

LEIDRAAD ZORG AAN OUDERE VOLWASSENEN NA (SEKSUEEL) GEWELD

Tijdig detecteren van en
gepast reageren op geweld bij
oudere volwassenen tijdens
een opname in een Belgisch
ziekenhuis

OPERATIE

ALERT 



COLOFON

De leidraad is één van de instrumenten die binnen Operatie Alert zijn ontwikkeld. Deze leidraad is opgesteld op een multidisciplinaire wijze, in nauwe samenwerking met experts op het gebied van ouderenzorg, (seksueel) geweld tegen oudere volwassenen en seksualiteit bij oudere volwassenen.

ONTWIKKELING INHOUD

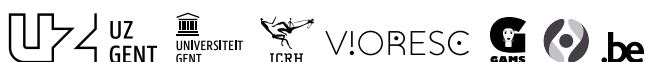
Dr. Charlotte Boven (UZ Gent, VIORESC)
Dr. Anne Nobels (UZ Gent)
Elizaveta Fomenko (UGent, VIORESC)
Ida Pien (UGent, VIORESC)
Prof. Dr. Ines Keygnaert (UZ Gent, UGent, VIORESC)

BIJDRAGE ALS EXPERT

Dr. Nicolas Berg (CHU de Liège)
Prof. Dr. Eva Dierckx
(Broeders van Liefde,
Alexianen Zorggroep)
Prof. Dr. Paul Enzlin
(KU Leuven, UZ Leuven)
Emilie Maertens (UZ Leuven)
Miek Scheepers (Aditi vzw)
Carine Thirion (CHU de Liège)
Dr. Elisabeth Vander Stichele (AZ
Oostende)
Prof. Dr. Nele Van Den Noortgate
(UZ Gent, UGent)
Maarten Vion (UZ Gent)

ONDERSTEUNING EN COÖRDINATIE

Dr. Charlotte Boven (UZ Gent, VIORESC)
Liezl de Geeter (UGent, VIORESC)
Els Andries (UZ Gent, VIORESC)
Prof. Dr. Ines Keygnaert (UZ Gent, UGent, VIORESC)
Anouk Peeters (UZ Gent, VIORESC)



Bij verwijzing naar deze leidraad, gebruik steeds de volgende bronvermelding:

Boven, C., Nobels, A., Fomenko, E., Pien, I. & Keygnaert, I. (2025). *Leidraad Zorg aan Oudere Volwassenen na (Seksueel) Geweld: Tijdig detecteren van en gepaste zorg bieden na geweld bij oudere volwassenen tijdens een opname in een Belgisch ziekenhuis*. UZ Gent, UGent & FOD Volksgezondheid.

Cette publication est également disponible en français.

VOORWOORD

i Klik op de oranje onderstreepte woorden of zie Bijlage 1 'Verklarende woordenlijst'.

Deze leidraad "Zorg aan Oudere Volwassenen na (Seksueel) Geweld" is ontwikkeld voor zorgverleners die zorg bieden aan oudere volwassenen in Belgische ziekenhuizen. De leidraad kadert binnen het breder ondersteuningsprogramma rond geweld, namelijk Operatie Alert. Operatie Alert is gefinancierd door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid.

Deze leidraad beschrijft de te nemen stappen en maatregelen om seksueel geweld of andere vormen van geweld bij oudere volwassenen op te sporen en hier gepast op te reageren. In deze leidraad definiëren we oudere volwassenen als personen met een hoge zorgafhankelijkheid en/of minstens 75 jaar oud. We richten ons uitsluitend op oudere volwassenen met voldoende cognitieve mogelijkheden. Seksueel geweld wordt in deze leidraad gedefinieerd als elke seksuele daad die tegen iemands wil is gesteld, tegen gelijk welke persoon, in gelijk welke relatie tot het slachtoffer, in gelijk welke omgeving [1]. Toestemming, vrijwilligheid en/of gelijkwaardigheid staan hierbij centraal [2].

Via diverse onderzoeksmethoden werd deze leidraad voor oudere volwassenen wetenschappelijk onderbouwd. Enerzijds ontwikkelden we de leidraad op basis van wetenschappelijke literatuur, anderzijds vanuit de input van inhouds- en ervaringsexperten. Een pilootstudie om de leidraad uit te testen, liep van december 2024 tot en met januari 2025 op de afdeling geriatrie van drie Belgische ziekenhuizen (AZ Delta, CHU de Liège, en UZ Gent). **We willen benadrukken dat de aanbevelingen slechts richtinggevend zijn. Jouw klinische ervaring en afstemming zijn noodzakelijk om de handvatten naar de specifieke oudere volwassene of situatie te vertalen.**

In het eerste deel van de leidraad wordt het project toegelicht, terwijl het tweede deel concrete handvatten biedt voor het screenen van oudere volwassenen op acute en niet-acute geweldervaringen en het bieden van passende zorg. In het derde deel vind je een theoretische achtergrond over (seksueel) geweld bij oudere volwassenen.

i Klik op de onderstreepte tekst om de bijbehorende bijlage of website te raadplegen.

De leidraad is digitaal te gebruiken of af te drukken. In de digitale versie kan je de onderstreepte woorden of links aanklikken om automatisch naar de juiste pagina of website te gaan. Oranje onderstreepte woorden hebben een verklarende woordenlijst. Je kan de betekenis raadplegen door erop te klikken of naar Bijlage 1 te gaan. Blauw onderstreepte woorden verwijzen naar websites of aanvullende bronnen in de bijlagen. Er is ook een Franstalige versie beschikbaar via <https://operationalerte.be/tools/>: *Guide de Prise en charge des Personnes âgées après des Violences (Sexuelles)*.

INHOUD

De leidraad in één oogopslag

WAT IS OPERATIE ALERT? 5

WAT WORDT ER VAN MIJ VERWACHT? 9

- 1 **Zorgvuldig registreren** 11
- 2 **Systematisch screenen naar (seksueel) geweld** 12
 - A. Context 14
 - B. Screeningsprotocol- en vragen 16
- 3 **Reacties en zorg na een onthulling van geweld** 20
 - A. Empathische en veilige omgeving 20
 - B. Eerste psychische hulp 21
 - C. Zorg- en doorverwijzingstrajecten 23
 - D. Persoonlijk veiligheidsplan 32
 - E. Holistische zorg-op-maat aan oudere volwassenen in het ziekenhuis 33

WAT IS BELANGRIJK OM TE WETEN? 42

- 1 **Wat is seksueel geweld?** 43
- 2 **Hoe vaak komt seksueel geweld voor bij oudere volwassenen?** 44
- 3 **Wat maakt oudere volwassenen kwetsbaar voor seksueel geweld?** 44
- 4 **Wat zijn barrières en facilitatoren bij onthulling en hulpzoekgedrag?** 45
- 5 **Wat zijn beschermende en risicofactoren voor seksueel geweld bij oudere volwassenen?** 46
- 6 **Wat zijn signalen van seksueel geweld?** 47
- 7 **Wat is de impact van seksueel geweld?** 49

- BIJLAGE 1 Verklarende woordenlijst 50
- BIJLAGE 2 Onderzoeksproces leidraad oudere volwassenen en (seksueel) geweld 53
- BIJLAGE 3 Ondersteunende diensten in België 56
- BIJLAGE 4 Communicatietips bij oudere volwassenen 60
- BIJLAGE 5 Screeningsprotocol 61
- BIJLAGE 6 Persoonlijk veiligheidsplan 64
- BIJLAGE 7 Contactgegevens Zorgcentra na Seksueel Geweld 65
- BIJLAGE 8 Basisinformatie over strafrechtelijke procedure 66
- BIJLAGE 9 Hoe bewaar je sporen van seksueel geweld? 67
- BIJLAGE 10 Verwijsfiche 68
- BIJLAGE 11 Handvatten bij een letselbeschrijving 69
- BIJLAGE 12 Posttraumatische stressstoornis screening 77
- BIJLAGE 13 Certificaat slagen en verwondingen 78
- BIJLAGE 14 Literatuursuggesties 87

REFERENTIES 88

i Klik op de hoofdstukken in de inhoudstafel om rechtstreeks naar de gewenste sectie te gaan.



WAT IS OPERATIE ALERT?

Operatie Alert is een nationaal project in opdracht van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, in samenwerking met het Universitair Ziekenhuis Gent, UGent-ICRH/VIORESC¹ en GAMS². Het is een ondersteuningsprogramma rond geweld (zoals intrafamiliaal geweld, seksueel geweld en vrouwelijke genitale verminking) voor zorgverleners en ondersteunend personeel in alle Belgische ziekenhuizen. Meer informatie en updates rond het Operatie Alert project kan je vinden op <https://operatie-alert.be/>

Het doel van Operatie Alert is om de identificatie, behandeling en verwijzing van slachtoffers van geweld door zorgverleners te verbeteren via vier pijlers:

1. Een opleidingsprogramma, inclusief certificaat en/of accreditatie (artsen), rond vijf thema's:



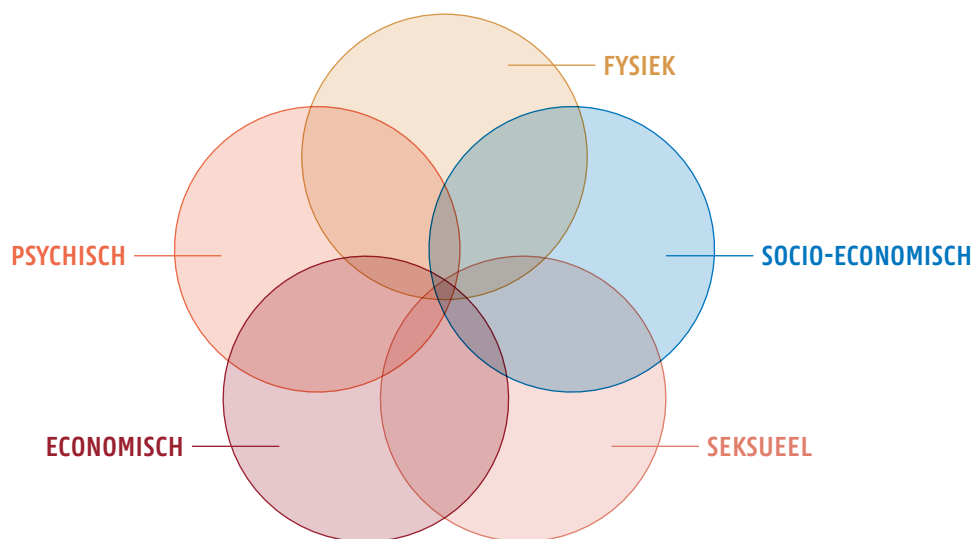
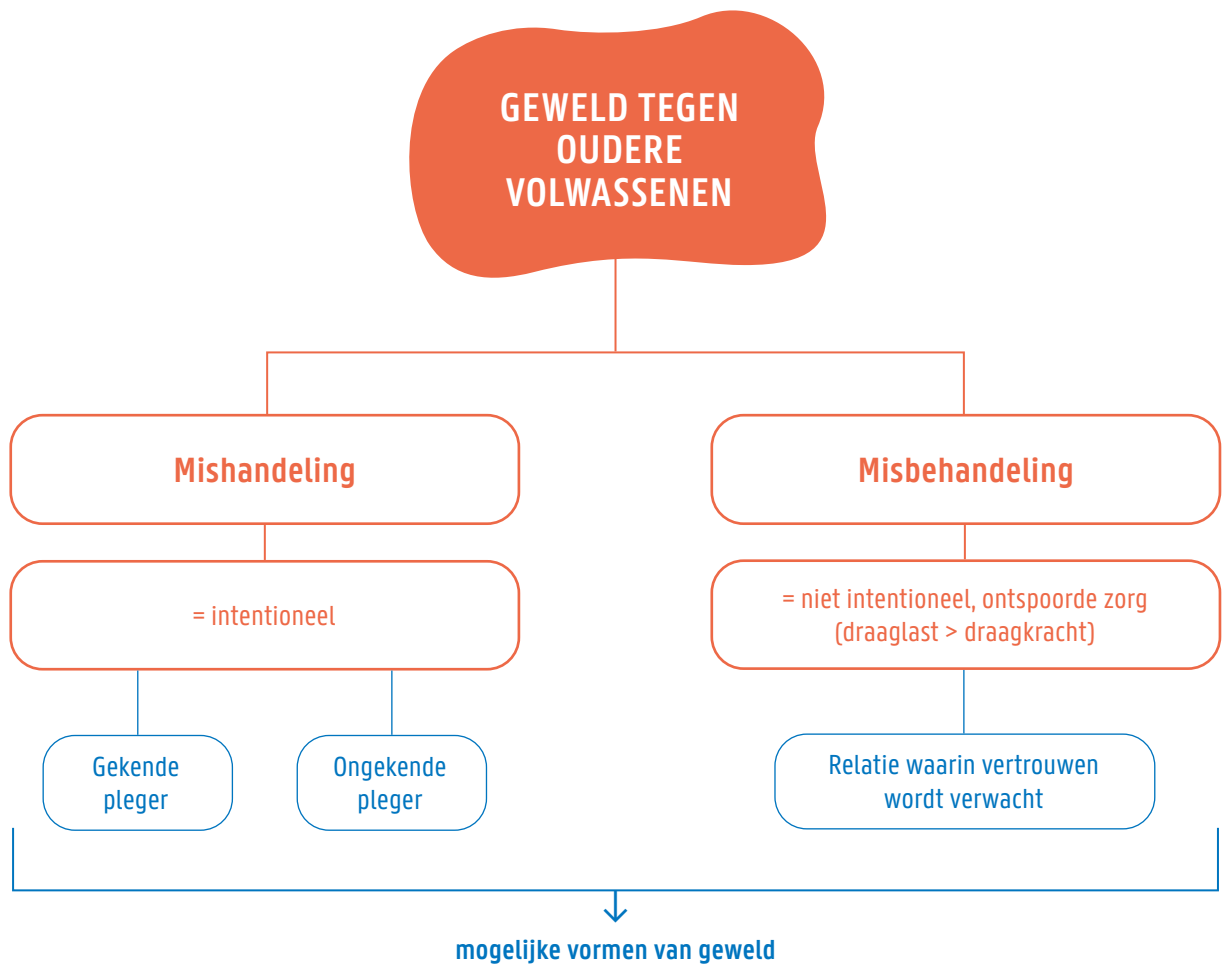
2. Ondersteunende en praktijkgerichte instrumenten: psycho-educatie tool, checklist en richtlijnen
3. Brede sensibilisering en projectcommunicatie
4. Wetenschappelijke onderbouwing

De leidraad Zorg aan Oudere Volwassenen na (Seksueel) Geweld valt onder de tweede pijler. Graag verwijzen we je door naar [Bijlage 2](#) voor meer informatie over hoe de leidraad is ontwikkeld.

Oudere volwassenen worden vaak vergeten in onderzoek, beleid en de praktijk rond seksueel geweld [3]. Dit draagt bij tot een onzichtbaarheid van oudere slachtoffers van seksueel geweld, ondanks de negatieve impact op hun gezondheid, sociaal netwerk en financiële situatie [4, 5]. Geweld tegen oudere volwassenen is erg divers. Naast seksueel geweld kunnen oudere volwassenen ook fysiek, psychisch, economisch en socio-economisch geweld meemaken. Bovendien kan het geweld gepleegd worden door zowel een gekende als ongekende pleger. Met deze leidraad willen we het bewustzijn van zorgverleners over geweld bij oudere volwassenen vergroten en aanwezige kennis en vaardigheden verder versterken.

Sommige personen zullen zichzelf niet als slachtoffer beschouwen. Het is daarom beter om oudere volwassenen niet als slachtoffer aan te spreken, tenzij zij die term zelf gebruiken om hun ervaringen te beschrijven. In plaats daarvan kun je spreken van 'een persoon die geweld heeft meegemaakt'.

1 International Centre for Reproductive Health (ICRH), Centre of excellence for Violence Research, Capacity building and Care (VIORESC)
2 Groep voor de afschaffing van vrouwelijke genitale verminking



FYSIEK Wanneer er fysieke schade aan iemands lichaam wordt toegebracht. Het omvat ook het nalaten van handelingen, zoals verwaarlozing.

PSYCHISCH Gedrag dat emotionele pijn, angst en schade aan iemands geestelijke gezondheid kan veroorzaken. Het omvat ook het verwaarlozen van de emotionele en sociale behoeften van de oudere volwassene.

ECONOMISCH Wanneer er gedrag gesteld wordt waardoor de persoon financieel nadeel ondervindt.

SEKSUEEL Elke seksuele daad die tegen iemands wil is gesteld, tegen gelijk welke persoon, in gelijk welke relatie tot het slachtoffer, in gelijk welke omgeving.

SOCIO-ECONOMISCH Het discrimineren en/of ontzeggen van mogelijkheden, bijstand en diensten aan personen omwille van bijvoorbeeld leeftijd.

**WAT WORDT
ER VAN MIJ
VERWACHT?**

↳ Zie module
'5.3 Oudere volwassenen'.

Heel wat oudere volwassenen maken doorheen hun leven geweld mee. Er kan sprake zijn van zowel acute als niet-acute geweldervaringen. Geweld kan een impact hebben op de gezondheid van slachtoffers op korte en lange termijn [3]. Toch belemmeren diverse barrières het melden van geweld en het zoeken van hulp. Oudere volwassenen verwachten initiatief vanuit de zorgverleners, terwijl veel zorgverleners zich net onvoldoende vaardig voelen om dit op te nemen [4-10]. Hierdoor kunnen slachtoffers het gevoel krijgen dat ze niet gehoord of gesteund worden, wat hun herstel en het onthullen van geweld bemoeilijkt [4, 11]. Daarnaast zorgt het taboe rondom seksueel geweld bij oudere volwassenen ervoor dat ze als een onwaarschijnlijk doelwit voor seksueel geweld gezien worden [8, 12].

Aangezien oudere volwassenen gemiddeld genomen vaker gebruik maken van de gezondheidszorg [13], **speel jij als zorgverlener een cruciale rol in het (h)erkennen van en zorg bieden aan slachtoffers van (seksueel) geweld.** Screening verlaagt de drempel tot het onthullen van geweld en draagt zo bij aan een tijdige detectie. In dit hoofdstuk leer je hoe je gepast kan screenen op geweld, maar ook hoe je adequaat kan reageren en ondersteunen.

Het identificeren van en zorgen voor oudere volwassenen die geweld hebben meegemaakt is een gedeelde verantwoordelijkheid. Je kan hiervoor rekenen op interne diensten en externe organisaties buiten het ziekenhuis (zie [Bijlage 3](#)). Sociaal werkers kunnen hierin een belangrijke rol opnemen. Zo kunnen zij ondersteunen bij praktische en administratieve zaken die een ziekenhuisopname met zich meebrengen. Daarnaast kunnen ze hulp bieden bij het afnemen van een sociale anamnese, psychosociale begeleidingen na een traumatische of schokkende gebeurtenis en bij sociaaljuridische vragen.

Soms hebben oudere volwassenen moeite om zich verbaal uit te drukken of kunnen auditieve, visuele en cognitieve beperkingen de communicatie bemoeilijken [14]. Bovendien kunnen medicijnenbijwerkingen (zoals bij slaap- en kalmeringsmiddelen, pijnstillers en antidepressiva) en het acuut ziekteproces de concentratie en alertheid bij oudere volwassenen verminderen [15, 16]. **Stem jouw communicatiestijl** bij elke stap af op de behoeften de oudere volwassene. In [Bijlage 4](#) vind je meer communicatietips. De onderstaande figuur geeft alvast enkele algemene adviezen [17]:



1 ZORGVULDIG REGISTREREN

Voordat we ingaan op het screenen op seksueel en andere vormen van geweld, benadrukken we het belang van een zorgvuldige registratie. Noteer **informatie, observaties en ondernomen stappen feitelijk** in het patiëntendossier, ongeacht of er sprake is van een onthulling van geweld [18]. Bespreek met oudere volwassenen waarom deze registratie belangrijk is, zoals bijvoorbeeld voor bewijsvoering, veiligheid en continuïteit van zorg [19]. Wees je bewust van wie allemaal inkijk heeft in het medisch dossier van je patiënt en informeer je patiënt hier ook over [18]. Vraag hen of zij hiermee akkoord gaan. De kwaliteitswet schrijft namelijk voor dat de patiënt kan bepalen of andere zorgverleners geen toegang tot deze informatie mogen hebben [20, 21]. Het is essentieel dat oudere volwassenen zich bewust zijn van wat er wordt geregistreerd en dat zij toestemming geven dat andere zorgverleners de geregistreerde info bij volgende zorg mogen inkijken.

Noteer de informatie over de zorg die je bood én die pertinent is voor de verdere zorg:

- forensische zorg, zoals het vaststellen van letsels ...
- medische zorg, zoals het afnemen van monsters en de resultaten ervan, behandelingen ...
- verwijzingen naar interne en externe diensten
- vervolgsafspraken

Bewaar patiëntengegevens veilig, volgens de richtlijnen van het ziekenhuis waar je werkt. Laat in alle geval nooit notities rond geweld in de kamer van je patiënt achter. Hou bij het opstellen van de ontslagbrief van je patiënt rekening met het includeren van sensitieve informatie. Anderen, met gerechtelijke bevoegdheden, kunnen namelijk de brief inkijken.

Jouw beroepsgeheim staat toe dat je met een collega die ook in een zorgrelatie tot deze patiënt staat, over de zorg aan je patiënt overlegt, en/of dat deze collega het patiëntendossier kan raadplegen in functie van die zorg, op voorwaarde dat je patiënt hiermee akkoord is gegaan. Je mag ook altijd op geanonimiseerde wijze aan collega's of gespecialiseerde diensten om advies vragen, dus zonder de identiteit van je patiënt te onthullen. Zie [Bijlage 3](#) voor meer informatie over ondersteunende diensten in België. Communiceer naar je patiënt op welke wijze je met wie mag en zal communiceren.

Hou steeds rekening met de volgende **do's en don'ts**, bij het registreren van seksueel of andere vormen van geweld [18, 19, 22-30]:

DO

- ✓ Probeer het nemen van nota's tijdens het gesprek te vermijden of noteer steekwoorden en schrijf dit later uit.
- ✓ Noteer belangrijke letterlijke uitspraken tussen aanhalingstekens.
- ✓ Noteer tegenstrijdigheden en vraag op een respectvolle wijze om verduidelijking.
- ✓ Noteer in de bewoording van je patiënt het gedrag dat naar je patiënt is gesteld en vermeld indien mogelijk de locatie en de frequentie van dat gedrag. Vb: Patiënt geeft aan 2 keer op het linkeroor geslagen te zijn
- ✓ Vermeld het gebruik van wapens, dwang en/of toediening van middelen in de bewoording van je patiënt.
- ✓ Noteer fysieke en psychische klachten en de impact op het dagelijks functioneren.
- ✓ Verwijs naar eerder gerapporteerde medische geschiedenis.
- ✓ Registreer de datum, locatie en aanwezigheid tijdens het gesprek.

