

# UN-MENAMAIS: Een beter begrip van de Mechanismes, Aard, Omvang en Impact van Seksueel Geweld in België in Belgium

Page | 1

Een door Belspo gefinancierd onderzoeksproject (2017-2021)

## DE UN-MENAMAIS STUDIE: BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN & AANBEVELINGEN VOOR PREVENTIE VAN EN RESPONS OP SEKSUEEL GEWELD IN BELGIË

15 juni 2021

### PROJECT COORDINATOR:

Prof dr Ines Keygnaert, Universiteit Gent-ICRH

[Ines.Keygnaert@ugent.be](mailto:Ines.Keygnaert@ugent.be)

### CONSORTIUM LEDEN:

Lotte De Schrijver, onderzoeker & klinisch psycholoog, UGent-ICRH  
Dr. Anne Nobels, onderzoeker & psychiater in opleiding, UGent-ICRH  
Prof dr Christophe Vandeviver, onderzoekspromotor, UGent-IRCP  
Prof dr Tom Vander Beken, onderzoekspromotor, UGent-IRCP  
Evelyn Schapansky, onderzoeker & klinisch psycholoog, UGent-IRCP  
Laurent Nisen, onderzoekspromotor, ULiège- CARE-ESPRIst  
Adina Cismaru-Inescu, onderzoeker & klinisch seksuoloog, ULiège- CARE-ESPRIst  
Bastien Hahaut, onderzoeker & psycholoog, ULiège- CARE-ESPRIst  
Anne Lemonne, onderzoekspromotor (PhD), Criminology Department NICC  
Bertrand Renard, onderzoekspromotor (PhD), Criminology Department NICC  
Caroline Stappers, onderzoeker, Criminology department NICC  
Dr. Nicolas Berg, geriater, Respect Seniors  
Marijke Weewauters, diensthoofd steunpunt gendergerelateerd geweld, IGVM  
Zoë De Bauw, medewerker steunpunt gendergerelateerd geweld, IGVM

## INHOUDSTAFEL

BELGISCHE BEVOLKING VAN 16 TOT 69 JAAR .....	3
1. Preventie & opleiding .....	3
2. Kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg .....	5
3. Communicatie & campagnes.....	6
4. Bijkomende onderzoeksnoden.....	7
OUDEREN.....	9
1. Communicatie & campagnes.....	9
2. Opleiding .....	10
3. Preventie & zorg.....	10
4. Bijkomende onderzoeksnoden.....	11
MINDERHEIDSGROEPEN.....	12
1. Preventie & opleiding.....	12
2. Kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg .....	13
2. Communicatie .....	14
3. Bijkomende onderzoeksnoden.....	15
FORENSISCHE ASPECTEN.....	16
1. Kwalitatieve en toegankelijke zorg.....	16
2. Opleiding en campagnes .....	17
3. Bijkomende onderzoeksnoden.....	18

## BELGISCHE BEVOLKING VAN 16 TOT 69 JAAR

### 1. Preventie & opleiding

#### Voornaamste bevindingen

Onze studie toont aan dat 64% van de inwoners in België tussen 16 en 69 jaar oud een vorm van seksueel slachtofferschap heeft meegemaakt in hun leven (81% van de vrouwen en 48% van de mannen). Bovendien maakte 44% seksueel geweld mee in de 12 maanden die aan hun deelname voorafgingen.

Seksueel geweld in de levensloop: ongeveer vier op vijf vrouwen (78%) en twee op vijf mannen (41%) meldden een vorm van hands-off seksueel slachtofferschap (geen fysiek contact tussen de pleger en het slachtoffer). Hands-on seksueel geweld is door twee op de vijf vrouwen (42%) en één op de vijf mannen (19%) gemeld. Voor 19% van de vrouwen en 5% van de mannen ging het in deze hands-on vorm van seksueel geweld om verkrachting.

Seksueel geweld in het afgelopen jaar: Meer dan de helft van de vrouwen (55%) en een derde van de mannen (31%) kregen in de afgelopen 12 maanden te maken met een vorm van hands-off seksueel geweld. Voor hands-on seksueel geweld in de voorbije 12 maanden gebeurde dit bij 10% van de vrouwen en 6% van de mannen.

- 1.1. Begin reeds in de vroege kindertijd met **vorming** over het stellen en aanvaarden van grenzen, seksuele toestemming, relatievorming en positieve seksualiteit, en pas dit per leeftijdsgroep aan. Stel dus ook opleidingen samen die gericht zijn op volwassenen en ouderen.

*UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: Preventie van seksueel geweld vereist open communicatie over het stellen en respecteren van elkaars grenzen. Het proces van identificatie van geweld speelt een sleutelrol in de onderliggende mechanismen van seksueel geweld: (1) vaststellen dat men is blootgesteld aan seksueel geweld lijkt een katalysator te zijn voor de impact die het heeft op het leven van (in)directe slachtoffers en (2) vaststellen dat men onrecht is aangedaan is essentieel voor het zoeken van hulp alsook in de keuzes omtrent het soort hulp dat gezocht wordt.*

- 1.2. Alle openbare en particuliere instellingen (bv. scholen, ziekenhuizen, overheidsdiensten, fabrieken, verenigingen, woonzorgcentra, ...) zouden over een **beleid alsook preventie- en zorgstrategieën** ter bescherming en ondersteuning van (toekomstige en historische) slachtoffers van seksueel geweld moeten beschikken. Dit houdt ook de ontwikkeling van een veilige context om seksueel geweld te onthullen in alsook het voorzien in persoonsgerichte ondersteunings- en verwijzingsplannen.

*UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: Seksueel geweld is wijdverspreid in de samenleving. 64% van Belgische inwoners tussen 16 en 69 jaar kreeg in hun leven te maken met een vorm van seksueel geweld. Ondanks het feit dat vrouwen vaker het slachtoffer zijn (81% vrouwen), zijn de percentages voor mannen ook zeer hoog: 48% meldde minstens één vorm van seksueel geweld.*

*Seksueel slachtofferschap komt voor doorheen het hele leven en gaat door tot op hoge leeftijd: 8% van de oudere volwassenen had in het afgelopen jaar te maken met seksueel geweld.*

- 1.3. **Gezondheidswerkers moeten kwalitatief worden opgeleid** om zowel seksueel geweld als seksuele en geestelijke gezondheidsproblemen bij hun patiënten aan te pakken, onder meer over hoe zij trauma-geïnformeerde zorg kunnen verlenen op een diversiteitgevoelige manier

*UN-MENAMAIS-onderzoeksresultaten: Zeer weinig slachtoffers gaven aan professionele hulp te hebben gezocht (7%). Hulp zoeken gebeurt wanneer slachtoffers verwachten dat zij hulp kunnen krijgen en dat de hulpverlener respectvol zal reageren als zij het geweld onthullen en dat deze vervolgens zal weten wat te doen. Professionals in de geestelijke gezondheidszorg hebben echter in recent ander onderzoek aangegeven dat er onvoldoende opleidingsmogelijkheden zijn om zich te specialiseren in (seksuele) traumabehandeling en om de competenties te verwerven om trauma- en stressor-gerelateerde stoornissen te behandelen<sup>1</sup>, bijgevolg zijn er in België te weinig traumadeskundigen en bestaan er lange wachtlijsten. Bovendien houdt het gebrek aan opleiding in trauma-geïnformeerde zorg voor alle hulpverleners het risico in dat seksueel geweld onopgemerkt blijft en dus vroege interventie belemmert en leidt tot vertraagde doorverwijzing. Uit de studie bleek ook dat hoewel heel wat artsen weet hadden van patiënten die het slachtoffer waren geworden van seksueel geweld, wist slechts een beperkt aantal van hen wat te doen naast het verlenen van medische zorg (zo hadden slechts weinigen van hen al een Seksuele Agressie Set uitgevoerd). Gezien hun gebrek aan opleiding op dit gebied, zijn ze onvoldoende vertrouwd met wat optimale zorg voor slachtoffers van seksueel geweld inhoudt en zijn ze dus minder geneigd om slachtoffers door te verwijzen naar diensten waar holistische zorg (forensisch onderzoek, medische & psychosociale zorg en toegang tot politie/justitie) kan worden geboden - zoals bijvoorbeeld de Zorgcentra na Seksueel Geweld - en verwijzen ze evenmin door naar forensische artsen of bevoegde gerechtelijke instanties. Ten slotte melden slachtoffers met een minderheidsachtergrond een gebrek aan diversiteitgevoelige zorg, waardoor zij niet veilig naar buiten kunnen treden.*

- 1.4 **Opleiding van alle professionals werkzaam in rechtshandhaving** – zowel bij politie als justitie-, die mogelijks met slachtoffers van seksueel geweld in contact kunnen komen. Dit is van essentieel belang om er voor te zorgen dat hun taken voldoende slachtoffergericht zijn en kwaliteitsvol waarbij ze voorkomen dat tijdens het verhoor, het onderzoek en de gerechtelijke follow-up (bv. in de rechtbank) nog meer secundaire victimisatie en/of victim blaming optreedt, en om de informatie-verstrekking en de uiteindelijke bereidheid om een klacht in te dienen, te bevorderen.

*UN-MENAMAIS-onderzoeksresultaten: Slechts 4% van de slachtoffers heeft het seksueel geweld bij de politie aangegeven (4%). Hulp zoeken gebeurt wanneer slachtoffers verwachten dat ze hulp kunnen krijgen en dat reacties op het onthullen behulpzaam zullen zijn. Veel slachtoffers geven aan geen aangifte te doen bij de politie omdat ze denken dat ze niet serieus genomen zullen worden of dat ze niet geloofd zullen worden omdat ze geen fysiek bewijs van het geweld kunnen leveren. Slachtoffers vrezen victim blaming. Daarnaast doen slachtoffers vaak geen aangifte bij de politie omdat ze denken dat de pleger niet gevat zal worden. Minderheden meldde dat ze in het*

<sup>1</sup> De Schrijver, E., Platinck, S., Kool, U., De Schrijver, L., & Uzieblo, K. (2021). Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen met Expertise in Psychotrauma. Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen (IGVM).

*verleden reeds (in)directe negatieve ervaringen met politieaangifte hadden gehad. Deze ervaringen hielden geen verband met seksueel geweld maar hebben wel invloed op hun bereidheid om seksueel geweld te melden. Het is dus essentieel dat wetshandhavers beter worden opgeleid, en dat het beeld over hoe zij seksueel geweld zullen aanpakken verbetert.*

## 2. Kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg

### 2.1. Slachtoffers moeten beter naar passende zorg worden toe geleid door het zorglandschap na slachtofferschap transparanter te maken en door alomvattende en gebruiksvriendelijke verwijzingsinstrumenten te ontwikkelen, die trajecten bevatten voor directe en indirecte slachtoffers van zowel acuut als historisch seksueel geweld.

UN-MENAMAIS-onderzoeksresultaten: *Zeer weinig slachtoffers zoeken formele hulp (7%) en nog minder doet aangifte bij de politie (4%). Hulp zoeken gebeurt wanneer slachtoffers verwachten dat zij hulp kunnen krijgen en dat reacties op het bekendmaken van de feiten zullen helpen. Schaamte, angst om niet geloofd of serieus genomen te worden, niet weten dat men geholpen kan worden of waar men hulp kan vinden,... zijn als belemmeringen voor het zoeken van hulp genoemd. Slachtoffers geven aan dat de zorg na seksueel slachtofferschap verbeterd kan worden door deze toegankelijk te maken voor (in)directe slachtoffers van acuut en historisch geweld, (2) betaalbaar te maken door psychologische zorg terug te betalen indien deze niet gratis wordt verleend zoals in de Zorgcentra na Seksueel Geweld en (3) kwalitatief te maken met gespecialiseerde persoonsgerichte zorg die wordt verleend door zorgverleners die getraind zijn in trauma-informed care en het creëren van veilige onthullingscontexten. Gezien deze grote behoefte aan veilige omstandigheden voor onthullingen, is het van cruciaal belang te investeren in "gemengde" vormen van psychologische zorg waarbij online vormen van hulp (bv. chatline, psycho-educatie) deel uitmaken van het algemene aanbod van kwalitatief hoogstaande zorg en niet alleen worden beschouwd als een toegangspoort voor doorverwijzing naar face-to-face hulp, aangezien deze laatste voor veel slachtoffers niet toegankelijk is (emotioneel, fysiek, financieel, ...).*

