksualiteit- en intimiteitsbeleving kunnen ervaren. De implementatie van een assessment om de seksualiteitsbehoeftes van bewoners in kaart te brengen zoals Kamel & Hajjar (2003) voorstellen, is weinig valide gebleken (Messelis, 2022). Werken met levensverhalen waarin bewoners uitgenodigd worden om 'intieme conversaties' te voeren, is een geschiktere methode die gehanteerd kan worden om inzicht te krijgen in de seksualiteit- en intimiteitsbehoeftes (Messelis & Meier, 2022). Doch zijn niet alle bewoners in staat om deze conversaties te voeren (Goldblatt et al., 2020; Miller et al., 2021) waardoor het evenzeer belangrijk is dat hulpverleners voldoende aandacht besteden aan de non-verbale signalen van bewoners (Van Houdenhove et al., 2015).

Daarnaast is het taboe over seksualiteit bij ouderen nog steeds zeer actueel (Keygnaert et al., 2021). Dit taboe is volgens de hulpverleners van vier (van de vijf) bevraagde woonzorgcentra prominent aanwezig in hun zorgvoorziening. Dit taboe kan veroorzaakt worden door de heersende organisatie- en communicatiecultuur in het woonzorgcentrum (Messelis & Meier, 2022). De aanwezigheid van een positief seksualiteit- en intimiteitsbeleid neemt tevens niet weg dat dit taboe blijft bestaan wat aantoont dat het belangrijk is dat de visie moet gedragen worden door alle medewerkers opdat het in de praktijk kan slagen (Van Houdenhove et al., 2015).

6.2.2. De preventie van seksueel geweld tussen bewoners

Een concreet preventief beleid ten aanzien van seksueel geweld bij bewoners is in de bevraagde woonzorgcentra niet aanwezig. Dit is echter verplicht voor alle erkende woonzorgcentra²⁶. Volgens de coördinator Aditi (expert-gesprek, 2022) weet een groot deel van de medewerkers niets af van het bestaan van procedures en dergelijke. Hierdoor kunnen we niet concluderen dat dergelijk beleid niet bestaat in de bevraagde woonzorgcentra, de kans is reëel dat het bestaat maar onbekend is voor de bevraagde hulpverleners. De deelvraag *Hoe pakt het woonzorgcentrum preventief seksueel geweld ten aanzien van bewoners aan?* kan daardoor slechts deels beantwoord worden. De voornaamste preventiestrategie die gehanteerd en herkend werd door de bevraagde hulpverleners waren externe opleidingen en interne vormingen.

Opleidingen over seksualiteit, intimiteit en seksueel geweld tussen ouderen maken onderdeel uit van het breder preventiebeleid (Beauregard & Chopin, 2022). De opleidingen zijn belangrijk om het ageist stereotype van de asexuele oudere bij hulpverleners te doorbreken en brengen bovendien aan hulpverleners bij hoe ze bewoners kunnen ondersteunen zodat zij een genoegzame seksualiteitsbeleving ervaren (Thimsen, 2020; McAuliffe et al., 2007; Gewirtz-Meydan et al., 2018; Goldblat et al., 2020). Problematisch seksueel gedrag kan hierdoor deels worden voorkomen (Kamel & Hajjar, 2003; Corbi et

²⁶ Art. 4 Besluit van de Vlaamse Regering van 9 mei 2014 betreffende het beleid inzake preventie van en omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag in gezondheids- en woonzorgvoorzieningen.

al., 2012). Deze opleidingen bieden hulpverleners handvaten en tools aan die ervoor kunnen zorgen dat zij sneller en effectiever signalen van seksueel geweld herkennen (Burgess, 2006; Ramsey-Klawnsnik et al., 2008; Van Houdenhove et al., 2015). De bevroagde hulpverleners zien het nut in van dergelijke opleidingen en vinden overigens dat deze opleidingen te weinig door hun directies worden georganiseerd of gepromoot. De evaluatie van het pilotoproject RRIS toont aan dat de wil om bij te leren groot is doordat de hulpverleners kennishiaten over het thema relaties, intimiteit en seksualiteit in woonzorgcentra ervaren. Daarnaast is er ook vraag naar bijkomende opleidingen over enkele specifieke thema's zoals dementie, seksueel grensoverschrijdend gedrag en het opstellen van een beleid hieromtrent (Lauwerens & Deverchin, ter perse).

6.2.3. De aanpak van seksueel geweld tussen bewoners

Een betekenisvolle seksualiteitsbeleving draagt bij tot een positiever gevoel van welbevinden en een betere kwaliteit van leven en kan zelfs problematisch seksueel gedrag vermijden (Thys et al., 2019, p. 4; Kamel & Hajjar, 2003, p. 205). Desondanks kunnen diverse vormen van seksuele expressie net een negatieve invloed uitoefenen op de kwaliteit van leven van naasten, zoals medebewoners (Miller et al., 2021). Hulpverleners vervullen met betrekking tot seksualiteit bij bewoners een dubbele functie: enerzijds willen ze de seksualiteitsbeleving van bewoners faciliteren, maar anderzijds moeten ze medebewoners beschermen tegen verschillende vormen van seksueel geweld (Rosen et al., 2010; Messelis, 2019; Mahieu, 2020).

De kennis over de aanpak van hulpverleners ten aanzien van seksueel geweld bij bewoners van woonzorgcentra is beperkt (Mahieu et al., 2018). Aan de hand van een verkennend onderzoek is vastgesteld dat de aanpak van hulpverleners bestaat uit drie grote elementen: dialoog, overleg en actie ondernemen. De hulpverleners doen dit voornamelijk vanuit hun buikgevoel. Hierdoor maken ze beslissingen op basis van hun eigen waarden en hun levenservaring (Thys et al., 2019, p. 14). Het is echter belangrijk dat hulpverleners handelen vanuit deskundigheid in plaats vanuit het buikgevoel (Thimsen, 2020; Malmedal et al., 2015; Burgess, 2006). Hoe kwetsbaarder de doelgroep, hoe groter de nood aan deskundigheid. Deze deskundigheid moet bovendien gestimuleerd worden vanuit het beleid omtrent seksualiteit en intimiteit (expert-gesprek coördinator Aditi, 2022).

6.2.3.1. Dialoog

Voor de hulpverleners is het belangrijk om seksueel gewenst gedrag te onderscheiden van seksueel geweld. Dit leiden ze af uit het verbale en non-verbale gedrag van de betrokken bewoners. Sommige hulpverleners gaan achteraf met de betrokken bewoners in dialoog om af te toetsen of er wederzijdse toestemming was. Het is belangrijk dat hulpverleners alert zijn voor de aanwezigheid van impliciet ageism bij zichzelf en bij collega's vermits dit

leidt tot een gebrekkige herkenning van seksueel geweld (Smith et al., 2021). Indien de hulpverleners seksueel geweld herkennen, gaan ze in dialoog met de dader en het slachtoffer. In het gesprek met de dader polsen ze voornamelijk naar de intentie van het gedrag en naar eventuele onderliggende seksuele behoeftes. In het gesprek met de bewoner bevragen de hulpverleners vooral het belevingsaspect en het gewenste plan van aanpak. Het is belangrijk dat hulpverleners tijdens deze gesprekken rekening houden met het cognitief functioneren van de bewoner (Kamel & Hajjar, 2003, p. 204). Wanneer het niet mogelijk is om een gesprek te voeren, is het van belang dat er aandacht is voor de non-verbale signalen van bewoners (Van Houdenhove et al., 2015).

6.2.3.2. Overleg

Wanneer de hulpverleners een plan van aanpak bedenken, vinden zij de mening van anderen zeer waardevol. De hulpverleners voeren een intern overleg met verschillende actoren: hoofdverpleegkundigen, de referentiepersoon dementie, de CRA en de directie. Een voordeel van dergelijk overleg is de bescherming voor de hulpverlener, deze kan namelijk niet verantwoordelijk gesteld worden voor een beslissing die gedragen wordt door het hele team of de voorziening (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2019). Daarnaast worden relevante hulpverleners aangesproken opdat zij de betrokken bewoners mee kunnen observeren of ondersteunen.

Een overleg met externe adviesorganen zoals Aditi, VLOCO of de Woonzorglijn zoals Van Houdenhove en collega's (2015) adviseren, kan een meerwaarde zijn in de aanpak van seksueel geweld bij ouderen. Desondanks doen de hulpverleners dit minder frequent.

6.2.3.3. Actie ondernemen

Hoe hulpverleners optreden, zal afhangen van de situatie en de betrokken bewoners. De hulpverleners reageren zowel ad hoc als erna (meestal na het gepleegde overleg). Deze interventies zijn gericht op de dader en het slachtoffer. Indien er sprake is van een betrapting op heterdaad waaruit tevens blijkt dat het om seksueel geweld gaat, worden de dader en slachtoffer eerst van elkaar gescheiden. Hierna gaan hulpverleners over naar een gesprek met de betrokken bewoners.

Het optreden ten aanzien van de dader bestaat voornamelijk uit chemische fixatie, fysieke fixatie, het plaatsen van alarmsystemen of het plaatsen van hekjes aan de deuropeningen. Medicatie toedienen aan de dader is voor verschillende hulpverleners een belangrijke oplossingsmogelijkheid. Dit is echter een vorm van chemische fixatie die tal van neveneffecten met zich meebrengt: het maakt ouderen lomer, minder alert en kan zelfs een versnelde cognitieve achteruitgang teweegbrengen (Vlaamse Ouderenraad, 2019). Daarom kan medicatie enkel gebruikt worden als het opgenomen is in een volledig

ondersteuningsplan en wanneer andere maatregelen ontoereikend zijn (expert-gesprek coördinator Aditi, 2022)²⁷.

Als een onvervulde seksuele behoefte aanleiding geeft tot seksueel geweld, zijn de hulpverleners bereid om hierin tegemoet te komen. Dit doen ze door met de dader in gesprek te gaan en te kijken hoe er aan deze noden kan voldaan worden om zo toekomstig seksueel geweld te vermijden. Hulpverleners kunnen op deze manier seksueel geweld vermijden doordat er voldoende aandacht is voor de behoeftes van bewoners wat bovendien de kwaliteit van leven van bewoners bevordert (Kamel & Hajjar, 2003; Corbi et al., 2018).