DON'T

- ✗ Gebruik geen afkortingen noch eufemismen.
- ✗ Maak en noteer geen veronderstellingen
- ✗ Noteer geen namen van vermelde personen, wel de omschrijving van de personen of de vermelde relatie tussen je patiënt en de personen.

2 SYSTEMATISCH SCREENEN NAAR (SEKSUEEL) GEWELD

Het ouder worden, met mogelijke achteruitgang van cognitieve vermogens, verminderde zelfredzaamheid bij dagelijkse activiteiten, verlies van sociale netwerken en minder sociale steun, kan een extra risico vormen voor blootstelling aan geweld en trauma. Het maakt oudere volwassenen kwetsbaarder voor bijkomend trauma door geweld op latere leeftijd [31]. Slechts een minderheid onthult seksueel of andere vormen van geweld, of zoekt hulp bij het informeel netwerk, zorgverleners of de politie [5, 32]. Wees steeds alert voor mogelijke signalen alsook risico- en beschermende factoren die kunnen duiden op geweld. Idealiter wordt de screening ingebed in reeds bestaande zorgpraktijken, zoals het geriatrisch assessment of de sociale anamnese. De sociale anamnese wordt standaard door sociaal werkers afgenomen om de sociale situatie (zoals het netwerk, leefomstandigheden, gezondheidsrisico's ...) in kaart te brengen. Een systematische screening geniet de voorkeur en biedt oudere volwassenen de ruimte om hun geweldervaringen te onthullen in een veilige en respectvolle context. Raadpleeg onderstaande flowchart voordat je start met screenen.

➤ Zie modules rond het thema [Communicatie](#).

Het spreken over deze thema's vraagt **durf** en kan gepaard gaan met handelingsverlegenheid. Wees je ervan bewust dat het een leerproces is en dat je altijd collega's kan raadplegen voor advies.

Persoon \geq 75 jaar en/ of grote mate van zorgafhankelijkheid

Persoon met voldoende cognitieve mogelijkheden

JA



Screen op
geweld

Hanteer traumasensitieve
communicatie en zorg

NEE



Niet
screenen

- zorg voor een gepaste omgeving, persoon en benadering
- probeer eerst vertrouwen op te bouwen en stel dan screeningsvragen

Stem je communicatie af
op visuele, auditieve en
cognitieve mogelijkheden
bij oudere volwassenen
(zie [Bijlage 4](#))

Zie module '5.3 Oudere volwas-
senen' en '5.4 Personen met
een beperking'

Standaardiseer:
maak gebruik van
het protocol!

Onthulling
van geweld

NEE

JA

**BEHOEFTE VAN
DE PERSOON BEOORDELEN**

- dring niet aan
- screen opnieuw bij heropname

- empathische en veilige omgeving
- eerste psychische hulp
- zorg- en doorverwijzings-
trajecten
- persoonlijk veiligheidsplan
(zie [Bijlage 6](#))
- holistische zorg-op-maat

A. Context

Pak het screenen op geweld steeds zorgvuldig aan: stel jezelf voor en voorzie in een gepaste omgeving, persoon en benadering.



↳ Zie module '2.1 Traumasensitieve communicatie'.

Maak gebruik van traumasensitieve communicatie en zorg. Trauma is cumulatief: hoe groter de blootstelling aan diverse soorten trauma, des te complexer de symptomen. Oudere volwassenen kunnen doorheen hun leven meermaals een trauma meemaken. Neem dit in overweging aangezien trauma de manier waarop een oudere volwassene een zorgverlener benadert beïnvloedt, maar ook hoe de hulp wordt ervaren. Trauma-sensitieve zorg ondersteunt het herstelproces van slachtoffers en voorkomt hertraumatisering [17].

Soms is het in een ziekenhuiscontext moeilijk om privacy te garanderen, vooral bij gedeelde kamers. Idealiter neem je de oudere volwassene mee naar een aparte ruimte. Indien dit niet mogelijk is (bijvoorbeeld door beperkte mobiliteit), kan je proberen de screening af te nemen wanneer de andere patiënt onderzoeken of behandelingen ondergaat, of kan je de andere patiënt vragen om even plaats te nemen in een aparte ruimte. Soms zijn er ook koptelefoons in het ziekenhuis beschikbaar die het geluid dempen of muziek afspelen. Vraag in dit geval aan de andere patiënt om de koptelefoon op te zetten. Geef ook aan dat er een gesprek gaande is (bijvoorbeeld door een briefje op de deur te hangen).

Enkele basisprincipes van traumasensitieve zorg en communicatie zijn:

- Wees bewust van mogelijke trauma's bij zowel oudere volwassenen als jezelf.
- Zorg voor fysieke en emotionele veiligheid bij oudere volwassenen.

In deze ruimte ben je veilig en kan je rustig over jouw ervaringen spreken. Wat jij me vertelt, kan niemand anders horen. Wanneer je je onveilig voelt, mag je altijd het gesprek beëindigen.

- Wees betrouwbaar, transparant en consistent in jouw communicatie met oudere volwassenen.
 - » Informeer oudere volwassenen dat je werkt binnen een ziekenhuisomgeving en dat informatie wordt vastgelegd in een patiëntendossier. Toets steeds met de oudere volwassene af wat je wel of niet mag noteren want die heeft namelijk beslissingsrecht.
- Bevorder de autonomie van oudere volwassenen: moedig hen aan om in hun eigen tempo en naar eigen wens hun verhaal te delen, zelf beslissingen te nemen en waardeer hun inbreng. Informeer hen over de verschillende mogelijkheden zodat ze een geïnformeerde keuze kunnen maken.
 - » Soms zie je als zorgverlener een bepaalde richting of oplossing, maar verschilt dit tempo met dat van de oudere volwassene. Het is belangrijk dat je niet meteen op een oplossing aanstuurt. Creëer eerst een open klimaat waar oudere volwassenen hun verhaal kunnen doen, voor je naar een oplossing zoekt.

Ik ben er voor jou en ik wil graag naar jouw verhaal luisteren. Ik begrijp dat je dit misschien moeilijk vindt. Vertel enkel waar jij klaar voor bent en pauzeer wanneer je dat wenst. We kunnen ook het gesprek op ieder moment stoppen.

Hou rekening met de volgende **do's en don'ts** bij het creëren van een gepaste context [17, 18, 21, 24, 28-30, 33, 34, 37, 42]:

DO	DON'T
 Hang een bordje aan de deur met: <i>'niet storen'</i> en/of spreek af dat niemand binnenkomt.	 Open geen deuren en/of ramen.
 Benadruk dat het gesprek op ieder moment gestopt kan worden.	 Maak dat anderen het gesprek niet kunnen volgen.
 Zoek samen in overleg naar een oplossing.	 Probeer zo veel mogelijk gestoten vragen of vragen met beperkte antwoordmogelijkheden te vermijden. <i>'Voel je je momenteel boos?'</i> Gebruik dit enkel om een bepaald punt te verduidelijken: <i>'Ik zou denken dat je boos bent, klopt dat?'</i>
 Stel open vragen die starten met: <i>'wat', 'hoe', 'wanneer'</i> en <i>'waar'</i> .	
 Maak voldoende oogcontact.	
 Respecteer religieuze of culturele overtuigingen van slachtoffers en/of plegers.	 Stel geen waarom-vragen.

B. Screeningsprotocol- en vragen

Voordat je start met het screenen naar ervaringen van geweld, is het essentieel om rekening te houden met de **unieke context** van je patiënt. In bepaalde gevallen kan het aangewezen zijn om het screenen uit te stellen, bijvoorbeeld bij een slechte gezondheidstoestand van je patiënt. Idealiter wordt het bevragen naar geweld geïntegreerd in bestaande zorgpraktijken, zoals een geriatrisch assessment of intakegesprek. Aangezien seksueel geweld vaak gepaard gaat met andere vormen van geweld, is het belangrijk om het breder kader van geweld te bevragen. Exploreer ook naar de aanwezigheid van psychisch, fysiek, economisch en socio-economisch geweld.

Denk eraan om de gepaste context te creëren voordat je vragen stelt over mogelijke geweldervaringen. Pas deze aanbevelingen toe. Voorzie **voldoende tijd** voor het gesprek en communiceer dit eventueel naar je collega's. Laat ook aan je patiënt zelf weten dat je tijd ingepland hebt voor hen. Toon dit ook op een non-verbale wijze en zet je neer naast je patiënt. Als het nodig is om het **gesprek op te splitsen**, is het belangrijk om goed bij te houden wat je reeds besproken hebt en een herinnering te plaatsen in jouw agenda voor een vervolgesprek.

We stellen een **flexibel screeningsprotocol** voor, dat bestaat uit brede vragen en vragen die peilen naar specifieke situaties van grensoverschrijdend gedrag of geweld. We raden aan om het gesprek op een natuurlijke wijze te laten verlopen, waarbij je vertrekt van brede vragen en geleidelijk toewerkt naar meer specifieke vragen rond geweld [3, 43]. Als je dat handig vindt, kan je enkele kernwoorden op een steekkaart noteren en die meenemen naar het gesprek. Het is niet de bedoeling dat je de kaart zichtbaar afleest, maar dat je er af en toe discreet kijkt als geheugensteuntje. Vooraleer je expliciet peilt naar ervaringen van geweld is het belangrijk om eerst een vertrouwensband op te bouwen [18, 34, 37, 41, 44]. Op die manier creëer je een veilige ruimte voor oudere volwassenen om ervaringen van geweld te onthullen.

Niet iedereen die geweld heeft meegemaakt, beschouwt zichzelf als een slachtoffer. Dit betekent dat je steeds aandachtig dient te zijn voor het verhaal van je patiënt en op een sensitieve wijze follow-up vragen stelt om zo eventueel situaties van grensoverschrijdend gedrag of geweld zelf te identificeren.

➤ Zie module '5.8 Steunfiguren' voor informatie over hoe je de omgeving van het slachtoffer kan ondersteunen.

Indien er **naasten** bij je patiënt aanwezig zijn, vraag je vriendelijk of ze even buiten of in de wachtzaal willen wachten. Je kan je hen als volgt benaderen:

Ik zou even bij (naam patiënt) enkele zaken moeten nagaan, wij doen dit voor de privacy standaard zonder een familielid/partner. Zou je even op de gang of in de wachtzaal willen wachten? Ik zal je roepen als we klaar zijn.

Indien deze persoon/personen weigert/weigeren, beluister en valideer dan de reactie. Probeer te achterhalen waar de weerstand vandaan komt. Mogelijks spelen er bezorgheden bij naasten.

Ik merk dat je het vervelend vindt dat je niet aanwezig kan blijven. Ik begrijp dat je het beste voorhebt met [naam patiënt]. Wat maakt dat je aanwezig wil blijven?

Vraag eventueel hulp aan een collega om de naasten van je patiënt op te vangen. Wanneer naasten alsnog weigeren of je patiënt zegt dat de steunfiguur mag blijven, neem dan de screening op een ander moment af.



SCREENINGSPROTOCOL (ZIE BIJLAGE 5)

Controleer eerst de cognitieve mogelijkheden van de persoon. Dit kan via een formele vragenlijst (zoals de Mini-Mental State Examination), maar gebeurt vaak aan de hand van een klinische beoordeling met informele vragen:

- Wat is jouw naam?
- Wanneer ben je geboren?
- Hoe oud ben je momenteel?
- Welk jaar is het?
- Welke maand is het?
- Welke dag is het?
- Wie is de koning van België?

! Medicatiegebruik en acute ziekte, zoals een infectie, kan bij oudere volwassenen zorgen voor een gebrek aan alertheid tijdens het gesprek. Plan eventueel een nieuw moment indien nodig.

↳ Zie module
'5.3 Oudere volwassenen' en
'5.4 Personen met een beperking'.

Bij oudere volwassenen met onvoldoende cognitieve mogelijkheden zijn deze praktijkhandvatten ontoereikend.

Je kan het gesprek starten met een open vraag, zoals:

“Welke gebeurtenissen zijn voor jou belangrijk geweest in jouw leven?”

Deze informatie biedt ruimte voor het verhaal van de oudere volwassene en helpt je beter begrijpen wie of wat belangrijk is geweest in het leven van je patiënt. Daarnaast krijg je ook inzicht in het sociale netwerk van de persoon en de dynamieken binnen dit netwerk. We raden je aan om in te pikken op het verhaal van je patiënt en zo zicht te krijgen op **mogelijke ervaringen van grensoverschrijdend gedrag of geweld**. Dit kan via de volgende vragen:

- Heb je je ooit onveilig gevoeld waar je woont? Voel je je momenteel veilig waar je woont?
- Ben je ooit bang geweest van iemand? Ben je momenteel bang van iemand?
 - » Zoja, kan je daar meer over vertellen? / Kan je daar een voorbeeld van geven?
- Heb je ooit conflicten gehad met iemand in jouw omgeving? Heb je momenteel conflicten met iemand in jouw omgeving?
 - » Zoja, kan je daar meer over vertellen? / Kan je daar een voorbeeld van geven?

Naast open vragen kan je ook volgende gevalideerde vragen stellen die peilen naar concrete ervaringen met verschillende vormen van geweld. Deze vragen peilen naar situaties waarin de grenzen van je patiënt zijn overschreden of waar er sprake was van onveiligheid. Je kan dit als volgt naar je patiënt verwoorden:

“Veel mensen maken situaties mee waar hun grenzen overschreden worden, vaak door personen die ze goed kennen. We willen graag zo goed mogelijk zorgen voor jou, zou ik een paar vragen mogen stellen?”

- Heeft iemand je ooit verhinderd om bijvoorbeeld eten, geneesmiddelen, een bril of hoorapparaat te kopen?
- Heeft iemand je ooit verhinderd om medische hulp te zoeken?
- Ben je ooit gedwongen geweest om documenten te ondertekenen terwijl je dit niet wou?
- Heeft iemand ooit jouw geld gebruikt terwijl je dit niet wou?
- Heeft iemand je ooit tegengehouden om mensen te ontmoeten die je graag wou zien?
- Heb je je ooit beschaamd gevoeld door wat iemand tegen jou gezegd heeft?
- Heb je je ooit door iemand bedreigd gevoeld? Heb je je ooit bedreigd gevoeld door wat iemand tegen jou gezegd heeft?
- Heeft iemand je ooit fysiek pijn gedaan?
- Ben je ooit gedwongen geweest om te kijken naar intieme lichaamsdelen (bijvoorbeeld borsten, een vagina, penis en anus) op een seksuele manier of iemand die voor je masturbeerde terwijl je dit niet wou zien?
- Heeft iemand ooit jouw kledij gedeeltelijk of volledig uitgedaan of heb je dit ooit zelf moeten doen terwijl je dit niet wou?
- Heb je ooit iemand moeten kussen of heeft iemand jou gekust tegen jouw wil?

- Heeft iemand je ooit aangeraakt op intieme plaatsen terwijl je dit niet wou?
- Heb je ooit orale, vaginale, of anale seks moeten hebben terwijl je dit niet wou?

Wanneer uit de screening blijkt dat iemand geweld heeft ervaren, is het belangrijk om vervolgvragen te stellen. Deze kunnen ingeleid worden als volgt:

“Om je zo goed mogelijk te kunnen helpen, zou ik graag nog enkele vragen over [...] willen stellen.”

- Wanneer is [...] gebeurd? / Vond [...] plaats in de voorbije week, maand of langer dan een maand geleden?
- Hoe vaak vindt/vond [...] plaats?
- Wat kan ervoor zorgen dat je je veiliger zou voelen? / Wat zou je willen dat er verandert?
- Hoe kan ik jou ondersteunen om die verandering mogelijk te maken?
- In welke mate wil je verdere hulp ontvangen? Welke zorg zou jij graag ontvangen?

Bij een heropname screen je telkens opnieuw op seksueel geweld of andere vormen van geweld, ondanks een eventuele vorige ontkenning [34]. Slachtoffers willen soms in beraad nemen of ze het bij een volgende consultatie wel aan je kunnen en willen vertellen.

Hou bij het screenen op geweld steeds rekening met de volgende **do's en don'ts** [6, 14, 15, 18, 21, 28-30, 37, 38, 40-43, 45, 46]:

DO

- ✓ Communiceer transparant welke informatie je kan delen met anderen.
- ✓ Toets met je herformulering bij de oudere volwassene af of je alles juist begrepen hebt:
'Begrijp ik het goed als...' of
'Bedoel je met... dat...?'
- ✓ Verduidelijk termen die oudere volwassenen gebruiken.
- ✓ Nodig de oudere volwassene uit om te vertellen:
'Vertel me meer' of *'Wat gebeurde er toen?'*
- ✓ Laat oudere volwassenen uitspreken.

DON'T

- ✗ Focus niet voortdurend op nota's.
- ✗ Mijd de woorden 'verkrachting', 'seksueel geweld' of gelijkaardige termen. Deze termen zijn zwaar beladen, laten ruimte voor interpretatie en zijn niet altijd gekend.
- ✗ Stel geen beschuldigende vragen of waarom-vragen:
'Wat deed je daar alleen?' of
'Waarom heb je niet geroepen?'
Dit kan het schuldgevoel bij oudere volwassenen vergroten.
- ✗ Onderbreek de oudere volwassene niet.
- ✗ Speel geen detectieve. Vraag enkel details indien relevant.

3 REACTIES EN ZORG NA EEN ONTHULLING VAN GEWELD

➤ Zie module '2.3 Reageren op onthulling van geweld'.

Er is geen universele manier om te reageren op onthullingen van geweld, maar het is wel cruciaal om een veilige en empathische omgeving te creëren en directe ondersteuning te bieden. Eerste interacties zijn bepalend voor het verdere verloop van de hulpverlening en het herstel van het slachtoffer. Positieve reacties op een onthulling van seksueel geweld, zoals geloofd en gehoord worden en emotionele steun, verminderen het risico op mentale gezondheidsproblemen [38, 47-50].

Exploreer hoe ernstig, frequent en acuut het geweld is aangezien dit het zorg- en doorverwijzings-traject bepaalt. Bij ernstige of acute situaties moet je snel handelen en de veiligheid van de oudere volwassene waarborgen. Sommige oudere volwassenen kunnen door intoxicatie en/of geheugenproblemen gebeurtenissen moeilijk herinneren of verwarren met ervaringen uit het verleden [15].

Internationaal wordt aanbevolen dat slachtoffers van (seksueel) geweld holistische zorg ontvangen. Holistische zorg verkleint de negatieve impact van geweld op slachtoffers, vergroot hun kans op herstel, vermindert de kans om opnieuw slachtoffer te worden (secundaire victimisatie) en verbetert juridische uitkomsten [51, 52].

A. Empathische en veilige omgeving

Let op **jouw verbale en non-verbale communicatie** bij het overbrengen van een boodschap [18]. Vermijd negatieve reacties, zoals beschuldigingen, stigmatiseringen of ongelooft, maar bied een luisterend oor, erkenning en emotionele steun aan oudere volwassenen [38, 47].

Valideer en normaliseer de gevoelens van een oudere volwassene bij een onthulling [46]:

Dat moet heel beangstigend voor jou geweest zijn. Jouw reactie is normaal.

Blijf kalm en laat emoties, zoals kwaadheid, ongelooft of shock, niet de overhand nemen [4, 18, 37, 46].

Besprek met oudere volwassenen hun **verwachtingen en noden** met betrekking tot professionele hulp en respecteer hun autonomie zo veel mogelijk. Geef duidelijke informatie over de keuzemogelijkheden en laat de oudere volwassene zelf beslissingen nemen, zonder te sturen of aan te dringen. Bij een onthulling van acuut seksueel geweld neem je contact op met één van de dichtstbijzijnde Zorgcentra na Seksueel Geweld. Ga naar Bijlage 7 voor de contactgegevens van alle Zorgcentra na Seksueel Geweld in België. Mits toestemming van je patiënt, stem je het zorgtraject best af op bestaande hulpverlening (zoals Thuishulp, een thuisverpleegkundige, het OCMW ...) en overleg met de huisarts zodat ze de situatie kunnen opvolgen en/of nazorg kunnen bieden. Soms zijn huisartsen ingebed in een multidisciplinaire praktijk wat positief bijdraagt aan het bieden van holistische zorg. Beluister ook steeds of de oudere volwassene iemand wil contacteren en help hierbij.

➤ Zie module '4.2 [Vertrouwelijk omgaan met informatie](#)'.

Respecteer jouw beroepsgeheim en verbreek het enkel in het kader van een noodtoestand of bij meldrecht. Je kan informatie delen met anderen na toestemming van de oudere volwassene of met zorgverleners gebonden door hetzelfde beroepsgeheim (wettelijk erkende zorgberoepen). Voor advies van gespecialiseerde organisaties, zoals VLOCO, Espace Seniors en Ecoute Seniors, mag je vertrouwelijk informatie uitwisselen, maar geen persoonsgegevens delen. Raadpleeg [Bijlage 3](#) voor meer informatie over ondersteunende diensten in België.

Hou steeds rekening met de volgende **do's en don'ts** bij het reageren op een onthulling [1, 18, 22, 28-30, 37, 40, 41, 43, 46]:

DO

- ✓ Zeg dat je het erg vindt wat de oudere volwassene is overkomen:
'Ik vind het erg om te horen dat jij dit hebt meegemaakt. Ik hoop dat je weet dat dit niet jouw schuld is.'
- ✓ Benoem expliciet dat je de oudere volwassene **geloofd** en dat je blij bent dat ze het jou verteld hebben:
'Bedankt om mij in vertrouwen te nemen en jouw verhaal met mij te delen.'

DON'T

- ✗ Oordeel niet over schuld en onschuld.
- ✗ Geef geen kritiek:
'Je had het me vroeger moeten vertellen.'
- ✗ Houd geen schuldgevoelens of (verkrachtings-)mythes in stand:
'Ben je wel zeker dat hij jouw borsten niet aan het wassen was in plaats van betasten? Een zorgverlener doet zoiets toch niet.'
- ✗ Beloof geen geheimhouding.

B. Eerste psychische hulp

Bied eerste psychische hulp aan oudere volwassenen in hun eigen tempo en taal na traumatische gebeurtenissen, zoals geweld [29]. Deze hulp ondersteunt slachtoffers bij het verwerken van de eerste shock, bevordert veerkracht en herstel en richt zich op empowerment en stabilisatie. Eerste psychische hulp beschrijft algemene principes, maar is geen specifieke vorm van traumatherapie. Indien de oudere volwassene hier vraag naar heeft, verwijs je door. Raadpleeg [Bijlage 3](#) voor meer informatie over ondersteunende diensten in België. Vijf principes onderbouwen eerste psychische hulp [30], waarbij je kan ondersteunen door [28-30, 34, 42, 50, 51, 53-59]:

1. Veiligheid en vertrouwen

- Zorg voor een veilige omgeving en benoem dit expliciet naar het slachtoffer:
'Je bent veilig hier. Er kan niemand binnenkomen.'
- Verzeker privacy waarbij het slachtoffer niet gehoord of gezien kan worden door anderen.