### 2.2. Persoonsgerichte zorg verlenen aan slachtoffers van seksueel geweld

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *De Zorgcentra na Seksueel Geweld beantwoorden beter aan de behoeften van de slachtoffers op medisch-juridisch, medisch en psychosociaal vlak en ook op het vlak van sociale erkenning, maar er zijn nog steeds problemen of perverse effecten. Op dit ogenblik is er nog geen Zorgcentrum in elke provincie, wat betekent dat ze nog niet beschikbaar zijn voor alle slachtoffers in België. Bovendien wordt nu de nadruk gelegd op vroegtijdige zorg met opvolging gedurende meerdere maanden voor slachtoffers die recent slachtoffer zijn geworden (acuut seksueel geweld), waardoor ze niet voldoende tegemoet komen aan de noden van slachtoffers waarbij het geweld niet recent plaatsvond. Een betere aansluiting bij bestaande psychosociale netwerken en een betere kennis van de gerechtelijke verplichtingen zijn elementen die nog voor verbetering vatbaar zijn. Slachtoffers en professionele actoren dringen aan op nabijheid en toegankelijkheid van zorg- en forensische diensten (bv. ziekenhuis, Zorgcentra, forensisch instituut, psychologische bijstand).*

### 2.3 De toegang tot zorg loskoppelen van het melden bij de politie.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *Het zoeken van hulp na seksueel slachtofferschap volgt verschillende paden, afhankelijk van de behoefte van het slachtoffer. Hulp zoeken wordt in de eerste plaats gemotiveerd door het herstellen of verbeteren van de eigen gezondheid en het eigen welzijn. Aangifte bij de politie wordt vooral gemotiveerd door de wens om de dader te stoppen en verder geweld te voorkomen. Het identificeren van wat er gebeurd is als seksueel geweld en zich veilig voelen om seksueel geweld te onthullen, kan tijd kosten en kan zelfs eerst psychologische begeleiding vereisen. Het proces van geweldsidentificatie is essentieel om de stap naar politieaangifte te zetten.*

### 2.3. Vergoed op wetenschap gestoelde psychologische zorg voor slachtoffers van seksueel geweld zonder beperking van het aantal sessies.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *Veel slachtoffers lijden financieel onder het feit dat zij als gevolg van de psychologische gevolgen van seksueel slachtofferschap niet (voltijds) aan de arbeidsmarkt kunnen participeren zoals zij zouden willen. Om dit te compenseren wordt aanbevolen om slachtoffers financiële steun te bieden tijdens het herstel van hun trauma. Veel slachtoffers melden dat de gevolgen vaak pas jaren nadat het geweld heeft plaatsgevonden of is begonnen, aan het licht komen (of dat zij zich daarvan bewust worden). De geestelijke gezondheid van slachtoffers is voor verschillende indicatoren slechter: depressieve symptomen (60% van de slachtoffers vs. 41%), zelfbeschadigend gedrag (22% van de slachtoffers vs. 10%) en zelfmoordpogingen (12% van de slachtoffers vs. 4%). Ook angst- en posttraumatische stresssymptomen zijn hoger bij slachtoffers dan bij niet-slachtoffers (respectievelijk 24% vs. 13% en 21% vs. 8%). De toegankelijkheid tot gemengde vormen van op wetenschap gestoelde psychologische zorg moet voor alle leeftijden worden verbeterd.*

### 2.4. Seksuologen officieel erkennen als beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg als referentie voor kwalitatieve zorg aan slachtoffers die te maken hebben met de seksuele gevolgen van slachtofferschap.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *Seksueel slachtofferschap heeft een negatieve invloed op de seksuele gezondheid en het welzijn van zowel slachtoffers als hun partners. Toch zijn seksuologen nog niet officieel erkend als gezondheidswerkers. Deze erkenning is nodig om de toegang tot kwalitatieve en op wetenschap gestoelde seksuologische behandeling en therapie te garanderen.*

## 3. Communicatie & campagnes

### 3.1. Ondersteun een adequatere **communicatie** rond seksueel geweld in publieke beeldvorming (bv. campagnes, televisieprogramma's, ...), waarbij het bestendigen van verkrachtingsmythes en stereotiepe verkrachtingsscenario's vermeden wordt maar waarin wel de verschillende vormen van zowel hands-off als hands-on seksueel geweld in offline- en online situaties die in de realiteit voorkomen worden belicht.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *We hanteerden een brede definitie van seksueel geweld, die alle vormen van seksuele handelingen en gedrag omvatten die tegen de wil van het slachtoffer*

worden gesteld. Het omvat zowel hands-off als hands-on vormen van seksueel geweld. Hands-off seksueel geweld omvat vormen van seksuele intimidatie zonder fysiek contact tussen de pleger(s) en het (de) slachtoffer(s). Hands-on seksueel geweld impliceert fysiek contact en gaat van seksueel misbruik zonder penetratie tot verkrachting met penetratie. Vrouwen jonger dan 50 melden meer hands-off slachtofferschap dan vrouwen tussen 50-69 tijdens hun leven en in de afgelopen 12 maanden. Ongeveer 4 op de 5 vrouwen (78%) hebben tijdens hun leven met hands-off seksueel geweld te maken gehad. Over de hele levensloop hebben 2 op de 5 vrouwen (42%) en 1 op de 5 mannen (19%) een vorm van hands-on seksueel geweld meegemaakt. Slachtoffers vragen om het taboe rond seksueel geweld te doorbreken en het maatschappelijke beeld van seksueel geweld wars van verkrachtingsmythes uit te breiden. De ontwikkeling van een ethische code voor mediaverslaggeving over seksueel geweld, zoals die bestaat voor zelfmoord, zou dit besef kunnen aanwakkeren.

- 3.2. In alle beleidsdocumenten moet tot uiting komen dat elk individu het slachtoffer kan worden van seksueel slachtofferschap en er moet dus rekening worden gehouden met geslacht, leeftijd en seksuele geaardheid.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: Ondanks het feit dat vrouwen vaker slachtoffer zijn (81% vrouwen), zijn de percentages voor mannen ook zeer hoog: 48% geeft aan reeds minstens één vorm van seksueel geweld in zijn leven te hebben meegemaakt. Uit onze studie blijkt ook dat seksueel slachtofferschap doorgaat tot op hoge leeftijd. Een op de 12 oudere volwassenen (8,4%) had in de afgelopen 12 maanden te maken met een vorm van seksueel geweld. Ten slotte wordt het hebben van een niet-heteroseksuele geaardheid geassocieerd met een grotere kans op slachtofferschap. Toch wordt de verkrachtingsmythe van het "ideale slachtoffer" in het huidige beleid nog veel te vaak onderschreven, bijvoorbeeld door alleen te focussen op jonge vrouwelijke heteroseksuele slachtoffers.

