



GEWELD NIET GEMELD?!

Factoren die de meldingsbereidheid van geweld gepleegd door hulpverleners ten aanzien van vrouwen met een handicap beïnvloeden

4.5 Persephone

+ - 8537 woorden

**MARTHE VRAL (0564149)
VERA LOOIJ (0561629)
JANIS VAN MALDEREN (0566034)
SARAH DE LEENER (0565886)
2021-2022**

Assistenten: Yana Demeyere & Pia Struyf
Titularis: Dr. Leys Marcus

Recht & criminologie

Inhoudsopgave

Probleemstelling	1
State of the art.....	4
Methodologie.....	9
Resultaten en discussie	12
Conclusie.....	20
Aanbevelingen	22
Bibliografie.....	25
Bijlagen	30

Probleemstelling

Vrouwen met een handicap (VMH) zijn een kwetsbare groep en worden vaker slachtoffer van geweld dan de rest van de bevolking (Dammeyer en Chapman, 2018: p. 3). Uit een Australisch onderzoek bleek dat VMH 50% meer kans hebben om slachtoffer te worden van geweld vergeleken met de rest van de populatie (Parliament of Victoria, 2016: p. 32). VMH krijgen te maken met stigma's, stereotypes en onbegrip (Curry et al., 2001: pp. 70-71). Ook wordt het misbruik in eerste instantie vaak niet herkend, ook niet door het slachtoffer zelf (Saxton et al., 2001: p. 408). Mede hierdoor is het moeilijker voor VMH om het geweld te melden. Wanneer het geweld niet gemeld wordt kan het geweld vaker en langer doorgaan (Copel, 2006: pp. 115-116; Lund, 2020: p. 200).

Vrouwen met een handicap krijgen te maken met psychisch, fysiek, seksueel en 'impairment-specific' geweld dat kan leiden tot ernstige schade voor het slachtoffer (Shah et al., 2016: p. 4). Uit een onderzoek van Dembo et al. blijkt dat mensen met een handicap hoger risico lopen op psychologische problemen nadat ze slachtoffer zijn geweest van geweld, dan mensen zonder handicap. Volgens de auteurs kan het feit dat het moeilijker is voor mensen met een handicap om het geweld te melden mogelijk bijdragen aan het verhoogde risico op mentale problemen (Dembo et al., 2018: p. 395).

Volgens Copel (2006: p. 124) wordt de handicap van vrouwen die slachtoffer zijn van partnergeweld vaak gebruikt door de dader om het geweld goed te praten. Dit heeft gevolgen voor het zelfbeeld van de vrouwen en de afhankelijkheid die ze ervaren ten opzichte van hun partner. Hierdoor versterkt het gevoel dat ze de relatie moeilijk kunnen verlaten. Dit toont dat de afhankelijkheid van VMH ervoor zorgt dat ze een makkelijker doelwit zijn van geweld (Copel, 2006: p.124). 'Impairment-specific' geweld wordt onder meer ervaren door VMH door de afhankelijkheid van hun hulpverleners. Hierdoor vergroot de macht van de verzorgers ten aanzien van VMH. Dit kan ervaren worden door onder andere medicatie te vergeten of weigeren te geven (Shah et al., 2016: p. 4). De pleger is vaak een partner, familielid of andere bekende van het slachtoffer, maar plegers kunnen ook onbekenden of therapeuten zijn (Shah et al., 2016: p. 1192; Tack, 2015: p. 38). Onder hulpverleners kunnen ook familieleden of andere bekenden horen. Uit een Noors zelfrapportage onderzoek in een instelling met hulpverleners voor mensen met een mentale handicap gaf 14% van de hulpverleners aan soms zelf geweld te gebruiken tegen mensen met een handicap (Strand et al., 2004: p. 511). Uit dit onderzoek blijkt dat geweld wordt geaccepteerd door hulpverleners als een onderdeel van zorgen voor mensen met een mentale handicap.

Een vergelijkbaar fenomeen komt voor bij bejaarden in de privésfeer, en ook dit is bij het grote publiek weinig bekend. Uit een Nederlands onderzoek blijkt dat naarmate mensen ouder worden, ze vaak afhankelijker en kwetsbaarder worden (Lindenberg et al., 2006: p35). Ze hebben net zoals vrouwen met een handicap nood aan hulp in onder andere het huishouden en persoonlijke verzorging. Deze afhankelijkheid kan volgens Lindenberg leiden tot mishandeling binnen zowel professionele als persoonlijke relaties. Uit de 'European prevalence study of Abuse and Violence against Older Women' (AVOW) van 2010 gaven 33% van de vrouwelijke respondenten in België boven de 60 jaar aan slachtoffer te zijn geworden van geweld gedurende het afgelopen jaar (De Donder et al., 2020: p. 300). Mogelijks is dit een onderschatting omdat kwetsbare groepen moeilijk kunnen deelnemen aan onderzoeken en er niet altijd besef is over het geweld (Plaisier et al., 2015: p. 11).

In Vlaanderen is nog niet veel geweten over geweld ten aanzien van VMH gepleegd door hulpverleners. We weten op dit moment weinig over de prevalentie en meldingsbereidheid van dit soort geweld in Vlaanderen. We weten echter wel uit literatuur dat dit een voorkomend fenomeen is (Shah et al., 2016: p. 1191; Saxton et al., 2001 p. 393; Curry et al., 2001: p. 64; Strand et al., 2004: p. 511; Tack, 2015: p. 62). Daarom willen wij graag onderzoeken wat deze meldingsbereidheid beïnvloedt in Vlaanderen.

Er bestaat een unieke machtsverhouding tussen verzorger en verzorgde (Saxton et al., 2001: p. 400). De machtsverhoudingen zijn uit balans en er is sprake van een complexe band. Dit komt omdat mensen met een handicap gedeeltelijk of voor een groot deel afhankelijk zijn van hun hulpverlener en dit maakt hen een makkelijk doelwit. VMH zijn dus vaak afhankelijk van een hulpverlener, dit vormt een grote barrière om eventueel geweld te melden. Ook hulpverleners zijn zich hiervan bewust. De COVID-19 pandemie heeft deze barrière om hulp in te schakelen nog verder vergroot (Lund, 2020: p. 201). Dit komt omdat verzorgden nog meer afhankelijk zijn geworden van hun hulpverleners tijdens de pandemie.

Geweld ten aanzien van vrouwen met een handicap gepleegd door professionele hulpverleners is een ernstig ondergerapporteerd probleem (Goethals, 2018: p29; Willott et al., 2020: pp. 77-78). Er bestaan veel barrières om hulp in te schakelen zoals angst om niet geloofd te worden, gebrek aan informatie, wantrouwen in de politie en schaamte (Shah et al., 2016: p. 4; Saxton et al., 2001: p. 408; Goethals, 2018: p. 29; Murray en Powell, 2008: p. 5; Goethals, 2018: p. 20). Hierdoor blijft het geweld in veel gevallen achter gesloten deuren. Een onderzoek van Willott en collega's schatte dat maar 4,4%

van de mensen met een mentale handicap die seksueel zijn misbruikt een melding maakte in het Verenigd Koninkrijk (Willott et al., 2020: p. 78).

In ons kwalitatieve onderzoek trachten wij de volgende onderzoeksvraag te beantwoorden: "Welke factoren beïnvloeden de meldingsbereidheid van vrouwen met een handicap die slachtoffer zijn van geweld gepleegd door hulpverleners in Vlaanderen?". We willen meer inzicht krijgen in deze factoren zodat we meer te weten komen over de redenen van de lage meldingsbereidheid en hoe de meldingsbereidheid omhoog kan. Het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) definieert 'handicap' als volgt: "elk langdurig en belangrijk participatieprobleem van een persoon dat te wijten is aan het samenspel tussen functiestoornissen van mentale, psychische, lichamelijke of zintuiglijke aard, beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten en persoonlijke en externe factoren." (VAPH, 2004). Onder hulpverleners kunnen in het kader van ons onderzoek ook mantelzorgers, familie of andere bekenden vallen, hulpverleners zijn in ons onderzoek dus niet per se professioneel.

We zullen onze onderzoeksvraag beantwoorden aan de hand van drie interviews met vrouwen met een handicap die slachtoffer zijn van geweld gepleegd door een hulpverlener. We doen dit onderzoek in opdracht van Persephone vzw (Persephone) en we zullen onze respondenten ook via hen werven. Persephone is een vereniging voor VMH, daarom zullen we ons enkel richten op vrouwen met een handicap die geweld hebben ervaren. Ook blijkt uit onderzoek dat vrouwen en mannen met een handicap vaak ander soort geweld meemaken. Mannen zijn vaker slachtoffer van fysiek geweld en vrouwen zijn vaker slachtoffer van seksueel, vernederend en discriminerend geweld (Dammeyer en Chapman, 2018: pp. 3-4). Daarnaast hebben VMH meer psychologische problemen dan mannen met een handicap nadat ze slachtoffer zijn geworden van geweld (Dembo et al., 2018: pp. 395-396). Er zijn dus significante verschillen tussen mannen en vrouwen met een handicap waardoor we ervoor hebben gekozen om ons in dit onderzoek te richten op vrouwen.

Het doel is om een beschrijvend en exploratief onderzoek uit te voeren aan de hand van kwalitatief onderzoek om te peilen naar de motiverende factoren en barrières van VMH die slachtoffer zijn van geweld. We hebben voor interviews gekozen, omdat de respondenten zich op die manier het meest op hun gemak voelen en zodat de respondenten zich niet fysiek hoeven te verplaatsen. Na het afleggen van deze interviews zullen we die handmatig transcriberen en analyseren in Microsoft Word.