- Breng slachtoffers terug naar het heden door bijvoorbeeld te vragen wat ze willen drinken.
- Luister aandachtig, zonder beoordelingen of druk uit te oefenen.
- Erken de onrechtvaardigheid van de situatie.
- Evalueer het risico op zelfverwonding en zelfmoord.

2. Rust

Gebruik stabilisatietechnieken wanneer oudere volwassenen overweldigd worden door emoties. Dit kan bijvoorbeeld door technieken als:

- 4x4 ademhaling
- zintuigelijke stimulatie
- 5-4-3-2-1 techniek
- vlinderteknik
- 'shake-it-off'
- progressieve spierontspanning

3. Handelingsperspectief

- Dring niets op, ga uit van vrijwilligheid en vrijblijvendheid.
- Respecteer de autonomie van oudere volwassenen en het recht om zelf beslissingen te nemen.
- Vergroot het bewustzijn bij oudere volwassenen van de noodzaak tot verandering.
- Bevorder het gebruik van eigen positieve copingstrategieën bij het slachtoffer.

4. Netwerk en verbinding

Help oudere volwassenen hun netwerk te versterken om hen te beschermen tegen revictimisatie, via:

- verenigingen
- hobby's
- vrijwilligerswerk
- sociaal contact met anderen (zoals steunfiguren of buddywerking)

5. Hoop en toekomstperspectief

- Normaliseer gevoelens en gedachten rond angst, schuld, schaamte en hopeloosheid en een laag zelfbeeld bij oudere volwassenen.
- Informeer over mogelijke reacties na geweld: fysiek, herbeleving, vermijding, emotioneel, lichamelijk en neurologisch.
- Bespreek met oudere volwassenen wat zij op korte termijn willen en wat hun verwachtingen voor de toekomst zijn.

↳ Zie module '4.3 Eerste psychische hulp en psycho-educatie' en de [psycho-educatietool](#).

↳ Zie module '1.3 Trauma: ontstaan en impact'.

C. Zorg- en doorverwijzingstrajecten

Informeer oudere volwassenen over mogelijke verdere zorg en evalueer hun behoeften en wensen hierrond. Controleer steeds of ze de uitleg begrijpen en laat ruimte voor vragen. Maak samen een balans op en luister naar hun voorkeur. Het is belangrijk dat oudere volwassenen zich **gehoord en gesteund** voelen in hun besluitvormingsproces.

Voordat je hulp biedt, is het belangrijk om de oudere volwassene altijd te informeren over mogelijke medische, forensische en psychosociale zorg en eventuele **kosten**. De diensten van het Zorgcentrum na Seksueel Geweld zijn altijd gratis, maar dit is niet steeds het geval voor diensten binnen het ziekenhuis (bijvoorbeeld een gesprek met een psycholoog).

Bij zowel (niet-)acuut als (niet) ernstig gevaar, bespreek je de optie van **aangifte** bij de politie of bij een Zorgcentrum na Seksueel Geweld (enkel bij seksueel geweld). Verduidelijk het verloop van een strafrechtelijke procedure en mogelijke implicaties. Meer informatie over een strafrechtelijke procedure vind je in [Bijlage 8](#). Respecteer je beroepsgeheim en documenteer alles zorgvuldig in het patiëntendossier.

Raadpleeg de flowchart voor het gepaste zorg- en doorverwijzingstraject, tenzij de oudere volwassene expliciet alle verdere hulp weigert.



1 Acuut geweld

Bij acuut geweld vond het geweld minder dan een week geleden plaats. Oudere volwassenen kunnen het geweld zelf onthullen, iemand anders deed dat voor hen of je bent getuige van het geweld.

I. SEKSUEEL GEWELD

Neem contact op met het dichtstbijzijnde Zorgcentrum na Seksueel Geweld en leg de situatie uit. Bespreek ook of het zinvol is om de oudere volwassene door te verwijzen. In sommige situaties is dit namelijk minder aangewezen. Leg de voordelen uit van een Zorgcentrum na Seksueel Geweld en beluister vervolgens de behoeften en wensen van je patiënt met betrekking tot een doorverwijzing hiernaartoe.

Het is belangrijk om oudere volwassenen te informeren dat, indien zij besluiten om naar een Zorgcentrum na Seksueel Geweld te gaan, dit zo snel mogelijk dient te gebeuren vanwege de medische en forensische mogelijkheden.

Afhankelijk van de algemene toestand van oudere volwassenen en hun toestemming om naar een Zorgcentrum na Seksueel Geweld te gaan, zijn er **verschillende scenario's mogelijk**:

1. Oudere volwassene gaat akkoord met een transfer naar een Zorgcentrum na Seksueel Geweld en de gezondheidstoestand laat dit toe.

- Neem contact op met het dichtstbijzijnde **Zorgcentrum na Seksueel Geweld** in overleg met de oudere volwassene. Ga naar [Bijlage 7](#) voor de contactgegevens van alle Zorgcentra na Seksueel Geweld in België. Bekijk mogelijke obstakels en oplossingen (transport tussen ziekenhuizen, opvang voor kleinkinderen ...), eventueel samen met een sociaal werker.
- Overweeg een bloedafname voor toxicologisch onderzoek, aangezien sommige stoffen slechts enkele uren detecteerbaar zijn. Neem met het Zorgcentrum contact op om de noodzaak van deze bloedafname te beoordelen en afspraken te maken over het bewaren en overmaken van de stalen. Deze stap is niet standaard en moet worden beoordeeld aan de hand van de specifieke situatie. Vergeet niet het tijdstip van afname op de bloedstalen te noteren.
- Handel **sporenbewarend** (zie onderstaand en [Bijlage 9](#)).
 - » Indien het geweld enkele uren geleden plaats vond en je patiënt nog niets heeft gedronken, wacht dan met het aanbieden van drank. Leg uit dat drinken nu vermeden moet worden om eventuele resterende sporen in de mond te kunnen bewaren. Je kan de aanwezige steunfiguren echter wel iets te drinken aanbieden.
 - » Als je patiënt sinds de feiten nog niet naar het toilet is geweest en dit wil doen, vraag dan om een urinestaal af te nemen en het gebruikte toiletpapier in een papieren zak te stoppen. Wanneer het toiletpapier vochtig is, stop je dit best in een plastic gripzakje. Zorg ervoor dat het tijdstip op het urinestaal wordt genoteerd en plaats het urinestaal vervolgens in een plastic gripzak.
 - » Informeer je patiënt van het belang om niet op voorhand te douchen of wassen, maar geef aan dat een douche na het forensisch onderzoek (op het Zorgcentrum) mogelijk is.
 - » Laat je patiënt de kledij aanhouden die hij of zij tijdens het seksueel geweld droeg of stop deze in een papieren zak. Bewaar ook de hygiëneproducten, zoals inlegkruisjes, en stop deze in een papieren zak.

↳ Zie module '4.6 Sporenbewarend handelen en forensische zorg na geweld'.

- Vul een **verwijsfiche** (zie [Bijlage 10](#)) in en geef dit aan je patiënt om mee te nemen tijdens de transfer.

2. Oudere volwassene is niet in staat om meteen naar een Zorgcentrum na Seksueel Geweld te gaan of toestemming te geven.

- Krijg zicht op de omvang van het geweld door de **situatie** met de oudere volwassene **uit te klaren** en overleg eventueel met collega's. Vraag indien nodig advies aan een gespecialiseerde organisatie. Raadpleeg [Bijlage 3](#) voor meer informatie over ondersteunende diensten in België.
- Neem contact op het dichtstbijzijnde **Zorgcentrum na Seksueel Geweld** om de medische en forensische zorg te bespreken die reeds ter plaatse moet worden voorzien. Ga naar [Bijlage 7](#) voor de contactgegevens van alle Zorgcentra na Seksueel Geweld in België.
- Overweeg een bloedafname voor toxicologisch onderzoek, aangezien sommige stoffen slechts enkele uren detecteerbaar zijn. Neem met het Zorgcentrum contact op om de noodzaak van deze bloedafname te beoordelen en afspraken te maken over het bewaren en overmaken van de stalen. Deze stap is niet standaard en moet worden beoordeeld aan de hand van de specifieke situatie. Vergeet niet het tijdstip van afname op de bloedstalen te noteren.
- Handel **sporenbewarend** (zie onderstaand en [Bijlage 9](#)).
 - » Indien het geweld enkele uren geleden plaats vond en je patiënt nog niets heeft gedronken, wacht dan met het aanbieden van drank. Leg uit dat drinken nu vermeden moet worden om eventuele resterende sporen in de mond te kunnen bewaren. Je kan de aanwezige steunfiguren echter wel iets te drinken aanbieden.
 - » Als je patiënt sinds de feiten nog niet naar het toilet is geweest en dit wil doen, vraag dan om een urinestaal af te nemen en het gebruikte toiletpapier in een papieren zak te stoppen. Wanneer het toiletpapier vochtig is, stop je dit best in een plastic gripzakje. Zorg ervoor dat het tijdstip op het urinestaal wordt genoteerd en plaats het urinestaal vervolgens in een plastic gripzak.
 - » Informeer je patiënt van het belang om niet op voorhand te douchen of wassen, maar geef aan dat een douche na het forensisch onderzoek (op het Zorgcentrum) mogelijk is.
 - » Laat je patiënt de kledij aanhouden die hij of zij tijdens het seksueel geweld droeg of stop deze in een papieren zak. Bewaar ook de hygiëneproducten, zoals inlegkruisjes, en stop deze in een papieren zak.
- **Bereid de transfer naar het Zorgcentrum voor** wanneer de toestand van je patiënt dit toelaat en na het verkrijgen van diens toestemming. Vergeet niet een **verwijsfiche** (zie [Bijlage 10](#)) in te vullen en geef dit aan je patiënt om mee te nemen tijdens de transfer.
 - » Als een transfer nog steeds onmogelijk is, bied je de nodige zorg in het ziekenhuis. Blijf in contact met het Zorgcentrum na Seksueel Geweld.

↳ Zie module '4.6 Sporenbewarend handelen en forensische zorg na geweld'.

3. Oudere volwassene weigert een transfer naar een Zorgcentrum na Seksueel Geweld.

- Respecteer de beslissing van oudere volwassenen, maar informeer hen wel over de vele **voordelen** van een Zorgcentrum na Seksueel Geweld zodat ze een geïnformeerde keuze kunnen maken.

VOORDELEN VAN EEN ZORGCENTRUM

- Complete zorg op één locatie, 24/7 toegankelijk.
- Speciaal opgeleid personeel in de zorg voor slachtoffers van seksueel geweld.

- Gratis zorg en behandelingen, op voorwaarde dat ze binnen het Zorgcentrum worden verleend.
- Beschikbaarheid van post-expositie profylaxe (PEP) ter voorkoming van hiv-infectie.
- Diepgaande expertise in forensisch onderzoek.
- Mogelijkheid tot onmiddellijke klachtneerlegging in het Zorgcentrum bij een speciaal opgeleide inspecteur seksueel geweld.
- Psychologische begeleiding afgestemd op seksueel trauma.

- Neem contact op met het dichtstbijzijnde Zorgcentrum na Seksueel Geweld om de situatie uit te leggen en om de aspecten van holistische zorg te bespreken. Ga naar [Bijlage 7](#) voor de contactgegevens van alle Zorgcentra na Seksueel Geweld in België. Raadpleeg de '[Checklist voor de optimale opvang van slachtoffers van seksueel geweld in Belgische ziekenhuizen](#)'.
- Verzeker de **veiligheid** van de oudere volwassene en stel een persoonlijk veiligheidsplan (zie [Bijlage 6](#)) op indien nodig.
 - » Vraag aan de oudere volwassene of je stappen mag ondernemen, zoals het zorgnetwerk (bijvoorbeeld de huisarts) informeren.
- Bied **holistische zorg-op-maat**: verstrek medische, forensische en/of psychosociale zorg en/of faciliteer een aangifte. Dit is steeds mits toestemming van de oudere volwassene en kan in samenwerking met interne en externe organisaties (zie [Bijlage 3](#)). Verwijs door bij nood aan meer langdurige of gespecialiseerde zorg. Zorg ook voor de nodige opvolging van verstrekte zorgen.
- Geef de **contactgegevens** van ondersteunende diensten in België (zie [Bijlage 3](#)).

II. ANDERE VORMEN VAN GEWELD

Bij andere vormen van acuut geweld bied je, in samenwerking met de interne diensten van het ziekenhuis en externe organisaties (zie [Bijlage 3](#)), passende zorg aan oudere volwassenen. Voor meer informatie of ondersteuning vind je in [Bijlage 14](#) verwijzingen naar literatuur en/of richtlijnen rond andere vormen van geweld.

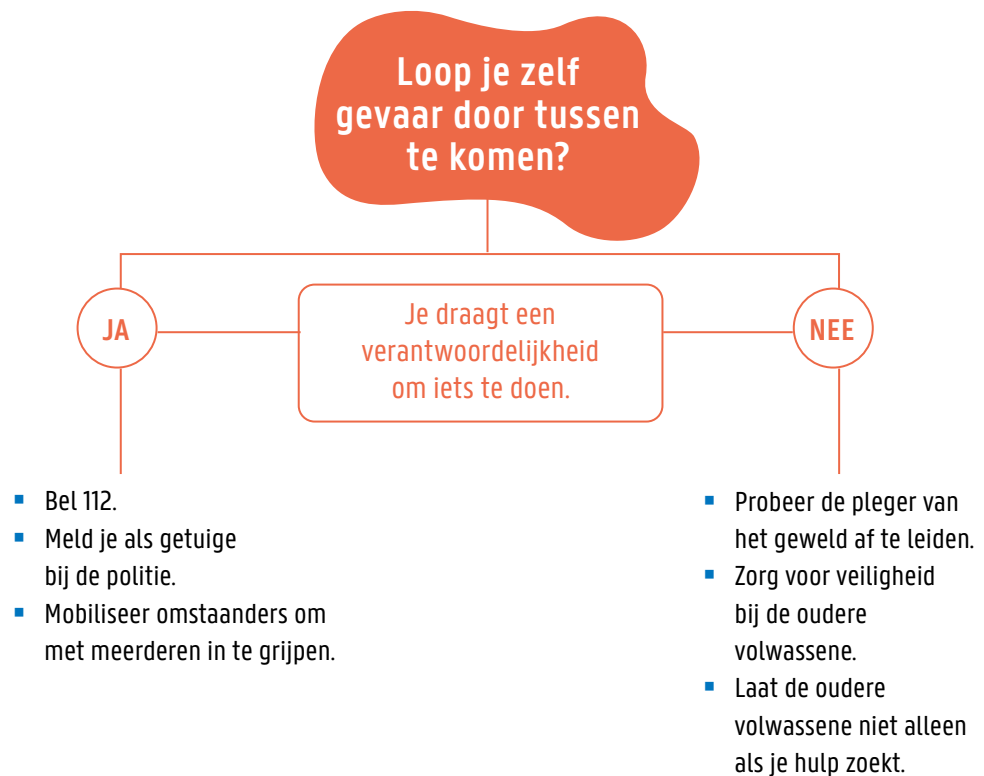
- Krijg zicht op de omvang van het geweld door de **situatie** met de oudere volwassene **uit te klaren** en overleg eventueel met collega's. Vraag indien nodig advies aan een gespecialiseerde organisatie. Raadpleeg [Bijlage 3](#) voor meer informatie over ondersteunende diensten in België.
- Verzeker de **veiligheid** van de oudere volwassene en stel een persoonlijk veiligheidsplan (zie [Bijlage 6](#)) op indien nodig.
 - » Vraag aan de oudere volwassene of je stappen mag ondernemen, zoals het zorgnetwerk (bijvoorbeeld de huisarts) informeren.
- Bied **holistische zorg-op-maat**: verstrek medische, forensische en/of psychosociale zorg en/of faciliteer een aangifte. Dit is steeds mits toestemming van de oudere volwassene en kan in samenwerking met interne en externe organisaties (zie [Bijlage 3](#)). Verwijs door bij nood aan meer langdurige of gespecialiseerde zorg. Zorg ook voor de nodige opvolging van verstrekte zorgen.
 - » Voer een letselbeschrijving uit: Ontsmet nog geen wonden, haal geen nagelvuil weg en verzorg nog geen bijt- of andere letsels. Doe dit zolang letsels (hematomen, (doorlig) wonden ...) nog niet gerapporteerd zijn. Bij voorkeur gebeurt de rapportering met foto's, mits de oudere volwassene hier toestemming voor geeft. Foto's kunnen namelijk objectief gebruikt worden als bewijsmateriaal. Maak bij meerdere letsels van elk letsel apart een

foto, waarbij je eerst een overzichtsfoto maakt van het letsel en vervolgens een detailopname met een meetlat (bij voorkeur loodrecht op elkaar staande linialen). Maak ook een foto van het letsel voor en na het reinigen van een wonde. Raadpleeg [Bijlage 11](#) voor concrete handvatten bij een letselbeschrijving.

- Geef de **contactgegevens** van ondersteunende diensten in België (zie [Bijlage 3](#)).

III. GETUIGE VAN GEWELD

Indien je getuige bent van geweld is het belangrijk om zo vlug mogelijk te interveniëren, indien mogelijk.



2 Post-acuut geweld

Bij post-acuut geweld vond er seksueel of een andere vorm van geweld meer dan een week tot een maand geleden plaats.

I. SEKSUEEL GEWELD

Een aanmelding bij een Zorgcentrum na Seksueel Geweld is bij post-acuut geweld minder urgent, aangezien vele medische en forensische zorgen na zeven dagen niet meer mogelijk zijn. Het blijft echter belangrijk om elk slachtoffer van post-acuut seksueel geweld naar een Zorgcentrum door te verwijzen. Neem contact op met het dichtstbijzijnde Zorgcentrum na Seksueel Geweld en leg de situatie uit. Bespreek ook of het zinvol is om de oudere volwassene door te verwijzen. In sommige situaties is dit namelijk minder aangewezen. Leg de voordelen uit van een Zorgcentrum na Seksueel Geweld en beluister vervolgens de behoeften en wensen van je patiënt met betrekking tot een doorverwijzing hiernaartoe.

Afhankelijk van de toestemming van oudere volwassenen zijn er **verschillende scenario's mogelijk**:

1. De oudere volwassene stemt in om naar het Zorgcentrum na Seksueel Geweld te gaan.

- Neem contact op met het dichtstbijzijnde **Zorgcentrum na Seksueel Geweld** in overleg met de oudere volwassene. Ga naar [Bijlage 7](#) voor de contactgegevens van alle Zorgcentra na Seksueel Geweld in België. Bekijk mogelijke obstakels en oplossingen (transport tussen ziekenhuizen, opvang voor kleinkinderen ...), eventueel samen met een sociaal werker.
- Vergeet niet een verwijfsiche in te vullen (zie [Bijlage 10](#)) waarin je de reeds verleende zorg en relevante informatie over je patiënt omschrijft. Dit document neemt je patiënt tijdens het transfer naar het Zorgcentrum mee om de continuïteit van de zorg en de overdracht van noodzakelijke informatie te waarborgen.

2. De oudere volwassene weigert om naar het Zorgcentrum na Seksueel Geweld te gaan.

Als de oudere volwassene weigert naar het Zorgcentrum na Seksueel Geweld te gaan, zorg dan voor passende zorg en ondersteuning in het ziekenhuis, mits toestemming van de persoon, in samenwerking met interne ziekenhuisdiensten en externe organisaties. Raadpleeg de '[Checklist voor de optimale opvang van slachtoffers van seksueelgeweld in Belgische ziekenhuizen](#)'.

- Respecteer de beslissing van oudere volwassenen, maar informeer hen wel over de vele **voordelen** van een Zorgcentrum na Seksueel Geweld zodat ze een geïnformeerde keuze kunnen maken.

VOORDELEN VAN EEN ZORGCENTRUM

- Complete zorg op één locatie, 24/7 toegankelijk.
- Speciaal opgeleid personeel in de zorg voor slachtoffers van seksueel geweld.
- Gratis zorg en behandelingen, op voorwaarde dat ze binnen het Zorgcentrum worden verleend.
- Diepgaande expertise in forensisch onderzoek.
- Mogelijkheid voor onmiddellijke klachtneerlegging in het Zorgcentrum bij een speciaal opgeleide inspecteur seksueel geweld.
- Psychologische begeleiding afgestemd op seksueel trauma.

- Krijg zicht op de omvang van het geweld door de **situatie** met de oudere volwassene **uit te klaren** en overleg eventueel met collega's. Vraag indien nodig advies aan een gespecialiseerde organisatie. Raadpleeg [Bijlage 3](#) voor meer informatie over ondersteunende diensten in België.

Neem contact op met het dichtstbijzijnde **Zorgcentrum na Seksueel Geweld** om de situatie uit te leggen en om de aspecten van holistische zorg te bespreken. Ga naar [Bijlage 7](#) voor de contactgegevens van alle Zorgcentra na Seksueel Geweld in België.

- Verzeker de **veiligheid** van de oudere volwassene en stel een persoonlijk veiligheidsplan (zie [Bijlage 6](#)) op indien nodig.
 - » Vraag aan de oudere volwassene of je stappen mag ondernemen, zoals het zorgnetwerk (bijvoorbeeld de huisarts) informeren.
- Bied **holistische zorg-op-maat**: verstrek medische, forensische en/of psychosociale zorg en/of faciliteer een aangifte. Dit is steeds mits toestemming van de oudere volwassene en kan in samenwerking met interne en externe organisaties (zie [Bijlage 3](#)). Verwijs door bij nood aan meer langdurige of gespecialiseerde zorg. Zorg ook voor de nodige opvolging van verstrekte zorgen.
- Geef de **contactgegevens** van ondersteunende diensten in België (zie [Bijlage 3](#)).

II. ANDERE VORMEN VAN GEWELD

Bij andere vormen van post-acuut geweld bied je, in samenwerking met de interne diensten van het ziekenhuis en externe organisaties (zie [Bijlage 3](#)), passende zorg aan oudere volwassenen. Voor meer informatie of ondersteuning vind je in [Bijlage 14](#) verwijzingen naar literatuur en/of richtlijnen rond andere vormen van geweld.