Seksueel geweld veroorzaakt negatieve gevolgen die bij oudere slachtoffers nog ingrijpender zijn (Rosen et al., 2010; Beauregard, 2020). Het heeft een grote impact op de mentale gezondheid waardoor een aanpak op maat noodzakelijk is (Nobels et al., 2021). Desondanks is het optreden ten aanzien van de slachtoffers beperkter. Dit bestaat enerzijds uit het kalmeren van de slachtoffers en anderzijds uit het assertiever maken van de slachtoffers. Dergelijke assertiviteitstrainingen zijn positief doordat de bewoner zich sterker en tevens veiliger voelt (Van Houdenhove et al., 2015; Burgess, 2006).

6.2.4. Rapportage

Volgens de hulpverleners is de lage rapportagegraad aan het Agentschap van Zorg en Gezondheid het gevolg van de omslachtige procedure, angst voor controles, tijdsgebrek, vergetelheid of beperkte kennis over desbetreffende regelgeving. De hulpverleners hebben zelf nog nooit een incident van seksueel geweld tussen bewoners gerapporteerd aan het Agentschap. Zij zouden dit ook niet in elke situatie doen, wat wel moet volgens het Besluit van de Vlaamse Overheid²⁸. De barrières die Smith en collega's (2021) vaststelden, zijn dus ook terug te vinden bij de Vlaamse woonzorgcentra. Deze barrières kunnen worden vermeden door in te zetten op kwalitatieve opleidingen voor hulpverleners. Het is daarnaast belangrijk dat de betrokken hulpverleners alle incidenten van seksueel geweld rapporteren aan het Agentschap. Als meer incidenten gerapporteerd worden, zal de overheid inzien dat er iets moet gebeuren. Zo kunnen ze meer budgetten vrijmaken voor Aditi, de zorginspecties opleiden over het thema en vooral zelf een ondersteunende rol innemen, maar zolang het rapportagecijfer laag blijft, zal de overheid niet inzien dat er een probleem is.

²⁷ Aditi ontwikkelde zelf een *ondersteuningsboom dementie en seksualiteit* die hulpverleners kunnen gebruiken wanneer zij te maken krijgen een concrete vraag of een probleemsituatie van seksualiteit bij een persoon met dementie. Via deze tool kunnen hulpverleners systematisch bekijken welke ondersteuningsvorm mogelijk is voor de betrokken persoon (Aditi vzw, z.d.).

²⁸ Art. 4 Besluit van de Vlaamse Regering van 9 mei 2014 betreffende het beleid inzake preventie van en omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag in gezondheids- en woonzorgvoorzieningen.

Daarnaast brengt het rapporteren aan familieleden onzekerheid met zich mee. Het is voor de hulpverleners niet duidelijk wanneer ze dit wel of net niet moeten doen. Zo komen de verwachtingen van hulpverleners en van bewoners en hun familie niet altijd overeen wat leidt tot moeilijkheden (Mahieu et al., 2014; Thys et al., 2018). Het is in ieder geval van belang dat hulpverleners luisteren naar de wens van de bewoner (als deze nog wilsbekwaam is). Daarnaast staat een open en eerlijke communicatie met familie op de eerste plaats omwille van de vertrouwensrelatie die hulpverleners hebben met dit netwerk (expert-gesprek coördinator Aditi, 2022).

6.3. Aanbevelingen

6.3.1. Voor de overheid

Ouderen worden te vaak vergeten in beleidsaanbevelingen over seksueel geweld (Nobels et al., 2020). Het lage rapportagecijfer aan het Agentschap van Zorg en Gezondheid mag niet verkeerd geïnterpreteerd worden door de overheidsinstellingen. De vraag aan de overheid is dan ook om beleidsaanbevelingen en preventiecampagnes op te starten die zich richten op deze specifieke doelgroep (Schapansky et al., 2021). Hierdoor kan ook het maatschappelijk beeld over de asexuele oudere worden bijgesteld (Keygnaert et al., 2021).

De overheid kan tevens meer investeren in organisaties zoals Aditi zodat de woonzorgcentra in Vlaanderen van meer ondersteuning kunnen genieten. De overheid kan zelf een meer ondersteunende rol innemen door bijvoorbeeld het advies van Aditi op te volgen en zijn zorginspecties op te leiden rond het thema zodat zij tevens een coachende functie vervullen (Lauwerens & Deverchin, ter perse). Tot slot zou het positief zijn als de overheid de functie van referentiepersoon relaties, intimiteit en seksualiteit officieel zou erkennen²⁹. Een bevredigende beleving van seksualiteit en intimiteit blijven voor veel bewoners van woonzorgcentra belangrijke thema's die bovendien bijdragen tot een betere kwaliteit van leven en situaties van seksueel ongewenst gedrag vermijden (Kamel & Hajjar, 2003; Villar et al., 2016).

6.3.2. Voor directie van woonzorgcentra

I. Installeer (of evalueer het huidige) seksualiteit- en intimiteitsbeleid.

Elke voorziening die werkt met ouderen zou een positief seksualiteit- en intimiteitsbeleid moeten installeren. Dergelijk beleid kent de verschillende aspecten waar oog is voor een kwalitatief, een preventief en een reactief onderdeel (Keygnaert et al., 2021). Zorg ervoor dat medewerkers betrokken zijn bij de opstelling van dit beleid zodat de kans groter is dat het wordt gedragen door alle medewerkers. Betrek ook de bewoners, zij kunnen een

²⁹ De referentiepersoon dementie is een erkende functie, waarvoor bepaalde woonzorgcentra extra subsidies krijgen. Dit motiveert woonzorgcentra om meer aandacht te besteden aan dit specifieke thema.

zinnvolle input geven in wat voor hen van belang is (Van Houdenhove et al., 2015). Dit alles kan alleen tot stand komen in een open organisatie- en communicatiecultuur.

Indien er reeds een beleid aanwezig is, moet er tijd vrijgemaakt worden om dit kritisch te evalueren en indien nodig te herzien. Hiervoor kan de Sexuality Assessment Tool (SexAT) gebruikt worden³⁰ (Messelis & Bauer, 2017). Dit is een beoordelingsinstrument voor de seksuele expressie van bewoners in woonzorgcentra.

II. Bied voldoende opleidingen aan voor alle hulpverleners van het woonzorgcentrum.

Hulpverleners die dagelijks in contact komen met bewoners van woonzorgcentra zijn de primaire spilfiguren om seksualiteit bij ouderen te erkennen en te promoten zodat iedere bewoner op een veilige manier een betekenisvolle seksualiteitsbeleving kan ervaren (McAuliffe et al., 2007; Villar et al., 2016; Thys et al., 2019). Opdat hulpverleners adequaat omgaan met seksualiteit, intimiteit en seksueel geweld bij bewoners is de nodige kennis en deskundigheid vereist. Hierin spelen opleidingen een sleutelrol. Opleidingen zijn waardevol in de strijd tegen seksueel geweld tussen ouderen in residentiële voorzieningen, zoals woonzorgcentra. Het leert hulpverleners signalen van seksueel geweld sneller te herkennen en biedt handvaten om adequaat te reageren (Kamel & Hajjar, 2003; Corbi et al., 2018; Beauregard & Chopin, 2022). Daarnaast zorgt het voor meer erkenning van seksualiteit en intimiteit bij ouderen (Ramsey-Klawnsnik et al., 2008; Van Houdenhove et al., 2015; Burgess, 2006). Bied tevens opleidingen aan waarin hulpverleners seksueel geweld leren rapporteren (Malmedal et al., 2015; Smith et al., 2021). Meer kennis over de rapportageprocedures kan bijdragen tot een hogere rapportage wat op zijn beurt een duidelijk signaal kan geven aan de overheid.

6.3.3. Voor toekomstige onderzoekers

Onderzoek naar seksueel geweld tussen bewoners van woonzorgcentra is erg beperkt (Nobel et al., 2020). Meer onderzoek is tevens nodig om effectieve preventiestrategieën te ontwikkelen (Smith et al., 2018, p. 380). Om seksueel geweld tussen bewoners volledig te begrijpen en aan te pakken, is het essentieel om de bewoners te horen (Gewirtz-Meydan et al., 2018). Daarom lijkt het zinvol om in toekomstig onderzoek de bewoners van woonzorgcentra te bevragen om meer inzicht te verkrijgen in het belevingsaspect van seksueel geweld, de vormen van seksueel geweld die zij ervaren en welke aanpak zij vooropstellen ten aanzien van seksueel geweld tussen bewoners. Deze bewoners kunnen zowel daders, slachtoffers als getuigen van seksueel geweld zijn. Hierbij moet zeker de nodige aandacht besteed worden aan verschillende persoonskenmerken zoals geslacht, leeftijd, cultuur en geaardheid zodat iedereen gehoord wordt (Villar et al., 2016).

³⁰ Aanvragen voor gebruik van het Nederlandstalige meetinstrument dient gericht te worden aan Gerontologe drs. Els Messelis.

7. Conclusie

Op 23 mei 2022 verscheen het artikel *“94-jarige veroordeeld voor aanranding dementerende vrouwen in Antwerps woonzorgcentrum”* (Verellen, 2022). Het illustreert dat seksueel geweld tussen bewoners een actueel fenomeen is waarvan men verwacht dat het zal toenemen door de stijgende ouderenpopulatie in onze samenleving (Statbel, 2022). Seksueel geweld ten aanzien van ouderen is bovendien een unieke vorm van seksueel geweld die een unieke aanpak vereist (Beauregard et al., 2020; Nobels et al., 2021).

In dit kwalitatief onderzoek werd het fenomeen seksueel geweld tussen bewoners van woonzorgcentra van naderbij bekeken. Huidig onderzoek is een verkennend onderzoek vermits wetenschappelijke literatuur over seksueel geweld tussen bewoners van woonzorgcentra beperkt is (Nobels et al., 2020). De focus van het onderzoek werd gelegd op de aanpak van hulpverleners van woonzorgcentra ten aanzien van seksueel geweld tussen bewoners. Door middel van kwalitatieve interviews waarin de vignettenmethode werd geïmplementeerd, trachtte de onderzoeker de aanpak van negen hulpverleners uit vijf verschillende woonzorgcentra in kaart te brengen. Twee experten met kennis over seksualiteit, intimiteit en seksueel geweld bij ouderen gaven tevens hun belangrijkste inzichten mee.