#### 4. Bijkomende onderzoeksnoden

- 4.1. Verduidelijk de prevalentie en de impact van door technologie gefaciliteerd seksueel geweld in verschillende leeftijdsgroepen.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: Seksueel geweld dat online wordt gesteld, lijken nu enkel bij jongvolwassenen voor te komen.

- 4.2 Onderzoeken van een breed scala aan dwangstrategieën en hoe deze verband houden met verschillende vormen van seksueel geweld en de gevolgen voor de slachtoffers.

UN-MENAMAIS-onderzoeksresultaten: Wanneer werd gevraagd naar de omstandigheden (d.w.z. de dwangstrategie) waarin het seksueel geweld plaatsvond, koos een groot deel van onze respondenten voor 'geen van bovenstaande', wat impliceert dat er andere vormen van dwang waren dan het gebruik van verbale druk, het gebruik van fysiek geweld of de dreiging daarmee, het uitbuiten van een wilsonbekwame toestand of het uitbuiten van een positie van gezag of macht over het slachtoffer.

#### 4.2. De beroepsbekwaamheden omschrijven om slachtoffers van seksueel geweld adequate zorg te verlenen

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *Het onderzoek toont het belang aan van opleiding voor gezondheidswerkers om holistische zorg te verlenen aan slachtoffers van seksueel geweld, die medische, psychosociale en forensische zorg omvat. Voor een doeltreffende opleiding en zorg zal het belangrijk zijn om de beroepsbekwaamheden per rol te definiëren. Voor sommige beroepen zijn de beroepscompetenties al vastgesteld, maar deze moeten nog verder worden gevalideerd en vertaald in opleidingen (bv. de competenties inzake de behandeling van trauma's en stressgerelateerde stoornissen voor beroepsbeoefenaren in de geestelijke gezondheidszorg) of formele erkenning binnen het beroep (bv. het competentieprofiel van seksuologen).*



## OUDEREN

### Voornaamste bevindingen

Ook ouderen worden slachtoffer van seksueel geweld. Eén op 12 ouderen (8.4%) had in de afgelopen 12 maanden te maken met seksueel geweld, 2.5% rapporteerde seksueel geweld met aanraking en 0,6% meldde (een poging tot) verkrachting. Vrouwen en mannen werden in de afgelopen 12 maanden in gelijke mate slachtoffer.

Ouderen zijn niet asexueel, 31% van de 70-plussers is seksueel actief en 32% ervoer fysieke tederheid in de laatste 12 maanden.

Veel ouderen maakten seksueel geweld mee, 44% heeft tijdens hun leven een vorm van seksueel geweld meegemaakt (55% van de vrouwen en 29% van de mannen). Bijna de helft van de vrouwen (45%) en één op vier mannen (22%) rapporteerde seksuele intimidatie zonder aanraking. Eén op drie vrouwen (35%) en één op zes mannen (16%) had te maken met seksueel geweld met aanraking. Eén op 12 vrouwen (8%) en 3% van de mannen meldde (een poging tot) verkrachting.

### 1. Communicatie & campagnes

- 1.1. **Erken ouderen als risicogroep voor seksueel geweld** in de nationale en regionale actieplannen en programma's met betrekking tot (seksuele) gezondheid, (seksueel) geweld, en ouderenmis(be)handeling.

*De onderzoeksresultaten van UN-MENAMAIS tonen aan: dat ouderen ook slachtoffer worden van seksueel geweld. Eén op 12 ouderen (8,4%) kreeg in de afgelopen 12 maanden te maken met een vorm van seksueel geweld, 2,5% rapporteerde seksueel geweld met aanraking en 0,6% meldde (een poging tot) verkrachting. Oudere vrouwen en mannen werden in gelijke mate blootgesteld aan seksueel geweld. In recente beleidsdocumenten van toonaangevende organisaties, zoals de Verenigde Naties (VN) en de WHO, over seksuele en reproductieve gezondheid, rechten en ouderen, wordt seksueel geweld bij ouderen echter niet erkend als een potentieel gezondheidsrisico dat moet worden aangepakt en worden ouderen evenmin genoemd als een potentiële risicogroep voor seksueel geweld.*

- 1.2. **Sensibiliseer de samenleving rond positieve seksualiteit en respect voor seksuele intimiteit** bij ouderen, alsook de preventie van seksueel geweld en andere vormen van geweld tegen ouderen.

*UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: We stelden vast dat 31% van de 70-plussers in België seksueel actief is en dat 32% in de afgelopen 12 maanden fysieke tederheid heeft ervaren. Toch worden ouderen door de samenleving nog te vaak als asexueel beschouwd. Deze veronderstelling van asexualiteit vergroot het risico dat ouderen niet als mogelijk slachtoffer van seksueel geweld worden gezien of zichzelf als slachtoffer kunnen identificeren.*

## 2. Opleiding

- 2.1. **Gezondheidswerkers die werken met ouderen** moeten kwalitatief worden getraind om een gesprek op gang te brengen rond seksuele gezondheid, seksueel geweld en de gevolgen daarvan voor de geestelijke gezondheid door middel van opleiding, screeningsinstrumenten en zorgprocedures.

*UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: De meerderheid van de oudere slachtoffers (60%) heeft hun ervaringen met seksueel geweld nooit onthuld en 94% heeft nooit professionele hulp gezocht. Bovendien willen oudere slachtoffers dat gezondheidswerkers seksuele gezondheid en seksueel geweld actief bevragen. Uit eerder onderzoek is echter gebleken dat veel gezondheidswerkers zich niet op hun gemak voelen bij het bespreken van seksualiteit en seksueel geweld met ouderen.*

- 2.2. **Train professionals in wetshandhaving** inzake seksueel geweld en de onthulling ervan bij ouderen.

*UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: Vele ouderen werden slachtoffer van seksueel geweld: 44.2% maakte ten minste één vorm van seksueel geweld mee tijdens hun leven (55.2% van de vrouwen en 29.0% van de mannen) en 8.4% rapporteerde een vorm van seksueel geweld in de afgelopen 12 maanden. Zoals eerder vermeld heeft de meerderheid van de oudere slachtoffers hun ervaring nooit onthuld of nooit professionele hulp gezocht. Ouderen die hun ervaring onthulden, wachtten soms meer dan 50 jaar voor ze dat deden. Bovendien meldde slechts 4% van de ouderen hun ervaringen met seksueel geweld bij de politie. Uit eerder Amerikaans onderzoek met fictieve casussen is gebleken dat ouderen die zich wel meldden, vaak niet geloofd werden, waardoor slechts 25-30% van de plegers werd veroordeeld.*

## 3. Preventie & zorg

- 3.1. **Elke instelling die met ouderen werkt, moet een beleid hebben rond seksuele gezondheid**, waarin de nadruk wordt gelegd op de nood aan positieve seksualiteit en respect voor intimiteit, alsook op de preventie van en een aangepaste reactie op seksueel geweld.

*UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: Zoals eerder besproken zijn ouderen na hun 70ste nog steeds seksueel actief en kunnen zij nog steeds slachtoffer worden van seksuele intimidatie (seksueel geweld zonder aanraking) en seksueel geweld met aanraking, waaronder verkrachting.*

- 3.2. Zorg voor **persoonsgerichte zorg** voor oudere slachtoffers van seksueel geweld.

*UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: Oudere slachtoffers van seksueel geweld blijven kampen met mentale gezondheidsproblemen als gevolg van seksueel geweld eerder in hun leven. Slachtofferschap van seksueel geweld is gelinkt met depressie, angst, PTSS en risicovol alcoholgebruik op oudere leeftijd. Daarom is zorg op maat voor ouderen slachtoffers uitermate belangrijk. Deze zorg moet aangepast zijn aan de behoeften en wensen van het slachtoffer. Wij raden aan om bij ouderen met mentale gezondheidsproblemen systematisch te vragen naar een voorgeschiedenis van seksueel geweld en om klinische richtlijnen te ontwikkelen rond detectie van en reactie op seksueel geweld bij ouderen.*

## 4. Bijkomende onderzoeksnoden

### 4.1 Wat is de aard en omvang van seksueel geweld bij ouderen met **cognitieve problemen**?

*UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: Onze studie toont aan dat seksueel geweld vaak voorkomt en doorgaat tot op hoge leeftijd. Om deel te nemen aan onze studie moesten ouderen voldoende cognitieve capaciteit hebben om geïnterviewd te worden. Daarom werden ouderen met cognitieve problemen uitgesloten van deelname. Ondanks het feit dat eerdere studies hebben aangetoond dat ouderen met cognitieve problemen een hoger risico lopen op verschillende vormen van geweld, blijft de aard en de omvang van seksueel geweld bij ouderen met cognitieve problemen in België tot nu toe onbekend.*

Page | 11

### 4.2 Wat is de doeltreffendheid en haalbaarheid van **klinische richtlijnen** inzake detectie, preventie en reactie op seksueel geweld bij ouderen?

*UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: Ons onderzoek toont aan dat oudere volwassenen bereid zijn om over seksueel geweld te praten. Door gezinsleven en seksuele gezondheid aan het begin van het interview te bespreken, konden de deelnemers een vertrouwensband opbouwen met de interviewers, wat hen later hielp om seksueel geweld te onthullen. Bovendien traiden we onze interviewers in niet-oordelende communicatie. Onze aanpak is echter nog niet gevalideerd in een klinische context. De huidige richtlijnen over het beoordelen van en reageren op seksueel geweld zijn alleen beschikbaar voor kinderen en adolescenten. Meer onderzoek is nodig om na te gaan of deze richtlijnen geëxtrapoleerd kunnen worden naar seksueel geweld bij ouderen.*

### 4.3 Hoe kunnen we **seksuele verwaarlozing als een vorm van seksueel geweld correct meten**?

*UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: In 2017 definieerde een groep wetenschappers, professionals en beleidsmakers uit Quebec, Canada het concept van seksuele verwaarlozing als "het niet bieden van privacy, het niet respecteren van iemands seksuele geaardheid of genderidentiteit, het behandelen van ouderen als asexueel en/of hen verhinderen hun seksualiteit te uiten, enz." Wij stellen dat seksuele verwaarlozing moet worden opgenomen in de definitie van seksueel geweld. Een gestandaardiseerde manier om seksuele verwaarlozing adequaat te meten moet echter nog worden ontwikkeld.*

### 4.4 Wat is het **langetermijneffect van seksueel geweld** op de lichamelijke gezondheid (bv. frailty) en de financiële gezondheid?

*UN-MENAMAIS-onderzoeksresultaten: In het laatste decennium heeft onderzoek de negatieve gevolgen van seksueel geweld op de economische en werkgelegenheidsstatus, het onderwijs- en carrièreverloop en chronische ziekten en gezondheidsgedrag aangetoond. Deze studies waren echter meestal gericht op jongere bevolkingsgroepen en vrouwen, ten nadele van ouderen en mannen. Gegevens over de gezondheids- en financiële gevolgen van seksueel geweld ontbreken in België en zouden aanknopingspunten kunnen bieden om in de toekomst de gevolgen van seksueel geweld breder aan te pakken.*

## MINDERHEIDSGROEPEN

### Voornaamste bevindingen

LGBTQIA+ personen worden meer aan seksueel geweld blootgesteld dan niet-LGBTQIA+ personen: 80% werd blootgesteld aan een vorm van seksueel geweld; 79% ervaart hands-off seksueel geweld en 42% hands-on seksueel geweld, waarvan 24% (poging tot) verkrachting betrof.

LGBTQIA+ personen die zich identificeerden als behorend tot een minderheidsgroep en die minderheidsstress ervaren rapporteerden significant meer blootstelling aan seksueel geweld.

43% van de LGBTQIA+ slachtoffers vertelde niemand over het seksueel geweld dat ze hadden meegemaakt; 90% zocht na het seksueel geweld nog geen professionele hulp.

84% van de verzoekers om internationale bescherming maakte ooit seksueel geweld mee.

61% van de verzoekers om internationale bescherming maakte in het afgelopen jaar seksueel geweld mee. De meeste slachtoffers verbleven op dat moment al in België.

## 1. Preventie & opleiding

- 1.1. **Preventiestrategieën moeten inclusief zijn voor minderheidsgroepen** en rekening houden met de specifieke risicofactoren die voor deze groepen relevant zijn.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: LGBTQIA+ (= lesbisch, homoseksueel, biseksueel, trans, queer, questioning, intersekse, asexueel, panseksueel, omniseksueel en alle andere niet-cisgender en/of niet-heteroseksuele identificaties) personen worden meer blootgesteld aan seksueel geweld dan niet-LGBTQIA+ personen: 80% is in hun leven al blootgesteld aan een vorm van seksueel geweld; 79% ervaart hands-off seksueel geweld en 42% hands-on seksueel geweld, waarin bij 24% ging om (een poging tot) verkrachting. Specifieke risicofactoren die we hebben geïdentificeerd zijn: LGBTQIA+ personen die zich identificeerden als behorend tot een minderheidsgroep ( $RD = .81 (.76-.86; p = .000)$ ) en die minderheidsstress ervoeren ( $OR = 2.935 (1.190-7.238; p = .019)$ ) rapporteerden significant meer blootstelling aan seksueel geweld.