- Krijg zicht op de omvang van het geweld door de **situatie** met de oudere volwassene **uit te klaren** en overleg eventueel met collega's. Vraag indien nodig advies aan een gespecialiseerde organisatie. Raadpleeg [Bijlage 3](#) voor meer informatie over ondersteunende diensten in België.
- Verzeker de **veiligheid** van de oudere volwassene en stel een persoonlijk veiligheidsplan (zie [Bijlage 6](#)) op indien nodig.
 - » Vraag aan de oudere volwassene of je stappen mag ondernemen, zoals het zorgnetwerk (bijvoorbeeld de huisarts) informeren.
- Bied **holistische zorg-op-maat**: verstrek medische, forensische en/of psychosociale zorg en/of faciliteer een aangifte. Dit is steeds mits toestemming van de oudere volwassene en kan in samenwerking met interne en externe organisaties (zie [Bijlage 3](#)). Verwijs door bij nood aan meer langdurige of gespecialiseerde zorg. Zorg ook voor de nodige opvolging van verstrekte zorgen.
- Geef de **contactgegevens** van ondersteunende diensten in België (zie [Bijlage 3](#)).

3 Niet-acuut geweld

Bij niet-acuut geweld vond er seksueel of een andere vorm van geweld meer dan een maand geleden plaats.

I. SEKSUEEL GEWELD

Hoewel de Zorgcentra na Seksueel Geweld zich vooral richten op acuut en post-acuut seksueel geweld, blijven ze ook beschikbaar voor slachtoffers van seksueel geweld dat langer dan een maand geleden heeft plaatsgevonden. Zo is het mogelijk om, na het maken van een afspraak, een oriënterend gesprek te hebben met een psycholoog van het Zorgcentrum na Seksueel Geweld. In de meeste gevallen is zorg binnen het ziekenhuis, gecombineerd met een verwijzing naar andere specialisten of organisaties, echter gepaster dan het doorverwijzen naar een Zorgcentrum na Seksueel Geweld. We raden je echter aan om overdag met het dichtstbijzijnde Zorgcentrum contact op te nemen (zie [Bijlage 7](#)) om hun aanbod te bespreken en te bekijken welke zorg nog in het ziekenhuis kan worden verleend.

- Luister naar de voorkeuren van oudere volwassenen met betrekking tot verdere zorg en een doorverwijzing naar het Zorgcentrum na Seksueel Geweld.
- Krijg zicht op de omvang van het geweld door de **situatie** met de oudere volwassene **uit te klaren** en overleg eventueel met collega's. Vraag indien nodig advies aan een gespecialiseerde organisatie. Raadpleeg [Bijlage 3](#) voor meer informatie over ondersteunende diensten in België.
- Verzeker de **veiligheid** van de oudere volwassene en stel een persoonlijk veiligheidsplan (zie [Bijlage 6](#)) op indien nodig.
 - » Vraag aan de oudere volwassene of je stappen mag ondernemen, zoals het zorgnetwerk (bijvoorbeeld de huisarts) informeren.
- Bied **holistische zorg-op-maat**: verstrek medische en/of psychosociale zorg en/of faciliteer een aangifte. Dit is steeds mits toestemming van de oudere volwassene en kan in samenwerking met interne en externe organisaties (zie [Bijlage 3](#)). Verwijs door bij nood aan meer langdurige of gespecialiseerde zorg. Zorg ook voor de nodige opvolging van verstrekte zorgen.
- Geef de **contactgegevens** van ondersteunende diensten in België (zie [Bijlage 3](#)).
- Controleer steeds of een **diepgaander psychologische evaluatie** nodig is. Raadpleeg [Bijlage 12](#) voor een **posttraumatische stressstoornis screening (PTSS)** screening. Bij sommige slachtoffers blijven de symptomen van acute stress langer dan een maand aanhouden. Dit kan wijzen op de aanwezigheid van een posttraumatische stressstoornis (PTSS).

II. ANDERE VORMEN VAN GEWELD

Bij andere vormen van niet-acuut geweld bied je, in samenwerking met de interne diensten van het ziekenhuis en externe organisaties (zie [Bijlage 3](#)), passende zorg aan oudere volwassenen. Voor meer informatie of ondersteuning vind je in [Bijlage 14](#) verwijzingen naar literatuur en/of richtlijnen rond andere vormen van geweld.

- Krijg zicht op de omvang van het geweld door de **situatie** met de oudere volwassene **uit te klaren** en overleg eventueel met collega's. Vraag indien nodig advies aan een gespeciali-

seerde organisatie. Raadpleeg [Bijlage 3](#) voor meer informatie over ondersteunende diensten in België.

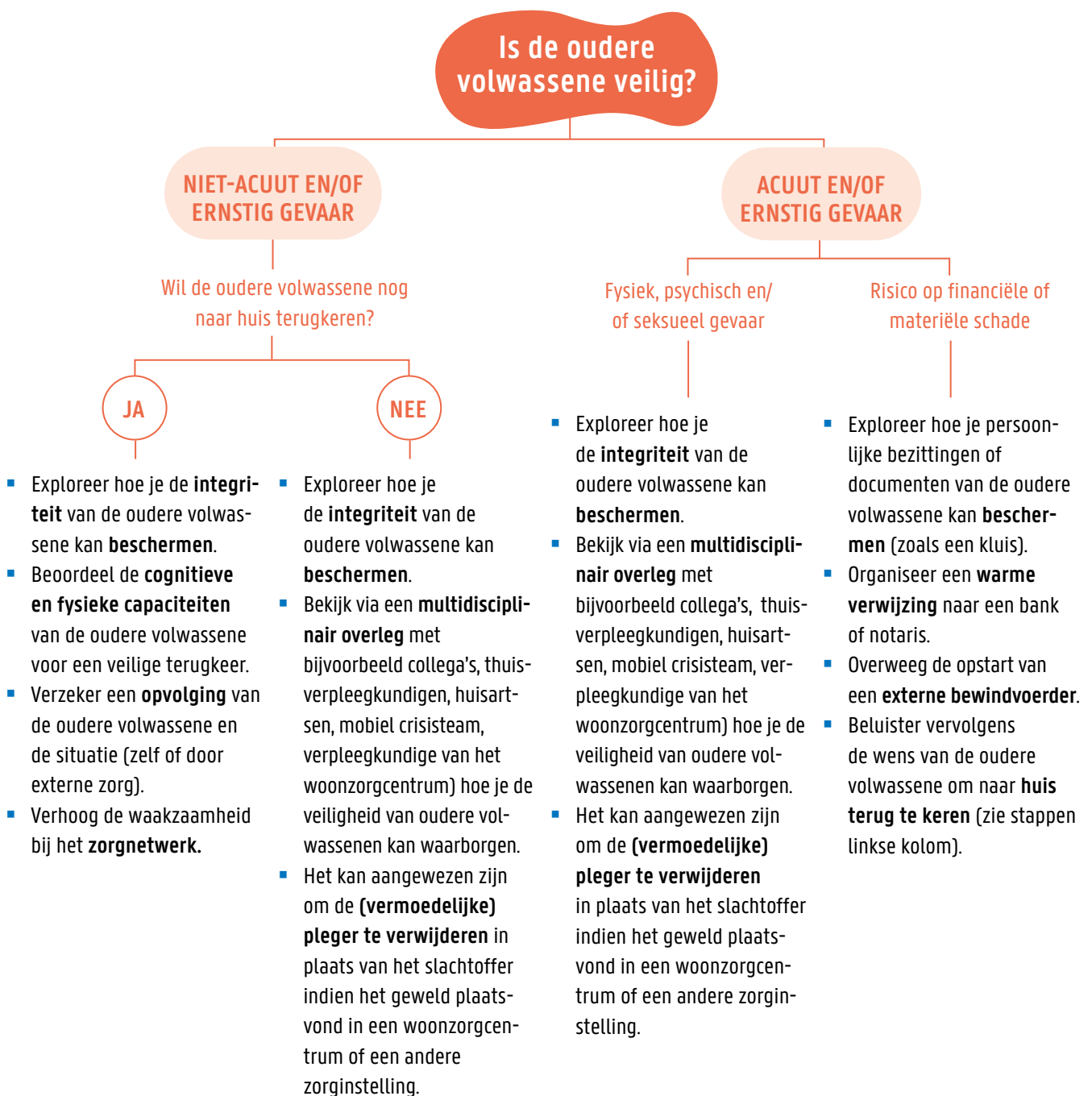
- Verzeker de **veiligheid** van de oudere volwassene en stel een persoonlijk veiligheidsplan (zie [Bijlage 6](#)) op indien nodig.
 - » Vraag aan de oudere volwassene of je stappen mag ondernemen, zoals het zorgnetwerk (bijvoorbeeld de huisarts) informeren.
- Bied **holistische zorg-op-maat**: verstrek medische en/of psychosociale zorg en/of faciliteer een aangifte. Dit is steeds mits toestemming van de oudere volwassene en kan in samenwerking met interne en externe organisaties (zie [Bijlage 3](#)). Verwijs door bij nood aan meer langdurige of gespecialiseerde zorg. Zorg ook voor de nodige opvolging van verstrekte zorgen.
- Geef de **contactgegevens** van ondersteunende diensten in België (zie [Bijlage 3](#)).
- Controleer steeds of een **diepgaander psychologische evaluatie** nodig is. Raadpleeg [Bijlage 12](#) voor een korte vragenlijst om samen met je patiënt in te vullen. Deze vragenlijst kan helpen vaststellen of een verdergaand psychologisch onderzoek nodig is. Bij sommige slachtoffers blijven de symptomen van acute stress langer dan een maand aanhouden. Dit kan wijzen op de aanwezigheid van een posttraumatische stressstoornis (PTSS).

D. Persoonlijk veiligheidsplan

Nadat je de ernst van de situatie exploreerde, zal je eerst en vooral de veiligheid en integriteit van de oudere volwassene moeten beoordelen. Stel een persoonlijk veiligheidsplan (zie [Bijlage 6](#)) op waarbij je rekening houdt met:

- het risico op aanhoudend geweld.
- psychologische symptomen of moeilijkheden bij de oudere volwassene.
- pleger in de dagelijkse omgeving van de oudere volwassene.

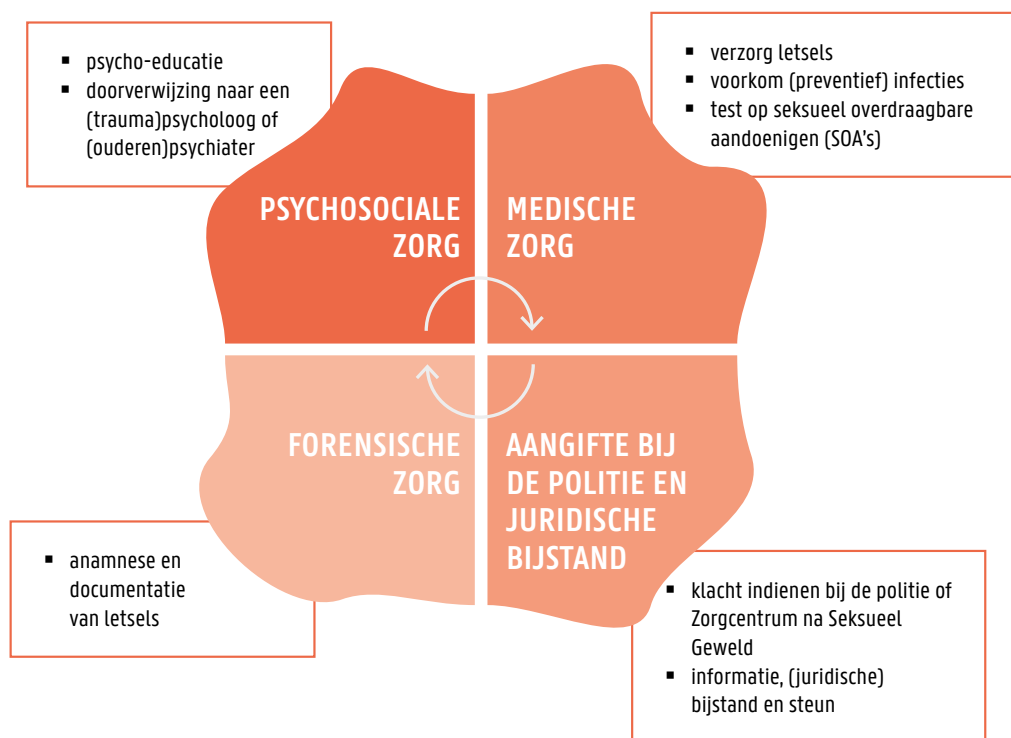
Gebruik onderstaand beslissingsdiagram om de veiligheid van oudere volwassenen te waarborgen.



E. Holistische zorg-op-maat aan oudere volwassenen in het ziekenhuis

Wanneer een oudere volwassene seksueel geweld heeft meegemaakt, raden we dus in de eerste plaats aan om contact op te nemen met een Zorgcentrum na Seksueel Geweld en de situatie voor te leggen. Wanneer je patiënt weigert om naar een Zorgcentrum na Seksueel Geweld te gaan, kan je wel met hen in contact blijven om de zorg af te stemmen. Bij andere vormen van geweld kan je geen beroep doen op de Zorgcentra na Seksueel Geweld. Je kan wel advies inwinnen bij collega's of externe organisaties (zie [Bijlage 3](#)) of beroep doen op literatuur en bestaande richtlijnen (zie [Bijlage 14](#)). In deze paragraaf leer je hoe je holistische zorg kan bieden in het ziekenhuis.

Holistische zorg verwijst naar allesomvattende zorg die inspeelt op individuele behoeften op korte en lange termijn [18, 51, 60]. Begin met de minst ingrijpende zorg en stem af met de oudere volwassene, met aandacht voor diversiteit [61]. Outreach-ondersteuning, zoals telefonische consultaties of makkelijk bereikbare locaties, kan voor oudere volwassenen bijzonder belangrijk zijn [17, 62]. Houd rekening met een mogelijks gewelddadige leefsituatie bij outreach-ondersteuning en brochures [22].



Holistische zorg integreert politie- en juridische responsen met forensisch, medische en psychosociale zorg. Het streeft naar een goede afstemming van alle componenten.

De verschillende componenten en onderdelen hoeven niet standaard aangeboden te worden. Werk op maat in overleg met de oudere volwassene, rekening houdend met de aard van het geweld en de tijd die sinds de feiten is verstreken. Je hoeft niet alle zorg zelf te bieden, verwijs indien nodig door naar interne of externe diensten (zie [Bijlage 3](#)).

Identificeer wie de zorg na een ontslag uit het ziekenhuis **coördineert**, zoals de huisarts. De huisarts vormt een belangrijke spilfiguur in het opvolgen van reeds verleende zorg (zoals wondzorg) en/of het verstrekken van nazorg. Soms hebben slachtoffers namelijk nood aan meer langdurige en ruimere opvolging. Dit kan onder andere door een telefonische opvolging, materiële hulp, crisisopvang en administratieve en/of financiële ondersteuning. Beluister bij de sociale dienst van het ziekenhuis welke rol zij hierin kunnen opnemen en/of bespreek eventuele verwijzingen. Informeer oudere volwassenen steeds over interne en externe diensten waarop ze (vrijblijvend) beroep kunnen doen [21, 63]. Raadpleeg [Bijlage 3](#) voor meer informatie over ondersteunende diensten in België.

1 Forensische zorg

Voer de medische en forensische zorg zo veel mogelijk gelijktijdig uit. Waar mogelijk, met prioriteit voor forensische zorg, tenzij levensbedreigende symptomen zoals braken, koorts, lage lichaamstemperatuur, stridor, convulsies, lethargie of bewusteloosheid optreden [11, 18, 19, 52, 64, 65].

Forensische zorg kan zonder aangifte en omvat anamnese en een vaststelling en rapportering van letsels. De forensische zorg kan uitgevoerd worden door een arts of verpleegkundige, onder supervisie van een arts. Raadpleeg de '[Checklist voor de optimale opvang van slachtoffers van seksueel geweld in Belgische ziekenhuizen](#)' voor meer informatie. **Contacteer een nabijgelegen Zorgcentrum na Seksueel Geweld voor advies bij seksueel geweld**. Maak foto's van zichtbare letsels (o.a. fracturen, (doorlig)wonden en atypische hematomen), mits toestemming van de oudere volwassene. Maak zo vlug mogelijk foto's van de letsels voordat genezing optreedt. Letsels kunnen ook gerapporteerd worden in een certificaat slagen en verwondingen (zie [Bijlage 13](#)). Maak een kopie voor het patiëntendossier en geef de originele versie in een gesloten envelop aan de oudere volwassene, indien gewenst. Echter heeft fotografisch materiaal de voorkeur aangezien het objectiever is en eventueel als bewijsmateriaal gebruikt kan worden. Raadpleeg [Bijlage 11](#) voor concrete handvatten bij een letselbeschrijving.

Er kunnen aanvullende medische onderzoeken worden uitgevoerd in het kader van de letselbeschrijving. Denk hierbij aan radiologisch onderzoek om onderliggende letsels vast te stellen, zoals hematomen via echografie of botbreuken via RX of CT-scan

AANDACHTSPUNTEN BIJ OUDERE VOLWASSENEN NA HET MEEMAKEN VAN GEWELD

↳ Zie module 4.6 [Sporenbewarend handelen en forensische zorg na geweld](#).

- Oudere volwassenen kunnen moeite hebben met uitkleden [15]. Laat hen zo veel mogelijk zelf uitkleden [66] en zorg ervoor dat ze nooit volledig naakt zijn. Ontkleed in delen en/of bedek lichaamsdelen [11, 18].
- Leeftijdsgebonden lichamelijke veranderingen kunnen forensische zorg bemoeilijken, zoals [15, 62, 67]:
 - » contracturen
 - » aandoeningen die verhinderen dat oudere volwassenen op hun rug kunnen liggen
 - » vochtophopingen in de benen, voeten of armen
 - » makkelijker bloeditstoringen
 - » verhoogde spierspanning
 - » erosieve gebitsslijtage
 - » spruw

- Onderscheid niet-leeftijdsgebonden letsels, zoals schaafwonden, scheuren en kneuzingen op specifieke lichaamsdelen, van leeftijdsgebonden fysiologische en anatomische veranderingen.
- De botten van oudere volwassenen zijn vaak brozer, de huid kwetsbaarder en weefsels raken sneller beschadigd [68].

2 Medische zorg

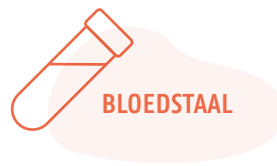
↳ Zie module '4.5 Medische zorg na geweld'.

Het is van essentieel belang om passende zorg te bieden, waaronder het desinfecteren van wonden en het bieden van een adequate medische behandeling. **Overweeg een tetanusvaccinatie bij diepe of vuile wonden.** Nadat de wonden zijn verzorgd, is het belangrijk om een grondig medisch onderzoek uit te voeren om andere mogelijke verwondingen op te sporen. Wanneer het onderzoek is afgerond, schrijf dan de noodzakelijke medicijnen voor, zoals pijnstillers en antibiotica, en plan een vervolgspraak indien nodig. Een vervolgspraak is onmisbaar bij ernstige verwondingen. Indien je patiënt niet verschijnt op de vervolgspraak, is het raadzaam telefonisch contact op te nemen om eventuele obstakels te achterhalen. De huisarts kan een rol spelen in de verdere medische zorg, maar zorg altijd voor toestemming van de oudere volwassene voordat je contact opneemt.

AANDACHTSPUNTEN BIJ OUDERE VOLWASSENEN NA HET MEEMAKEN VAN SEKSUEEL GEWELD

- Na seksueel geweld hebben oudere volwassenen vaker genitale of andere verwondingen die medische hulp vereisen [68-71]. Hoewel genitale verwondingen vaker voorkomen bij oudere volwassenen, heeft slechts een minderheid een chirurgische ingreep nodig. Verzamel bewijsmateriaal voorafgaand aan de ingreep. Na de menopauze komen genitale letsels namelijk vaker en ernstiger voor [6, 67, 72, 73]. Lichamelijke veranderingen, zoals verminderde vaginale doorbloeding, atrofie van de vaginawandspieren, onvoldoende lubricatie [74, 75] en moeite met het kantelen van de bekken [67], kunnen pijn en bloedverlies na penetratie veroorzaken [76, 77].

- Afnames bij seksueel geweld:



Hiv

HBV (HBsAg, anti-HBc, anti-HBs): Enkel indien de oudere volwassene niet gevaccineerd is of de vaccinatiestatus niet duidelijk of gekend is.

HCV

HAV IgG: Bij oro-anaal contact (anilingus) of bij man die seks heeft met andere mannen (MSM).

Syfilis

Chlamydia trachomatis / Neisseria gonorrhoeae

- Vrouwen: Alleen contactplaatsen. Bij twijfel: uitgebreide screening (oraal, vaginaal, anaal).
- Mannen: Alleen contactplaatsen. Bij twijfel: uitgebreide screening (oraal, anaal, eerste urinestraal).

Trichomonas vaginalis: Alleen bij vrouwelijke slachtoffers (vaginaal). Bij herhaald seksueel contact met pleger: direct afnemen, anders pas na een maand).

Raadpleeg de '[Checklist voor de optimale opvang van slachtoffers van seksueel geweld in Belgische ziekenhuizen](#)' voor meer informatie'.



**TE OVERWEGEN
BEHANDELINGEN/
VACCINS BIJ ACUUT
SEKSUEEL GEWELD**

HBV

- Anti-HBs > 10 IE/L: Niets doen.
- Oudere volwassene gevaccineerd, maar anti-HBs < 10 IE/L: Vaccinatie 1 dosis (rappel).
- Oudere volwassene niet gevaccineerd, geen voorgeschiedenis van hepatitis B en anti-HBs < 10 IE/L: Vaccinatie op D0, M1 en M6.
- Pleger drager van HBsAg en slachtoffer anti-HBs < 10 IE/L: Vaccinatie op D0, M1 en M6 en overleg met infectioloog.

HAV

HAV-IgG negatief: overleg met infectioloog.

Antibiotica

Geen systematische profylactische behandeling toedienen als de situatie een contra-indicatie vormt. In dat geval een PCR-test uitvoeren na twee weken.

Neisseria gonorrhoeae: Bij elke vaginale, anale of orale geweldpleging die zich in de voorbije 7 dagen heeft voorgedaan.

- Oudere volwassene < 150 kg: Ceftriaxone 500 mg, 1 dosis IM.
- Oudere volwassene ≥ 150 kg: Ceftriaxone 1 g, 1 dosis IM.

Chlamydia trachomatis: Bij elke vaginale, anale of orale geweldpleging die zich in de voorbije 7 dagen heeft voorgedaan.

- 1ste keuze (behalve bij contra-indicatie of verwachte lage therapietrouw): Doxycycline 100 mg 2 doses/dag gedurende 7 dagen PO.
- 2de keuze: Azithromycine 1 g, 1 dosis PO.