Het lage rapportagecijfer aan het Agentschap van Zorg en Gezondheid kan verklaard worden door de omslachtige procedure, angst voor controles, tijdsgebrek bij hulpverleners, vergetelheid of beperkte kennis bij hulpverleners over desbetreffende regelgeving. Het zou verkeerd zijn om op basis van het rapportagecijfer van het Agentschap te concluderen dat seksueel geweld binnen woonzorgcentra amper voorkomt. Zoals de coördinator van Aditi vaststelt: *“waar mensen samenleven, zijn er relationele en seksuele interacties en uiteraard ook situaties van seksueel grensoverschrijdend gedrag”*. Het is daarom belangrijk dat de leidinggevenden inzetten op preventie en detectie van seksueel geweld om zo de negatieve consequenties voor alle omstaanders te beperken.

Met de beperkingen van het onderzoek (zie 6.1) in het achterhoofd kan de onderzoeker concluderen dat de aanpak van de bevraagde hulpverleners vrij gelijkaardig zijn. Er zijn telkens drie elementen te onderscheiden: in dialoog gaan met de betrokken bewoners, intern en/of extern overleggen en overgaan tot actie. Dit gebeurt meestal met respect voor de seksuele behoeftes van de bewoners. De meeste hulpverleners vertrekken niet vanuit het ageist beeld van de asexuele bewoner, maar erkennen dat elk individu nood heeft aan een bevredigende seksualiteit- en intimiteitsbeleving. Bovendien reageren de hulpverleners voornamelijk vanuit hun buikgevoel bij situaties van seksueel geweld tussen bewoners en niet vanuit methodieken of enige deskundigheid. Deze deskundigheid kan gestimuleerd worden door opleidingen te voorzien en door dit te stimuleren vanuit het

beleid omtrent seksualiteit en intimiteit. Dergelijk beleid ontbreekt volgens veel hulpverleners of wordt onvoldoende geïmplementeerd in de praktijk. Hierin zijn de leidinggevenden van woonzorgcentra een belangrijke spilfiguur vermits zij instaan voor de ontwikkeling van een positief seksualiteitsbeleid en de organisatie van opleidingen voor hun werknemers. De overheid speelt tevens ook een belangrijke rol. Door preventiecampagnes van seksueel geweld af te stemmen op deze specifieke doelgroep, namelijk bewoners van woonzorgcentra, wordt deze kwetsbare groep niet vergeten in de strijd tegen seksueel geweld en bestaat de kans dat bewoners het stereotype beeld van de asexuele oudere niet internaliseren. Daarnaast kan de overheid de vrijblijvendheid van een positief seksualiteitsbeleid wegnemen door alle woonzorgcentra te verplichten om dergelijk beleid te ontwikkelen waarin er voldoende aandacht is voor de opleiding van hulpverleners m.b.t. seksualiteit, intimiteit en seksueel geweld.

Om beleid en opleiding zo adequaat mogelijk in te vullen, is er echter meer nood aan kennis over seksueel geweld tussen bewoners van woonzorgcentra. Hierin is het belangrijk dat onderzoekers ook naar de noden en verwachtingen van bewoners luisteren.

Bibliografie

- Aditi vzw (z.d.). *Wie zijn we*. Geraadpleegd van <https://aditivzw.be/nl/over-ons/wie-zijn-we>
- Aditi vzw (z.d.). *Ondersteuningsboom dementie en seksualiteit*. Geraadpleegd van <https://www.dementie.be/ecdcontact/wp-content/uploads/sites/13/2016/06/Ondersteuningsboom-dementie-en-seksualiteit.pdf>
- Agentschap Zorg en Gezondheid (2017). *Meting van kwaliteit van leven in Vlaamse Woonzorgcentra (2016): resultaten van interviews met bewoners zonder cognitieve problemen* [Sectorrapport]. Geraadpleegd van https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Kwaliteit%20van%20leven-sectorrapport_2016_19122017.pdf
- Agentschap Zorg en Gezondheid (2019). *Symposium Seksuele Gezondheid* [Eindrapport]. Geraadpleegd van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Eindrapport%20Symposium%20Seksuele%20Gezondheid.pdf>
- Band-Winterstein, T., Goldblatt, H., & Lev, S. (2021). Breaking the taboo: sexual assault in late life as a multifaceted phenomenon – Toward an integrative theoretical framework. *Trauma, Violence & Abuse*, 22(11), 112-123. <https://doi.org/10.1177%2F1524838019832979>
- Beauregard, E., Chopin, J., & Winter, J. (2020). Lethal outcome in elderly sexual violence: escalation or different intent? *Journal of Criminal Justice*, 71, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2020.101704>
- Beauregard, E. (2022). Lethal Outcome in Sexual Assaults: Predicting the Unpredictable. In K. Uzieblo, W.J. Smid & K. McCartan (Eds.), *Challenges in the Management of People Convicted of Sexual Offence: A Way Forward* (pp. 35-50). Palgrave Studies in Risk, Crime and Society. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-80212-7>
- Beauregard, E., & Chopin, J. (2022). *Elderly sexual abuse: Theory, research, and practice*. Routledge studies in crime and society.
- Beyens, K., Kennes, P., & Tournel, H. (2017). Mijnwerkers of ontdekkingsreizigers? Het kwalitatieve interview. In T. Decorte & D. Zaitch (Reds.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (3^e ed., pp. 187-222). Acco.
- Booth, B. D. (2016). Elderly Sexual Offenders. *Current Psychiatry Reports*, 18(4), 1-7. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0678-1>
- Bows, H. (2018). Sexual Violence Against Older People. *Trauma, Violence & Abuse*, 19(5), 567-583. <https://doi.org/10.1177%2F1524838016683455>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Burgess, A. W. (2006). *Elderly Victims of Sexual Abuse and Their Offenders*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/e566532007-001>

- Butler, R. (1980). Ageism: A foreword. *Journal of social issues*, 36(2), 8-11.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>
- Bytheway, B. (1994). *Ageism*. Open University Press, McGraw-Hill Education.
- Castle, N. G. (2012). Resident-to-Resident Abuse in Nursing Homes as Reported by Nurse Aides. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24(4), 340-356.
<https://doi.org/10.1080/08946566.2012.661685>
- Corbi, G., Grattagliano, I., Catanesi, R., Ferrara, N., Yorston, G., & Campobasso, C. P. (2012). Elderly Residents at Risk for Being Victims or Offenders. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(7), 657-659.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.05.012>
- Deep Democracy (z.d.). *Sabotagelij n en edge gedrag*. Geraadpleegd van
<https://deepdemocracy.nl/expertises/sabotagelij n-en-edge-gedrag/>
- De Boeck, M. & Uzieblo, K. (2020). At the crossroads 2.0: recente ontwikkelingen in de behandeling van seksuele delinquenten. Een congresverslag. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 50(3), 212-221. https://vvkp.be/sites/default/files/TKP%2003-2020_LR_WEB_07_At%20the%20crossroads%202.0.pdf
- Decorte, T., & Zaitch, D. (2017). Kwalitatief onderzoek en criminologische theorie. Over de relatie tussen theorie, onderzoeksvragen en methode. In T. Decorte & D. Zaitch (Reds.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (3^e ed., pp. 33-80). Acco.
- Decorte, T. (2017). Kwalitatieve data-analyse. In T. Decorte & D. Zaitch (Reds.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (3^e ed., pp. 463-512). Acco.
- De Graaf, H., & Marra, E. (2019). *Seksueel Geweld en Grensoverschrijding. Ontwikkeling van een vragenlijst voor de bevolking van 16 jaar en ouder*. Rutgers Kenniscentrum Seksualiteit.
- de Haas, S. (2012). Seksueel grensoverschrijdend gedrag onder jongeren en volwassenen in Nederland. *Tijdschrift voor seksuologie*, 2(36), 136-145. Geraadpleegd van
<https://www.tijdschriftvoorseksuologie.nl/media/k2/attachments/tvs36-2ZhaasZseksueelZgrensoverschrijdendZgedrag.pdf>
- Eckert, L., & Sugar, N. (2008). Older victims of sexual assault: an underrecognized population. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 198(6), 688.e1-688.e7.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.03.021>
- Expertisecentrum Dementie Vlaanderen (z.d.). *Prevalentie*. Geraadpleegd van
<https://www.dementie.be/home/wat-is-dementie/prevalentie/>
- Galea, S., & Tracy, M. (2007). Participation rates in epidemiologic studies. *Annals of Epidemiology*, 17(9), 643-653. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2007.03.013>

- Gewirtz-Meydan, A., Hafford-Letchfield, T., Benyamini, Y., Phelan, A., Jackson, J., & Ayalon, L. (2018). Ageism and Sexuality. In L. Ayalon en C. Tesch-Römer (Reds.), *Contemporary Perspectives on Ageism: International Perspectives on Aging* (19^e ed., pp. 149-162). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_10
- Goldblatt, H., Band-Winterstein, T., Lev, S., & Harel, D. (2020). "Who Would Sexually Assault an 80-Year-Old Woman?": Barriers to Exploring and Exposing Sexual Assault Against Women in Late Life. *Journal of Interpersonal Violence*, 37, 1-25. <https://doi.org/10.1177%2F0886260520934440>
- Goudriaan H., & Nieuwebeerta P. (2005). Contextuele invloeden op de bereidheid geweldsdelicten te melden: Een vignettenonderzoek onder middelbare scholieren. *Tijdschrift Voor Criminologie*, 48(3), 269-284.
- Haesler, E., Bauer, M., & Fetherstonhaugh, D. (2016). Sexuality, sexual health and older people: A systematic review of research on the knowledge and attitudes of health professionals. *Nurse Education Today*, 40, 57-71. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.02.012>
- Hajjar, R., & Kamel, H. (2003). Sex and the nursing home. *Clinics in Geriatric Medicine*, 19(3), 575-586. [https://doi.org/10.1016/S0749-0690\(02\)00099-X](https://doi.org/10.1016/S0749-0690(02)00099-X)
- Heemelaar, M. (2008). *Seksualiteit, intimiteit en hulpverlening* (3e ed.). Bohn Stafleu van Loghum.
- Jones, H., & Powell, J.L. (2006). Old age, vulnerability and sexual violence: implications for knowledge and practice. *International Nursing Review*, 53, 211-216. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2006.00457.x>
- Kamel, H., & Hajjar, R. (2003). Sexuality in the Nursing Home, Part 2: Managing Abnormal Behavior—Legal and Ethical Issues. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4(4), 203-206. [https://doi.org/10.1016/S1525-8610\(04\)70347-3](https://doi.org/10.1016/S1525-8610(04)70347-3)
- Keygnaert, I., & Linthout, L. (2020). *Triage Tool voor identificatie, zorg en doorverwijzing van slachtoffers van seksueel geweld in Europese asielcentra en opvanginitiatieven*. ICRH Universiteit Gent. Geraadpleegd van <https://biblio.ugent.be/publication/8701584/file/8701585.pdf>
- Keygnaert, I., De Schrijver L., Cismaru Inescu A., Schapansky, E., Nobels, A., Hahaut, B., Stappers, C., De Bauw, Z., Lemonne, A., Renard, B., Weewauters, M., Nilsen, L., Vander Beken, T., & Vandeviver, C. (2021). *UN-MENAMAIS-Understanding the Mechanisms, Nature, Magnitude and Impact of Sexual Violence in Belgium* [Final Report]. Belgian Science Policy: 142 pp. https://www.belspo.be/belspo/brain-be/projects/FinalReports/UN-MENAMAIS_FinalRep_v2.pdf
- Levy, S., & Macdonald, J. (2016). Progress on Understanding Ageism. *Journal of Social Issues*, 72(1), 5-25. <https://doi.org/10.1111/josi.12153>