State of the art

De machtsverhouding

Vrouwen met een handicap zijn een kwetsbare groep en lopen een hoger risico om slachtoffer te worden van geweld dan vrouwen zonder handicap (Curry et al., 2001: p. 68; Dammeyer en Chapman, 2018: pp. 3-4). Daders kiezen slachtoffers die weinig weerstand kunnen bieden waarvan ze denken dat ze het misbruik minder snel zullen doorvertellen (Van Berlo et al., 2011: p. 32). De vrouwen zijn vaak afhankelijk van de dader, vooral in een hulpverleningscontext. Door deze afhankelijkheid is de machtsverhouding tussen hulpverleners en verzorgden uit balans (Curry et al., 2001: p. 68; Shah et al., 2016: p.5). Geweld in een afhankelijkheidsrelatie is elke vorm van geweld waarbij het slachtoffer afhankelijk is van de geweldpleger en niet in staat is om de machtsrelatie te doorbreken (Lünnemann et al., 2010: p.7). Hamby definieert geweld als niet-essentieel, ongewenst en schadelijk gedrag dat intentioneel gepleegd wordt, waarbij de schade niet zichtbaar hoeft te zijn (Hamby, 2017: p. 177). Door de afhankelijkheidsrelatie met hun hulpverleners zijn er specifieke soorten geweld die enkel mensen met een handicap meemaken (Shah et al., 2016: p.5). Voorbeelden van dergelijk 'impairment specific violence' zijn: het isoleren van mensen van hun familie en vrienden, het verwijderen van de batterij van iemand's elektrische rolstoel en het verkeerd toedienen van medicijnen (Curry et al., 2001: p. 61; Lund, 2020: p. 200). Omdat dit soort geweld eigen is aan mensen met een handicap wordt deze vorm van geweld vaak niet (h)erkend door zowel hulpverleners, politie als het slachtoffer zelf (Shah et al., 2016: p. 4; Lund, 2020: p. 200).

De machtsverhouding tussen hulpverleners en verzorgden vormen een barrière voor de meldingsbereidheid. Wanneer vrouwen met een handicap slachtoffer worden van geweld kan het melden ervan ertoe leiden dat ze zonder hulp komen te zitten (Goethals, 2018: p. 20). Daarnaast kunnen ze ook angst ervaren door de machtspositie van de dader (Maher et al., 2018: p. 31; Goethals, 2018: p. 29). Ze kunnen bijvoorbeeld bang zijn dat de dader wraak zal nemen (Goethals, 2018: p. 29).

Barrières

Ook vrouwen met een handicap die het geweld herkennen, gaan vaak niet over tot het maken van een melding (Goethals, 2018: pp.19-20). De demotiverende factoren om te melden worden barrières genoemd. Het is belangrijk om te weten dat niet elke VMH die het slachtoffer is van geweld dezelfde barrières ervaart (Maher et al., 2018: p.62).

Uit onderzoeken van Goethals en van Van Berlo blijkt dat plegers van geweld ten aanzien van VMH meestal bekenden zijn, hier kunnen hulpverleners ook onder vallen (Goethals., 2018: p. 29; Van Berlo

et al., 2011: p. 29). Dit kan een barrière vormen doordat het slachtoffer soms empathie heeft voor de dader (Goethals, 2018: p. 29).

Geweld wordt binnen de zorg vaak niet erkend waardoor er op een verkeerde manier wordt gereageerd. Geweld wordt vaak gezien als inherent aan de zorg voor mensen (Strand et al., 2004: p.513; Maher et al., 2018: pp.29-30; Shah et al. 2016: p. 21). Eufemismen zoals 'incident' zorgen ervoor dat het gedrag niet erkend wordt als problematisch, met normalisering tot gevolg (Parliament of Victoria, 2016: p.104). Hierdoor wordt geweld gepleegd door hulpverleners vaak niet geïdentificeerd en gerapporteerd (Maher et al., 2018: p.30; Parliament of Victoria, 2016: pp.66-73).

Ook binnen een juridische context kan het verkeerd definiëren van geweld binnen de zorg negatieve gevolgen hebben, zoals seponering (Goethals, 2018: p.21). De klacht wordt minder serieus genomen, omdat men die beschrijft op een minder ernstige manier. Het kan lijken op een situatie waarin justitie niet nodig is, het wordt gezien als een probleem dat intern kan worden opgelost, met seponering tot gevolg (Parliament of Victoria, 2016: p.58). Er is dus een gebrek aan bewustzijn over het voorkomen van geweld, omdat het genormaliseerd wordt binnen een zorgcontext (Maher et al., 2018: pp.29-30). Volgens Murray en Powell uit zich dat in de tekortkoming van procedures binnen sommige instellingen in de omgang met gepleegd geweld en een gebrek aan het promoten van geweldpreventie. Dit kan beiden demotiverend werken voor vrouwen om geweld te melden en kan dus gezien worden als een barrière (Murray en Powell, 2008: p.6). Belangrijk om hierbij te vermelden is dat procedures ook demotiverend kunnen werken, aangezien het probleem uit de handen van de vrouw wordt genomen en de instelling beslist over het vervolg (Murray en Powell, 2008: p.6).

Het gebrek aan bewustzijn over vrouwen met een handicap uit zich ook bij de politie. De politie reageert vaak incorrect, doordat ze niet goed kunnen omgaan met een handicap (Maher et al., 2018: pp.30-31). Hoe omgegaan moet worden met het geweld gepleegd tegen VMH is afhankelijk van persoon tot persoon en dit vraagt veel aanpassingsvermogen van de politie (Parliament of Victoria, 2016: p.34). Uit een Australisch onderzoek blijkt dat politie het onderzoek naar personen met een handicap moeilijk vindt en dit zou hun beslissingen en de tijd die ze eraan spenderen beïnvloeden (Camilleri, 2006: p. 233). Het idee dat het onmogelijk of moeilijk is zorgt er voor dat de kwaliteit van het onderzoek daalt, met een self- fulfilling prophecy tot gevolg (Maher et al., 2018: p.30; Parliament of Victoria, 2016: p.58; Camilleri, 2006: p.233). Dit gebrek aan bewustzijn over handicaps uit zich bijvoorbeeld in het gebrek aan vaardigheden om personen met een verstandelijke beperking te interviewen (Maher et al., 2018: p.31). Volgens Maher kunnen ervaringen van slachtoffers door de

politie gezien worden als ongeloofwaardig, door vooroordelen ten aanzien van mensen met een handicap. Hierdoor kan een klacht indienen gezien worden als nutteloos, omdat gedacht wordt dat de klacht geen veroordeling tot gevolg zal hebben (Maher et al., 2018: p.30). Het idee van ongeloofwaardigheid komt vooral voor bij personen die communicatieproblemen ervaren, waardoor hun klachten niet serieus genomen worden (Parliament of Victoria, 2016: p.79). Dat mensen hen niet of moeilijk begrijpen, is ook een demotiverende factor voor de vrouwen om aangifte te doen (Parliament of Victoria, 2016: p.79). Ook blijkt uit onderzoek dat politie het geweld ten aanzien van VMH vaak als een medisch probleem ziet, omwille van hun handicap, waardoor ze het een probleem vinden voor maatschappelijk werkers (Saxton et al., 2001: p.409).

Een belangrijke barrière is angst. Veel vrouwen met een handicap zijn volgens Shah en Goethals bang om niet geloofd te worden. Vaak werden deze vrouwen in het verleden niet geloofd of serieus genomen (Shah et al., 2016: p.4). Volgens Shah en collega's worden VMH ook effectief minder snel geloofd dan mensen zonder handicap (Shah et al., 2016: p.5). Communicatieproblemen kunnen er voor zorgen dat er geen melding wordt gemaakt. Deze communicatieproblemen zorgen voor moeilijkheden waardoor angst ontstaat om niet geloofd te worden (Parliament of Victoria, 2016: p.79; Goethals, 2018: p.20). Wanneer het gaat over seksueel geweld, bestaan er ook verschillende aannames waardoor mensen hen minder snel geloven. Men gaat er bijvoorbeeld van uit dat "niemand dat zou doen" of dat "ze liegen en overdrijven" (Murray en Powell, 2008: p.5).

Angst beïnvloedt niet enkel de meldingsbereidheid van VMH, maar ook die van hulpverleners (Maher et al., 2018: p. 30; Parliament of Victoria, 2016: p. 67; Murray en Powell, 2008: pp.6-7). Wanneer hulpverleners iets weten over gepleegd geweld, vinden ze het moeilijk om hierop te reageren. Dit leidt tot onzekerheid waardoor ze vaak niet reageren (Murray en Powell, 2008: p. 7). Als de plegers collega's zijn, ervaren de hulpverleners angst om te melden, aangezien ze bang zijn voor de gevolgen op de werkvloer (Parliament of Victoria, 2016: p. 67).

Gebrek aan informatie is ook een barrière. Veel van de vrouwen zijn zich mogelijk niet bewust van of hebben geen toegang tot hulporganisaties (Saxton et al., 2001: p. 408). Velen weten niet hoe ze een klacht kunnen indienen, wat de gevolgen zijn en waar ze hulp kunnen krijgen (Maher et al., 2018: p.32; Parliament of Victoria, 2016: p.63; Murray en Powell, 2008: p.6; Goethals, 2018: p.19). Dit gebrek aan informatie zorgt ervoor dat ze angst kunnen ervaren in verband met het melden (Maher et al., 2018: p.32). Daarnaast kan er voldoende informatie beschikbaar zijn, maar heeft niet iedereen de kennis om deze informatie te benutten (Matin et al., 2021: p. 17).

Uit Vlaams onderzoek naar seksueel misbruik bij VMH blijkt dat vrouwen met een verstandelijke handicap vaak niet beseffen dat ze slachtoffer zijn van geweld. Dit zorgt ervoor dat ze niet melden (Goethals, 2018: p.29). Ook bleek dat 85% van de vrouwen geen aangifte deed, ondanks het feit dat het gestelde gedrag strafbaar was, 25% had het tegen niemand verteld (Goethals, 2018: pp.29-30). De meest voorkomende reden om geen aangifte te doen is wantrouwen in de politie en negatieve ervaringen met de politie. Een andere barrière was dat ze dachten dat het gedrag niet ernstig genoeg was of op het moment zelf een verkeerde inschatting maakten (Goethals, 2018: p.29). Aangifte doen had vaak seponering tot gevolg (Goethals, 2018: p.20). De meest voorkomende reden om het bij niemand te melden was om verdere vernedering te voorkomen (Goethals, 2018: p.30). Een volgende barrière voor het niet melden van seksueel misbruik was schaamte (Murray en Powell, 2008: p.5; Goethals, 2018: p.20). Indien het geweld gemeld werd, was er een gebrek aan opvolging van het slachtoffer na het melden (Goethals, 2018: p.21).