Te overwegen behandelingen/vaccins bij acuut seksueel geweld: Als er een **opvolging** kan worden georganiseerd, bijvoorbeeld in samenwerking met de huisarts van het slachtoffer, is het beter om te **wachten op de resultaten** van de staalafnames in plaats van systematische behandelingen te starten. Het is daarom essentieel om de algehele situatie van het slachtoffer te evalueren voordat wordt besloten om een preventieve profylaxe toe te dienen. Raadpleeg de '[Checklist voor de optimale opvang van slachtoffers van seksueel geweld in Belgische ziekenhuizen](#)' voor meer informatie over forensische zorg in het ziekenhuis.

AANDACHTSPUNTEN BIJ OUDERE VOLWASSENEN NA HET MEEMAKEN VAN GEWELD

- Bij oudere volwassene zijn er diverse leeftijdsgebonden lichamelijke veranderingen die medische zorgen kunnen vereisen, zoals wonden rond de genitaliën of aars, zoals doorligwonden, excoriatie of lichen sclerosus [15].
- Voor vele oudere volwassene zijn de fysieke gevolgen van een duw, stoot of val vaak ingrijpend [78] en is het moeilijker om zich fysiek te verweren [79].

3 Psychosociale zorg

Bij eerste psychische zorg heb je geleerd hoe je eerste psychische hulp geeft aan mensen met acute stress of trauma. Deze (meestal) korte aanpak richt zich op stabilisatie en het verminderen van directe angst, terwijl deze paragraaf zich meer toespitst op een meer brede en langdurige ondersteuning om zo het welzijn van slachtoffers te bevorderen. Psychosociale zorg omvat namelijk alle vormen van ondersteuning gericht op het psychisch welbevinden en gezondheid van slachtoffers op korte en lange termijn. De zorg kan zowel gericht zijn op het individu als op de omgeving van de persoon [80].

Traumatische gebeurtenissen komen frequent doorheen de levensloop voor. Gemiddeld heeft 69-80% van oudere volwassenen ooit een traumatische gebeurtenis meegemaakt [81-83]. Bij oudere volwassenen voldoet 3-4.5% aan de criteria voor levenslange posttraumatische stressstoornis (PTSS) [84]. Geweld bij oudere volwassenen thuis, in zorginstellingen of binnen de gemeenschap is traumatisch en kan cumulatief voortbouwen op eerdere traumatische ervaringen [31]. Seksueel geweld resulteert vaak in psychologische problemen bij slachtoffers, zoals posttraumatische stressstoornis (PTSS), depressie en angst [11, 85-87].

Oudere slachtoffers hebben vaak minder toegang tot psychosociale zorg [88, 89] en sommige oudere volwassenen twijfelen aan de effectiviteit van psychosociale zorg. Leg uit wat de voordelen kunnen zijn, zoals verbeteren van het emotioneel welbevinden en copingvaardigheden, zonder hen te dwingen. Oudere volwassenen rapporteren ook vaker fysieke klachten dan emotionele moeilijkheden [88,90]. Ze vinden het soms lastig om psychische problemen openlijk te bespreken [91]. Luister naar hun gevoelens en help hen om deze te uiten:

Ik heb het gevoel dat je boos bent op dit moment. Klopt dat?

Bied psycho-educatie (zie onderstaand) en verwijs eventueel voor psychosociale zorg door naar interne en externe diensten, zoals een sociaal werker, de pastorale dienst, moreel consulent, CAW, een (trauma)psycholoog of een (ouderen)psychiater [28]. Het bieden van psycho-educatie en traumasensitieve zorg behoort tot de kerntaak van sociaal werkers. Indien nodig verwijzen zij actief door naar traumapsychologen of -psychiaters. Raadpleeg [Bijlage 3](#) voor meer informatie over ondersteunende diensten in België.

PSYCHO-EDUCATIE

↳ Zie module '4.3
Eerste psychische hulp
en psycho-educatie'.

Leg oudere volwassenen uit hoe geweld hun gezondheid beïnvloedt en hoe ze hiermee kunnen omgaan [18, 34, 58, 92]. Psycho-educatie helpt slachtoffers om normale reacties op geweld te herkennen, effectieve copingstrategieën te ontwikkelen en reacties die nood hebben aan een meer intensieve interventie te onderscheiden. Het begrijpen en sturen van eigen reacties bij slachtoffers kan directe negatieve gevolgen van een stressvolle situatie verminderen [58]. Maak gebruik van de 'Psycho-educatie Tool: Helpt je praten over geweld' bij het bieden van psycho-educatie. Evalueer de mentale toestand van het slachtoffer en verwijst door, indien nodig [30].

Hou rekening met de volgende kernthema's bij het bieden van psycho-educatie [24, 28-30, 34, 42, 58, 93]:

1. Herwinnen van controle

- Bied inzicht in emoties, gedachten en gedragingen, zoals stemming, flashbacks, geheugenproblemen of het ontkennen van geweld.

2. Ontkrachten van mythes

- Weerleg verkrachtingsmythes die de beleving en het hulpzoekgedrag van oudere volwassenen negatief beïnvloeden.
- Ontkracht mythes die gelinkt worden aan 'ageism' en de beleving en het hulpzoekgedrag van oudere volwassenen negatief beïnvloeden.

3. Beheersen van stress

- Help oudere volwassenen symptomen van (acute) stressreacties, posttraumatische stressstoornis (PTSS) en angststoornissen te begrijpen en herkennen.
- Overloop stabilisatietechnieken en hoe die thuis toegepast kunnen worden.

4. Beroep doen op sociale steun

- Identificeer en stimuleer steunbronnen uit het netwerk van de oudere volwassene.
- Geef vrijblijvende informatie over beschikbare politieke en juridische diensten (zie [Bijlage 3](#) en [Bijlage 8](#)).
- Geef vrijblijvende informatie over beschikbare psychosociale diensten (zie [Bijlage 3](#)).

Bij slachtoffers kunnen initiële merkbare stressreacties enkele weken tot maanden na het ontvangen van psycho-educatie en eerste psychische hulp na onthulling verdwijnen. Toch hebben sommigen nood aan meer intensieve psychosociale steun. In dergelijke gevallen kan je bijvoorbeeld **doorverwijzen naar een (trauma)psycholoog of (ouderen)psychiater** voor een aanvullende behandeling of therapie.

(TRAUMA)PSYCHOLOOG

Slachtoffers van geweld hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van een acute stressstoornis of posttraumatische stressstoornis (PTSS) [59]. Ook suïcidale gedachten, zelfbeschadiging en alcohol- of middelenmisbruik kunnen voorkomen [28, 59].

Begeleiding door een (trauma)psycholoog kan nodig zijn om slachtoffers te helpen bij het verwerken van traumatische gebeurtenissen en zo traumaklachten op korte en lange termijn te verminderen. 'Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy' [28, 94] en 'Eye Movement Desentization and Reprocessing' [88] zijn bewezen effectief te zijn bij oudere volwassenen en hebben, in tegenstelling tot farmacotherapie, geen somatische bijwerkingen of interacties met andere voorgeschreven medicatie. Houd rekening met de voorkeuren van het slachtoffer bijvoorbeeld qua locatie, geslacht en leef-tijd van de psycholoog. Neem samen contact op of geef de nodige informatie.

Raadpleeg: <https://www.vind-een-psycholoog.be/zoeken/traumaverwerking-therapie.html>

(OUDEREN)PSYCHIATER

Bij psychiatrische klachten is een doorverwijzing naar een (ouderen)psychiater aangewezen. De psychiater kan een medicamenteuze behandeling opstarten en rekening houden met het huidige medicatieschema van de oudere volwassene. Bij een ernstig risico op zelfbeschadiging of suïcide neem je contact op met een psychiater (van wacht) voor een evaluatie en verwijzing naar een ambulante of residentiële behandeling [28].

4 Aangifte bij de politie en juridische bijstand

i Zie module '4.7 Geweld en recht' en '4.8 Handelen na een strafbaar feit'

Na geweld kunnen slachtoffers of getuigen een klacht indienen, al dan niet met verzamelde forensische bewijzen. Adviseer oudere volwassenen om zo snel mogelijk aangifte te doen [95, 96], maar respecteer steeds hun keuze.

Leg oudere volwassenen uit hoe een **strafrechtelijke procedure verloopt** [18, 22, 34]. De procedure kan erg divers zijn, ga naar **Bijlage 8** voor meer informatie over de basisprocedure. Je kan ook steeds de hulp inroepen van een sociaal werker. Zij informeren patiënten over juridische mogelijkheden en het verloop van juridische procedures. Indien nodig verwijzen ze actief door naar externe organisaties, zoals Slachtofferonthaal. Vermeld [18, 97] dat :

- Een aangifte niet anoniem is. Een uitzondering is enkel mogelijk wanneer de veiligheid van de oudere volwassene of een familielid in gevaar komt.
- Een strafbaar feit aangeven niet vrijblijvend is: de politie is verplicht een onderzoek te starten.
- Bij juridische stappen de informatie die jij en het slachtoffer hebben gedeeld in het openbaar dossier kan terechtkomen.
- Na aangifte de politie kan helpen met een verwijzing naar politionele slachtofferbejegening of andere ondersteunende diensten zoals Slachtofferonthaal of Slachtofferhulp [96, 98]. Raadpleeg **Bijlage 3** voor meer informatie over ondersteunende diensten in België.

Informeert slachtoffers dat ze recht hebben op informatie, juridische bijstand en steun vanuit een advocaat [96, 99-102].

- Bepaalde voorwaarden kunnen het slachtoffer vrijstellen van procedurekosten.
- Vraag de oudere volwassene om de verzekeringspolis te controleren voor een rechtsbijstandsverzekering.
- Verwijs hen ook door naar Slachtofferonthaal of Slachtofferhulp [96, 98]. Zij kunnen namelijk pro Deo-diensten aanbieden. Raadpleeg [Bijlage 3](#) voor meer informatie over ondersteunende diensten.
- Oudere volwassenen kunnen beroep doen op gratis bemiddeling. Dit vervangt de gerechtelijke procedure niet, maar kan wel een waardevolle aanvulling zijn.
- Een pro Deo-advocaat kan, afhankelijk van het inkomen, (gedeeltelijk) gratis bijstand, juridisch advies of vertegenwoordiging bieden.
- Exploreer de nood aan een contactverbod met de pleger.

WAT IS BELANGRIJK OM TE WETEN?

↳ Zie module '5.3 Oudere volwassenen' voor andere vormen van geweld.

Een goede theoretische basis helpt je om geweld bij oudere volwassenen te herkennen en er adequaat op te reageren. In dit hoofdstuk geven we een kort overzicht van wat er nu bekend is over geweld tegen oudere volwassenen met de nadruk op seksueel geweld. De informatie uit dit hoofdstuk en de module bied je een stevige basis om op terug te vallen.

1 WAT IS SEKSUEEL GEWELD?

Geweld kan op elk moment in iemands leven voorkomen en kan eenmalig of herhaaldelijk plaatsvinden. [103]. In het laatste geval kan het geweld in verschillende levensfasen voorvallen (bijvoorbeeld kindermisbruik, partnergeweld, ouderenmis(be)handeling). Slachtoffers van geweld hebben namelijk een verhoogd risico om opnieuw geweld mee te maken (secundaire victimisatie) doorheen hun leven [104-106]. Geweld tegen oudere volwassenen kan zowel gepleegd worden door onbekenden als bekenden. In het laatste geval gaat dit vaak over een partner, familielid, kennis of zorgverlener.

Het geweld kan verschillende vormen aannemen: seksueel, fysiek, psychisch, economisch en socio-economisch geweld. Vaak komen deze vormen van geweld samen voor [107]. Seksueel geweld is een overkoepelende term voor verschillende seksuele handelingen. Toestemming, vrijwilligheid en/of gelijkwaardigheid vormen essentiële voorwaarden bij eender welke seksuele handeling [2]. Toestemming kan op ieder moment voor of tijdens de seksuele handeling worden ingetrokken en het uitblijven van fysiek verzet betekent niet automatisch dat er toestemming is [26]. Bij seksueel geweld kan er wel of geen sprake zijn van fysiek contact tussen slachtoffer en pleger [5, 42]:

HANDS-OFF SEKSUEEL GEWELD

- **Seksuele intimidatie**
Bijvoorbeeld verplicht worden om naar porno te kijken, zich onder dwang moeten uitkleden, ongewilde seksuele opmerkingen ...
- **Seksuele verwaarlozing en het niet respecteren van de seksuele intimiteit**
Bijvoorbeeld het wassen van oudere volwassenen met de deur en/of gordijnen open, het lachen met of veroordelen van seksuele behoeften bij oudere volwassenen ...

HANDS-ON SEKSUEEL GEWELD

- **Seksueel misbruik of seksueel geweld met fysiek contact, maar zonder penetratie**
Bijvoorbeeld zonder toestemming gekust worden, onder dwang pijpen of beffen ...
- **(poging tot) Verkrachting of seksueel geweld met fysiek contact en (een poging tot) penetratie**
Bijvoorbeeld ongewenste penetratie door een penis in een vagina of vinger in de anus ...

2 HOE VAAK KOMT SEKSUEEL GEWELD VOOR BIJ OUDERE VOLWASSENEN?

Volgens de WHO heeft 16% van de oudere volwassenen in 2022 geweld ervaren [108]. Seksueel geweld is de minst gerapporteerde vorm van geweld bij oudere volwassenen, hierdoor worden de prevalentiecijfers vaak onderschat [109-112]. Een recente studie in België toont aan dat bijna de helft (44,2%) van de 70-plussers, waarvan 55,2% vrouwen en 29% mannen, in de loop van hun leven seksueel geweld ervaren [5]. Bijna één op tien (8,4%) van deze groep kreeg het afgelopen jaar te maken met seksueel geweld. Bovendien is het niet correct om oudere volwassenen als aseksueel te beschouwen: één op drie personen van 70 jaar of ouder is seksueel actief (31%) en ervaart seksuele tederheid zonder penetratie (32%) [5]. [Seksualiteit en seksueel geweld kent met andere woorden geen leeftijdsgrenzen.](#)

Er wordt verwacht dat de cijfers verder zullen stijgen door de snel vergrijzende bevolking. Tegen 2050 zal het aantal mensen van 60 jaar en ouder wereldwijd naar verwachting meer dan verdubbelen, tot zo'n 2 miljard oudere volwassenen [108]. Deze cijfers laten zien dat er dringend meer kennis en bewustwording nodig is over seksueel en andere vormen van geweld bij oudere volwassenen.

3 WAT MAAKT OUDERE VOLWASSENEN KWETSBAAR VOOR SEKSUEEL GEWELD?

De hoge prevalentiecijfers tonen aan dat oudere volwassenen een risico hebben op eender welke vorm van geweld. Biologische, structurele en culturele factoren beïnvloeden de onderliggende mechanismen die geweld kunnen veroorzaken [5, 113]. De kwetsbaarheid van oudere volwassenen hangt niet zozeer af van hun leeftijd, maar van structurele ongelijkheden en moeilijkheden die hieruit voortvloeien [5].

In onze maatschappij hebben oudere volwassenen vaak een kwetsbare positie. Oudere volwassenen worden vaak gezien als mensen die afhankelijk zijn van anderen voor zorg en als een financiële last voor de samenleving. Deze denkwijze over oudere volwassenen is een voorbeeld van 'ageism', oftewel leeftijdsdiscriminatie. ['Ageism' zorgt voor een dubbele kwetsbaarheid:](#) enerzijds verhoogt het de kans op verschillende vormen van geweld, anderzijds gaat men ervan uit dat seksueel of andere vormen van geweld niet voorkomt bij oudere volwassenen [32, 108]. Hierdoor kunnen oudere volwassenen een negatief zelfbeeld ontwikkelen [12] en zijn ze minder geneigd om professionele hulp te zoeken [38].

4 WAT ZIJN BARRIÈRES EN FACILITATOREN BIJ ONTHULLING EN HULPZOEKGEDRAG?

De meeste oudere slachtoffers doen niet spontaan een onthulling van seksueel of andere vormen van geweld [5, 35]. Een recent Belgisch onderzoek toont aan dat 60% van de oudere volwassenen nog nooit hun seksueel geweld ervaringen onthuld hebben en 94% heeft nog nooit hulp gezocht [5]. Diverse barrières bij oudere volwassenen zelf of hun omgeving belemmeren of vertragen het onthullen van seksueel of andere vormen van geweld en het inschakelen van professionele hulp [3, 5, 35]:

- Het ervaren van schaamte of zelfverwijt: *'ik moet het wel uitgelokt hebben'* [33, 38, 39, 114].
- Het minimaliseren, willen vergeten of negeren van geweld ervaringen: *'zo erg was het nu ook weer niet'* [4, 39, 115].
- Het ontbreken van een eenduidige of gekende definitie van geweld in het algemeen en tussen generaties: *'seks tussen echtgenoten is toch geen verkrachting?'* [38].
- Het moeilijk vinden om geweld ervaringen onder woorden te brengen: *'hij heeft toen met mij de liefde bedreven'* [38].
- Het ervaren van beperkingen, zoals taalbarrières, cognitieve stoornissen en een beperkte mobiliteit: *'ik kan op eigen houtje niet tot bij de politie geraken'* [33, 36, 116, 117].
- Het ervaren van angst voor de gevolgen van een onthulling, zoals schade aan of (negatieve) reacties van anderen [38, 118, 119] of het wegvallen van dagelijkse zorg: *'als ik deze persoon aangeef, moet ik naar een woonzorgcentrum'* [33, 39, 110, 116, 120, 121].
- Het ervaren van angst rond juridische en/of institutionele procedures of waargenomen / ervaren belemmeringen hierrond: *'ik ben er misschien tegen dan al niet meer...'* [16, 33].
- Het ervaren van leeftijdsdiscriminatie bij verkrachtingsmythen: *'niemand gaat mij geloven als ik zeg dat een jonge man mij verkracht heeft'* [5, 12, 33, 35, 38-40].
- Het zich er niet van bewust zijn dat lichamelijke klachten (zoals incontinentie) geassocieerd zijn met geweld ervaringen uit het verleden [38, 118].
- Het zich niet bewust zijn van het bestaande hulpaanbod of voorgaande negatieve ervaringen hebben met het zoeken van hulp [38, 122].

Zorgverleners vinden het soms ongepast om seksueel geweld met oudere volwassenen te bespreken [4, 8]. Wanneer er geen ruimte is om dit bespreekbaar te maken, kan dit ervoor zorgen dat slachtoffers zich niet erkend voelen. Dit kan schadelijk zijn voor oudere volwassenen en hun herstelproces [4, 131].

We adviseren om geweld standaard te bevragen bij oudere volwassenen. Screening verlaagt de drempel tot het onthullen van geweld en draagt zo bij aan een tijdige detectie. Onthullingen verbeteren de mentale en fysieke gezondheid van oudere slachtoffers [124, 125] en verminderen het risico op herhaald slachtofferschap door toegang tot adequate zorg [104]. Een **routinematige screening verdient de voorkeur** om verschillende redenen [1, 4, 5]:

- Oudere volwassenen onthullen niet vaak spontaan geweld ervaringen, maar verwachten dat zorgverleners het initiatief nemen. Ze denken namelijk dat de zorgverlener hier geen tijd voor heeft of willen deze persoon niet nog extra belasten met problemen [38]. Routinematig screenen geeft slachtoffers het signaal dat er ruimte is om geweld ervaringen te bespreken en dat hun ervaringen er toe doen [43].

- Seksueel en andere vormen van geweld komen voor op alle leeftijden en in alle sociale milieus [3, 5]. Selectief screenen is niet enkel weinig zinvol, maar ook discriminerend.
- Het onthullen van geweld vereist dat oudere volwassenen erkennen dat ze in de eerste plaats geweld meegemaakt hebben en vervolgens hulp nodig hebben [118, 126, 127]. Oudere volwassenen gaan zichzelf vaak niet identificeren als slachtoffer van seksueel geweld [5, 12, 35, 38-40, 116]. Routinematig screenen vergroot de bewustwording rond geweld bij oudere volwassenen [12, 35].

5 WAT ZIJN BESCHERMENDE EN RISICOFACTOREN VOOR SEKSUEEL GEWELD BIJ OUDERE VOLWASSENEN?

Oudere volwassenen kunnen verschillende risicofactoren ervaren die hen kwetsbaarder maken voor geweld, waarbij het ervaren van **meerdere risicofactoren de kans op geweld vergroot**. Risicofactoren kunnen zowel statisch als dynamisch zijn. Statische risicofactoren (bijvoorbeeld cognitieve beperkingen) kan je niet veranderen via interventies, terwijl je dit bij dynamische risicofactoren wel kan (bijvoorbeeld sociaal isolement) [128]. Probeer, in samenwerking met externe organisaties, door middel van interventies of behandelingen zoveel mogelijk in te spelen op de dynamische factoren.

Risicofactoren voor seksueel geweld bij oudere volwassenen:

- Het verouderingsproces kan zorgen voor een achteruitgang in het cognitief en/of lichamelijk functioneren bij zowel de pleger als het slachtoffer [114]. Het slachtoffer kan bijvoorbeeld geweldervaringen uit het verleden herbeleven en/of moeite hebben om de geweldervaring te herinneren en/of beschrijven. Bij de pleger kan er sprake zijn van impulsief gedrag, verlaagde seksuele drempels en hyperseksualiteit [16, 35, 129, 130].
- Algemeen genomen hebben oudere volwassenen vaak een minder goede gezondheid waardoor ze beroep doen op familie en/of zorgverleners voor zorg. Hierdoor kunnen ze een kwetsbare positie hebben, wat de kans op geweld verhoogt en het vermogen om geweld te rapporteren vermindert [103]. Deze kwetsbare positie maakt hen ook vatbaarder voor sociaal isolement en een slechtere sociaaleconomische situatie [4, 131]. Personen die zich in een moeilijke financiële positie bevinden, hebben een verhoogd risico op het meemaken van geweld [5, 18].
- Seksueel geweld kan op eender welk moment in het leven voorkomen. Naarmate men ouder wordt, stijgt de kans dat men ooit seksueel geweld of een andere traumatische gebeurtenis heeft meegemaakt [132].

Naast risicofactoren zijn er ook **beschermende factoren**. Deze factoren doen de kans op seksueel geweld afnemen. Een belangrijke beschermende factor is het ondersteunend netwerk rondom de oudere volwassene, zoals familie en vrienden [133]. Versterk waar mogelijk het ondersteunend netwerk van oudere volwassenen, zoals het aansluiten bij een buddywerking of vereniging, het versterken van familiebanden en het uitoefenen van een hobby of vrijwilligerswerk.