- Maesschalk, J. (2017). Methodologische kwaliteit in het kwalitatief onderzoek. In T. Decorte & D. Zaitch (Reds.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (3^e ed., pp. 131-160). Acco.
- Maguire, N., Beyens, K., Boone, M., Laurinavicius, A., & Persson, A. (2015). Using vignette methodology to research the process of breach comparatively. *European Journal of Probation*, 7(3), 241-259. <https://doi.org/10.1177%2F2066220315617271>
- Mahieu, L., Van Elssen, K., & Gastmans, C. (2011). Nurses' perceptions of sexuality in institutionalized elderly: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(9), 1140-1154. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.05.013>
- Mahieu, L., Anckaert, L., & Gastmans, C. (2014). Intimacy and sexuality in Institutionalized Dementia Care: Clinical-Ethical Considerations. *Health care analysis*, 25(1), 52-71. <https://doi.org/10.1007/s10728-014-0287-2>
- Mahieu, S. (2020). Intimiteit en seksualiteit in woonzorg centra: boekbespreking. *Senior*, 1(2), 27-29.
- Malmedal, W., Iversen, M., & Kilvik, A. (2015). Sexual Abuse of Older Nursing Home Residents: A Literature Review. *Nursing Research and Practice*, 2015(10), 1-7. <https://doi.org/10.1155/2015/902515>
- McAuliffe, L., Bauer, M., & Nay, R. (2007) Barriers to the expression of sexuality in older person: the role of the health professional. *International Journal of Older People Nursing*, 2(1), 69-75. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2007.00050.x>
- Messelis, E. & Bauer, M. (2017). *Sexuality Assessment Tool (SexAT): Beoordelingsinstrument voor de seksuele expressie van bewoners in woonzorgcentra*. Uitgeverij Neno.
- Messelis, E., & Bauer, M. (2019). Sex and Intimacy Policy in Residential Aged Care Facilities in Flanders, Belgium. *Sexuality and Disability*, 38(1), 85-93. <https://doi.org/10.1007/s11195-019-09607-1>
- Messelis, E. (2019). *Intimiteit en seksualiteit in woonzorgcentra*. Gompel & Svacina.
- Messelis, E. (2020). *100 Bewoners van woonzorgcentra geven hun inkijk in hun seksueel en intiem leven* [Interne cursus 6^o Editie referentiepersonen Intimiteit en Seksualiteit in Woonzorg]. Lachesis.
- Messelis, E., & Van Velthoven, J. (2020). *Buiten de lijnen kleuren. Warme zorg als middel tegen grensoverschrijdend gedrag*. Politeia.
- Messelis, E., & Meier, K. (2022). *Verbindend communiceren rond seksualiteit en intimiteit in welzijn en zorg. PILOT. Assess and communicate: een module ontwikkeld door het SHIFT-project. Sexual Health In the over ForTy-fives*. Odisee hogeschool.

- Miller, V., Miller, S., & Stevens, B. (2021). Elder Sexual Abuse and Sexual Freedom in Faith-based Residential Care Facilities: Ethical Dilemmas, and Institutional Integrity. *International Journal of Public Theology*, 15(2), 253-273.
<https://doi.org/10.1163/15697320-12341657>
- Mortelmans, D. (2017). Het kwalitatief onderzoeksdesign. In T. Decorte & D. Zaitch (Reds.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (3^e ed., pp. 81-130). Acco.
- National Centre Elder Abuse (z.d.). *Research, Statistics, and Data. Types of elder Mistreatment*. Geraadpleegd van <https://ncea.acl.gov/About-Us/What-We-Do/Research/Statistics-and-Data.aspx>
- Nay, R., McAuliffe, L., & Bauer (2007). Sexuality: from stigma, stereotypes and secrecy to coming out, communication and choice. *International Journal of Older People Nursing*, 2(1), 76-80. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-3743.2007.00052.x>
- Nobels, A., Vandeviver, C., Beaulieu, M., Lemmens, G., & Keygnaert, I. (2018). Are older women forgotten in the fight against sexual violence? *The Lancet Global Health*, 6(4), e370. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30074-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30074-3)
- Nobels, A., Vandeviver, C., Beaulieu, M., Cismaru Inescu A., Nisen, L., Van Den Noortgate, N., Vander Beken, T., Lemmens, G., & Keygnaert, I. (2020). Too Grey To be True? Sexual Violence in Older Adults: A Critical Interpretive Synthesis of Evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 1-12.
<https://doi.org/10.3390%2Fijerph17114117>
- Nobels, A., Cismaru Inescu, A., Nilsen, L., Hahaut, B., Beaulieu, M., Lemmens, G., Adam, S., Schapansky, E., Vandeviver, C., & Keygnaert, I. (2021). Sexual violence in older adults: A Belgian prevalence study. *BMC Geriatric Medicine*, 21, 1-21.
<https://doi.org/10.1101/2021.03.04.21252934>
- Nobels, A., Cismaru Inescu, A., Nisen, L., Hahaut, B., Lemmens, G., Vandeviver, C., & Keygnaert, I. (2021). Challenges in conducting sexual health and violence research in older adults beyond the General Data Protection Regulation: a Belgian case study. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-21.
<https://doi.org/10.1177%2F08862605211015256>
- Nobels, A., Lemmens, G., Thibau, L., Beaulieu, M., Vandeviver, C., & Keygnaert, I. (2022). "Time Does Not Heal All Wounds": Sexual Victimization Is Associated with Depression, Anxiety, and PTSD in Old Age. *International journal of environmental research and public health*, 19(5), 1-17. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052803>
- Payne, B. (2010). Understanding Elder Sexual Abuse and the Criminal Justice System's Response: Comparisons to Elder Physical Abuse. *Justice Quarterly*, 27(2), 206-224.
<http://dx.doi.org/10.1080/07418820902763087>
- Payne, B. (2011). *Crime and elder abuse: An integrated perspective* (3rd ed.). Charles C. Thomas Publisher.

- Ramsey-Klawnsnik, H., Teaster, P., Mendiondo, M., Marcum, J., & Abner, E. (2008). Sexual Predators Who Target Elders: Findings from the First National Study of Sexual Abuse in Care Facilities. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20(4), 353-376. <https://doi.org/10.1080/08946560802359375>
- Ramsey-Klawnsnik, H. (2009). Elder sexual abuse. *Focus CE Course*, 1-17. Geraadpleegd van <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.628.9923&rep=rep1&type=pdf>
- Robert, L., Beken, T. V., & Vermeulen, G. (2018). Tussen Hollywood en Marcinelle: Van seksueel grensoverschrijdend gedrag tot seksuele delinquentie. *Panopticon*, 39(5), 385-406.
- Robert, L., Maes, E., & Mine, B. (2016). Over ezels en stenen. Enkele observaties over recidive. In K. Beyens & S. Snacken (Reds.), *Straffen: een penologisch perspectief* (pp. 165-180). Maklu.
- Rosen, T., Lachs, M., & Pillemer, K. (2010). Sexual Aggression between Residents in Nursing Homes: Literature Synthesis for an Underrecognized Issue. *J Am Geriatr Soc.*, 58(10), 1-19. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03064.x>
- Schroyen, E., Vande Reyde, L., & Van Daele, D. (2014). Bronnenbescherming in het (Belgisch) criminologisch onderzoek: You have the right to remain silent? *Panopticon*, 35(4), 302-312. Maklu.
- Sensoa. (z.d.). *Cijfers over seksueel misbruik in België*. Geraadpleegd 27 oktober 2021, van <https://www.sensoa.be/seksueel-grensoverschrijdend-gedrag-bij-jongeren-en-volwassenen-feiten-en-cijfers>
- Sensoa. (z.d.). *Sensoa vlaggensysteem voor volwassenen*. Geraadpleegd op 10 februari 2022, van <https://www.sensoa.be/materiaal/sensoa-vlaggensysteem-voor-volwassenen-boek>
- Schapansky, E., Depraetere, J., Keygnaert, I., & Vandeviver, C. (2021). Seksueel geweld in België: aard, omgang en risicofactoren van seksueel geweld in een nationaal representatieve bevolkingssteekproef. *Panopticon*, 42(3), 227-249.
- Slabbinck, W. (2017, 25 juni). Seks gaat niet altijd op rust. *Charlie*, 2017 (1). Geraadpleegd op 12 februari 2022, van <https://www.charliemag.be/mensen/seks-op-rust/#0>
- Small, M. (2009). 'How many cases do I need?' On science and the logic of case selection in field-based research. *Ethnography*, 10(1), 5-38. <https://doi.org/10.1177/1466138108099586>
- Smith, D., Bugeja, L., Cunningham, N., & Ibrahim, J. (2018). A Systematic Review of Sexual Assaults in Nursing Homes. *The Gerontologist*, 58(6), e369-e383. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx022>