Motiverende factoren

Gebrek aan vertrouwen in de politie is met name bij slachtoffers van seksueel geweld een reden om geen aangifte te doen, dit geldt ook voor VMH (Conroy en Cotter, 2014: p.12; Goethals, 2018: p.29). Dit komt door negatieve ervaringen met de politie (Bradford en Jackson, 2018: p.3; Camilleri, 2006: p.233; Maher et al., 2018: pp.30-31; Murphy et al., 2022: pp. 18-19). Engels onderzoek zegt dat een procedural justice benadering een positieve verandering kan brengen in de omgang met slachtoffers van seksueel geweld (Hohl et al., 2022: p.7). Deze benadering houdt in dat er geluisterd wordt naar de noden van de slachtoffers, politie de juiste vaardigheden bezit om correct om te gaan met slachtoffers en er niet gefocust wordt op hun geloofwaardigheid maar erkenning wordt gegeven aan slachtofferschap (Hohl et al., 2022: p. 6). Door een procedural justice benadering toe te passen kan het vertrouwen van mensen in de politie positief beïnvloed worden (Murphy et al., 2014: p. 419). Vertrouwen in de politie heeft een positieve invloed op de algemene meldingsbereidheid (Tolsma et al., 2011: p. 127).

Een studie van Fraser-Barbour en collega's over barrières en facilitatoren in de ondersteuning van slachtoffers van seksueel misbruik met een mentale handicap pleit voor de ontwikkeling van protocollen waarbij de band tussen mensen met een beperking en de 'violence-response sectoren' worden versterkt. Hierdoor kan meer informatie gedeeld worden, geleerd worden over de noden van mensen met een beperking en de effectiviteit en kwaliteit van de ondersteuning worden verbeterd. Mensen met een mentale handicap gaven aan dat de medewerking van mensen met een beperking

in zulke samenwerkingsfora noodzakelijk is omdat hun mening en ervaringen gebruikt kunnen worden voor nieuw inzicht, nieuw bewustzijn en begrip (Fraser-Barbour, 2018: pp. 12-13).

Volgens een systematische review van Kalra en collega's behoort zorgpersoneel getraind te worden zodat ze op een correcte manier kunnen reageren op vrouwen die slachtoffer zijn van partnergeweld. Training van personeel is echter onvoldoende aangezien er naast het herkennen van het geweld ook correct gereageerd hoort te worden. Daarom moeten instellingen voorbereid zijn door middel van procedures om het zorgpersoneel te ondersteunen in de aanpak van het geweld zodat slachtoffers de juiste hulp krijgen en naar de correcte plek worden doorverwezen (Kalra et al., 2021: pp. 30-31). Mogelijk geldt dit ook voor zorgpersoneel dat met VMH werkt. Een gebrek aan informatie vormt een barrière voor VMH om een melding te maken (Goethals, 2018: p.19; Maher et al., 2018: p.32; Murray en Powell, 2008: p.6; Parliament of Victoria, 2016: p.63; Saxton et al., 2001: p. 408). Daarom denken wij dat het opmerken van het geweld door een medewerker, die vervolgens op de juiste manier reageert door informatie te geven en het slachtoffer helpt om naar de juiste instantie te stappen, mogelijk kan bijdragen aan een melding bij een instantie.

Indien slachtoffers van huiselijk geweld de feiten melden bij instanties zoals de gezondheidszorg, dan zorgt meteen in actie treden en ondervragen ervoor dat de slachtoffers geneigd zijn het geweld in detail te omschrijven (Cann et al., 2001: p. 94; Spangaro et al., 2011: p. 154). Het feit dat ze de hulpverleners zien als mensen die de nodige kennis hebben over dit onderwerp en hierdoor daadwerkelijk gehoord en geholpen worden, helpt hier ook bij (Battaglia et al., 2003: p. 620). Ook zouden meerdere gesprekken en privacy ervoor zorgen dat de slachtoffers het geweld gedetailleerd omschrijven (Bates et al., 2001: p. 53). Zelf mogen bepalen wat en hoeveel ze vertellen kan ook motiverend werken (Spangaro et al., 2011: p. 155). Uit Australisch onderzoek is ook gebleken dat posters in de wachtkamer en de aanwezigheid van vrouwelijke hulpverleners het melden faciliteren (Bates et al., 2001: p. 53).

Bewustmakingscampagnes worden gezien als een belangrijke stimulans voor het zoeken naar hulp bij gendergerelateerd geweld (Muuo et al., 2020: p. 11). Onderzoek naar huiselijk geweld toont aan dat veel bewustwordingscampagnes de aandacht vestigen op de ernst van het geweld om zo de gevoeligheid te vergroten (Keller et al., 2010: p. 55). Een Australisch onderzoek naar geweld tegen VMH toont aan dat er nood is om slachtofferschap te herkennen en te melden (Dowse et al., 2013: p. 55). Een hoge zelfperceptie van de ernst van het geweld en het besef van de onderdrukte positie is een cruciaal element om over te gaan tot de melding van geweld (Muuo et al., 2020: p. 11). Daarnaast

willen ze slachtoffers informeren over de beschikbare hulpverlening en hun rechten om de vrouwen op die manier bewust maken van waar ze terecht kunnen voor hulp (Keller et al., 2010: p. 55; Muuo et al., 2020: p. 11). De bewustmakingscampagnes zijn ook cruciaal voor de omgeving van de VMH om het gebrek aan publiek bewustzijn omtrent de gediscrimineerde positie van VMH te vergroten (Baldry en Pagliaro, 2014: p. 344; Dowse et al., 2013: p. 55).

Het Vlaamse onderzoek van Goethals over VMH haalde ook motiverende factoren aan om een melding te maken bij derden of instanties. De voornaamste reden was de nood hebben om het aan iemand te vertellen (27,33%). Andere redenen om te melden waren: psychische steun nodig hebben (20,25%), kwaadheid (13%), vermijden dat anderen hetzelfde overkomt (13%), de dader willen straffen (4%), een officieel bewijs willen van het voorval (4%) of nog andere redenen (8%) (Goethals, 2018: p. 30). Uit een onderzoek van Shah et al. bleek ook dat organisaties speciaal voor vrouwen met een handicap kunnen helpen en motiveren om erover te praten (Shah et al., 2016: p.17).

Methodologie

Voor deze paper werd er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd dat gepeild heeft naar de aard van het geweld, de ervaringen en de meldingsbereidheid van vrouwen met een handicap die slachtoffer zijn geworden van geweld gepleegd door hulpverleners in Vlaanderen. Om de factoren die bijdragen aan de meldingsbereidheid van VMH te onderzoeken hebben we eerst een literatuuronderzoek uitgevoerd om de bestaande kennis over dit onderwerp te analyseren. Vervolgens hebben we aan de hand van semigestructureerde diepte-interviews drie VMH geïnterviewd die slachtoffer zijn geworden van geweld gepleegd door een hulpverlener.

We hebben ervoor gekozen om met de term: 'handicap' te werken. 'Handicap' wijst op het concept van beperking als sociaal construct waarbij iemand zijn beperking een belemmering vormt tot zijn sociaal-maatschappelijk functioneren, en dus leidt tot een participatieprobleem in de maatschappij (Simeonsson et al., 2000: p.122; VAPH, 2004). De barrières zoals omschreven in onze state of the art zijn van sociaal-maatschappelijke aard. Hierdoor kan de lage meldingsbereidheid gezien worden als een participatieprobleem en is het van belang om te spreken over 'handicap'.

Aangezien we slachtoffers hebben geïnterviewd konden we de intentie van de daders niet toetsen en was de definitie van geweld van Hamby onbruikbaar (zie state of the art). Daarom hebben we om respondenten te werven het begrip van Persephone over 'geweld' gebruikt: "Geweld is wat de vrouwen met een handicap zelf als geweld ervaren" (Tack, 2015: p. 34). Deze definitie is zeer breed,

hiermee hoopten we voldoende respondenten te werven, daarom hebben we ook vooraf geen specifieke vormen van geweld bepaald. Daarnaast wilden we voorkomen dat we mensen hun slachtofferschap zouden ontkennen aangezien we weten dat er bepaalde vormen van 'impairment-specific' geweld bestaan die niet altijd herkend worden (Shah et al., 2016: p.4; Lund, 2020: p.200). Een belangrijke beperking van deze definitie is dat het vrouwen die zich niet bewust zijn van het gepleegde geweld buiten beschouwing blijven, het is echter noodzakelijk voor ons onderzoek dat slachtoffers zich bewust zijn van hun slachtofferschap.

Er werd gezocht naar respondenten via een oproep op sociale media die ook door de contactpersoon van Persephone werd verspreid binnen haar netwerk. De respondenten konden rechtstreeks contact met ons opnemen via het e-mailadres dat vermeld werd in het bericht. Na een eerste poging hebben zich twee deelnemers gemeld, waaronder een man met een handicap die door de afbakening van het onderzoek niet kon deelnemen. We werkten namelijk samen met Persephone die zich richt op vrouwen en door de aanwezige verschillen tussen vrouwen en mannen met een handicap hebben we ervoor gekozen om ons te richten op VMH (Dammeyer en Chapman, 2018: pp. 3-4; Dembo et al., 2018: pp. 395-396). We deden een tweede poging waarna we nog twee respondenten vonden. Voor het werven van onze respondenten maakten we geen gebruik van een toevalssteekproef. Hierdoor zijn onze resultaten mogelijk minder objectief en generaliseerbaar voor de rest van de populatie (Decorte et al., 2021: p. 110).

Onze drie respondenten hadden elk een verschillende handicap. We hebben een persoon geïnterviewd met een mentale handicap, iemand met een chronische ziekte met pijn en vermoeidheid tot gevolg en iemand met een fysieke beperking dat zich uit in lichamelijke pijn en vermoeidheid die ook een neurobiologische ontwikkelingsstoornis en epilepsie heeft. De drie respondenten die wilden deelnemen werden via een telefonisch gesprek en/of e-mail gecontacteerd. Ze kregen uitleg over het onderzoek en bij deelname werd een afspraak ingepland. Er kwam niet veel respons op onze oproep, dit is mogelijk te wijten aan de gevoeligheid van het onderwerp waardoor niet iedereen hierover wilt praten (Decorte et al., 2021: p. 225). Ook hebben we naast het netwerk van Persephone enkel mensen kunnen werven via een oproep op sociale media terwijl niet iedereen hier mee overweg kan.