6 WAT ZIJN SIGNALEN VAN SEKSUEEL GEWELD?

Soms onthullen oudere volwassenen het geweld (bewust) niet bij een screening. Het is belangrijk om alert te zijn voor signalen van geweld aangezien ze je helpen om een vermoeden van geweld in kaart te brengen. Onderstaand vind je verschillende signalen van seksueel geweld. **De aanwezigheid van bepaalde symptomen of signalen betekent niet automatisch dat er sprake is van geweld.** Signalen kunnen ook met andere gezondheidsproblemen of traumatische ervaringen verband houden. Een vermoeden van seksueel geweld inschatten, vereist dat je een aantal signalen van seksueel geweld herkent [5, 11, 16, 18, 35, 37, 39, 40, 43, 63, 117, 134, 135]:



GEDRAGSMATIGE SIGNALEN

- afwijkend seksueel gedrag
 - agressief gedrag
 - angstig of een angststoornis
 - posttraumatische stressstoornis (PTSS)
 - dissociaties
 - dwangmatig lichaamswiegen
 - eetstoornissen
 - extreem overstuur bij verzorging of onderzoeken
 - flashbacks
 - gedragsveranderingen bij het bevragen van seksueel geweld ervaringen
 - geheugenverlies
- ontremming
 - laag zelfbeeld
 - nachtmerries en slaapproblemen
 - overmatige afhankelijkheid
 - schaamte
 - somberheid of depressieve gevoelens
 - teruggetrokken
 - verlies van onafhankelijkheid en gevoel van controle
 - verslavingsproblematiek
 - versuft of verwarring
 - wantrouwen in anderen
 - zelfmoordneigingen
 - zichzelf verwonden

FYSIEKE SIGNALLEN

- meerdere letsels in verschillende stadia van genezing
 - abdominale pijn
 - acute pijn of bloedingen
 - bijtsporen
 - blauwe plekken (hematoom)
 - bloedingen op oogleden (petechiën)
 - brandwonden
 - fracturen
 - verschillende soorten wonden
- tandheelkundig trauma
 - vingerkneuzingen in de arm
 - wurgsporen
 - incontinentie
 - slikproblemen
 - onsamenhangende verklaringen over verwondingen
 - ontbrekende plukken haar of kale plekken
 - plotse vermagering
 - stemverandering (heesheid, dysfonie)



- beperkt sociaal netwerk of afzondering
- (sterke) afhankelijkheid van een verzorger
- abnormale interactie met verzorger of steunfiguur
- zich niet langer veilig voelen in de thuis- of zorgomgeving

Een aantal van bovenstaande lichamelijke signalen, zoals blauwe plekken, vingerkneuzingen en wurgsporen, zijn moeilijker te zien op gepigmenteerde huid (bijvoorbeeld een donkere huidskleur) [43]. Wees hier extra alert voor. Ga ook steeds in gesprek met de oudere volwassene wanneer je signalen opmerkt:

Ik zie dat je enkele kneuzingen op jouw arm hebt. Kan je me vertellen wat er is gebeurd?

7 WAT IS DE IMPACT VAN SEKSUEEL GEWELD?

De impact van geweld varieert sterk per individu. Sommige oudere volwassenen ondervinden slechts minimale gevolgen, terwijl het bij anderen hun functioneren aanzienlijk kan belemmeren [35, 43]. Geweld kan ook het risico verhogen op ziekten en een vroegtijdig overlijden [11, 12, 39, 116, 117, 136-138]. Bovendien leiden suïcidepogingen bij oudere volwassenen vaker tot overlijden [139, 140].

Bij oudere volwassenen kan een beperkt sociaal netwerk en een verminderde gezondheid het herstel na traumatische gebeurtenissen bemoeilijken [114]. Het verouderingsproces kan bijdragen tot een verhoogd risico op vallen, kneuzingen en breuken, terwijl het lichaam minder vlug herstelt van kwetsuren [68, 141]. Bovendien kunnen trauma's een negatieve spiraal in gang zetten, wat vervolgens de kans op herhaald slachtofferschap verhoogt [114]. Een traumatische gebeurtenis, zoals seksueel geweld, kan ook voorgaande trauma's reactiveren en zo een cumulatieve negatieve impact uitoefenen op de gezondheid van oudere volwassenen, zoals lichamelijke klachten, risicovol seksueel gedrag, angst- en stemmingsstoornissen, middelenmisbruik en een verminderd positief zelfbeeld [114, 142].

↳ Zie module '5.8. Steunfiguren' voor ondersteuningsmogelijkheden aan de omgeving van het slachtoffer.

Tot slot kan de omgeving van het slachtoffer een secundair trauma ervaren dat zich uit in onder andere stress, piekeren, slaapproblemen, relationele spanningen, emotionele uitputting, financiële druk, isolatie van het eigen sociaal netwerk en gevolgen op professioneel vlak [50].

Ageïsm: We doen aan 'ageïsm' of leeftijdsdiscriminatie wanneer we iemand op basis van diens leeftijd stereotyperen, discrimineren of er vooroordelen over hebben [143].

Beschermende factoren: Deze factoren beschermen een persoon tegen het ervaren van seksueel of andere vormen van geweld en verlagen dus de kans op het meemaken ervan.

Coping: We spreken over coping wanneer iemand beroep doet op diverse cognities en gedragingen om zo door stressvolle gebeurtenissen in het leven te navigeren en een manier vinden om hiermee om te gaan [144].

Economisch geweld: Er is sprake van economisch geweld wanneer er gedrag gesteld wordt waardoor een persoon financieel nadeel ondervindt (bijvoorbeeld schulden aangaan in naam van het slachtoffer, personen verplichten om hun pensioen af te staan en personen onder druk zetten rond het invullen van hun testament).

Fysiek geweld: Bij fysiek geweld wordt er fysieke schade aan iemands lichaam toegebracht (bijvoorbeeld vastbinden, slaan en iemand niet voeden). Er kan ook sprake zijn van het nalaten van handelingen, zoals verwaarlozing.

Forensisch onderzoek: Een forensisch onderzoek wordt uitgevoerd door een forensisch arts. Het omvat zowel het interpreteren van letsels, als het verzamelen en bewaren van sporen.

Forensische zorg: anamnese en documenteren van letsels, bij voorkeur via foto's.

Meldrecht en meldplicht: Volgens het meldrecht mag een zorgverlener zijn beroepsgeheim doorbreken (bijvoorbeeld een melding bij justitie of politie) als dit noodzakelijk en de enige manier is om het ernstig en dreigend gevaar af te wenden. Eerst moeten alle mogelijkheden binnen de zorgverlening worden uitgeput voordat vertrouwelijke informatie wordt gedeeld via een melding [145]. In uitzonderlijke gevallen kan een zorgverlener op geen andere wijze helpen dan door een melding te doen bij justitie of politie. In dat geval houdt artikel 458bis van het Strafwetboek een meldplicht in [145].

Noodtoestand: Het gaat om situaties waarin het overtreden van een wet, zoals het beroepsgeheim, de enige manier is om een belangrijkere waarde te beschermen, zoals iemands leven. Dit wordt gezien als een noodtoestand, wat betekent dat het doorbreken van het beroepsgeheim in zo'n geval niet langer strafbaar is. Het is dus een kwestie van 'nood breekt wet' [146].

Onthullen/onthulling: Bij een onthulling vertellen slachtoffers aan anderen dat ze geweld hebben meegemaakt. De wijze waarop kan verschillen. Een onthulling kan zowel informeel of formeel gebeuren en vrijwillig of als reactie op de uitnodiging van anderen zijn [147].

Oudere volwassenen: Oudere volwassenen zijn een erg diverse groep mensen. In de ene maatschappij word je ook sneller als een oudere volwassene beschouwd dan in een andere maatschappij [143, 148]. Er bestaat geen uniforme leeftijdsgrens voor oudere volwassenen. In België hanteren we vaak twee criteria: de mate van zorgafhankelijkheid en leeftijd. Mensen die veel zorg behoeven, beschouwt men sneller als een oudere volwassene. Vaak vormt de pensioenleeftijd een belangrijke mijlpaal, maar doorgaans geldt op een Belgische afdeling geriatrie een leeftijdsgrens van 75 jaar of ouder.

Ouderenmisbehandeling: Ouderenmisbehandeling is eenmalig of herhaald gedrag, of het uitblijven van passend gedrag, binnen een relatie waarin vertrouwen wordt verwacht. Dit gedrag berokkent schade of leed aan een oudere volwassene [108].

Plegers: Dit zijn personen die het geweld stellen. We kiezen er bewust voor om de term dader niet te gebruiken omdat dit een juridische term is die reeds een veroordeling inhoudt.

Posttraumatische stressstoornis: Enige tijd na een traumatische gebeurtenis, kunnen slachtoffers posttraumatische stressstoornis ontwikkelen. Bij posttraumatische stressstoornis houden acute stress symptomen langer dan een maand aan. Er is dan ook sprake van meerdere acute stress symptomen die tegelijkertijd aanwezig zijn.

Psychisch geweld: Psychisch geweld omvat gedrag dat emotionele pijn, angst en schade aan iemands geestelijke gezondheid kan veroorzaken (bijvoorbeeld infantiliseren, uitschelden en isoleren).

Risicofactoren: Dit zijn kwetsbaarheidsfactoren die het risico op het meemaken van seksueel of andere vormen van geweld verhogen. Risicofactoren kunnen zich situeren op diverse niveaus, namelijk bij de oudere volwassene, de pleger, de familie en omgeving, de zorginstelling en samenleving.

Screenen/screening: Bij het screenen naar seksueel of andere vormen van geweld probeer je aan de hand van enkele standaard vragen (seksueel) geweld te detecteren.

Slachtoffer: De term 'slachtoffer' verwijst naar alle personen die te maken hebben gehad met geweld. Deze keuze voor deze term is bewust aangezien we erkenning willen geven aan het geleden leed. Ondanks dat dit een veelgebruikte term is, gaan sommige mensen zichzelf echter niet als slachtoffer beschouwen. Het is daarom beter om oudere volwassenen niet als slachtoffer aan te spreken, tenzij zij zelf die term gebruiken om hun ervaringen te beschrijven.

Socio-economisch geweld: Het discrimineren en/of ontzeggen van mogelijkheden, bijstand en diensten aan personen (bijvoorbeeld niet verhuren aan oudere volwassenen en oudere volwassenen toegang ontzeggen tot medicatie terwijl ze er recht op hebben). Deze vormen van geweld zijn gekoppeld aan gender, seksuele oriëntatie, wettelijke status, beperking of leeftijd.

Steunfiguur: Aan een steunfiguur gaat de oudere volwassene seksueel of andere vormen van geweld onthullen. Deze persoon behoort tot het informeel netwerk en kan informele ondersteuning bieden aan het slachtoffer. Deze ondersteuning kan zowel een positieve als negatieve invloed hebben op het slachtoffer [50].

Suicide: Zelfmoord of zelfdoding.

Verkrachtingsmythes: Verkrachtingsmythes omvatten stereotypes en vooroordelen over slachtoffers en daders van seksueel geweld. Verkrachtingsmythes bepalen onterecht wat als 'echte' verkrachting of wie als een 'echt' slachtoffer beschouwd wordt [149]. Vaak wordt aangenomen dat het slachtoffer een zwakke jonge vrouw is en de dader een grote, onbekende man. In werkelijkheid klopt dit vaak niet. Iedereen kan slachtoffer worden van seksueel geweld, ongeacht de leeftijd, het geslacht of etniciteit [5, 150]. Verkrachtingsmythes beïnvloeden de beleving en het hulpzoekgedrag van het

slachtoffer, maar ook de attitudes van zorgverleners. Oudere slachtoffers (h)erkennen hierdoor vaak hun ervaringen niet als seksueel geweld, waardoor ook geen onthulling plaatsvindt. [4, 33, 40]. Anderzijds beschouwen zorgverleners oudere volwassenen vaak als onwaarschijnlijke doelwitten voor seksueel geweld [2, 39, 151, 152].

Zorgcentra na Seksueel Geweld: Deze centra bieden slachtoffers van seksueel geweld holistische zorg en adviseren hun steunfiguren. Holistische zorg bestaat uit: eventuele klachtneerlegging en nazorg. Deze zorg wordt verstrekt door een speciaal opgeleid team op één locatie in het ziekenhuis. Elk slachtoffer van seksueel geweld kan zich wenden tot het Zorgcentrum, ongeacht de leeftijd, verblijfsstatus, afkomst [153]

1 Onderzoeksvragen

Om de Leidraad Zorg aan Oudere Volwassenen na (Seksueel) Geweld op te stellen, zochten we een antwoord op twee primaire en zes secundaire onderzoeksvragen.

De primaire onderzoeksvragen:

- Hoe kunnen zorgverleners in het ziekenhuis geweldervaringen bij oudere volwassenen detecteren?
- Hoe kunnen zorgverleners in het ziekenhuis zorg bieden aan oudere slachtoffers van geweld?

De secundaire onderzoeksvragen:

- Hoe wenselijk is het routinematig screenen voor geweld bij oudere volwassenen?
- Wat is de ideale timing om bij oudere volwassenen te screenen naar geweldervaringen?
- Hoe kan je bij oudere volwassenen screenen naar geweldervaringen?
- Hoe dien je als zorgverlener te reageren op onthullingen van geweld bij oudere volwassenen?
- Welke basiszorg kan je als zorgverlener bieden?
- Hoe kan je als zorgverlener gepast doorverwijzen?

2 Onderzoeksdesign

Het beantwoorden van de onderzoeksvragen gebeurde aan de hand van diverse onderzoeksmethoden:

- Een **review** van wetenschappelijke literatuur en richtlijnen rond seksueel geweld, oudere volwassenen mis(be)handeling en intrafamiliaal geweld. Wegens het gebrek aan richtlijnen specifiek voor oudere volwassenen, werden ook richtlijnen geïncorporeerd die betrekking hadden op alle leeftijden. Irrelevante informatie met betrekking tot oudere volwassenen (bijvoorbeeld het afnemen van een zwangerschapstest, letsels bij kinderen ...) werd niet geanalyseerd.
- **Focusgroepen** met zorgverleners werkzaam in een Belgisch ziekenhuis of woonzorgcentrum die ervaring hebben met ouderenmis(be)handeling en/of zorg verlenen aan oudere volwassenen die geweld hebben meegemaakt. De focusgroepen richtten zich op het verder concretiseren van de inhoud en context (bijvoorbeeld ideale timing, verantwoordelijke persoon, wijze van vraagstelling ...) van de Leidraad Zorg aan Oudere Volwassenen na (Seksueel) Geweld.
- Regelmatige **overlegmomenten met experts** gespecialiseerd in ouderenzorg, (seksueel) geweld tegen oudere volwassenen en seksualiteit bij oudere volwassenen. Deze overlegmomenten hadden als doel tussentijdse resultaten te bespreken en advies rond finalisering te verwerven.

De data verzameld uit bovenstaande onderzoeken gaven vorm aan de leidraad ontwikkeld voor het Operatie Alert project. De leidraad werd uitgetest via een pilootstudie op de afdeling geriatrie van drie Belgische ziekenhuizen (UZ Gent, CHU de Liège, AZ Delta). Enkel patiënten opgenomen op de afdeling geriatrie, met voldoende cognitieve mogelijkheden, konden deelnemen aan de pilootstudie. Deelnemers werden uitgebreid geïnformeerd door de betrokken zorgverleners en gaven allen hun schriftelijke en mondelinge geïnformeerde toestemming. Zorgverleners die de leidraad hebben uitgetest, kregen voldoende begeleiding van het onderzoeksteam en dienden vooraf Operatie Alert opleidingsmodules te doorlopen. De opleidingsmodules en leidraad hielpen zorgverleners om op een (trauma)sensitieve wijze te screenen naar geweldervaringen bij oudere volwassenen en hierop gepast te reageren. Dit kon ofwel door het zelf bieden van basiszorg en/of het doorverwijzen naar ondersteunende diensten (zie [Bijlage 3](#)). De data vanuit de pilootstudie droeg bij aan het finaliseren van de leidraad.

3 Zoekstrategie

In juli en augustus 2023 hebben we op PubMed en Google Scholar gezocht naar literatuur en richtlijnen over seksueel geweld en andere vormen van geweld tegen oudere volwassenen. MeSH-termen en sleutelwoorden uit eerdere reviews werden gebruikt om de zoekstrategie te ontwikkelen. Vanwege de beperkte hoeveelheid literatuur en het ontbreken van richtlijnen specifiek voor seksueel geweld bij oudere volwassenen, werd de zoekopdracht uitgebreid. Hierdoor werd ook literatuur en richtlijnen die niet uitsluitend gericht waren op oudere volwassenen meegenomen, en werd de relevante informatie voor deze populatie handmatig geselecteerd. Artikels of richtlijnen die niet in het Nederlands, Frans of Engels waren geschreven, werden niet geïnccludeerd.

4 Data-analyse

Alle richtlijnen en literatuur zijn gescreend op geschiktheid. Vervolgens werden de richtlijnen geïmporteerd in NVivo12 (QSR International) voor analyse, terwijl we de artikelen handmatig of in Adobe Reader codeerden.

Vervolgens voerden we een thematische analyse uit om inzicht te krijgen in de huidige stand van zaken met betrekking tot richtlijnen en literatuur. Dit proces bestond uit zes stappen: (1) het verzamelen van gegevens, (2) een grondige verkenning van de data, (3) het coderen van gegevens, (4) het ontwikkelen van categorieën, (5) het conceptualiseren van thema's en (6) de contextualisering en presentatie van de bevindingen [154].

1 Overkoepelende organisaties of diensten in België

GESPECIALISEERD IN GEWELD



De Zorgcentra na Seksueel Geweld bieden holistische zorg aan ieder slachtoffer van (acuut en niet-acuut) seksueel geweld, ongeacht hun leeftijd verblijfs-status of afkomst en adviseren hun steunfiguren.

<https://zsg.belgium.be/nl>



Politionele Slachtofferbejegening biedt praktische bijstand, een respectvol onthaal en basisinformatie aan slachtoffers van geweld.

<https://www.politie.be/nl/>

ALGEMENE DIENSTEN



Een psycholoog kan begeleiding of therapie bieden aan slachtoffers of plegers, psycho-educatie verstrekken en/of een diagnose stellen. <https://www.vind-een-psycholoog.be/>



Een psychiater kan begeleiding of therapie bieden, diagnoses stellen en medicatie voorschrijven aan slachtoffers of plegers. Vraag een doorverwijzing bij de huisarts.



Het ziekenfonds kan zowel de oudere volwassene zelf als de omgeving financiële, praktische, administratieve en (psycho-) sociale ondersteuning bieden.



Een huisarts kan een luisterend oor bieden, helpen om de situatie uit te klaren en eventueel doorverwijzen naar gepaste hulpverlening. Bovendien kunnen ze ook letsels documenteren en een attest maken van arbeidsongeschiktheid.



Een seksuoloog kan psycho-educatie bieden rond lichamelijke, psychologische en relationele aspecten van seksualiteit en seksuele vaardigheden versterken. <https://www.seksuologen-vlaanderen.be/doorverwijsgids>

2 Nederlandstalige organisaties of diensten in Vlaanderen of Brussel

GESPECIALISEERD IN GEWELD



VLOCO is een rechtstreeks aanspreekpunt voor professionelen met vragen of nood aan advies rond ouderenmis(be)handeling. <https://www.ouderenmisbehandling.be/VLOCO/Index.aspx>



Het Brussels Meldpunt Ouderenmis(be)handeling vormt een aanspreekpunt voor concrete situaties van ouderenmis(be)handeling. Oudere volwassenen, hun netwerk en professionelen kunnen hier terecht voor advies, informatie en/of hulp. <https://inforhomesasbl.be/nl/onze-diensten/brussels-meldpunt-omb>
T 025 11 91 20



1712 is een gratis en anonieme hulplijn voor iedereen met vragen over geweld en misbruik. De hulplijn is 24/7 bereikbaar en richt zich voornamelijk op burgers.
<https://www.1712.be/nl>
T 1712



Zelfhulpgroepen en lotgenotencontacten brengen personen met soortgelijke ervaringen of problemen samen, waarbij ze hulp aan elkaar verlenen, meestal zonder tussenkomst van een professionele zorgverlener. Voorbeelden zijn Anaktisi, Punt vzw, IMLandelijk, Lotgenotengroep seksueel misbruik Hasselt, Sow hé. <https://www.zelfhulp.be/>

OPERATIE ALERT

ALGEMENE DIENSTEN



Tele-onthaal (106) biedt 24/7 gratis, anonieme en helpende gesprekken aan iedereen die op zoek is naar een luisterend oor of zich ergens zorgen over maakt. <https://www.tele-onthaal.be/>
T 106



Het CAW helpt iedereen, onder andere slachtoffers en plegers van geweld, met vragen en problemen die te maken hebben met welzijn. Bij het CAW kan je ook terecht voor Slachtofferhulp. Zij bieden zowel psychosociale begeleiding als juridische ondersteuning.
<https://www.caw.be/>
T 080 01 35 00



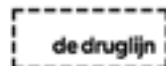
Het OCMW verstrekt maatschappelijke dienstverleningen en bevordert het welzijn van iedere burger. Ze kunnen oudere volwassenen en/of hun omgeving financieel, praktisch en (psycho-) sociaal ondersteunen.



De Woonzorglijn is beschikbaar voor oudere volwassenen, hun netwerk en/of zorgverleners voor informatie en advies over residentiële ouderenvoorzieningen. Bovendien behandelen ze klachten hierrond. <https://www.departementzorg.be/nl/de-woonzorglijn>
T 025 53 75 00



CGG bieden hulp aan personen met ernstige psychische problemen. Elk team bestaat uit psychiaters, psychologen en maatschappelijk werkers. <https://www.centrageestelijkegezondheidszorg.be/>



De Druglijn is er voor vragen over drank, drugs, pillen, gamen en gokken. <https://www.druglijn.be/>
T 078 15 10 20



Zelfmoord 1813 is een centrale dienst waar men terecht kan voor zichzelf, familie of derden in crisismomenten of als nabestaande. <https://www.zelfmoord1813.be/>

3 Franstalige organisaties of diensten in Wallonië of Brussel

GESPECIALISEERD IN GEWELD



Respect Seniors richt zich op mis(be)handeling bij oudere volwassenen en biedt advies, informatie, een luisterend oor, bijstand en verzamelt klachten. De dienst is toegankelijk voor oudere volwassenen zelf, hun omgeving en zorgverleners die zich zorgen maken over een situatie van misbruik.

<https://www.respectseniors.be/>
T 081 22 63 32



Ecoute Seniors is een hulplijn voor ouderenmis(be)handeling. De dienst is beschikbaar voor oudere volwassenen, hun netwerk en zorgverleners. De dienst verzamelt klachten, luistert, informeert, adviseert en bemiddelt bij conflictsituaties. <https://inforhomesasbl.be/fr/nos-services/ecoute-seniors>

T 022 23 13 43



SOS Viol biedt zorg aan slachtoffers van seksueel geweld en advies aan professionals die met slachtoffers in contact komen.