- Smith, D., Wright, M., & Ibrahim, J. (2021). Aged care nurses' perception of unwanted sexual behaviour in Australian residential aged care services. *Australasian Journal on Ageing*, 41(1), 153-159. <http://dx.doi.org/10.1111/ajag.13014>
- Smits, L. (2020). *De Nederlandse APA-regels: Gebaseerd op de zevende editie (2019) van de officiële APA Publication Manual*. Scribbr. Geraadpleegd van <https://www.scribbr.nl/handleiding-apa-regels/>
- Statbel (2022). *Bevolkingsvoorzichten: 1,3 miljoen inwoners meer tegen 2070, vergeleken met 1,5 miljoen in de afgelopen 30 jaar*. Geraadpleegd van <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/bevolkingsvoorzichten>
- Statistiek Vlaanderen (2020, 7 april). *Zorg en ondersteuning voor ouderen*. Geraadpleegd van <https://www.statistiekvlaanderen.be/nl/zorg-en-ondersteuning-voor-ouderen>
- Steenhout, I. (2017). Kwalitatief online onderzoek. In T. Decorte & D. Zaitch (Reds.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (3^e ed., pp. 417-462). Acco.
- Swinnen, A. (2011). *Seksualiteit van ouderen*. Amsterdam University Press.
- Syme, M., & Cohn, T. (2020). Elder sexual abuse and implicit agism: Examining the warm-incompetent bias among mock jurors. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 32(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/08946566.2019.1695696>
- Teaster, P., Ramsey-Klawnsnik, H., Mendiono, M., Abner, E., Cecil, K., & Tooms, M. (2007). From Behind the Shadows: A profile of the sexual abuse of older men residing in nursing homes. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 19(1-2), 29-45. http://dx.doi.org/10.1300/J084v19n01_03
- Thimsen, K. (2020). Interpersonal violence and the elderly. In A. Carney (Red.), *Elder Abuse* (pp. 85-105). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/C2017-0-03733-3>
- Thys, K., Mahieu, L., Cavolo, A., Hensen, C., Dierckx de Casterlé, B., & Gastmans, C. (2019). Nurses' experiences and reactions towards intimacy and sexuality expressions by nursing home residents: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5-6), 836-849. <https://doi.org/10.1111/jocn.14680>
- Træen, B., Štulhofer, A., Janssen, C., Carvalheira, A., Hald, G., Lange, T., & Graham, C. (2018). Sexual Activity and Sexual Satisfaction Among Older Adults in Four European Countries. *Archives of Sexual Behavior*, 48(3), 815-829. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1256-x>
- Vanderploeg, E. (2017). *De prevalentie van seksueel grensoverschrijdend gedrag onder ouderen in Vlaamse woonzorgcentra* [Masterproef, KU Leuven]. Geraadpleegd van https://aditivzw.be/l/library/download/urn:uuid:0dab6384-1bce-484c-b797-78b53a2808a8/thesis+anjo+vanderploeg.pdf?format=save_to_disk&ext=.pdf
- Vander Laenen, F., & O'Gorman, A. (2017). Ethische aspecten van het kwalitatief onderzoek. In T. Decorte & D. Zaitch (Reds.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (3^e ed., pp. 555-587). Acco.

- Van Houdenhove, E., Messelis, E., & Van Velthoven, J. (2015). *Seksueel grensoverschrijdend gedrag in de zorg*. Politeia.
- Van Lankveld, J. (2011). Seksualiteit van ouderen: enkele casussen en de implicaties voor de kennis- en attitudevorming bij hulpverleners. In A. Swinnen (Red.), *Seksualiteit van ouderen* (pp. 33-54). Amsterdam University Press.
- Veenma, K., Batenburg, R., & Breedveld, E. (2004). *De Vignetmethode. Een praktische handreiking bij beleidsonderzoek*. IVA. Geraadpleegd van https://www.researchgate.net/publication/241862480_De_vignetmethode_Een_praktische_handreiking_bij_beleidsonderzoek
- Verellen, R. (2022, 23 mei). 94-jarige veroordeeld voor aanranding dementerende vrouwen in Antwerps woonzorgcentrum. *VRT NWS*. Geraadpleegd van <https://vrtnews.be/p.LNjnmQwQE>
- Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken* [E-book] (6^e ed.). Boom uitgevers.
- Villar, F., Celdrà, M., Fabà, J., & Serrat, R. (2014) Barriers to sexual expression in residential aged care facilities (RACFs): comparison of staff and residents' views. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2518-2527. <https://doi.org/10.1111/jan.12398>
- Villar, F., Serrat, R., Celdrà, M., & Fabà, J. (2016). Staff attitudes and reactions toward residents' masturbation in Spanish long-term care facilities. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 819-828. <https://doi.org/10.1111/jocn.13105>
- Villar, F., Celdrà, M., Fabà, J., Martínez, T., & Twisk, J. (2020). 'I do it my way': long-term care staff's perceptions of residents' sexual needs and suggestions for improvement in their management. *European Journal of Ageing*, 17, 197-205. <https://doi.org/10.1007/s10433-019-00546-6>
- Vlaamse Ouderenraad vzw (2019). *Over vrijheidsbeperking bij ouderen met zorgnoden: Leven in vrijheid, een basisrecht van iedereen?* [Advies 2019/2]. Geraadpleegd van https://www.vlaamse-ouderenraad.be/sites/default/files/downloads/2019-09/Advies%202019-2%20over%20vrijheidsbeperking%20bij%20ouderen%20met%20zorgnoden_0.pdf
- WHO (2002). *World report on violence and health*. Geraadpleegd van <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/50364/retrieve>
- WHO (2017). *Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach*. Geraadpleegd van <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258738/9789241512886-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Yates, P., & Allardyce, S. (2022). Abuse at the heart of the family: the challenges and complexities of sibling sexual abuse. In K. Uzieblo, W.J. Smid & K. McCartan (Eds.), *Challenges in the Management of People Convicted of Sexual Offence: A Way Forward* (pp. 51-64). Palgrave Studies in Risk, Crime and Society.
<https://doi.org/10.1007/978-3-030-80212-7>
- Zorgnet Vlaanderen (2015). *Ethische adviezen: Intimiteit en seksualiteit in de zorg voor ouderen* [Advies 18]. Geraadpleegd van
<https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/2015%20Ethisch%20advies%2018%20v3.pdf>
- Zwakhallen, S. (2011). Thuisvervangende milieus voor ouderen en de aandacht voor seksualiteit. In A. Swinnen (Red.), *Seksualiteit van ouderen* (pp. 83-100). Amsterdam University Press.

Bijlagen

Bijlage 1: interview leidraad

I. Introductie

Uitleggen informed consent:

- Vertrouwelijk: alles wordt vertrouwelijk verwerkt. Zowel de naam van de geïnterviewde, het woonzorgcentrum, namen van bewoners die naar boven komen, eventuele beleidsdocumenten, etc. worden gespeudonimiseerd zodat de identiteit van de betreffende respondent, WZC, etc. niet geïdentificeerd kan worden.
- Verder heeft u de mogelijkheid om bepaalde vragen niet te beantwoorden. Dan mag u dit gewoon aangeven. En u kan ten alle tijden vragen om het interview stop te zetten.
- Daarnaast had ik graag een audio-opname gemaakt van het interview. Deze opname wordt alleen gebruikt om het interview achteraf uit te kunnen typen en deze transcripties te analyseren. Is dat oké?
- Het interview zal ongeveer een uurtje duren.

Uitleggen opzet masterproef:

- Ik doe mijn masterproef over seksueel geweld in woonzorgcentra en dan specifiek situaties waarbij slachtoffer en dader beide bewoners zijn. In de literatuur is hier heel weinig over geweten.
- Ik wil in kaart brengen hoe hulpverleners hiermee omgaan.

II. Introductievragen

Vragen over de respondent(en):

- Welke job oefent u uit in het WZC?
- Hoelang doet u deze job al?
- Wat zijn uw hoofdtaken?
- Op welke afdeling werkt u voornamelijk?

Visie van hulpverlener op seksualiteitsbeleving van bewoners:

- Hoe staat u tegenover de seksualiteit(sbeleving) van bewoners?
- Kan u gemakkelijk over dit onderwerp praten met de bewoners? Waarom wel/ niet?
- Welke factoren belemmeren/ bevorderen u om rekening te houden met de seksualiteit(sbeleving) van de bewoners?

III. Het beleid van het woonzorgcentrum: preventief beleid t.a.v. seksueel geweld

Hoe staat de organisatie ten aanzien van seksualiteitsbeleving bij bewoners?

- Hoe geven ze dit vorm? Hoe komt dit tot uiting?
- Heeft de organisatie een uitgewerkt beleid voor seksualiteit en seksualiteitsbeleving?
→ *Zou ik hiervan eventueel een kopie kunnen krijgen zodat ik dit kan bekijken? Deze kopie zal zoals de rest van het interview vertrouwelijk en anoniem verwerkt worden.*

Heeft de organisatie een uitgewerkt preventief beleid voor seksueel geweld?

- Hoe ziet dit beleid eruit?
- Wat houdt het allemaal in?
- Hoe wordt het in de praktijk omgezet?
→ *Zou ik hiervan eventueel een kopie kunnen krijgen zodat ik dit kan bekijken? Deze kopie zal zoals de rest van het interview vertrouwelijk en anoniem verwerkt worden.*

Is dit beleid ter preventie van seksueel geweld volgens u toereikend? Waarom wel/niet?

- Welke zaken mist u? Of wat is volgens u overbodig?
- Hoe zou u het idealiter vormgeven?

Worden er opleidingen voorzien voor de hulpverleners over seksualiteit, seksualiteitsbeleving van bewoners en/of seksueel geweld?

- Wat houden deze opleidingen in?
- Zijn deze opleidingen verplicht? Of zijn ze vrijwillig?
 - Indien vrijwillig: heeft u reeds deelgenomen aan zo'n opleiding? Waarom wel/niet?
- Op welke manier worden hulpverleners gestimuleerd om deel te nemen aan deze opleidingen?

IV. Ervaringen met seksueel geweld

Bent u tijdens uw loopbaan in dit woonzorgcentrum ooit rechtstreeks of onrechtstreeks getuige geweest van seksueel geweld waarbij dader en slachtoffer bewoners waren?