Er werd gekozen voor diepte-interviews omdat we onderzoek wilden doen naar de ervaringen van de respondenten inzake geweld en ook naar de beslissingen die ze hebben genomen en waarom (Decorte et al., 2021: pp. 192-194). Uiteindelijk werd een veldonderzoek uitgevoerd door middel van zowel online als face-to-face interviews van maximaal een uur. Deze interviews werden opgenomen na

schriftelijke toestemming. Eén van de face-to-face interviews werd bijgestaan door een moderator (de interviewer) en een observator (die lette op de non-verbale communicatie en hielp de moderator waar nodig). De interviews waren semi-gestructureerd, er werd gewekt met vooropgestelde vragen die te vinden zijn in bijlage B. Er kon afgeweken worden van de vragen en doorgevraagd worden, dit was een meerwaarde voor dit onderzoek (Decorte et al., 2021: pp. 194-197).

De bedoeling van dit onderzoek was om vrouwelijke respondenten met een handicap te vinden die geweld hebben ondervonden door professionele hulpverleners (o.a. psychiater, begeleider, verpleegkundige, arts) omdat dit een hiaat was in de literatuur. Maar omdat we onvoldoende respondenten vonden, heeft één respondent geweld ervaren gepleegd door een niet-professionele hulpverlener (o.a. familie, vrienden, kennissen).

In deze interviews werd gevraagd naar de melding van het ervaren geweld, wat op een formele en/of informele manier kon gebeuren. Op een formele wijze kan zijn door onder meer aangifte te doen bij de politie, het gedrag van het personeelslid te melden bij de zorginstelling of aan een psychosociale hulpverlener. Informeel kan de melding gebeuren door dit geweld te vertellen aan vrienden, kennissen en/of familie (Starzynski et al., 2005: p. 418).

Voor de data-analyse hebben we na het transcriberen gecodeerd volgens de gefundeerde theorie methode. Dit betekent dat we zonder vooraf bepaald schema de data open zijn gaan coderen door labels te geven aan zaken die de respondent heeft gezegd die ons relevant leken (Decorte et al., 2021: p.482). Hierna zijn we gaan axiaal coderen waarbij we categorieën hebben gemaakt van de codes van onze interviews (Decorte et al., 2021: p.490). Hiervan hebben we een codeboom opgesteld (zie bijlage C voor codeboom). Aan de hand van deze codeboom zijn we gaan selectief coderen en structureren waarbij we op zoek zijn gegaan naar relaties en verklaringen (Decorte et al., 2021: p.492). Uiteindelijk zijn er vijf categorieën gevonden die verder in het resultatenluik toegelicht zullen worden.

Ons onderzoek gaat over een gevoelig thema waarbij tijdens interviews gevraagd werd naar ervaringen van geweld. Dit kan emotioneel zijn en hier moeten we als onderzoekers rekening mee houden. Daarom hebben we rustig de tijd genomen voor de interviews en duidelijk aangegeven dat we op elk moment kunnen pauzeren. Een respondent had een verstandelijke handicap, hierdoor kan miscommunicatie sneller ontstaan. Daarom is er zo duidelijk en simpel mogelijk gecommuniceerd met deze respondent. Ook leek deze respondent moeite te hebben met het lezen van het informed consent formulier, achteraf gezien hadden we beter een simpele versie van dit document opgesteld.

Om hier mee om te gaan hebben we deze respondent zo goed mogelijk geholpen met het lezen van het document door het document voor te lezen en de inhoud ervan uit te leggen. Ook merkten we tijdens het analyseren van onze data dat we soms tijdens onze interviews verder hadden kunnen doorvragen.

Aangezien het een kwalitatief onderzoek is met een klein aantal respondenten kunnen we geen harde conclusies trekken over onze gehele onderzoekspopulatie. Wel hebben we dankzij de diepte-interviews een uitgebreid inzicht gekregen in de beweegredenen en ervaringen van de respondenten (Decorte et al., 2021: p. 194). Ook hebben we deze drie interviews gedetailleerd kunnen analyseren. We hebben een moeilijk te bereiken onderzoekspopulatie kunnen ondervragen over een onderbelicht probleem waardoor we waardevolle en nieuwe kennis op hebben kunnen doen over ervaringen van VMH in Vlaanderen. We moeten wel rekening houden met het feit dat onze respondenten een diverse groep waren met andere handicaps, door de verschillende handicaps is het niet bij elke respondent even zichtbaar naar de buitenwereld toe dat ze een handicap hebben waardoor zij mogelijk anders behandeld werden. Desondanks hebben we verbanden kunnen maken tussen de drie respondenten.

Resultaten en discussie

Dit onderdeel van de paper bespreekt de resultaten van ons onderzoek naar geweld gepleegd ten aanzien van vrouwen met een handicap door hulpverleners. Met de resultaten van onze interviews trachten we een antwoord te vinden op de onderzoeksvraag: "Wat beïnvloedt de meldingsbereidheid van vrouwen met een handicap die slachtoffer zijn van geweld gepleegd door hulpverleners in Vlaanderen?".

Geweld

Alle respondenten werden slachtoffer van machtsmisbruik. De slachtoffers waren afhankelijk van hun daders omdat de daders hulpverleners waren en verantwoordelijk waren voor het zorgen voor hun slachtoffers, de slachtoffers waren allemaal vrouwen met een handicap. Er is dus sprake van een machtsverhouding die uit balans is waar de daders misbruik van hebben gemaakt (Curry et al., 2001: p. 68; Shah et al., 2016: p.5).

Een van onze respondenten werd slachtoffer van financieel geweld gepleegd door haar vader en zus. Zij vroegen regelmatig geld aan de respondent wanneer ze bijvoorbeeld geld ging afhalen. De respondent had er moeite mee dit te weigeren, dit kan mogelijk iets te maken hebben met haar

mentale handicap. Naar aanleiding van dit financieel geweld werd de respondent onder bewindvoering geplaatst.

“Nu durf ik al eens nee zeggen, maar vroeger liet ik me meer doen en durfde ik geen nee zeggen.” (Respondent 1, p. 2)

Een andere respondent werd slachtoffer van seksueel grensoverschrijdend gedrag door een verpleger. Dit gedrag heeft zich over een viertal maanden verspreid. Het begon met ongepaste opmerkingen en aanrakingen in de dagelijkse omgang waarbij onze respondent zich niet comfortabel voelde. Op een dag had ze medische bijstand nodig omdat ze flauwviel van de pijn en toen heeft hij haar borsten betast. Hij maakte misbruik van een situatie waarin het slachtoffer zich in een ondergeschikte positie bevond en nood had aan zijn hulp, als verpleger heeft hij misbruik gemaakt van zijn machtspositie. Ze voelde zich alsof hij “profiteerde” (respondent 2, p.3) van de situatie.

“En die is dan mijn bloeddruk komen meten ook, omdat ik wegdraaide en op dat moment is die dan aan mijn borsten beginnen betasten. En dan had ik zoiets van, ik heb op dit moment wel medische hulp nodig.” (Respondent 2, pp. 2-3)

Een derde respondent werd slachtoffer van machtsmisbruik en 'impairment-specific violence' binnen psychiatrische instellingen. Ze werd gedwongen om fysiek zwaar werk uit te voeren terwijl ze dit door haar handicap fysiek niet aankon. Als het werk niet uitgevoerd werd dan werden er verdovende middelen ingespoten of werd ze in een dwangbuis gestopt. Ook werd de nodige medische hulp niet gegeven.

“Als je reclameerde dan kreeg je Risperdal ingespoten.” (Respondent 3, p. 20) *“Dus... je moest daar maar werken en je kon nooit een dokter zien.”* (Respondent 3, p. 10)

Gevolgen slachtofferschap

We zagen bij onze respondenten dat er drie gevolgen terugkwamen die voortkwamen uit hun slachtofferschap. Een eerste gevolg is wantrouwen in hulpverleners, dit zagen we bij meerdere respondenten. Deze respondenten kregen professionele hulpverlening, mogelijk heeft dit bijgedragen aan het wantrouwen in hulpverleners. Zo gaf een van onze respondenten aan dat ze nu bijvoorbeeld meer moeite had met mannelijke verplegers, vooral wanneer ze bij hen een slecht “buikgevoel” had (Respondent 2, p. 3).

Deze respondenten probeerden hun plegers te ontwijken na het slachtofferschap. Bij onze respondent die in een serviceflat woonde lukte dit niet altijd. Een andere respondent woonde in een instelling en had ondanks dat ze het contact wilde ontlopen hier geen mogelijkheid toe. Dit leidde tot gevoelens van wanhoop en frustratie. De andere respondent had pas verminderd contact met haar pleger nadat het geweld was gemeld en dit lijkt vooral te komen door de pleger zelf. Deze respondent wilde zelf niet minder contact, mogelijk heeft dit te maken met het feit dat de pleger familie is.

Een derde gevolg van hun slachtofferschap zijn psychologische problemen. Meerdere respondenten gingen op zoek naar psychologische ondersteuning en vonden dat de zoektocht hiernaar moeizaam verliep. Er werd bij slachtofferhulp, CAW en centrum geestelijke gezondheidszorg geprobeerd om psychologische bijstand te krijgen, maar overal waren lange wachtrijen. Ook bij een privé psycholoog werd geen plek gevonden. Dit was een grote teleurstelling voor de respondenten, een respondent was van mening dat iemand die een klacht heeft ingediend betere ondersteuning hoort te krijgen. Een van onze respondenten zegt dat ze angstremmers moet nemen als gevolg van angstdromen die ze heeft over haar slachtofferschap in psychiatrische instellingen.

"Dat is om in te slapen, want ik heb angstdromen. Ik droom nog altijd van Ziekeren." (Respondent 3, p. 9)

Volgens Goethals vormt het willen hebben van psychologische hulp een motiverende factor om geweld te melden (Goethals, 2018: p. 30). Mogelijk heeft deze nood aan psychische hulp onze respondenten ook gemotiveerd om het te melden bij iemand.