Zorgwekkend is dat 84% van de verzoekers van internationale bescherming (VIBs) aangaf ooit seksueel geweld te hebben meegemaakt en dat 61% van de VIBs in het afgelopen jaar met seksueel geweld te maken heeft gehad. De meeste slachtoffers verbleven op dat moment al in België.

- 1.1. **Train beroepsbeoefenaars** (bv. gezondheidswerkers, wetsdienaren,...) in diversiteitgevoelige communicatie en dienstverlening op het gebied van seksueel geweld

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: Niet serieus genomen worden of niet geloofd worden omdat men LGBTQIA+ is, zijn - naast de barrières die bij de algemene bevolking werden vastgesteld - belangrijke barrières om hulp te zoeken bij seksueel slachtofferschap.

*62% van de VIB-slachtoffers heeft het geweld aan niemand bekend gemaakt. Bijna niemand deed aangifte bij de politie en professionele hulp zoeken na seksueel geweld kwam zeer zelden voor (1%). Belemmeringen om hulp te zoeken houden vooral verband met het vermijden van stigmatisering en schaamte, maar ook met eerdere negatieve ervaringen met hulpverleners en politie, waardoor men vermijdt opnieuw aan die ervaringen te worden blootgesteld.*

*Diversiteitgevoelige communicatie is momenteel niet opgenomen in de basisopleiding van professionals die met slachtoffers werken. Het is dringend nodig deze overdraagbare vaardigheid op te nemen in bachelor- en masteropleidingen, en te voorzien in permanente vorming om deze vaardigheid bij professionals verder te ontwikkelen.*

## 1.2. Relationele en seksuele opvoeding moet seks-positief zijn en verder gaan dan heteronormatieve en cismnormatieve benaderingen.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *Uit het kwalitatieve onderzoek leerden we dat LGBTQIA+ personen te weinig niet-heteroseksuele en niet-cisgender rolmodellen hebben. Ze gaven aan dat ze tijdens het opgroeien informatie misten over koppels van hetzelfde geslacht, alternatieve relatievormen, diversiteit in seksuele geaardheid en dat ze de gelegenheden misten om op school of thuis vragen te stellen over deze onderwerpen tijdens relationele en seksuele opvoeding. Wat als "normaal" wordt beschouwd in relationele dynamieken en seksuele situaties is voor veel LGBTQIA+ personen onduidelijk, wat het moeilijk maakt om grenzen te stellen en toestemming te geven, en om seksueel geweld te herkennen wanneer het zich voordoet.*

## 2. Kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg

### 1.2. Maatregelen nemen op het gebied van volksgezondheid en campagnes opzetten met het oog op socioculturele veranderingen ter preventie van seksueel geweld en ter vermindering van minderheidsstress bij LGBTQIA+-personen.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *Minderheidsstress is de overtollige stress die individuen, die tot minderheidsgroepen behoren, ervaren als gevolg van (in)directe blootstelling aan stigma, vooroordelen en discriminatie.<sup>2</sup> LGBTQIA+ personen die tot een minderheidsgroep behoren en minderheidsstress ervaren, rapporteren significant meer blootstelling aan seksueel geweld dan personen die niet tot een minderheidsgroep behoren.*

### 1.3. Verbetering van de toegang tot geestelijke gezondheidszorg en sociale steun voor verzoekers om internationale bescherming door hen te informeren over hun recht op gezondheidszorg en hen te ondersteunen bij het navigeren in het gezondheidszorgstelsel.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *62% van de VIB-slachtoffers heeft aan niemand verteld seksueel geweld te hebben meegemaakt. Bijna niemand heeft bij de politie aangifte gedaan en professionele hulp zoeken na seksueel geweld was zeer zeldzaam (1%). De belemmeringen om hulp te*

<sup>1 2</sup> Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychologisch Bulletin*, 129(5), 674.

zoeken hebben vooral te maken met het vermijden van stigmatisering en schaamte, maar ook met eerdere negatieve ervaringen met hulpverleners en politie. Zij worden vaak geconfronteerd met belemmeringen om toegang te krijgen tot passende zorg. Bijgevolg kunnen veel gevolgen van seksueel geweld, die tijdelijk van aard zijn, chronisch worden of verergeren en tot ernstige complicaties leiden bij gebrek aan de juiste zorg. VIBs lopen ook een groter risico om mentale gezondheidsproblemen te ontwikkelen. Velen hebben meer dan één traumatische gebeurtenis meegemaakt, alsook ontberingen die verband houden met ervaringen vóór en na de migratie. Mentale gezondheidsproblemen worden in verband gebracht met een toenemend seksueel slachtofferschap.

## 2. Communicatie

### 2.1. Het beleid moet alle minderheidsgroepen als risicogroepen voor seksueel geweld, geestelijke en seksuele gezondheid aanspreken, en het moet worden ontwikkeld in samenwerking met deze minderheidsgroepen

*UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: 80% van de LGBTQIA+ personen en 84% van de VIBs hebben in hun leven al te maken gehad met seksueel geweld. In het huidige beleid worden de verkrachtingsmythes echter nog vaak onderschreven, bijvoorbeeld door alleen aandacht te besteden aan blanke vrouwelijke slachtoffers en mannelijke plegers.*

*Minderheidsgroepen moeten bij de ontwikkeling van het beleid worden betrokken om diversiteitgevoeligheid te garanderen en stigmatiserende en minderheidsstress inducerende boodschappen te vermijden.*

### 2.2. Betrek personen van alle geslachten, seksuele geaardheid, huidskleur, culturele achtergrond enz. bij campagnes over seksuele gezondheid en seksueel geweld.

*UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: 80% van de LGBTQIA+ personen en 84% van de verzoekers om internationale bescherming hebben in hun leven al te maken gehad met seksueel geweld. Bij de verzoekers om internationale bescherming lopen mannen (85%) en vrouwen (80%) evenveel risico om het slachtoffer te worden van seksueel geweld. Toch wordt seksueel geweld vooral voorgesteld als blanke meisjes die door mannen worden aangevallen. Dit beeld versterkt het binaire en heteronormatieve denken en doet geen recht aan de volledige realiteit van seksueel geweld als maatschappelijk probleem. Verder kan in het publieke discours een kruisbestuiving tussen de genderdynamiek van racisme en seksisme worden waargenomen wanneer migrantenmannen voornamelijk als aanvallers worden voorgesteld en hun slachtoffers als blanke vrouwen. Deze voorstelling gaat voorbij aan de bijzonder kwetsbare positie van moslimvrouwen en vrouwen uit minderheidsgroepen.<sup>3</sup>*

<sup>3</sup> Vieten U.M. (2018) The New Year's 2015/2016 Public Sexual Violence Debate in Germany: Media Discourse, Gendered Anti-Muslim Racism and Criminal Law. In: Bhatia M., Poynting S., Tufail W. (eds) Media, Crime and Racism. Palgrave Studies in Crime, Media and Culture. Palgrave Macmillan, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-71776-0\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-319-71776-0_5)

- 2.3. **Het imago van de politie positief veranderen om meer minderheden ertoe aan te zetten aangifte te doen**, aangezien negatieve ervaringen met aangifte door de politie in het verleden een belemmering kunnen vormen voor het doen van aangifte van seksueel geweld, alsook voor hun vertrouwen in de mogelijke resultaten en voordelen van gerechtelijke procedures.

UN-MENAMAIS-onderzoeksresultaten: *Naast het niet zoeken van professionele hulp, deden LGBTQIA+slachtoffers over het algemeen ook geen aangifte bij de politie over hun ervaringen met seksueel geweld. 67% van de LGBTQIA+slachtoffers van seksueel geweld vond dat hun ervaring niet ernstig genoeg was om naar de politie te gaan.*

*Bijna niemand van de verzoekers om internationale bescherming heeft aangifte gedaan bij de politie en het zoeken van professionele hulp na seksueel geweld is zeer zeldzaam gebleken (1%). De belemmeringen om hulp te zoeken houden vooral verband met het vermijden van stigmatisering en schaamte, maar ook met eerdere negatieve ervaringen met hulpverleners en politie.*

### 3. Bijkomende onderzoeksnoden

- 3.1. **Onderzoek zowel gemeenschappelijke als unieke kwetsbaarheden voor de algemene bevolking en voor minderheidsgroepen** om een volledig inzicht te krijgen op de dynamieken die ten grondslag liggen aan seksueel geweld en de gevolgen ervan voor verzoekers om internationale bescherming, seksuele en genderminderheden en andere minderheidsgroepen.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *In België en Europa ontbreken representatieve studies over seksueel geweld bij verzoekers om internationale bescherming<sup>4</sup> en seksuele en genderminderheden. Niet alleen zijn studies die focussen op minderheidsgroepen schaars, nationale representatieve studies bij de algemene bevolking verzamelen ook geen gegevens die het mogelijk zouden maken minderheden als subgroepen te identificeren. Het onderzoek blijft dus te beperkt om verschijnselen, kwetsbaarheden en behoeften bij specifieke minderheidsgroepen in vergelijking met de algemene bevolking in kaart te brengen.*

- 3.2. Er is meer onderzoek nodig om te begrijpen **hoe minderheidsstress een invloed kan hebben op minderheden** en welke onderliggende mechanismen hun risico op seksueel slachtofferschap vergroten.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *Specifieke risicofactoren die we hebben geïdentificeerd zijn: LGBTQIA+ personen die zich identificeerden als behorend tot een minderheidsgroep, die minderheidsstress ervaren en die LGBTQIA+ personen die zich identificeerden als vrouw rapporteerden significant meer blootstelling aan seksueel geweld.*

---

<sup>4</sup> De Schrijver, L., Vander Beken, T., Krahé, B., & Keygnaert, I. (2018). Prevalence of sexual violence in migrants, applicants for international protection, and refugees in Europe: a critical interpretive synthesis of the evidence. *International journal of environmental research and public health*, 15(9), 1979. <https://doi.org/10.3390/ijerph15091979>

## FORENSISCHE ASPECTEN

### 1. Kwalitatieve en toegankelijke zorg

- 1.1. Totdat de Zorgcentra na Seksueel Geweld in alle Belgische gerechtelijke arrondissementen volledig zijn uitgerold, **moet rekening worden gehouden met alle bestaande forensische modellen** om ongelijke behandeling van slachtoffers te voorkomen.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *We bevinden ons momenteel in een overgangsfase waarin verschillende forensische modellen voor de opvang van slachtoffers van seksueel geweld worden toegepast, afhankelijk van het gerechtelijk arrondissement en waardoor slachtoffers verschillend worden behandeld.*

- 1.2. **Eén persoon moet worden belast** met de coördinatie van het netwerk van actoren (politie, magistratuur, diensten voor slachtofferhulp, enz.) die betrokken zijn bij de Seksuele Agressie Set (SAS) procedure.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *De communicatie tussen de verschillende actoren die betrokken zijn bij de uitvoering van de SAS is beperkt. Daardoor wordt er onvoldoende informatie uitgewisseld, wat leidt tot een slechtere opvang van slachtoffers en beperktere forensische resultaten. Slachtoffers hebben vaak geen idee waar zij terecht kunnen voor verschillende vormen van bijstand (juridische, psychologisch, enz.). Momenteel wordt geen enkele professionele actor aangeworven en betaald om deze essentiële coördinatie van informatie tussen de actoren te organiseren wanneer een SAS wordt afgenomen bij een slachtoffer van seksueel geweld.*

- 1.3. **De nabijheid en toegankelijkheid** van hulpdiensten en forensische diensten moeten gegarandeerd worden, onafhankelijk van het model.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *Slachtoffers en professionele actoren dringen aan op de noodzaak van nabijheid en toegankelijkheid van hulp- en forensische diensten (bv. ziekenhuis, Zorgcentra na Seksueel Geweld, forensisch instituut).*

- 1.4. Bestaande netwerken en deskundigheid moeten binnen de Zorgcentra na Seksueel Geweld worden gemobiliseerd en **gespecialiseerde ondersteuning moet op lange termijn worden uitgebreid**.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *Zorgcentra na Seksueel Geweld (ZSG) beantwoorden beter aan de noden van de slachtoffers op medisch-juridisch, medisch en psychosociaal vlak en ook op het gebied van sociale erkenning, maar er zijn nog steeds problemen of perverse effecten. Op dit ogenblik is er nog geen Zorgcentrum na Seksueel Geweld in iedere provincie, wat betekent dat ze nog niet voor alle slachtoffers in België beschikbaar zijn. Bovendien wordt nu de nadruk gelegd op dringende zorg in plaats van langdurige zorg. Dit legt de nadruk op slachtoffers die recent slachtoffer zijn geworden (acut seksueel geweld) en komt dus niet tegemoet aan de noden van slachtoffers waarbij het slachtofferschap niet recent gebeurd is. Slachtoffers van acut seksueel geweld worden hierdoor*