- Vertel eens: wat was de situatie, wat gebeurde er, wat was uw reactie en die van uw collega's, hoe ging je hiermee om?
- Hoe heeft u dit opgemerkt? Hoe kwam u dit te weten?

Welke vormen van seksueel geweld tussen bewoners zag u al in het woonzorgcentrum?

Als we denken aan de bewoners die overgaan tot het plegen van seksueel geweld ten aanzien van een medebewoner. Bij wie komt het volgens jou dan vaker voor? (Dat ze overgaan tot ...)

- Zijn er zaken die hen zouden belemmeren om dit te doen?

Als we dan nu denken aan de bewoners die het slachtoffer worden van seksueel geweld. Bij wie komt het slachtofferschap vaker voor volgens jou?

- Waarom worden net die personen het slachtoffer? En waarom niet?
- Welke zaken zorgen volgens jou ervoor dat iemand minder snel het slachtoffer zou worden van seksueel geweld?

V. Aanpak seksueel geweld volgens het beleid

Hoe moet er volgens het beleid van het woonzorgcentrum gereageerd worden op situaties van seksueel geweld tussen bewoners?

- Is er een soort van stappenplan?
- Bestaat hiervoor een uitgewerkt beleid?
- Hoe wordt dit in de praktijk omgezet?

→ *Zou ik hiervan eventueel een kopie kunnen krijgen zodat ik dit kan bekijken? Deze kopie zal zoals de rest van het interview vertrouwelijk en anoniem verwerkt worden.*

Welke stappen moeten er ondernomen worden als een geval van seksueel geweld tussen bewoners aan het licht komt?

- Aan wie moet er gerapporteerd worden?
- Wat moet er allemaal gerapporteerd worden?
- Wordt dit in de praktijk ook altijd gedaan? Waarom wel/niet?
- Wat vindt u hiervan?

Wat vindt u van de aanpak ten aanzien van seksueel geweld tussen bewoners?

- Zou u een andere aanpak prefereren? Welke?
- Hoe staat u t.a.v. medicatie toedienen?

Heeft u al situaties van seksueel geweld gemeld aan het Agentschap van Zorg en Gezondheid?

- Ja: wat was er gebeurd? Waarom heeft u dit gemeld?
- Neen: wat heeft ervoor gezorgd dat u dit niet meldde?

De rapportagecijfers aan het Agentschap zijn zeer laag, hoe komt dit denkt u?

VI. Vignetten

Verschillende situaties voorleggen aan de participanten en bespreken. Nagaan hoe ze zouden reageren in zo'n situaties, waarom ze dit doen en of ze dit rapporteren naar bovenaf. Met wie praten ze erover (collega's, directie, coördinator, familie van de bewoners, etc.). Waarom wordt iets wel/ niet gerapporteerd?

VII. Slot

Zijn er nog zaken die u graag wil aanvullen?

Heeft u nog bepaalde vragen?

Bijlage 2: vignetten

<p style="text-align: center;">Situatie 1</p> <p>Slachtoffer</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Een vrouw van 85 jaar ➤ Normaal cognitief vermogen <p>Dader</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Een man van 85 jaar ➤ Normaal cognitief vermogen <p>De man komt de slaapkamer van de vrouw binnen, hij kruipt bij haar in bed en betast haar. U wandelt de kamer binnen en merkt dit op.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Wat denkt u? ➔ Wat doet u? <ul style="list-style-type: none"> ○ Ten aanzien van de dader? ○ Ten aanzien van het slachtoffer? ➔ Waarom doet u dit? <p>Bijvragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Wat als het slachtoffer een man zou zijn en de dader een vrouw? ➔ Wat als de dader vb. door dementie geen besef heeft van zijn daden? <p style="text-align: center;"><i>(Verskil in gender + cognitieve beperkingen dader)</i></p>	<p style="text-align: center;">Situatie 2</p> <p>Slachtoffer</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Een bewoner van 70 jaar <p>De bewoner vertelt dat een medebewoner, de kamer is binnengewandeld. Deze bleef staan en begon zichzelf te bevredigen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Wat denkt u? ➔ Wat doet u? <ul style="list-style-type: none"> ○ Ten aanzien van de dader? ○ Ten aanzien van het slachtoffer? ➔ Waarom doet u dit? <p>Bijvragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Wat indien de bewoner 20 jaar ouder zou zijn? ➔ Wat als het slachtoffer vb. aan dementie lijdt? ➔ Wat indien dit herhaaldelijk voorvalt? <p style="text-align: center;"><i>(Verskil in leeftijd + cognitieve beperkingen slachtoffer)</i></p>
<p style="text-align: center;">Situatie 3</p> <p>Slachtoffer</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Een vrouw van 78 jaar <p>Dader</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Een man van 83 jaar <p>U komt de badkamer binnen en ziet dat de vrouw de man oraal bevredigd. Ze kijkt niet bepaald blij, maar maakt geen aanstalten om hiermee te stoppen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Wat denkt u? ➔ Wat doet u? ➔ Waarom doet u dit? <p>Bijvragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Wat indien de dader haar echtgenoot zou zijn? <p style="text-align: center;"><i>(Verskil relatie: dader-slachtoffer)</i></p>	<p style="text-align: center;">Situatie 4</p> <p>Tijdens het avondeten beschrijft een bewoner zeer luid en expliciet hoe hij/zij een medebewoner zou willen plezieren in de slaapkamer. Deze medebewoner heeft duidelijk aangegeven dat hij/zij dit niet fijn vindt, desondanks stopt hij/zij hier niet mee. Andere bewoners reageren hier niet op of ze lachen hiermee.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Wat denkt u? ➔ Wat doet u? ➔ Waarom doet u dit? <p style="text-align: center;"><i>(Vorm van niet-fysiek seksueel geweld)</i></p>
<p style="text-align: center;">Situatie 5</p> <p>De zoon van één van de bewoners komt boos naar u toe om te melden dat zijn moeder het slachtoffer is geweest van seksueel geweld aangezien hij zijn moeder aantrouf op haar kamer terwijl zij seks had met een medebewoner.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Wat denkt u? ➔ Wat doet u? <ul style="list-style-type: none"> ○ Ten aanzien van de dader? ○ Ten aanzien van het slachtoffer? ➔ Waarom doet u dit? <p>Bijvragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Wat indien beide bewoners toestemming hebben gegeven? <p>Dezelfde situatie, maar u als hulpverlener komt de kamer binnen en merkt de bewoners op terwijl zij seks hebben.</p> <p style="text-align: center;"><i>(Rapportage van familielid/ zelf getuige zijn + wederzijdse toestemming)</i></p>	<p style="text-align: center;">Situatie 6</p> <p>Slachtoffer</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Een man van 89 jaar ➤ Verbaal niet sterk ➤ Mentale aftakeling <p>De mannelijke bewoner vertelt dat er een medebewoner zijn badkamer was binnengekomen toen hij zich aan het wassen was. Deze persoon bleef de hele tijd kijken en ging nadien terug naar zijn eigen kamer.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Wat denkt u? ➔ Wat doet u? <ul style="list-style-type: none"> ○ Ten aanzien van de dader? ○ Ten aanzien van het slachtoffer? ➔ Waarom doet u dit? <p>De week nadien betrapt u de man van 89 jaar in de badkamer van een medebewoner. Hij kijkt toe terwijl de ander zich wast. Na rondvraag blijkt dat hij dit al bij verschillende medebewoners heeft gedaan.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Wat denkt u? ➔ Wat doet u? <ul style="list-style-type: none"> ○ Ten aanzien van de dader? ○ Ten aanzien van het slachtoffer? ➔ Waarom doet u dit? ➔ Wat indien de dader normaal functioneert op cognitief vlak? <p style="text-align: center;"><i>(Slachtoffer wordt zelf dader)</i></p>

Deelnemer

Seksueel geweld in Vlaamse woonzorgcentra waarbij dader en slachtoffer beide bewoners zijn

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel en de duur van de studie en dat ik weet wat van mij verwacht wordt.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten zonder dat ik hiervoor een reden moet opgeven.

Ik begrijp dat er tijdens de studie persoonsgegevens over/van mij verzameld zullen worden en dat de onderzoeker de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekert overeenkomstig de Belgische wetgeving ter zake (Cf. AVG/GDPR).

- Ik stem in met de verwerking van mijn persoonlijke gegevens volgens de modaliteiten die zijn beschreven in het onderdeel “Privacy en vertrouwelijkheid”.
- Ik geef toestemming voor de verwerking van mijn gegevens voor wetenschappelijke doeleinden.
- Ik geef toestemming voor de publicatie van de onderzoeksresultaten. Mijn naam wordt daarbij niet gepubliceerd en de vertrouwelijkheid van de gegevens is in elk stadium van het onderzoek gewaarborgd.
- Ik geef toestemming voor de verwerking van mijn gegevens voor wetenschappelijke doeleinden.
- Ik geef toestemming om vermeld te worden per citaat. Mijn naam wordt daarbij niet gepubliceerd.
- Ik stem toe dat het individueel interview opgenomen zal worden met een audio-recorder.
- Ik stem niet toe dat er een audio-opname wordt gemaakt van het individuele interview. Ik weet dat dit geen exclusiecriteria is.

Ik ga akkoord om deel te nemen aan de studie en met de verwerking van mijn persoonsgegevens. Ik heb een exemplaar ontvangen van het ondertekende informatie- en toestemmingsformulier.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

DATA MANAGEMENT PLAN

1. Wordt er nieuwe data verzameld en/of wordt er gebruik gemaakt van bestaande data?

Er wordt nieuwe data verzameld aan de hand van semigestructureerd interviews.

2. Wat is de origine en de aard van deze data?

De verzamelde data bestaan hoofdzakelijk uit audio-opnames die nadien worden getranscribeerd. Wanneer een opname volledig is getranscribeerd, wordt de opname verwijderd.

De data komen voort uit semigestructureerde interviews die worden afgenomen bij hulpverleners werkzaam in een woonzorgcentrum in Oost- en West-Vlaanderen.