Melden

Op vlak van melden zijn er enkele verschillen tussen de respondenten: bij wie ze het geweld gemeld hebben, waarom ze het geweld hebben gemeld en hoe deze melding werd afgehandeld. De respondenten geven aan het grensoverschrijdende gedrag gemeld te hebben bij organisaties, overheidsinstanties, hulpverleners en naasten.

De respondenten hebben het geweld gemeld binnen verschillende organisaties: de serviceflat, psychiatrische instellingen en Persephone. Onze respondenten hebben het geweld gemeld bij verschillende medewerkers van de serviceflat en psychiatrische instellingen waar ze verbleven. De voornaamste redenen van respondenten om het geweld hier te melden was om het geweld te stoppen voor zichzelf en voor anderen, de respondenten vonden het heel belangrijk dat er niet meer

slachtoffers zouden vallen. Deze motiverende factoren zien we ook terug in het onderzoek van Goethals (2018: p. 30). Een andere motivatie om het geweld hier te melden was omdat een slachtoffer beschuldigingen had gehoord over dezelfde man door een van zijn collega's. Ze wilde dit geweld bevestigen met haar verhaal. Naar voren komen met je eigen ervaring om een signaal te geven dat een ander haar verhaal klopt, heeft mogelijk ook te maken met het willen bijzetten van kracht aan het verhaal om geloofd te worden. Ook wanneer de respondent onmiddellijk begrijpt dat ze slachtoffer is van geweld, dan kan dit een motiverende factor zijn.

“Maar ik vond het wel belangrijk om een signaal te geven van: wat dat zij vertelt klopt wel, ik heb hetzelfde ervaren.” (Respondent 2, p. 7)

Er werden meldingen gemaakt bij een verpleegkundige, een HR-afdeling, psychiaters, begeleiders en een pastoor. Na een melding bij een verpleegkundige werd verteld dat ze er intern iets aan gingen doen, maar dat is niet gebeurd wegens een gebrek aan procedures om hiermee om te gaan. Er werd van de instelling uit gecommuniceerd dat ze een procedure zouden uitwerken, wanneer dit niet gebeurde kreeg het slachtoffer het gevoel dat ze het niet zo belangrijk vonden. Dit gebrek aan procedures komt overeen met de literatuur en toont aan dat er een gebrek is aan bewustzijn over geweld van hulpverleners binnen de zorg (Maher et al., 2018: pp.29-30; Murray en Powell, 2008: p.6). Een melding bij HR van een serviceflat heeft geleid tot het ontslag van de dader, in dit geval had iemand anders al een klacht ingediend over dezelfde medewerker. Meldingen bij psychiaters, begeleiders en een pastoor van een psychiatrische instelling hebben niet geleid tot veranderingen, het slachtofferschap werd niet erkend en het geweld bleef doorgaan. Een respondent beschreef de reactie van de begeleiding binnen een psychiatrisch instelling als volgt:

““Wij weten wat goed voor u is en jij hebt te luisteren.”, zeiden ze. “Jij hebt hier niks te zeggen en jij zult doen wat wij u zeggen”.” (Respondent 3, p. 14)

Een respondent meldde het geweld bij een vrouwelijke medewerker, omdat ze zich meer op haar gemak voelde bij een vrouw, mogelijk heeft dit te maken met het feit dat de dader een man was. Uit de literatuur bleek ook dat de aanwezigheid van vrouwelijke hulpverleners het melden van huiselijk geweld tegen vrouwen kunnen faciliteren (Bates et al., 2001: p. 53). Mogelijk geldt dit ook voor geweld gepleegd door hulpverleners ten aanzien van vrouwen met een handicap. Meerdere respondenten hebben de feiten gemeld aan Persephone. Er werd geholpen door Persephone doordat ze informatie hebben gegeven en doorverwezen naar de juiste hulp. Ook werd er de mogelijkheid gegeven om

ervaringen te delen met de andere leden en kreeg een respondent emotionele steun door het feit dat er naar haar werd geluisterd en dat ze werd geloofd. In alle gevallen was Persephone een grote steun en dit zien we ook terug in de literatuur, volgens Shah et al. (2016, p. 17) kunnen organisaties speciaal voor vrouwen met een handicap slachtoffers helpen en motiveren om over het geweld te praten.

We vonden in ons onderzoek meldingen bij twee overheidsinstanties. De afhandeling van een klacht bij de politie werd ervaren als "niet slachtoffervriendelijk" en er werd weinig informatie gegeven aan het slachtoffer. De politie heeft de melder niet verteld hoe ze het dossier kan opvragen en er is haar nooit verteld dat ze onderzoeksdaden kon aanvragen. Daarnaast werd slachtofferhulp niet als meerwaarde ervaren, een respondent had het gevoel dat ze niets voor haar konden doen. Er was een gebrek aan bijstand en informatie volgens haar.

"Ja, je moet het zo allemaal zelf uitzoeken hè." (Respondent 2, p. 8)

Deze ervaring komt overeen met de resultaten van het onderzoek van Goethals naar seksueel geweld tegen vrouwen met een handicap. Daaruit bleek dat er een gebrek was aan opvolging van slachtoffers na het melden van geweld (Goethals, 2018: p.21). Binnen ons onderzoek werd geweld ook gemeld bij Zorg en Gezondheid, met name om het geweld te stoppen voor anderen nadat meldingen bij de zorginstelling zelf niet tot verbetering hebben geleid. Hier heeft de overheidsinstantie volgens een respondent niet op gereageerd, waardoor ze zich niet serieus genomen voelde en het voelde alsof haar ervaring haar eigen schuld was. Door deze ervaring gaf ze aan het vertrouwen verloren te zijn in overheidsinstanties.

Daarnaast is er ook een huisarts in vertrouwen genomen, de reactie van de huisarts werd ervaren als een normalisering van het geweld en werd niet gezien als een steun. Deze ervaring komt overeen met de literatuur waarin naar voren komt dat geweld vaak wordt gezien als inherent aan de zorg voor mensen waardoor het geweld niet wordt erkend er verkeerd wordt gereageerd (Strand et al., 2004: p.513; Maher et al., 2018: pp.29-30; Shah et al. 2016: p. 21).

Respondenten hebben hun ervaringen ook gedeeld met naasten. Het geweld werd gemeld bij een partner omdat het slachtoffer hem vertrouwt, hierna zijn ze samen op zoek zijn gegaan naar een oplossing. Ook werden ervaringen gedeeld met kennissen omdat het slachtoffer wist dat deze kennissen andere mensen kenden die in dezelfde zorginstelling hadden gezeten waardoor ze hen vertrouwden, deze kennissen toonden begrip waardoor de respondent zich gesteund voelde.

Demotiverende factoren melden

Zoals te lezen valt in onze literatuurstudie zijn er heel wat factoren die ervoor zorgen dat iemand geen melding maakt, ook wel barrières genoemd. Al onze respondenten gaven aan dat ze het geweld niet meteen hadden gemeld. Een van de redenen was angst om verkeerd begrepen te worden.

“Als ik dit tegen andere mensen zou zeggen, gaan ze misschien mijn woorden verdraaien.”

(Respondent 1, p. 3)

Uit literatuur blijkt dat vrouwen die communicatieproblemen ervaren door hun handicap minder snel aangifte zouden doen uit angst dat ze niet of moeilijk begrepen zouden worden (Parliament of Victoria, 2016: p.79; Goethals, 2018: p.20). Dit zien wij ook terug bij onze respondenten.

Meerdere respondenten geven aan net geen melding te willen maken bij een overheidsinstantie zoals de politie. Dit wordt in de hand gewerkt door eerdere negatieve ervaringen van een melding bij een overheidsinstantie zoals Zorg en Gezondheid of de politie zelf, waarbij ze ofwel niet geloofd werden of omdat er geen gevolg werd gegeven aan de melding.

“Zorg en Gezondheid heb ik ooit eens aangeschreven (...), daar heb ik nooit iets van gehoord. En toen dacht ik, ja, als ik dan naar de politie moet gaan. Ik durfde dat toen niet meer. Ik dacht dat gaat terug hetzelfde zijn, hé” (Respondent 3, pp. 11-12)

Hierdoor werd het vertrouwen in een goede afhandeling door de politie geschaad. Sommige respondenten werden tijdens het maken van een eerdere melding ook niet geloofd door de hulpverleners en bijgevolg werd hun slachtofferschap niet erkend. Uit onderzoek van Shah et al. (2016: p.5) blijkt dat vrouwen met een handicap daadwerkelijk minder snel geloofd worden dan mensen zonder handicap. Niet bij elke respondent was de handicap even zichtbaar, dit kan mogelijk een invloed hebben op de reactie van anderen. De respondent bij wie de handicap op het eerste gezicht niet waarneembaar is voor anderen gaf aan dat ze het gevoel had wel geloofd te worden. Mogelijk heeft dit ook invloed gehad op het maken van een melding bij de politie, aangezien deze respondent als enige een officiële klacht heeft ingediend.

Een ander argument om geen nieuwe melding te maken was dat er bij een voorgaande gemaakte melding bij de politie geen gevolg had gekregen en geseponeerd werd. Tot slot zorgt de indruk van

‘gebrek aan bewijsmateriaal’ voor het gevoel dat het weinig zin heeft om aangifte te doen. In de literatuur zien we ook terug dat eerdere negatieve ervaringen met de politie een reden is om geen aangifte te doen (Goethals, 2018: p. 29).

Door het gebrek aan erkenning van het geweld door andere hulpverleners ontstond er een schuldgevoel waardoor respondenten zich te veel schaamde om er nog iets over te zeggen. Het schaamtegevoel had een negatieve invloed op de meldingsbereidheid, dit komt overeen met de literatuur (Murray en Powell, 2008: p.5; Goethals, 2018: p.20). De negatieve reactie van de hulpverleners bevestigt dat er een gebrek is aan erkenning van geweld binnen de zorg (Strand et al., 2004: p.513; Maher et al., 2018: pp.29-30; Shah et al. 2016: p. 21).

Niet elke respondent diende een klacht in bij de politie. Een reden hiervoor was angst als gevolg van macht van de psychiatrische instelling waarin een respondent verbleef. Een respondent was bang dat indien ze het geweld zou melden ze haar invaliditeitsverzekering van het RIZIV zou kunnen verliezen.