*echter ook niet altijd adequaat geholpen, omdat de behoefte aan hulp vaak pas later aan het licht komt, lang nadat zij in het Zorgcentrum zijn geweest. Het meer rekening houden met bestaande psychosociale netwerken en deskundigheid en betere kennis van gerechtelijke procedures zijn aspecten die verbeterd kunnen worden.*

**1.5. Psychosociale-juridische hulp moet in de tijd worden uitgebreid** om aan de lange termijn behoeften van het slachtoffer te voldoen.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *De huidige hulpverlening is gericht op ondersteuning van slachtoffers die kort na het geweld een beroep weten te doen op hulpverlening en veel minder op slachtoffers bij wie het slachtofferschap langer geleden plaats vond. Slachtoffers geven echter aan dat ze in het begin nog denken dat ze het aankunnen en het geweld kunnen verwerken, maar dat ze op langere termijn beseffen dat dit niet het geval is. De hulp die op dat moment beschikbaar is, is voor slachtoffers nog te beperkt of moeilijk toegankelijk.*

**1.6. Niet-juridische erkenning van slachtoffers moet verder worden ontwikkeld** en overwogen worden om aan de diepgaande verwachtingen van slachtoffers tegemoet te komen.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *Veel zaken van seksueel geweld worden geseponeerd, bijvoorbeeld wegens gebrek aan bewijs. Slachtoffers van seksueel geweld zien hun slachtofferschap dus niet op een juridische manier erkend. Dit is vaak een moeilijkheid die inherent is aan de juridische logica, die het gebruik van specifieke bewijsmiddelen impliceert. Als gevolg daarvan voelen slachtoffers zich niet gehoord, wat hun verwerkingsproces bemoeilijkt. Als gerechtelijke erkenning één manier is waarop slachtoffers zich erkend voelen, kan sociale erkenning ook van andere actoren/instanties komen.*

## 2. Opleiding en campagnes

**2.1. Voorzien in gespecialiseerde opleiding en specifiek personeel** in alle verschillende disciplinaire kaders (gerechtelijk, medisch, politieel, psychosociaal, enz.) om zorg te dragen voor een slachtoffer dat een SAS-procedure ondergaat.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *De Seksuele Agressie Set (SAS) is een bekend instrument onder artsen, maar slechts een beperkt aantal van hen heeft het al gebruikt en heeft kennis over de mogelijkheden ervan. Daardoor worden er mogelijk kansen gemist om een slachtoffer door te verwijzen voor afname of voor het nemen van de juiste stalen. Artsen lijken zich vooral te richten op de medische en psychologische gevolgen van seksueel geweld en zijn, door hun gebrek aan kennis en opleiding op dit gebied, minder betrokken bij het doorverwijzen van slachtoffers naar diensten waar forensisch bewijs kwalitatief kan worden verzameld, of naar de juiste juridische instanties. Professionele actoren en slachtoffers stellen ook dat gespecialiseerde opleiding en de aanstelling van gespecialiseerd personeel voor de behandeling van seksueel geweld in de politie, justitie en psychosociale sector de zorg voor slachtoffers van seksueel geweld zou verbeteren.*

- 2.2. Er moeten **bewustmakings- en primaire preventiecampagnes** worden opgezet voor slachtoffers, daders en hun naasten, om hen in staat te stellen seksueel geweld te herkennen en als zodanig te bestempelen.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *Slachtoffers, daders en hun omgeving blijken zich niet voldoende bewust te zijn van wat seksueel geweld inhoudt. De professionele actoren en de slachtoffers wijzen er op dat slachtoffers het moeilijk vinden om hun slachtofferschap te labelen en hulp te zoeken. Dit houdt in dat het lang kan duren voordat zij inzien dat wat er is gebeurd seksueel geweld was, dat zij baat hebben bij hulp en zorg om over de gebeurtenis heen te komen en dat zij uiteindelijk naar voren komen om relevante instanties om hulp te vragen.*

### 3. Bijkomende onderzoeksnoden

- 3.1 Een evaluatieonderzoek uitvoeren naar de **kwaliteit van forensische sporen** volgens verschillende modellen en naar de gerechtelijke impact ervan in zaken van seksueel geweld en **de impact van forensisch onderzoek op de gerechtelijke procedure** verder onderzoeken (bv. door een casestudy van gerechtelijke dossiers)

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *Professionele actoren wijzen op het mogelijke verschil binnen de bestaande modellen betreffende de kwaliteit van de verzamelde sporen en de interpretatie van deze expertise.*

- 3.2 **Evalueren van de positie van gerechtelijke geneeskunde** in en haar vermogen om in te spelen op de forensische taken, bij gevallen van seksueel geweld, en meer in het algemeen in het gerechtelijk apparaat.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: In het algemeen is er een duidelijk tekort aan wetsgeneesheren om alle forensische taken uit te voeren. Het gebrek aan investeringen op dit gebied betekent dat er oplossingen moeten worden gevonden om dit gebrek te compenseren. Met name op het gebied van seksueel geweld heeft dit jaren geleden geleid tot de invoering van de Seksuele Agressie Set, en meer recentelijk tot de Zorgcentra na Seksueel Geweld, met verschillende bevoegdheden. Een arts, een forensisch verpleegkundige en een wetsgeneesheer kunnen een verschillende aanpak hebben: variërend van klinische analyse en behandeling tot objectieve vaststellingen. De meningen zijn verdeeld over de vraag welke aanpak de beste resultaten oplevert voor het gerechtelijk onderzoek en dus uiteindelijk het meest bijdraagt aan de zorg voor slachtoffers.

- 3.3 Nieuwe manieren onderzoeken om slachtoffers van seksueel geweld in staat te stellen **de sociale en gerechtelijke erkenning te versterken** (rechtvaardigheidsgevoel).

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *Alle forensische modellen kunnen secundaire victimisatie veroorzaken die verband houdt met de confrontatie van het slachtoffer met de gerechtelijke logica, zoals een lange procedure waarin slachtoffers onvoldoende geïnformeerd worden over de procedure zelf en de mogelijke uitkomsten. Slachtoffers zijn vaak teleurgesteld over het resultaat van de gerechtelijke procedure.*