3. Worden er persoonlijke data verzameld? Zo ja, welke?

Onrechtstreeks wordt er persoonlijke data verzameld. Hierbij gaat het over de voornaam, familienaam, bij sommige interviews de leeftijd, werkadres, naam van de voorziening waarin persoon werkzaam is en eventueel een e-mailadres of telefoonnummer waarop ik de respondent kon bereiken. Deze persoonsgegevens worden niet bewaard.

Daarnaast wordt, indien er toestemming werd gegeven door de respondent, een audio-opname gemaakt van het interview. De respondenten geven hiervoor mondeling of schriftelijk toestemming en bij de respondenten die schriftelijk toestemming gaven, staat de voor- en achternaam en de handtekening op dit document.

4. Waar zullen de data worden opgeslagen?

De data worden opgeslagen het VUB data-bewaarplatform, namelijk OneDrive.

5. Zal de verzamelde data later hergebruikt worden?

De verzamelde data zullen later/ buiten deze masterproef niet hergebruikt worden.

6. Informed consent toevoegen aan DMP.

Zie bijlage 3

Geachte,

Ik ben Marie-Laure Meysman, ik ben studente Criminologische wetenschappen aan de Vrije Universiteit in Brussel. Ik neem contact met uw organisatie op in het kader van mijn masterthesis. Deze gaat over seksueel grensoverschrijdend gedrag in woonzorgcentra, namelijk situaties van seksueel geweld waar zowel het slachtoffer als de dader bewoners zijn van hetzelfde woonzorgcentrum. Tot op heden is het onduidelijk hoe frequent, in welke vorm, etc. deze situaties zich voordoen in het dagelijkse leven en hoe professionals hiermee omgaan.

De kernvraag van mijn masterthesis is daarom: hoe hulpverleners van woonzorgcentra dergelijke situaties aanpakken en vanuit welk handelingskader zij werken. Om hierover een concreter beeld te krijgen, wil ik hulpverleners interviewen die werkzaam zijn in woonzorgcentra. Zij kunnen werkzaam zijn al verpleegkundige, zorgkundige of begeleider aangezien deze hulpverleners vaker met de bewoners in contact komen.

Via deze weg wil ik u vragen of uw organisatie open staat om mee te werken aan mijn onderzoek en of ik één (of meerdere) hulpverlener(s) van uw woonzorgcentrum hiervoor mag interviewen? De expertise van uw medewerkers zou een grote meerwaarde zijn voor dit onderzoek.

Alle interviews worden vertrouwelijk afgenomen en zowel de gegevens van de geïnterviewde als de organisatie worden anoniem verwerkt. In de bijlage kan u een document met alle informatie over de interviews en de verwerking van de gegevens terugvinden en nalezen.

Indien u wilt meewerken aan mijn onderzoek, kan u mij altijd contacteren op dit e-mailadres of op mijn telefoonnummer: [REDACTED]. U mag gerust deze e-mail doorsturen naar uw werknemers die in aanmerking komen voor de interviews, zodat zij zelf kunnen beslissen of zij willen meewerken of niet.

Ik kijk al uit naar uw respons.
Alvast bedankt.

Met vriendelijke groeten,

Marie-Laure Meysman

Seksueel geweld in Vlaamse woonzorgcentra waarbij dader en slachtoffer beide bewoners zijn

U wordt gevraagd om deel te nemen aan deze studie over seksueel geweld in Vlaamse woonzorgcentra. Uw deelname is **vrijwillig**: u bent niet verplicht deel te nemen en indien u weigert, zal dit geen (negatieve) gevolgen hebben voor u. Neem voldoende tijd om te beslissen of u al dan niet wilt deelnemen. U kan tevens op elk moment vragen stellen aan de onderzoeker indien er iets niet duidelijk is. U kan uw deelname op elk moment stopzetten (schriftelijk of mondeling) en u hoeft hiervoor geen reden op te geven.

Hieronder kan u meer informatie terugvinden over de studie en hoe deze praktisch zal verlopen. Indien u bijkomende informatie wenst, kan u steeds contact opnemen met de onderzoeker of diens promotor.

Contactgegevens onderzoeker en promotor

Meysman Marie-Laure

Criminologische wetenschappen

Vrije Universiteit Brussel

E-mail: marie-laure.ann.r.meysman@vub.be

Telefoonnummer: [REDACTED]

Humblet Diète

Crime & Society Research Group VUB

[REDACTED]

1. Doel van de masterproef

Seksueel geweld in woonzorgcentra blijft vaak onder de radar. Daarnaast blijkt dat niet alle incidenten van seksueel geweld ten aanzien van bewoners gemeld worden aan het Agentschap Zorg en Gezondheid. Deze masterproef probeert het fenomeen van seksueel geweld ten aanzien van bewoners gepleegd door medebewoners te kaderen vanuit een neutrale invalshoek waarin er zowel wordt gekeken naar het daderschap, het slachtofferschap en de rol van de organisatie in preventie en aanpak van dergelijke incidenten.

2. Wie kan deelnemen aan het onderzoek

Hulpverleners werkzaam in woonzorgcentra gelegen in Vlaanderen. Hierbij wordt vooral gefocust op verpleeg- en zorgkundigen doordat zij dagdagelijks in contact komen met de bewoners van het woonzorgcentrum waarin zij tewerkgesteld zijn. Begeleiders komen ook in aanmerking. Het is voornamelijk van belang dat de deelnemer frequent en diepgaand met de bewoners in contact komen tijdens het uitoefenen van hun job. Tot slot zijn coördinatoren die zich verdiepen in deze materie ook relevant voor het onderzoek waardoor zij ook kunnen participeren aan het interview.

Bij voorkeur zijn deze hulpverleners minstens één jaar werkzaam in de setting waardoor zij voldoende kennis bezitten over de werking, de visie en de missie van de organisatie.

3. Praktisch verloop van de studie en het interview

Bij aanvang van het interview wordt een korte mondelinge toelichting gedaan waarin de onderzoeker de participant de opzet van de het interview en de rechten van de participant toelicht.

Nadien wordt gevraagd of de participant akkoord gaat met een audio-opname van het interview. De participant kan dit weigeren zonder dat dit een exclusie criterium is. Deze audio-opname wordt exclusief gebruikt om het interview te transcriberen.

Nadien worden een set-vragen gesteld, waarop de participant mag antwoorden. Ten alle tijden kan de participant aangeven een vraag niet te willen beantwoorden. Daarnaast kan het interview op ieder moment worden stopgezet op vraag van de participant, zonder dat hij/zij hiervoor een reden moet geven of negatieve gevolgen ervaart.

Op het einde van het interview wordt ruimte gelaten voor de participant om eventuele wijzigingen te brengen in voorgaande antwoorden of zaken toe te voegen.

Het interview neemt ongeveer 1 uur tot 1,5 uur in beslag.

4. Privacy en vertrouwelijkheid

Ten eerste moet u weten dat ik als onderzoeker een **vertrouwelijkheidsplicht** heb ten aanzien van de verzamelde gegevens. Dit betekent dat ik er mij tot toe verbind om, bijvoorbeeld in de context van een publicatie of een conferentie, nooit uw naam of andere gegevens te onthullen die u zouden kunnen identificeren. Er worden ook nooit individuele resultaten gepubliceerd.

Ten tweede worden er tijdens dit onderzoek persoonsgegevens verzameld over/van u. De verzameling en verwerking van uw gegevens is mogelijk omdat ik wetenschappelijk onderzoek uitvoer en ik **uw uitdrukkelijke toestemming** hiervoor krijg.

De verzameling en verwerking van de gegevens gebeurt in overeenstemming met de wettelijke principes die de nieuwe Europese **Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)** oplegt, die sinds 25 mei 2018 van kracht is. Ik, Humblet Diète, zie toe op de correcte verwerking van uw persoonsgegevens en de informatieplicht die daarmee gepaard gaat.

Deze informatieplicht houdt in dat ik u moet informeren over:

- a) Welke **persoonsgegevens** ik van/over u verzamel, met name: voornaam, leeftijd, werkadres, naam voorziening waarin persoon werkzaam is en eventueel een e-mailadres en telefoonnummer waarop ik de respondent kan bereiken. Deze persoonsgegevens worden niet bewaard. Daarnaast wordt, indien er toestemming werd gegeven door de respondent, een audio- opname gemaakt van het interview.
- b) (Beleids)documenten van de voorziening waarin de participant werkzaam is die aan de onderzoeker worden bezorgd of die de onderzoeker mag inkijken, worden op een vertrouwelijke wijze verwerkt. De voorziening kan niet worden geïdentificeerd en er worden geen individuele resultaten gepubliceerd.