“Ik dacht als ik dat nu ga zeggen, dan gaan die mij misschien een slecht verslag maken en dan ga ik zonder inkomen zitten.” (Respondent 3, p. 12)

De machtsverhouding tussen hulpverlener en verzorgde versterkt de angst om te melden, omdat VMH bang zijn dat de hulpverlener eerder geloofd wordt dan zichzelf. Ook de onderzoeken van Maher en collega’s (2018, p.31) en Goethals (2018, p.29) geven aan dat slachtoffers angst ervaren om omdat de dader zich in een positie van macht bevindt waardoor het moeilijker wordt om het te melden. Onderzoek naar vrouwen in instellingen toont aan dat de angst om niet geloofd te worden, samen met angst voor wraak redenen zijn om seksueel geweld door een machthebber niet te melden. Het gaat dan over vrouwen die bijvoorbeeld in de gevangenis zitten of psychiatrische instellingen die niet per sé een handicap hebben (Clark en Fileborn, 2011: p.10). Studenten die grensoverschrijdend gedrag ervaren door iemand in een hogere positie tijdens hun medische stage gaven als voornaamste redenen om geen melding te maken ook angst voor wraak en niet geholpen te worden aan (Komaromy et al., 1993: p.324). De machtsverhouding tussen dader en slachtoffer vormt bij vrouwen zonder handicap dus ook een barrière voor het melden van geweld. Het verschil is dat vrouwen met een handicap die afhankelijk zijn van hulpverleners en zich hierdoor vaker in een machtsrelatie bevinden een grotere kans hebben op slachtofferschap (Nannini, 2006: p.378).

Door hun handicap hadden onze respondenten moeite met communiceren en met digitale middelen. Dit kan een barrière vormen, omdat veel informatie om bijvoorbeeld een klacht in te dienen vaak online terug te vinden is. Onze respondenten hadden ook moeite met verplaatsingen. Dit kan een demotiverende factor zijn, omdat ze dus bijvoorbeeld voor vervoer afhankelijk zijn van hun hulpverlener. Indien ze het geweld melden kunnen ze dus zonder vervoer komen te zitten. Ook Goethals (2018, p. 20) kwam in haar onderzoek tot deze bevinding.

“Ik heb wel een gsm: ik kan opnemen en ik kan bellen, maar ik heel moeilijk een berichtje sturen. Dus op dat vlak... Ik kan geen trein nemen.” (Respondent 3, p. 5)

Ook werd geweld soms niet direct gemeld omdat de feiten niet ernstig genoeg leken in vergelijking met de slechte gezondheid van de respondent. Geweld werd geminimaliseerd omdat het melden hen in zekere zin meer last brengt dan het niet te melden. Volgens Goethals (2018: p. 29) is dit een vaker voorkomende reden om het geweld niet te melden.

“Toen leek dat een miniemer probleem dan al de rest dat speelde.” (Respondent 2, p. 5)

Meldingsbereidheid verhogen

De respondenten geven zelf een aantal factoren die de meldingsbereidheid zou kunnen verhogen. Volgens een van de respondenten zou er beter gecontroleerd moeten worden op zorginstellingen. Volgens haar zijn er wel controles maar deze vinden oppervlakkig plaats. Deze respondent doet de suggestie om tijdens inspecties ook te praten met de patiënten van de instelling, zij geeft aan dat dit nooit werd gedaan.

“Ik vind dat een wet moest komen in België dat het verplicht was van een paar keer per jaar en eens een paar mensen interviewen. Want het kan goed zijn een dag als ze komen, dat ze zeggen “alles is hier fijn en zo”. Maar dat ze daar veel dieper op ingaan.” (Respondent 3, p. 17)

Ook werd er positief gesproken over een 'paniekkkaartje'. Op dit kaartje staat dat iemand een bepaalde beperking heeft. Dit kan ervoor zorgen dat de persoon rekening kan houden met de beperking en eventuele bijkomende moeilijkheden zoals communicatieproblemen. Mogelijk zou dit ook kunnen helpen bij het maken van een melding bij bijvoorbeeld de politie, zodat de agent in kwestie hier rekening mee kan houden tijdens het indienen van een klacht.

Ook werd aangegeven dat het een motiverende factor zou kunnen zijn indien er voldoende informatie beschikbaar is over waar je terecht kan, hoe een aangifte eraan toe gaat en wat de exacte procedure is binnen een instelling. Het gebrek aan informatie over bij wie je terecht kan, wat je moet doen of wat er zal gebeuren is een reden om geen klacht in te dienen (Saxton et al., 2001: p. 408; Maher et al., 2018: p.32; Parliament of Victoria, 2016: p.63; Murray en Powell, 2008: p.6; Goethals, 2018: p.19).

Ook gaf een respondent aan dat het belangrijk is dat instellingen openlijk communiceren naar bewoners toe zodat indien er iets gebeurt dit gezegd wordt, zodat de juiste stappen ondernomen kunnen worden. Dit kan een motiverende factor zijn. Dit lijkt op een vorm van bewustmaking die volgens de literatuur kan bijdragen aan de meldingsbereidheid (Keller et al., 2010: p. 55; Muuo et al., 2020: p. 11).

Conclusie

Vrouwen met een handicap lopen een hoger risico om slachtoffer te worden van geweld. De meldingsbereidheid van geweld gepleegd door hulpverleners ten aanzien van VMH is laag, er zijn dan ook geen duidelijke prevalentiecijfers. Hierdoor kan het geweld langer en vaker doorgaan waardoor het geweld nog meer schade veroorzaakt bij het slachtoffer. Wij trachten te onderzoeken welke factoren de meldingsbereidheid beïnvloeden. Om de meldingsbereidheid omhoog te krijgen moeten we namelijk eerst weten waarom hij zo laag is en wat het melden juist makkelijker maakt. Onze onderzoeksvraag is dan ook: "Welke factoren beïnvloeden de meldingsbereidheid van vrouwen met een handicap die slachtoffer zijn van geweld gepleegd door hulpverleners in Vlaanderen?". Dit hebben we geprobeerd te beantwoorden door diepte-interviews af te nemen bij drie verschillende VMH die slachtoffer zijn geworden van het geweld gepleegd door hulpverleners.

We hebben in ons onderzoek een aantal demotiverende en motiverende factoren weten te onderscheiden. De demotiverende factoren zijn: angst om niet geloofd te worden, macht van de hulpverlener, eerdere negatieve ervaringen met melden, moeite met communiceren, moeite met fysieke verplaatsingen, moeite met digitale middelen, schaamte en andere prioriteiten hebben door problemen die te maken hebben met de handicap. We vonden ook negen motiverende factoren: bewustzijn van het geweld, het geweld willen stoppen voor zichzelf, het geweld willen stoppen voor anderen, lid zijn van een vereniging voor vrouwen met een handicap, een klacht willen bijstaan van een ander slachtoffer, aanwezigheid van vrouwelijke hulpverlener, meer participatie van patiënten bij de controle op zorginstellingen, nood aan psychologische hulp na geweld en meer informatie over het maken van een melding.

Opvallend in deze studie is het feit dat het geweld vaak wel gemeld werd, maar dat hiermee niets werd gedaan. Het geweld kon zich daardoor lang voortzetten en vormde tevens een demotiverende factor voor het melden van geweld in de toekomst. Vooral de angst om niet geloofd te worden was een veelvoorkomende barrière. Mede door hun handicap hebben de vrouwen ervaringen waarbij ze niet serieus genomen werden en niet geloofd werden. Hierdoor zijn ze bang dat de hulpverlener eerder geloofd wordt dan zij zelf. Doordat de vrouwen ook nog eens afhankelijk zijn van hun hulpverlener is het heel moeilijk om een klacht in te dienen. Aan de machtsverhouding en de afhankelijkheid kan in principe niet veel gedaan worden. Wat wel gedaan kan worden is vrouwen met een handicap geloven en serieus nemen.

In ons onderzoek kwamen ook een aantal motiverende factoren naar voren. Met name het geweld willen stoppen voor zichzelf en anderen en een klacht bij willen staan voor iemand anders had een sterk motiverende werking bij onze respondenten. Ook bleek dat lidmaatschap van een vereniging voor vrouwen met een handicap voor onze respondenten vaak motiverend werkte. Mogelijk heeft dit ook te maken met het feit dat onze respondenten verworven zijn via een vereniging voor VMH. Toch lijkt een dergelijke organisatie motiverend te werken omdat VMH elkaar beter begrijpen en serieus nemen, waardoor de angst om niet geloofd te worden en het gevoel van schaamte hier minder aanwezig is, ook kunnen zij informatie verschaffen over het maken van een officiële melding. Dit wordt ook bevestigd door een onderzoek van Shah et al. (Shah et al., 2016: p.17). Tot slot was de nood aan psychologische hulp sterk aanwezig bij onze respondenten, dit motiveerde hen om het geweld te melden in de hoop om deze hulp te krijgen. Volgens Dembo et al. lopen mensen met een handicap een verhoogd risico op psychologische problemen na hun slachtofferschap, mogelijk is deze nood daarom ook hoger en kan dit een motiverende factor vormen (Dembo et al., 2018: p. 395).