<https://www.sosviol.be/>
T 080 09 81 00



Écoute Violence Conjugale streeft ernaar de prevalentie en impact van intrafamiliaal geweld te verminderen en bij te dragen aan de veiligheid van slachtoffers. <https://www.ecouteviolencesconjugales.be/>

T 080 03 00 30

Een centrum voor slachtofferhulp biedt slachtoffers van misdrijven en hun naasten psychologische hulp, praktische adviezen en informatie, onafhankelijk van een klacht. Deze diensten worden verstrekt door een multidisciplinair team en zijn gratis en vertrouwelijk.



Zelfhulpgroepen en lotgenotencontacten brengen personen met soortgelijke ervaringen of problemen samen, waarbij ze hulp aan elkaar verlenen, meestal zonder tussenkomst van een professionele zorgverlener. Voorbeelden zijn Break the silence, Family Planning of Saint Gillis en La Touline legal aid service.

ALGEMENE DIENSTEN



Télé-Accueil (107) biedt 24/7 gratis, anonieme en helpende gesprekken aan iedereen die op zoek is naar een luisterend oor of zich ergens zorgen over maakt. <https://tele-accueil.be/>
T 107



De dienst slachtofferhulp biedt sociale en/of psychologische ondersteuning aan slachtoffers. Deze dienst helpt mensen bij vragen en problemen met betrekking tot hun welzijn. <https://victimes.cfwb.be/>



CPAS biedt diverse sociale diensten en zet in op het welzijn van iedere burger. Deze dienst kan dus zowel de oudere volwassene als diens omgeving financieel, praktisch, en (psycho-) sociaal ondersteunen.



Centre de Prévention du Suicide biedt hulp aan personen en hun naasten in iedere fase van het suïcidale proces. <https://www.preventionsuicide.be/>
T 080 03 21 23



Infor Drogues & addictions biedt anoniem informatie, hulp en advies aan ieder individu of gemeenschap die kampt met druggebruik (psycho-farmaca) en -verslavingen. <https://infordrogues.be/>
T 022 27 52 52

In onderstaande tabel kan je nog enkele communicatietips bij oudere volwassene raadplegen [17, 155, 156]:

DO	DON'T
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Stel jezelf voor (inclusief functie en doel van gesprek). ✓ Vraag of je de oudere volwassene bij naam mag aanspreken. ✓ Gebruik korte, eenvoudige zinnen en woorden. ✓ Spreek rustig en duidelijk. ✓ Plaats je op gelijke hoogte (bijvoorbeeld: neerzitten). ✓ Blijf in het gezichtsveld van de oudere volwassene en maak oogcontact. Neem voldoende tijd. ✓ Geef de oudere volwassene ruimte om te antwoorden. Oudere volwassenen hebben soms meer tijd nodig om informatie te verwerken. ✓ Stel één vraag per keer en vermijd lange bijzinnen. ✓ Vraag door en luister actief. ✓ Vul niet in voor de oudere volwassene. ✓ Vat regelmatig samen en toets af of je zaken juist begrepen hebt. ✓ Gebruik een lage stem. Slechthorende oudere volwassenen verstaan lage tonen beter. ✓ Herhaal in andere bewoordingen indien de oudere volwassene je niet begrijpt. ✓ Vraag of de oudere volwassene een bril of lenzen heeft en hou rekening met mogelijke visuele beperkingen. ✓ Vraag of de oudere volwassene een hoorapparaat heeft en hou rekening met mogelijke gehoorproblemen. ✓ Geef aan wanneer je van onderwerp verandert (bijvoorbeeld via een pauze). ✓ Maak eventueel gebruik van versterkingsapparaten, indien beschikbaar. ✓ Indien oudere volwassenen moeite hebben om het verschil te horen tussen bepaalde letters en cijfers, contextualiseer dan. bijvoorbeeld: J van Jan en drie, vier in plaats van vierendertig. ✓ Zorg voor voldoende licht in de ruimte zodat jouw gelaatsuitdrukkingen zichtbaar zijn. ✓ Beperk de hoeveelheid tekst bij schriftelijke informatie. 	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Roep of spreek niet met verheven stem, dit kan klanken vervormen. ✗ Spreek niet met een hoge stem bij slechthorende oudere volwassenen. ✗ Gebruik geen verkleinwoorden. ✗ Doe niet alsof je de oudere volwassene verstaan hebt als dit niet zo is. ✗ Ga er niet vanuit dat de oudere volwassene de uitleg begrijpt. ✗ Praat niet over de oudere volwassene heen. ✗ Fluisteren niet of spreek niet zacht. ✗ Infantiliseer niet. ✗ Onderbreek de oudere volwassene niet of jaag de persoon niet op. ✗ Praat niet met je rug naar de oudere volwassene gekeerd en spreek ook niet terwijl je op de computer bezig bent. ✗ Voer het gesprek niet in een luidruchtige omgeving (bijvoorbeeld met veel achtergrondgeluid). ✗ Gebruik geen onduidelijk lettertype of handschrift voor schriftelijke informatie. ✗ Vermijd het expliciet gebruiken van woorden zoals 'verkrachting', 'seksueel geweld' of soortgelijke termen. ✗ Reageer niet respectloos of oordeel niet. ✗ Ga niet heen-en-weer tussen onderwerpen.



SCREENINGSPROTOCOL

Controleer eerst de cognitieve mogelijkheden van de persoon. Dit kan via een formele vragenlijst (zoals de Mini-Mental State Examination), maar gebeurt vaak aan de hand van een klinische beoordeling met informele vragen:

- Wat is jouw naam?
- Wanneer ben je geboren?
- Hoe oud ben je momenteel?
- Welk jaar is het?
- Welke maand is het?
- Welke dag is het?
- Wie is de koning van België?

! Medicatiegebruik en acute ziekte, zoals een infectie, kan bij oudere volwassenen zorgen voor een gebrek aan alertheid tijdens het gesprek. Plan eventueel een nieuw moment indien nodig.

↳ Zie module '5.3 Oudere volwassenen' en '5.4 Personen met een beperking'.

Bij oudere volwassenen met onvoldoende cognitieve mogelijkheden zijn deze praktijkhandvatten ontoereikend.

Je kan het gesprek starten met een open vraag, zoals:

“Welke gebeurtenissen zijn voor jou belangrijk geweest in jouw leven?”

Deze informatie biedt ruimte voor het verhaal van de oudere volwassene en helpt je beter begrijpen wie of wat belangrijk is geweest in het leven van je patiënt. Daarnaast krijg je ook inzicht in het sociale netwerk van de persoon en de dynamieken binnen dit netwerk. We raden je aan om in te pikken op het verhaal van je patiënt en zo zicht te krijgen op **mogelijke ervaringen van grensoverschrijdend gedrag of geweld**. Dit kan via de volgende vragen:

- Heb je je ooit onveilig gevoeld waar je woont? Voel je je momenteel veilig waar je woont?
- Ben je ooit bang geweest van iemand? Ben je momenteel bang van iemand?
 - » Zoja, kan je daar meer over vertellen? / Kan je daar een voorbeeld van geven?
- Heb je ooit conflicten gehad met iemand in jouw omgeving? Heb je momenteel conflicten met iemand in jouw omgeving?
 - » Zoja, kan je daar meer over vertellen? / Kan je daar een voorbeeld van geven?

Naast open vragen kan je ook volgende gevalideerde vragen stellen die peilen naar concrete ervaringen met verschillende vormen van geweld. Deze vragen peilen naar situaties waarin de grenzen van je patiënt zijn overschreden of waar er sprake was van onveiligheid. Je kan dit als volgt naar je patiënt verwoorden:

“Veel mensen maken situaties mee waar hun grenzen overschreden worden, vaak door personen die ze goed kennen. We willen graag zo goed mogelijk zorgen voor jou, zou ik een paar vragen mogen stellen?”

- Heeft iemand je ooit verhinderd om bijvoorbeeld eten, geneesmiddelen, een bril of hoorapparaat te kopen?
- Heeft iemand je ooit verhinderd om medische hulp te zoeken?
- Ben je ooit gedwongen geweest om documenten te ondertekenen terwijl je dit niet wou?
- Heeft iemand ooit jouw geld gebruikt terwijl je dit niet wou?
- Heeft iemand je ooit tegengehouden om mensen te ontmoeten die je graag wou zien?
- Heb je je ooit beschaamd gevoeld door wat iemand tegen jou gezegd heeft?
- Heb je je ooit door iemand bedreigd gevoeld? Heb je je ooit bedreigd gevoeld door wat iemand tegen jou gezegd heeft?
- Heeft iemand je ooit fysiek pijn gedaan?
- Ben je ooit gedwongen geweest om te kijken naar intieme lichaamsdelen (bijvoorbeeld borsten, een vagina, penis en anus) op een seksuele manier of iemand die voor je masturbeerde terwijl je dit niet wou zien?
- Heeft iemand ooit jouw kledij gedeeltelijk of volledig uitgedaan of heb je dit ooit zelf moeten doen terwijl je dit niet wou?
- Heb je ooit iemand moeten kussen of heeft iemand jou gekust tegen jouw wil?
- Heeft iemand je ooit aangeraakt op intieme plaatsen terwijl je dit niet wou?
- Heb je ooit orale, vaginale, of anale seks moeten hebben terwijl je dit niet wou?

Wanneer uit de screening blijkt dat iemand geweld heeft ervaren, is het belangrijk om vervolgvragen te stellen. Deze kunnen ingeleid worden als volgt:

“Om je zo goed mogelijk te kunnen helpen, zou ik graag nog enkele vragen over [...] willen stellen.”

- Wanneer is [...] gebeurd? / Vond [...] plaats in de voorbije week, maand of langer dan een maand geleden?
- Hoe vaak vindt/vond [...] plaats?
- Wat kan ervoor zorgen dat je je veiliger zou voelen? / Wat zou je willen dat er verandert?
- Hoe kan ik jou ondersteunen om die verandering mogelijk te maken?
- In welke mate wil je verdere hulp ontvangen? Welke zorg zou jij graag ontvangen?

Bij een heropname screen je telkens opnieuw op seksueel geweld of andere vormen van geweld, ondanks een eventuele vorige ontkenning [34]. Slachtoffers willen soms in beraad nemen of ze het bij een volgende consultatie wel aan je kunnen en willen vertellen.

Hou bij het screenen op geweld steeds rekening met de volgende **do's en don'ts** [6, 14, 15, 18, 21, 28-30, 37, 38, 40-43, 45, 46]:

DO

- ✓ Communiceer transparant welke informatie je kan delen met anderen.
- ✓ Toets met je herformulering bij de oudere volwassene af of je alles juist begrepen hebt:
'Begrijp ik het goed als...' of *'Bedoel je met... dat...?'*
- ✓ Verduidelijk termen die oudere volwassenen gebruiken.
- ✓ Nodig de oudere volwassene uit om te vertellen:
'Vertel me meer' of *'Wat gebeurde er toen?'*
- ✓ Laat oudere volwassenen uitspreken.

DON'T

- ✗ Focus niet voortdurend op nota's.
- ✗ Mijd de woorden 'verkrachting', 'seksueel geweld' of gelijkaardige termen. Deze termen zijn zwaar beladen, laten ruimte voor interpretatie en zijn niet altijd gekend.
- ✗ Stel geen beschuldigende vragen of waarom-vragen:
'Wat deed je daar alleen?' of *'Waarom heb je niet geroepen?'*
Dit kan het schuldgevoel bij oudere volwassenen vergroten.
- ✗ Onderbreek de oudere volwassene niet.
- ✗ Speel geen detectieve. Vraag enkel details indien relevant.

BIJ WIE KAN IK DE KOMENDE DAGEN TERECHT?**Waar ben je veilig? Wie vertrouw je?**

Naam, adres en telefoonnummer: _____

Naam, adres en telefoonnummer: _____

Naam, adres en telefoonnummer: _____

SIGNALEN**Dat het niet goed met me gaat**

RUST**Wat brengt met tot rust?**

NOODNUMMERS EN HULPLIJNEN**In nood?**

- Politie: 101 App 112

Luisterend oor en assistentie

- Tele-onthaal: bel 106 of chat via tele-onthaal.be
- Hulplijn bij vragen over geweld: 1712
- Zelfmoordlijn: 1813

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

SPECIFIEKE HULPVERLENING BIJ JOU IN DE BUURT

Zorgcentrum na Seksueel Geweld (indien van toepassing): _____

Mijn huisarts: _____

Andere hulpverlening: _____

ZSG Antwerpen

↳ UZ Antwerpen T 03 436 80 50
Drie Eikenstraat 655 E zsg@uza.be
2650 Edegem
www.uza.be/nl/specialismen/zorgcentrum-na-seksueel-geweld-zsg

ZSG Luik

↳ UMC Luik T 04 323 93 11
Rue de Gaillarmont 600 E cpvs@chuliege.be
4032 Chênée
www.chuliege.be/jicms/c2_23721046/fr/gynecologie-obstetrique/centre-de-prise-en-charge-des-violences-sexuelles

ZSG Brussel

↳ UMC Sint-Pieter T 02 535 45 42
Hoogstraat 320 E cpvs@stpierre-bru.be
1000 Brussel
www.stpierre-bru.be/nl/service/gynaecologie-verloskunde/hoogstraat-320/zorgcentrum-na-seksueel-geweld/

ZSG Luxemburg

↳ Vivalia T 063 55 63 30
Rue des Déportés 137 E cpvslux@vivalia.be
6700 Aarlen
www.vivalia.be/centre-de-prise-en-charge-des-violences-sexuelles-arlon

ZSG Charleroi

↳ UMC Charleroi T 071 92 41 00
Chaussée de Bruxelles 100 E cpvs@chu-charleroi.be
6042 Lodelinsart
www.humani.be/chu-charleroi-chimay/centre-de-prise-en-charge-des-violences-sexuelles/centre-de-prise-en-charge-des-violences-sexuelles/

ZSG Namen

↳ CHRSM T 081 72 62 62
Avenue Albert 1er 143 E cpvs@chrsm.be
5000 Namen
meuse.chrsm.be/services/centre-de-prise-en-charge-des-violences-sexuelles-cpvs

ZSG Leuven

↳ UZ Leuven T 016 34 11 11
Herestraat 49 E zsg@uzleuven.be
3000 Leuven
www.uzleuven.be/nl/diensten-centra-en-afdelingen/zorgcentrum-na-seksueel-geweld-zsg

ZSG Oost-Vlaanderen

↳ UZ Gent T 09 332 80 80
C. Heymanslaan 10 E zsg@uzgent.be
9000 Gent
www.uzgent.be/patient/zoek-een-arts-of-dienst/zorgcentrum-na-seksueel-geweld

ZSG Limburg

↳ Ziekenhuis Oost-Limburg T 089 80 81 00
Synaps Park 2050 – bus C E zsglimburg@zol.be
3600 Genk
www.zol.be/zorgcentrum-na-seksueel-geweld-limburg

ZSG West-Vlaanderen

↳ AZ Delta T 051 23 80 80
Deltalaan 1 E zsg@azdelta.be
8800 Roeselare
www.azdelta.be/nl-BE/zsg

Voor de meest actuele informatie, raadpleeg de website direct via zsg.belgium.be/nl/contact.

↳ Zie module '4.7 Geweld en recht' en '4.8 Handelen na een strafbaar feit'.

Een strafrechtelijke procedure kan complex zijn en afhankelijk van het dossier verschillende richtingen uitgaan [95]. In deze leidraad bespreken we slechts de basis. **Informeert de oudere volwassene over het verloop van een strafrechtelijke procedure** [18, 22, 34]: bij een aangifte noteert de politie de verklaring in een proces-verbaal en overhandigt een attest van klachtneerlegging. Dit attest bevat informatie over het verdere verloop van de klacht en praktische informatie, zoals contactgegevens. In principe stuurt de politie de klacht door naar het parket van de procureur des Konings. Deze persoon beslist wat er met de klacht gebeurt [103, 166]:

- seponeren: zonder gevolg klasseren
- bemiddeling in strafzaken: onderlinge overeenkomst tussen de pleger en het slachtoffer over een materiële en/of morele schadevergoeding
- minnelijke schikking: opgelegde geldsom te betalen door de pleger
- instellen van een gerechtelijk onderzoek: ingrijpende maatregelen voor de pleger
- vervolging: pleger vervolgen voor de strafrechtbank

Als de pleger wordt vervolgd, moet hij voor de bevoegde strafrechtbank verschijnen. Als het verzoek tot schadevergoeding wordt afgewezen of slachtoffers vinden het toegekende bedrag te laag, dan kunnen ze hoger beroep aantekenen [96]. Om een financiële schadevergoeding te ontvangen, moeten slachtoffers zich burgerlijke partij stellen of een vordering instellen voor de burgerlijke rechtbank [99]. Meer informatie vind je op <https://justitie.belgium.be/sites/default/files/vous-etes-victime-2016-nl-web.pdf>

HOE BEWAAR JE SPOREN VAN SEKSUEEL GEWELD?

1



TIJDIG

Spoor slachtoffers aan zo snel mogelijk een forensisch onderzoek te laten uitvoeren. Weet dat er na 72 uur nog maar weinig sporen op en in het lichaam overblijven die voor forensisch onderzoek bruikbaar zijn. Hoe sneller na de feiten, hoe meer kans er is om wel nog bruikbare sporen te kunnen verzamelen.

2

NIET WASSEN

Leg de slachtoffers uit dat ze zich niet eerst mogen wassen, lokaal afvegen of douchen ook al is dit het eerste wat ze willen doen. Na het forensisch onderzoek kunnen ze douchen.



3

NIET PLASSEN

Vermijd plassen en een toiletbezoek in het algemeen. Is dit laatste moeilijk te realiseren, vraag slachtoffers van een vaginale en/of anale penetratie dan om voor het plassen of defeceren de ano-genitale zone eerst af te vegen met toilet papier. Dit toilet papier nemen ze mee in een papieren zak. Urine vangen ze in een potje op en geven ze nadien aan je af.



4

NIET DRINKEN

Vermijd dat slachtoffers na oraal contact iets drinken of eten of hun mond spoelen. Na het forensisch onderzoek kunnen ze drinken en eten.



5

VERMIJD FYSIEK CONTACT

Vraag slachtoffers fysiek contact met andere mensen te vermijden. Daarmee wens je te vermijden dat er DNA van andere mensen wordt gevonden, in plaats van het DNA van de pleger.



6

HOUD KLEDIJ AAN

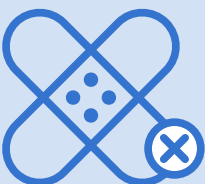
Laat slachtoffers de kledij aanhouden die ze tijdens het seksueel geweld droegen of vraag hen hun kledij in een papieren zak te stoppen. Raad slachtoffers aan verse vervangkledij mee te nemen zodat zij na het forensisch onderzoek eigen kleren kunnen aantrekken of bied zelf verse kledij aan.



7

WACHT MET WONDZORG

Geef aan de slachtoffers aan waarom het beter is om met wondzorg even te wachten. Ontsmet nog geen wonden, haal geen nagelvuil weg en verzorg nog geen bijt- of andere letsels. Doe dit zolang er geen swabs zijn afgenomen en de toestand van je patiënt je toelaat om nog te wachten.



8

HOUD LAKENS, MAANDVERBAND ... BIJ

Houd lakens, maandverband, inlegkruisjes, tampons, condooms ... bij en neem deze wanneer vochtig in een plastic zak en wanneer niet vochtig in een papieren zak mee.



→ Doorverwijzing ENKEL na telefonisch overleg met het Zorgcentrum**1. Patiëntgegevens (of patiëntetiket):**

Naam en voornaam: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Telefoonnummer: _____

Indien minderjarig, contactgegevens en telefoonnummer van de ouder(s) of voogd(en):

_____**2. Hoe kwam de patiënt in uw ziekenhuis terecht:** Ziekenwagen → Identificatie van de ziekenwagen: _____ Spontaan Doorverwezen door een zorgverlener → Naam: _____ Politie → Naam: _____ Zone: _____**3. Tijd tussen het seksueel geweld en de aanmelding in het ziekenhuis:** Minder dan 72 uur (acuut). Tussen 72 uur en 1 week (acuut). Tussen 1 week en 1 maand (post-acuut). Meer dan 1 maand (niet-acuut): Nodig de patiënt uit in geval van verdere vragen contact met het Zorgcentrum op te nemen.**4. Naam van de zorgverlener die het Zorgcentrum contacteerde en de zorgen aan de patiënt verleende:**
_____**5. Zorgen uitgevoerd voor doorverwijzing naar het Zorgcentrum:** Bloedafname (Indien resultaten reeds gekend: gelieve toe te voegen aan deze fiche): _____
_____ Urine-analyse /urinaire screening (Indien resultaten reeds gekend: gelieve toe te voegen aan deze fiche): _____
_____ Dringende zorg(en): _____
_____ Toegediende medicatie: _____

HANDLEIDING VOOR UNIFORME LETSELBESCHRIJVING

Deze handleiding biedt zorgverleners een praktische gids voor het beschrijven van letsels op een eenduidige en accurate manier. Het document behandelt stapsgewijs de essentiële aspecten van letselbeschrijving, waaronder het type, de vorm, de kleur, de locatie, en de omvang van de letsels. Door een uniforme aanpak te hanteren, kunnen zorgverleners consistente en betrouwbare letselbeschrijvingen opstellen, die van belang zijn voor zowel klinische als juridische doeleinden. Bovendien wordt er aandacht besteed aan het maken van goede foto's en het nauwkeurig documenteren van letsels op schema's.

➤ Zie module '4.6
[Sporenbewarend handelen
en forensische zorg na
geweld](#)'.

Letselbeschrijving is een moeilijke vaardigheid die veel oefening vraagt. Daarom werd er ook een e-learningmodule ontwikkeld die zorgverleners verdere training biedt in dit domein. We nodigen je uit om deze module te bekijken voor meer verdieping en oefening.

COLOFON

Ontwikkeling inhoud

Sofie Vander Meiren (AZ Delta)
Jolien Langedock (AZ Delta)
Elizaveta Fomenko (UGent, VIORESC)
Prof. Dr. Ines Keygnaert (UZGent, UGent, VIORESC)
Dr. Lieven Wostyn (AZ Delta)

Ondersteuning en coördinatie

Anouk Peeters (UGent, VIORESC)
Elizaveta Fomenko (UGent, VIORESC)
Els Andries (UZGent, VIORESC)
Prof. Dr. Ines Keygnaert (UZGent, UGent, VIORESC)

Bij verwijzing naar deze handleiding, gebruik steeds de volgende bronvermelding: Vander Meiren, S., Langedock, J., Fomenko, Keygnaert, I. & Wostyn, L. (2024). Handleiding voor Uniforme Letselbeschrijving. UZGent, UGent & FOD Volksgezondheid.

Al het fotomateriaal in deze handleiding is afkomstig van AZ Delta, Zorgcentrum na Seksueel Geweld West-Vlaanderen.