- c) Dat de VUB (Vrije Universiteit Brussel, Pleinlaan 2, 1050 Brussel, KBO 449.012.406) optreedt als verwerkingsverantwoordelijke van uw gegevens.
- d) Dat de gegevens verzameld en verwerkt worden in het kader van het doel van bovengenoemde studie. Conform de relevante wetgeving zullen de gegevens die als deel van het onderzoek verzameld werden gedurende 5jaar bewaard worden.'
- e) Dat ik uw persoonsgegevens enkel mag gebruiken voor wetenschappelijke doeleinden.
- f) Dat u het recht heeft om uw gegevens in te kijken en deze te corrigeren. U beschikt tevens over het recht op wissing van uw gegevens, om op de beperking van de verwerking ervan, het recht om bezwaar aan te tekenen tegen de verwerking en het recht om uw gegevens aan derden over te dragen. Indien u vragen heeft, gelieve dan contact op te nemen met de onderzoekers.
- g) U heeft het recht om uw toestemming voor de verwerking van uw gegevens te allen tijde in te trekken. Het intrekken van de toestemming heeft geen invloed op de rechtmatigheid van de verwerking van de gegevens verkregen voor de intrekking van de toestemming.
- h) Dat uw gegevens enkel ingekeken zullen worden door de hierboven benoemde onderzoeker en niet gedeeld zullen worden met andere instellingen.
- i) Uw gegevens zullen bewaard en beveiligd worden in overeenstemming met de richtlijnen van de VUB.
- j) Dat indien u uw rechten wenst uit te oefenen of verdere vragen rond uw rechten en de verwerking van uw persoonsgegevens zou hebben, u hiervoor steeds terecht kan bij de **functionaris voor gegevensbescherming** van de VUB: dpo@vub.be.
- k) Dat om uw privacy te garanderen volgende **beschermingsmaatregelen** genomen worden:
 - De gegevens die verzameld worden, zijn in de eerste fase niet anoniem, daarom worden deze zo snel mogelijk omgezet naar codes (pseudonimisering). Dit is een tweede dataset die gemaakt wordt waarbij het niet langer mogelijk is om u rechtstreeks te identificeren. Er wordt dan ook een "vertaalsleutel" gemaakt die de codes terug kunnen omzetten naar hun oorspronkelijke betekenis. Enkel de onderzoeker en diens promotor, Meysman Marie-Laure en Humblet Diete, heeft toegang tot deze sleutel en dus tot de niet-anonieme gegevens. Dit zorgt ervoor dat enkel de onderzoeker en de promotor deze gegevens kan linken met u als persoon. De codeersleutel wordt apart en veilig opgeslagen of verwijderd.
 - De gegevens die verzameld worden, zijn in de eerste fase niet anoniem, daarom worden deze zo snel mogelijk geanonimiseerd. Wanneer de data volledig anoniem verwerkt zijn, is de GDPR niet langer van toepassing.
 - De audio-opname die gemaakt wordt tijdens het interview worden zo snel mogelijk omgezet naar transcripties en de audio-opname wordt dan verwijderd.
 - Uw gegevens worden enkel bewaard op een SharePoint van de VUB. Deze kent strenge toegangsvoorwaarden en biedt een hoge beschermingsgraad. Uw gegevens worden dus nooit op de persoonlijke computer of op een USB-stick (behalve wanneer de data geëncrypteerd bewaard worden op de USB-stick) van de onderzoeker bewaard en worden ook nooit doorgemailed.
 - Tot slot heeft u ook het recht om een **klacht** in te dienen over hoe uw gegevens worden behandeld. Dit kan u doen bij de Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving rond gegevensbescherming, met name:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35
1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00 e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

5. Verklaring van de onderzoeker

Ik ondergetekende Meysman Marie-Laure, onderzoeker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

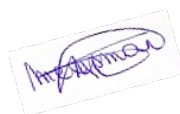
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer werd uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in “De code voor het wetenschappelijk onderzoek in België” en de ethische principes binnen mijn specifieke onderzoeksdiscipline.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de wettelijke verplichtingen inzake de correcte verwerking van persoonsgegevens zoals vermeld in “Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)”.



Promotor, Humblet Diète 28/02/2022



Onderzoeker, Meysman Marie-Laure 28/02/2022

Bijlage 7: Werving via sociale media

Dag Facebookvrienden,




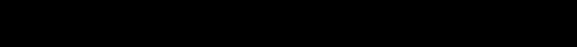
Om mijn studies criminologie af te ronden maak ik zoals iedereen een masterproef. Mijn masterproef gaat over seksueel grensoverschrijdend gedrag in woonzorgcentra, specifiek situaties waarbij pleger en slachtoffer beide bewoners zijn.

Hiervoor ben ik opzoek naar nog een aantal professionals waarbij ik een interview mag afnemen. Werkt u in een woonzorgcentrum als verpleegkundige, zorgkundige, begeleider, coördinator, etc. en wilt u mij helpen?

Stuur me dan zeker een privé-berichtje of mail me op marie-laure.ann.r.meysman@vub.be.

Alle hulp is welkom!

Delen mag!

    2 opmerkingen 24 keer gedeeld



Marie-Laure Meysman · 18/03/2022 · 

Hi! Ik ben voor mijn masterproef opzoek naar professionals die ik mag interviewen. Het gaat over seksueel geweld in woonzorgcentra. Werkt u in een WZC en wilt u mij helpen? Stuur me zeker een berichtje of mail me op marie-laure.ann.r.meysman@vub.be. Retweeten is lief!

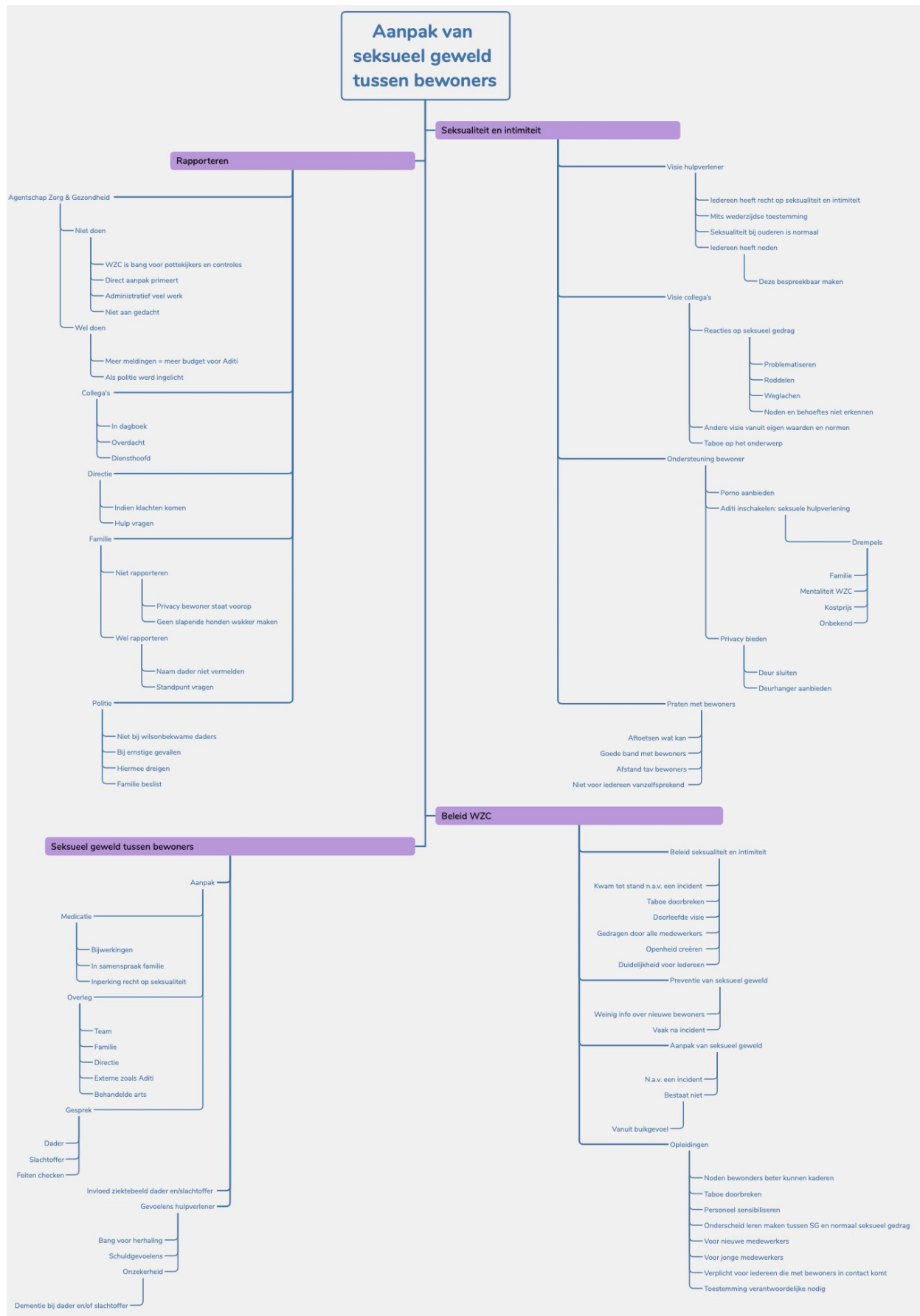


Bijlage 8: Overzicht woonzorgcentra o.b.v. erkende capaciteit

Tabel: overzicht voorziening op basis van erkende capaciteit.

Voorziening o.b.v. erkende capaciteit (Aantal beschikbare plaatsen voor bewoners)
<i>< 100 plaatsen</i> 1 respondent uit 1 woonzorgcentrum
<i>> 100 plaatsen en < 120 plaatsen</i> 3 respondenten uit 1 Woonzorgcentrum
<i>> 120 plaatsen en < 140 plaatsen</i> 1 respondent uit 1 woonzorgcentrum
<i>>140 plaatsen</i> 4 respondenten uit 2 woonzorgcentra

Bijlage 9: Codeboom





Toestemmingsformulier openbaarmaking masterproef

Student

Naam : Meysman Marie-Laure

Rolnummer : 0578387

Opleiding : Criminologische wetenschappen

Academiejaar : 2021-2022

Masterproef

Titel : *Seksueel geweld tussen bewoners van woonzorgcentra: wat nu?*

Promotor : Humblet Diète

De masterproef waarvoor de student een credit behaalt, en waaromtrent geen 'non disclosure agreement' (NDA of geheimhoudingsovereenkomst) werd opgesteld, kan kosteloos worden opgenomen in de catalogus van de Universiteitsbibliotheek mits expliciete toestemming van de student.

De student kiest in het kader van de mogelijkheid tot kosteloze terbeschikkingstelling van zijn/haar masterproef volgende optie:

- OPEN ACCESS: wereldwijde toegang tot de full tekst van de masterproef
- ENKEL VANOP DE CAMPUS: enkel toegang tot de full tekst van de masterproef vanop het VUB-netwerk
- EMBARGO WAARNA OPEN ACCESS VOLGT: pas wereldwijde toegang tot de full tekst van de masterproef na een opgegeven datum, met name ...
- EMBARGO WAARNA ENKEL TOEGANG VANOP DE CAMPUS VOLGT: enkel vanop de campus toegang tot de full tekst van de masterproef na een opgegeven datum, met name ...
- GEEN TOESTEMMING voor terbeschikkingstelling

De promotor bevestigt de kennisname van het voornemen van de student tot terbeschikkingstelling van de masterproef in de catalogus van de Universiteitsbibliotheek.

Datum:

Handtekening promotor:

Dit document wordt opgenomen in de masterproef. De student die het formulier niet toevoegt aan de masterproef en/of geen keuze heeft aangeduid en/of het formulier niet ondertekend heeft en/of geen kennisgeving aan de promotor heeft gedaan, wordt geacht geen toestemming tot openbaarmaking te verlenen. In dat geval zal de masterproef enkel worden gearhiveerd, maar is deze niet publiek toegankelijk.

Opgesteld te Oudenaarde op 30 mei 2022.

Handtekening student