Ons onderzoek is gebaseerd op drie respondenten, idealiter hadden we meer respondenten gehad om meer informatie en inzichten te vergaren over de factoren die de meldingsbereidheid van VMH die slachtoffer zijn geworden van geweld gepleegd door een hulpverlener beïnvloeden. Deze respondenten hadden allemaal een ander soort handicap en hebben ook allemaal ander soort geweld meegemaakt waardoor er verschillen waren tussen onze respondenten. Zo was het niet bij elke respondent even zichtbaar voor de buitenwereld dat ze een handicap hebben, mogelijk heeft dit een impact op hoe mensen reageren op de respondent en de mate waarin ze geloofd en serieus genomen worden. Opmerkelijk is dat veel demotiverende en motiverende factoren wel overeen kwamen. Dit suggereert dat deze verschillen geen groot probleem vormden. Met behulp van Persephone hebben

we respondenten weten te werven voor ons onderzoek. Onze respondenten zijn niet verworven op basis van een toevalssteekproef, dit was door de specificiteit en de gevoeligheid van het thema geen mogelijkheid. Mogelijk heeft ons onderzoek hierdoor enkel mensen aangetrokken die het geweld wel gemeld hebben. Dit is een tekortkoming omdat we voor ons onderzoek graag respondenten hadden geïnterviewd die het geweld aan niemand hebben gemeld om beter inzicht te krijgen in hun beweegredenen om het aan niemand te vertellen. Ook kan het niet gebruikmaken van een random sampling ervoor zorgen dat de resultaten minder generaliseerbaar en objectief zijn. Tijdens de data-analyse merkten we dat we soms meer hadden kunnen doorvragen om nog meer inzicht te krijgen in de factoren die de meldingsbereidheid beïnvloeden. Ons onderzoek gaat enkel over vrouwen, onderzoek naar de meldingsbereidheid van geweld bij mannen kan interessant zijn om verschillen in barrières na te gaan.

Voor ons onderzoek hebben we diepte-interviews afgenomen met een moeilijk te bereiken doelgroep waardoor we uitgebreide informatie hebben kunnen verzamelen over de ervaringen en beweegredenen dat deze vrouwen hadden met geweld door hulpverleners en het melden ervan. We zijn ingegaan op zaken zoals aan wie ze gemeld hebben, waarom, hoe die ervaring was voor hun en op welke manier hun melding afgehandeld is. Deze informatie was belangrijk in het achterhalen van motiverende en demotiverende factoren bij het maken van een melding en heeft een goed inzicht gegeven in de ervaringen van VMH die slachtoffer zijn geworden van geweld gepleegd door hulpverlener in Vlaanderen. Onderzoek naar geweld tegen VMH kwam vooral van het buitenland, met dit onderzoek hebben we dus waardevolle informatie verzameld over de situatie in Vlaanderen. Daarnaast hebben we de mogelijkheid gecreëerd voor VMH om hun ervaringen te delen om zo bloot te leggen wat volgens hen de huidige problemen zijn. Hun ervaringen kunnen een positieve bijdrage leveren in de zoektocht naar manieren om de meldingsbereidheid te verhogen.

Aanbevelingen

Onze aanbeveling voor zorginstellingen is dat elke instelling of organisatie een procedure moet hebben voor de correcte afhandeling van meldingen van een patiënt of client die geweld gepleegd door een hulpverlener hebben meegemaakt. Volgens Murray en Powell vormt het gebrek aan een procedure een demotiverende factor. Ook bleek uit ons onderzoek dat een gebrek aan procedures ertoe kan leiden dat er niks gedaan wordt na een melding bij de zorginstelling. Bij deze procedure moet het slachtoffer wel voldoende betrokken worden en op de hoogte gehouden worden, dit bleek zowel uit onze interviews als uit de literatuur (Murray en Powell, 2008: p.6). Ook dient de instelling

het slachtoffer informatie te geven over het maken van een officiële melding bij de politie aangezien uit ons onderzoek blijkt dat het hebben van informatie een motiverende factor is om een dergelijke melding te melden (Maher et al., 2018: pp.31-32; Murray en Powell, 2008: p.6). Daarnaast zou een zorginstelling na het ontvangen van een melding het slachtoffer moeten ondersteunen in het verkrijgen van de juiste psychologische hulp, dit zou moeten opgenomen worden in een dergelijke procedure, aangezien uit ons onderzoek en de literatuur bleek dat de nood hiernaar zeer groot is (Dembo et al., 2018: p. 395). Op de website van Zorg en Gezondheid vind je de procedures terug over wat er moet gebeuren bij grensoverschrijdend gedrag binnen een zorginstelling, toch kreeg een van onze respondenten te horen dat er geen procedures zijn (Zorg en Gezondheid, 2019). Er zou onderzoek gedaan moeten worden naar de procedures en naleving hiervan in zorginstellingen in Vlaanderen.

Met inachtneming van de machtspositie van zorginstellingen en hulpverleners en alle meldingsbarrières raden wij de Vlaamse Gemeenschap aan om een toegankelijk algemeen meldpunt voor iedereen met een handicap die slachtoffer is van geweld gepleegd binnen een zorgcontext op te richten. Om het bereikbaar te maken voor zoveel mogelijk mensen met een handicap moet het mogelijk zijn om zowel digitaal, fysiek als via post een melding te maken. Het is belangrijk dat VMH serieus worden genomen als slachtoffer en ook de nodige psychologische begeleiding krijgen, daarom zou er hulp ingeschakeld moeten worden door een dergelijk meldpunt zodat slachtoffers ondersteuning krijgen. Amerikaans onderzoek naar meldpunten voor VMH die het slachtoffer zijn van huiselijk geweld geeft aan dat dergelijke meldpunten effectief kunnen zijn om tegemoet te komen aan de noden van deze vrouwen en hun steun, therapie en oplossingen bieden (Chang et al., 2003: pp.703-706)

Uit ons onderzoek en dat van Shah et al. blijkt dat verenigingen voor vrouwen met een handicap slachtoffers kunnen helpen door te luisteren naar hun verhaal. Dit kan een grote psychologische steun vormen. Ook kunnen zij hen helpen door informatie te verschaffen over het maken van een officiële melding bij de politie en het verkrijgen van de juiste professionele psychologische steun (Shah et al., 2016: p.17).

Tot slot denken wij dat er meer onderzoek gedaan moet worden naar de ervaringen van hulpverleners in de zorg ten aanzien van patiënten of cliënten. Uit ons onderzoek blijkt dat geweld vaak genormaliseerd wordt in de zorg (Strand et al., 2004: p.513; Maher et al., 2018: pp.29-30; Shah et al. 2016: p. 21). Het zou waardevol kunnen zijn om te weten hoe hulpverleners kijken naar geweld ten

aanzien van patiënten in de zorg en tot in hoeverre zij 'impairment specific' violence erkennen als geweld. Door meer inzicht te verkrijgen in de oorzaken van geweld gepleegd door hulpverleners kunnen we mogelijk meer te weten komen over hoe we dergelijk geweld kunnen voorkomen of stoppen.

Bibliografie

Amsterdam Dienst Zorg en Samenleven, & Lemmens, M. (2008). *Actieprogramma: Aanpak ouderenmishandeling*, 1-20. <https://adoc.pub/actieprogramma-aanpak-ouderenmishandeling-amsterdam.html>

Baldry, A. C., & Pagliaro, S. (2014). Helping victims of intimate partner violence: The influence of group norms among lay people and the police. *Psychology of Violence*, 4(3), 334–347. <https://doi.org/10.1037/a0034844>

Bates, L., Hancock, L., & Peterkin, D. (2001). A little encouragement: Health services and domestic violence. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 14(2), 49–56. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/09526860110386474/full/html>

Battaglia, T. A., Finley, E., & Liebschutz, J. M. (2003). Survivors of intimate partner violence speak out: Trust in the patient-provider relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 18(8), 617–623. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.21013.x>

Bradford, B., & Jackson, J. (2010). Trust and Confidence in the Police: A Conceptual Review. *SSRN Electronic Journal*, 1-15. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1684508>

Camilleri, M. (2006). [Dis]Abled justice: Why reports of sexual assault made by adults with cognitive impairment fail to proceed through the justice system. *University of Ballarat*, 1–284. <https://researchonline.federation.edu.au/vital/access/manager/Repository/vital:3816>

Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., & Thomas, J. (2001). Intimate partner violence: A comparative survey of levels of detection, knowledge, and attitudes in healthcare workers. *Public Health*, 115(2), 89–95. <https://doi.org/10.1038/si.ph.1900749>

Chang, J. C., Martin, S. L., Moracco, K. E., Dulli, L., Scandlin, D., Loucks-Sorrel, M. B., Turner, T., Staroneck, L., Dorian, P. N., & Bou-Saada, I. (2003). Helping Women with Disabilities and Domestic Violence: Strategies, Limitations, and Challenges of Domestic Violence Programs and Services. *Journal of Women's Health*, 12(7), 699–708. <https://doi.org/10.1089/154099903322404348>

Clark, H., & Fileborn, B. (2011). *Responding to women's experiences of sexual assault in institutional and care settings* (ACSSA Wrap No. 10). Melbourne: Australian Centre for the Study of Sexual Assault, Australian Institute of Family Studies. <https://aifs.gov.au/resources/practice-guides/responding-womens-experiences-sexual-assault-institutional-and-care>

Conroy, S. & Cotter, A. (2014). Self-reported sexual assault in Canada, 2014. *Juristat: Canadian Centre for Justice Statistics*, 2017(1), 3-34. <https://myezproxy.vub.ac.be/login?url=https://www.proquest.com/scholarly-journals/self-reported-sexual-assault-canada-2014/docview/1922422019/se-2>.

Copel, C. L. (2006). Partner Abuse in Physically Disabled Women: A Proposed Model for Understanding Intimate Partner Violence. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(2), 114–129. <https://doi:10.1111/j.1744-6163.2006.00059.x>

Curry, M. A., Hassouneh-Phillips, D., & Johnston-Silverberg, A. (2001). Abuse of Women With Disabilities: An Ecological Model and Review. *Violence Against Women*, 7(1), 60–79. <https://doi.org/10.1177/10778010122182307>

Dammeyer, J., & Chapman, M. (2018). A national survey on violence and discrimination among people with disabilities. *BMC Public Health*, 18(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5277-0>

Dembo, R. S., Mitra, M., & McKee, M. (2018). The psychological consequences of violence against people with disabilities. *Disability and Health Journal*, 11(3), 390–397. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.01.006>

Dowse, L., Soldatic, K., Didi, A., Frohmader, C., & van Toorn, G. (2013). Stop the Violence: Addressing Violence Against Women and Girls With Disabilities in Australia: Background paper. Geraadpleegd op 13 augustus 2022, van <https://wwda.org.au/publication/stop-the-violence-addressing-violence-against-women-and-girls-with-disabilities-in-australia-background-paper/>

Fraser-Barbour, E. F., Crocker, R., & Walker, R. (2018). Barriers and facilitators in supporting people with intellectual disability to report sexual violence: perspectives of Australian disability and mainstream support providers. *The Journal of Adult Protection*, 20(1), 5–16. <https://doi.org/10.1108/jap-08-2017-0031>

Goethals, Tina. (2018). Seksueel georiënteerd geweld bij vrouwen met een beperking in Vlaanderen. *Gent: Universiteit Gent*. <https://biblio.ugent.be/publication/8598961>

Grensoverschrijdend gedrag melden in woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers. (2019). *Zorg en Gezondheid*. Geraadpleegd op 23 augustus 2022, van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/grensoverschrijdend-gedrag-melden-in-woonzorgvoorzieningen-en-verenigingen-voor-mantelzorgers-en>

Hohl, K., Johnson, K., & Molisso, S. (2022). A Procedural Justice Theory Approach to Police Engagement with Victim-Survivors of Rape and Sexual Assault: Initial Findings of the 'Project Bluestone' Pilot Study. *CrimRxiv*, 1-10. <https://doi.org/10.21428/cb6ab371.a5196466>

Kalra, N., Hooker, L., Reisenhofer, S., di Tanna, G. L., & García-Moreno, C. (2021). Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(5), 1-102. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012423.pub2>

Keller, S. N., Wilkinson, T., & Otjen, A. J. (2010). Unintended Effects of a Domestic Violence Campaign. *Journal of Advertising*, 39(4), 53–68. <https://doi.org/10.2753/joa0091-3367390404>

Komaromy, M., Bindman, A. B., Haber, R. J., & Sande, M. A. (1993). Sexual Harassment in Medical Training. *New England Journal of Medicine*, 328(5), 322–326. <https://doi.org/10.1056/nejm199302043280507>

Lund, E. M. (2020). Interpersonal violence against people with disabilities: Additional concerns and considerations in the COVID-19 pandemic. *Rehabilitation Psychology*, 65(3), 199–205. <https://doi.org/10.1037/rep0000347>

Lünnemann, K., Goderie, M., Tierolf, B., & Römken, R. (2010). Geweld in afhankelijkheidsrelaties: Ontwikkelingen in vraag naar en aanbod van hulp en opvang. *Verwey-Jonker Instituut*, 1-110. [http://www.verweyjonker.nl/vitaliteit/publicaties/recht/geweld in afhankelijkheidsrelaties](http://www.verweyjonker.nl/vitaliteit/publicaties/recht/geweld%20in%20afhankelijkheidsrelaties)

Maher, J., Spivakovsky, C., McCulloch, J., McGowan, J., Bevis, K., Lea, M., Cadwallader, J., & Sands, T. (2018). Women, disability and violence: Barriers to accessing justice: Final Report. *Anrows*, 2018(2), 1–86. <https://minerva-access.unimelb.edu.au/handle/11343/227188>

Matin, B. K., Williamson, H. J., Karyani, A. K., Rezaei, S., Soofi, M., & Soltani, S. (2021). Barriers in access to healthcare for women with disabilities: a systematic review in qualitative studies. *BMC Women's Health*, 2021(44), 1-23. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01189-5>

Murray, S., & Powell, A. (2008). Sexual assault and adults with a disability Enabling recognition, disclosure and a just response. *Australian Centre for the Study of Sexual Assault, Australian Institute of Family Studies*, 2008(9), 1–20. <https://aifs.gov.au/publications/sexual-assault-and-adults-disability>

Muuo, S., Muthuri, S. K., Mutua, M. K., McAlpine, A., Bacchus, L. J., Ogego, H., Bangha, M., Hossain, M., & Izugbara, C. (2020). Barriers and facilitators to care-seeking among survivors of gender-based violence in the Dadaab refugee complex. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1), 245-260. <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1722404>

Nannini, A. (2006). Sexual assault patterns among women with and without disabilities seeking survivor services. *Women's Health Issues*, 16(6), 372–379. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2006.10.001>

Parliament of Victoria. (2016). *Inquiry into abuse in disability services Final Report* (Nr. 167). <https://www.parliament.vic.gov.au/publications/fact-sheets/397-fcdc/inquiry-into-abuse-in-disability-services>

Persephone vzw, & Tack, C. (2015). *Geweld tegen vrouwen met een handicap - Deel 2*. Garant Uitgevers nv. 5-88.

Plaisier, I., de Klerk, M., Pattiwael, J., Brons, I., Lindenberg, J., Mysyuk, Y., Westendorp, R.G.J., Royers, T., Engelbertink, C.G.C., Cremers, L.M., de Kluijs, E.J.H., Rovers, B., Mesu, S., Akkermans, M. (2015). *Ouderenmishandeling*. Boom Juridische uitgevers. https://repository.wodc.nl/bitstream/handle/20.500.12832/791/jv1506-volledige-tekst_tcm28-77301.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Simeonsson, J. R., Lollar, D., Hollowell, J., Adams, M. (2000). Revision of the International Classification of Impairments, *Disabilities, and Handicaps: Developmental issues*, 53(2), 0–124. [https://doi:10.1016/s0895-4356\(99\)00133-x](https://doi:10.1016/s0895-4356(99)00133-x)

Saxton, M., Curry, M. A., Powers, L. E., Maley, S., Eckels, K., & Gross, J. (2001). "Bring My Scooter So I Can Leave You". *Violence Against Women*, 7(4), 393–417. <https://doi.org/10.1177/10778010122182523>

Shah, S., Tsitsou, L., & Woodin, S. (2016). Hidden Voices. *Violence Against Women*, 22(10), 1189–1210. <https://doi.org/10.1177/1077801215622577>

Spangaro, J. M., & Zwi, A. B., & Poulos, R. G. (2011). "Persist, persist": A qualitative study of women's decisions to disclose and their perceptions of the impact of routine screening for intimate partner violence. *Psychology of Violence*, 1(2), 150–162. <https://doi.org/10.1037/a0023136>

Starzynski, L. L., Ullman, S. E., Filipas, H. H., & Townsend, S. M. (2005). Correlates of Women's Sexual Assault Disclosure to Informal and Formal Support Sources. *Violence and Victims*, 20(4), 417–432. <https://doi.org/10.1891/vivi.2005.20.4.417>

Strand, M., Benzein, E. & Saveman, B. (2004). Violence in the care of adult people with intellectual disabilities. *Journal of clinical nursing*. 13. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00848.x>

Tolsma, J. (2011). Aangiftebereidheid: Welke overwegingen spelen een rol bij de beslissing om wel of niet aangifte te doen? *Aangiftebereidheid: Welke overwegingen spelen een rol bij de beslissing om wel of niet aangifte te doen?*, 11–32. <https://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai%3Arepository.ubn.ru.nl%3A2066%2F103108>

Van Berlo, W., de Haas, S., van Dijk, L., Brants, L., Tonnon, S., & Storms, O. (2011). *BEPERKT WEERBAAR. Een onderzoek naar seksueel geweld bij mensen met een lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke beperking*. Rutgers WPF en MOVISIE. <https://www.movisie.nl/publicatie/beperkt-weerbaar>

VAPH (2004). Definitie handicap. Geraadpleegd op 10 juni 2022, van <https://www.vaph.be/voorwaarden/handicap>

Willott, S., Badger, W., Evans, V. (2020). People with an intellectual disability: under-reporting sexual violence. *The Journal of Adult Protection*, 22(2), 75–86. <https://doi:10.1108/jap-05-2019-0016>

Bijlagen

Bijlage A: Taakverdeling

Probleemstelling	Samen herschreven
State of the art	Samen herschreven
Methodologie	Samen herschreven
Resultaten en discussie	Samen herschreven
Conclusie	Samen herschreven
Aanbevelingen	Samen geschreven
Bibliografie	Samen
Interview 1 + transcriptie + coderen	Op 24/11 te Antwerpen door Marthe
Interview 2 + transcriptie + coderen	Op 9/11 online via teams door Janis
Interview 3 + transcriptie + coderen	Op 12/11 te Herk-de-Stad door Sarah (interviewer) en Vera (observator)

Bijlage B: Structuur interviews

Vragenprotocol

Eerst wil ik u wat *algemene vragen* stellen over u en uw situatie.

1. Kunt u mij iets meer vertellen over uw woonsituatie? Zelfstandig/begeleid/instelling
2. Op welke manier maken hulpverleners deel uit van uw leven? In welke mate?
3. Welke impact heeft uw handicap op uw dagelijks leven?

Nu ga ik wat dieper ingaan op de kern van dit interview.

4. Kunt u mij vertellen wat er is gebeurd?
 - o Wat voor soort hulpverlener was het?
 - o Welke omgeving?
 - o Hoe lang, hoe vaak?
5. Hoe voelde je je daarbij?/ welke gevoelens heeft dat bij jou losgemaakt?
 - Hoe kijk je nu naar hulpverleners? (=> heeft dit je vertrouwen in hulpverlening geschaad?)
 - Indien geen direct besef van onrecht: Wanneer kwam het besef wel?

6. Wat heeft u *naderhand* gedaan?

- Verteld aan iemand? Zo ja aan wie? → Waarom? → Hoe hebben zij gereageerd?
→ Wat vond u daarvan / Heeft het u geholpen?
- Niet verteld aan iemand? → Waarom niet?
- Aangifte gedaan bij de politie? / Hulp gezocht bij een instantie?
 - o Hoe zijn zij er mee omgegaan? Wat hebben ze gedaan? Afloop aangifte?
 - o Heb je er eerst met iemand anders over gesproken?
 - o Waarom niet?

(Heeft u het verteld aan het bedrijf/ de organisatie? En wat hebben zij eventueel gedaan?)

-> Indien niet op de hoogte: Waarom heeft u dat niet verteld?

7. Indien hulp gezocht: Hoe is de zoektocht naar hulp voor u gelopen?

1. Wat heeft het voor u moeilijker gemaakt om hulp te zoeken?
2. Wat heeft het voor u makkelijker gemaakt om hulp te zoeken?

7. Indien geen hulp gezocht: Wat heeft u tegengehouden om hulp te zoeken?

8. Welke suggesties kunt u doen waardoor het makkelijker zou zijn om hulp te krijgen EN **vragen**? / Wat zou hulp vragen/krijgen makkelijker maken?

9. Zijn er nog dingen die u wil toevoegen? Onduidelijkheden?

Bijlage C: Codeboom