INHOUD

1. Hoe beschrijf je letsels?	2
1.1. Het soort letsel	2
1.2. De vorm van het letsel	3
1.3. De kleur van het letsel	4
1.4. De orientatie en locatie van het letsel	4
1.5. Afmeting, diepte en aantal van elk letsel	5
1.6. Goede foto's nemen van het letsel	6
1.7. Voorbeeld correcte letselbeschrijving	6

1. HOE BESCHRIJF JE LETSELS?

Letselbeschrijving doe je bij het klinisch onderzoek van een slachtoffer van geweld.

Je beschrijft het letsel dat je vaststelt feitelijk aan de hand van verschillende criteria. Je geeft geen waardeoordeel over de oorzaak of de gevolgen van het geweld. Een correcte letselbeschrijving doe je in 7 stappen en omvat: 1) het soort letsel, 2) de vorm, 3) de kleur, 4) de oriëntatie, 5) de locatie, 6) de afmeting en 7) de diepte van elk letsel. Vermeld ook het aantal letsels en neem foto's van elk letsel.

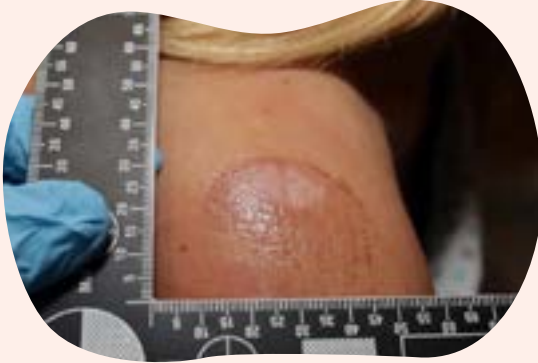
1.1. HET SOORT LETSEL

- **Stomp trauma**
Bij de stompe traumata onderscheiden we **schaafwonden (abrasies)**, **kneuzingen (ecchymoses)**, **scheurwonden (laceraties)** en **botbreuken**. Dit zijn alle verwondingen als gevolg van een stompe impact zoals een val, sprong, vuistslag, stamp, slag van een stomp voorwerp ... letsels kunnen op de plaats van de impact ontstaan (=direct) of eerder op afstand (= indirect).
- **Scherp trauma**
Snijwonden en steekwonden zijn voorbeelden van een scherp trauma. Dit omvat verwondingen als gevolg van een scherp voorwerp zoals een mes of glasscherven. Zelfverwonding (automutilatie) valt ook onder de snijwonden.
- **Bijzondere verwondingen**
Er bestaan nog tal van andere verwondingen, zoals **puntbloedingen** (petechiën, speldeknopgrote paarse of rode puntvormige huidbloedingen) die kunnen verschijnen na een (poging tot) wurging, **brandwonden**, **prikletsels**, **schotwonden** ...

VOORBEELDEN

Stomp trauma

- Schaafwonde



Bijzondere verwondingen

- Petechiën



Scherp trauma

- Snijwonde



1.2. DE VORM VAN HET LETSEL

Omschrijf de verschillende vormen die letsels kunnen hebben door elementaire begrippen te gebruiken zoals:

- lijn/streepvormig
- boogvormig
- rond
- ovaal
- schijfvormig

Als er sprake is van een herkenbare afdruk, benoem deze dan: raster-, stok-, handvormig ...

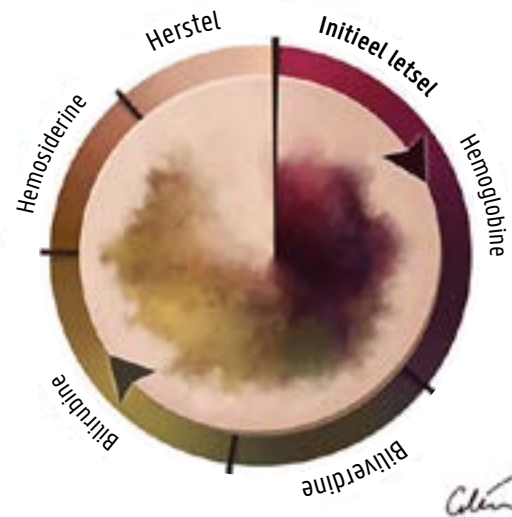


VOORBEELD

Tramspoorwond
(= parallelle rode/blauwe lijnen)

1.3. DE KLEUR VAN HET LETSEL

Sommige letsels (bv een ecchymose) evolueren met de tijd in kleur. Het is daarom belangrijk om de kleur(en) duidelijk aan te geven in de letselbeschrijving. We noteren echter geen tijdsinschatting.



1.4. DE ORIENTATIE EN LOCATIE VAN HET LETSEL

Bij het beschrijven van letsels is het cruciaal om altijd een duidelijk referentiepunt te gebruiken. Dit helpt om het letsel nauwkeurig te lokaliseren en later correct te kunnen documenteren.

LET OP!

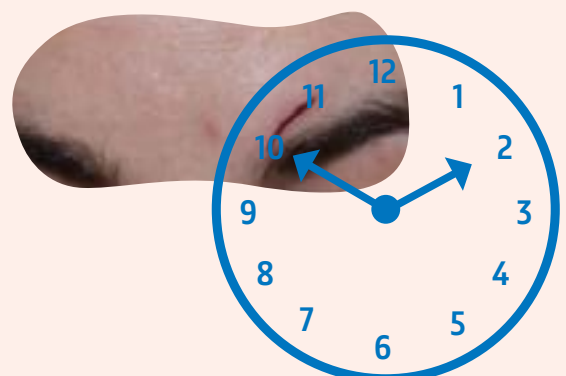
Hanteer bij het noteren van links en rechts altijd het perspectief van je patiënt.

De richting en oriëntatie van het letsel zijn belangrijk voor een correcte weergave. Hierbij kan je termen gebruiken zoals schuin, verticaal, horizontaal ...

Rond de ogen, tepels, mond of anogenitale regio kan je de locatie beschrijven aan de hand van de uren op een klok. Een letsel aan de bovenzijde duid je aan als '12 uur', rechts als '3 uur', onderaan als '6 uur' en links als '9 uur'. Om verwarring te voorkomen, is het belangrijk te vermelden in welke houding je het slachtoffer onderzoekt.

VOORBEELD

Een snijwonde die zich bevindt tussen 10 en 11 uur mediaal het linkeroog, parallel aan de linker wenkbrauw.



1.5. AFMETING, DIEPTE EN AANTAL VAN ELK LETSEL

- **Afmeting**

Gebruik bij de beschrijving van de afmetingen van letsels steeds consequent een aanduiding in centimeters, zoals "4 cm op 2 cm" of "circa 4 cm in diameter".

Meet de letsels indien mogelijk met een meetlat om de afmetingen nauwkeurig vast te stellen.

- **Diepte**

Diepte is vooral belangrijk bij open letsels, zoals snijwonden, steekwonden en scheurwonden. Bij snijwonden is de lengte doorgaans groter dan de diepte, terwijl bij steekwonden de diepte groter is dan de lengte.

Soms kan het moeilijk zijn om de diepte nauwkeurig te meten. Je mag daarom ook een inschatting maken. In sommige gevallen kan je de diepte ook vaststellen met behulp van radiologische technieken of een pijlsonde, bijvoorbeeld in een operatiekwartier.

- **Aantal**

Indien er meerdere letsels in dezelfde zone van het lichaam voorkomen, kan het gemakkelijker zijn om deze letsels samen te beschrijven.

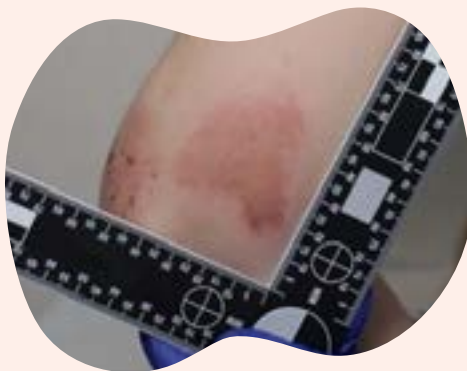
LET OP!

Verschillende kneuzingen in dezelfde zone kunnen wijzen op een patroonvormige kneuzing, zoals bijvoorbeeld kneuzingen veroorzaakt door vingertoppen.

VOORBEELDEN

Afmeting

- Schaafwonde met een grootte van 4 cm bij 4 cm.



Aantal

- Aan de binnenkant van de rechter bovenarm bevinden zich over de volledige lengte meerdere geelbruine ecchymoses.



1.6. GOEDE FOTO'S NEMEN VAN HET LETSEL

Indien mogelijk en met toestemming van het slachtoffer, is het sterk aanbevolen om letsels te fotograferen. Fotodocumentatie is belangrijk om verschillende redenen:

- De datum en tijd van de letsels worden vastgelegd.
- Foto's kunnen nuttig zijn bij overleg met interne en externe hulpverleners.
- Foto's kunnen helpen bij het opstellen van een letselbeschrijving.
- Foto's kunnen dienen als juridisch bewijsmateriaal.

Je kan foto's nemen met verschillende soorten fototoestellen. De instellingen variëren per toestel en zijn afhankelijk van verschillende factoren, zoals de ruimte, het letsel, lichtinval en het type fototoestel. Om deze redenen is het niet mogelijk om uit te leggen hoe je elk toestel juist instelt. Pas wel steeds de volgende algemene tips toe:

- Zorg voor voldoende omgevingslicht.
- Gebruik geen directe flits, omdat dit het letsel kan overbelichten. Gebruik een externe lichtbron via het plafond of een muur.
- Neem meerdere foto's, controleer onmiddellijk het resultaat en maak indien nodig bepaalde foto's opnieuw.
- Bij uitgebreide of complexe letsels is het raadzaam om met twee personen te werken, bijvoorbeeld om een lichaamsdeel te ondersteunen of om het slachtoffer te helpen.

Het is belangrijk om steeds te weten wie er gefotografeerd is, waar het letsel zich bevindt en hoe het letsel er in detail uitziet. Gebruik altijd de volgende vaste volgorde bij het fotograferen:

1. Portretfoto van het slachtoffer. Dit betekent een foto van de volledige persoon, van top tot teen.
2. Overzichtsfoto van de zone waar het letsel zich bevindt.
3. Detailfoto van het letsel:
 - Indien mogelijk, gebruik een latje loodrecht boven het letsel om de afmetingen te tonen.
 - Neem de foto loodrecht boven het letsel. Als er zwelling zichtbaar is, kunnen ook enkele foto's onder een hoek worden genomen.
 - Controleer steeds de foto's en oefen indien nodig om te zorgen dat de volgorde en de kwaliteit van de foto's voldoen aan de richtlijnen.

1.7. VOORBEELD CORRECTE LETSELBESCHRIJVING












Afdrukkneuzing in de vorm van twee halve maanvormige kneuzingen die in elkaar overvloeien, met een totale afmeting van ongeveer 3 cm bij 2,5 cm. De kneuzing is rood van kleur en bevindt zich tussen 2 uur en 3 uur op ongeveer 2,5 cm van de rechterschouder.

2. HOE TEKEN JE LETSELS?

Naast een beschrijving van de letsels is het ook belangrijk alle bevindingen aan te duiden op schema's, zodat de exacte soort letsels en hun locaties gedocumenteerd kunnen worden. Deze aanduidingen gebeuren volgens een gestandaardiseerde symbolenlijst of kleurschema¹:

Symbolenlijst

Letsel	Symbool
Kneuzing	
Open wonde	/ of 
Open wonde verzorgd door spoed	
Brandwonde	
Schaafwonde	 of lineaire excoriatie/schram: ...
Kogelwonde	
Littekens	
Prikletsel (met zekerheid iatroceen)	
Prikletsel (geen zekerheid iatrogeen)	
Botbreuk	#

VOORBEELD

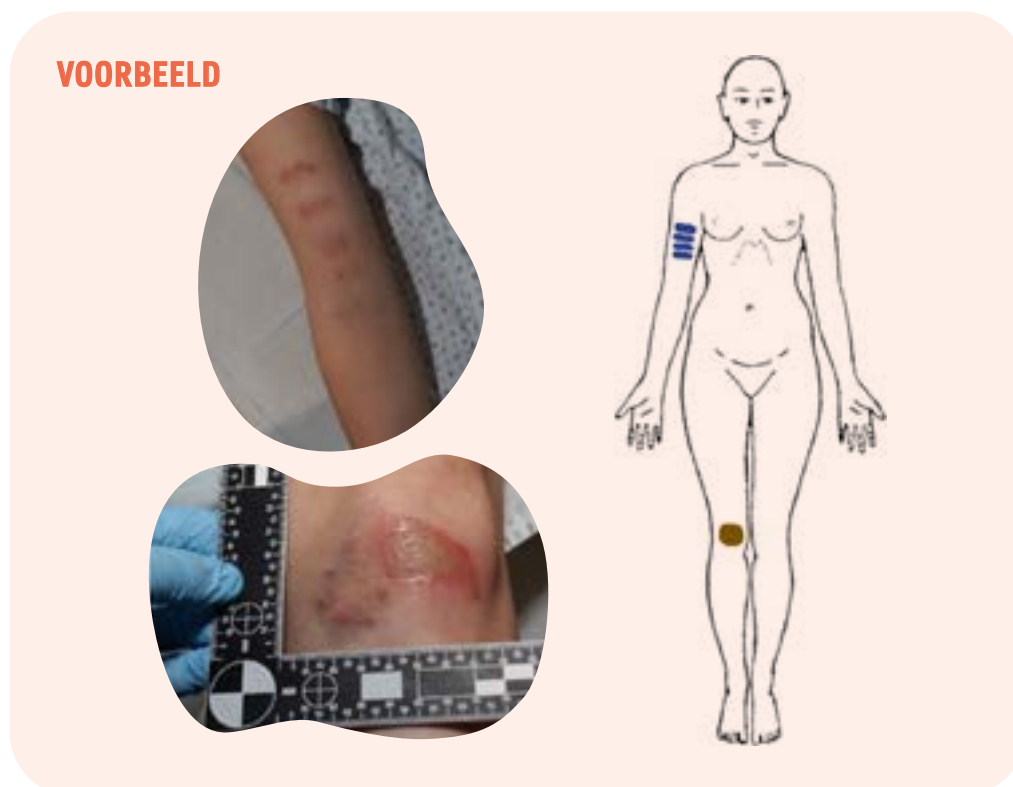


¹ Keygnaert, I., Wuestenbergs, J., Decorte, R., Deforce, D., Jehaes, E., Van Hoofstat, D., Desmyter, S., Marcotte, A., Michiels, L., Baert, S. & Roelens, K. (2017). Stappenplan voor Forensisch Onderzoek na Seksueel Geweld in de Zorgcentra na Seksueel Geweld.

Kleurenschema

Letsel	Kleur
Open wonde	Rood
Prikletsel (niet-iatrogeen)	Rood (stipvormig)
Latrogene (recent chirurgisch) open wonde	Paars
Prikletsel (iatrogeen)	Paars (stipvormig)
Uitwendig zichtbare kneuzing / onderhuidse bloeding	Blauw
Uitwendig zichtbare verkleurde kneuzing	Blauw met groene of gele rand
Koudeletsel	Blauw met roze rand
Schaafwonde	Bruin
Litteken	Grijs
Tatoeage	Geel
Brandwonde	Oranje

VOORBEELD



Als je dienst geen eigen certificaat heeft om de letsels in te beschrijven, kan je het medische certificaat bij slagen en verwondingen vinden in [Bijlage 13](#).

1. Heb je ooit een of meerdere van de onderstaande gebeurtenissen meegemaakt?

(Je mag meerdere antwoorden aanduiden.)

- Een ernstig ongeval of brand.
- Psychologisch, fysiek of seksueel geweld.
- Een aardbeving of overstroming.
- Een oorlog.
- Zien hoe iemand wordt gedood of zwaargewond raakt.
- Iemand die je nabij is verliezen door moord of zelfmoord.
- Geen van bovenstaande.

2. Naar aanleiding van deze gebeurtenis(sen), heb je in de afgelopen maand ...

	Ja	Nee
... nachtmerries gehad over de gebeurtenis(sen), of aan deze gebeurtenis(sen) gedacht terwijl je dat niet wou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hard geprobeerd om niet te denken aan de gebeurtenissen, of erg je best gedaan om situaties te vermijden die je aan de gebeurtenis(sen) doen denken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... het gevoel gehad dat je voortdurend op je hoede, waakzaam of schrikachtig was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... je verdoofd gevoeld, of afstand gevoeld tot mensen, activiteiten of jouw omgeving?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... je schuldig gevoeld of niet kunnen ophouden met jezelf of anderen de schuld te geven voor de gebeurtenissen of de gevolgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beoordeling

Indien [1] met 'ja' wordt beantwoord én onder [2] worden 3 of meer vragen met 'ja' beantwoord:
Post-traumatische stressstoornis waarschijnlijk en nadere diagnostiek geadviseerd.

Referentie

Originele versie: Prins, A., Bovin, M.J., Smolenski, D.J., Marx, B.P., Kimerling, R., Jenkins-Guarnieri, M.A., Kaloupek, D.G., Schnurr, P.P., Kaiser, A.P., Leyva, Y.E., Tiet, Q.Q. (2016). The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample. *Journal of General Internal Medicine*.

HULPMIDDEL VOOR HET OPSTELLEN VAN HET MEDISCH CERTIFICAAT
GOEDGEKEURD DOOR DE ORDE VAN ARTSEN

Ik, ondertekende, dr. (naam en voornaam)

te (plaats) _____ Rizivnr. _____

verklaar onderzocht te hebben op (datum) ____ / ____ / ____

te (plaats) _____ om (uur) _____

Naam (patiënt) _____

Voornaam _____

Geboortedatum _____

Wonende te _____ Postcode _____

Straat _____ Nr. _____

Deze patiënt verklaart:

(Beschrijving door de patiënt van de feiten met datum en uur)

De actuele klachten zijn:

Lichamelijk onderzoek:

(Beschrijving van de letsels: schrammen, ecchymosen, hematomen, wonden, andere (aard) en ligging, vorm, aspecten grootte, kleur en leeftijd van elk letsel)

Psychische toestand op moment van vaststelling:

Bijgevoegde foto's en schema's:

(Elk aan het getuigschrift toegevoegd document moet genummerd, gedateerd, getekend zijn en in verband met het getuigschrift gebracht worden)

Bijkomende onderzoeken die dienen te worden uitgevoerd:

Verwijzing: (naar een dienst voor slachtofferhulp of andere instantie)

Voorgestelde behandeling:

Als gevolg van het trauma werd een volledige voorlopige werkonbekwaamheid voorgesteld*:van ____ / ____ / ____ tot ____ / ____ / ____ *inbegrepen*

* Het gaat erom rekening te houden met de mogelijkheid voor de patiënt om de normale activiteiten uit te voeren en de weerslag van het geweld op het persoonlijk functioneren van de patiënt na te gaan; deze evaluatie wordt dus uitgevoerd zelfs al werkt de patiënt niet beroepshalve.

Deze vaststelling werd op zijn vraag meegegeven aan de betrokkene of aan zijn wettelijke vertegenwoordiger.

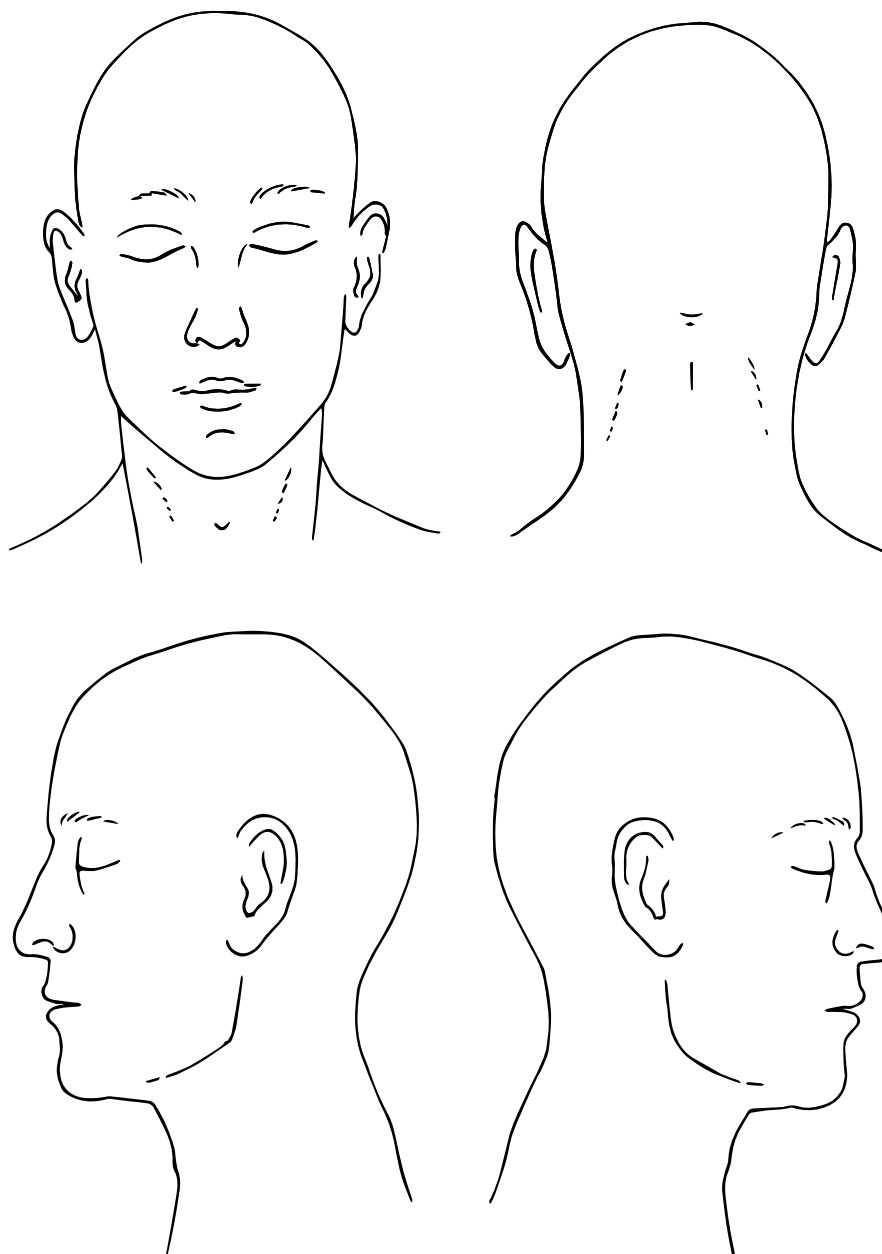
Dit certificaat wordt opgesteld onder voorbehoud van verwickelingen en evolutie of advies van deskundigen (psychiater, gynaecoloog, geriater) voor echt verklaard op _____ te _____

Handtekening

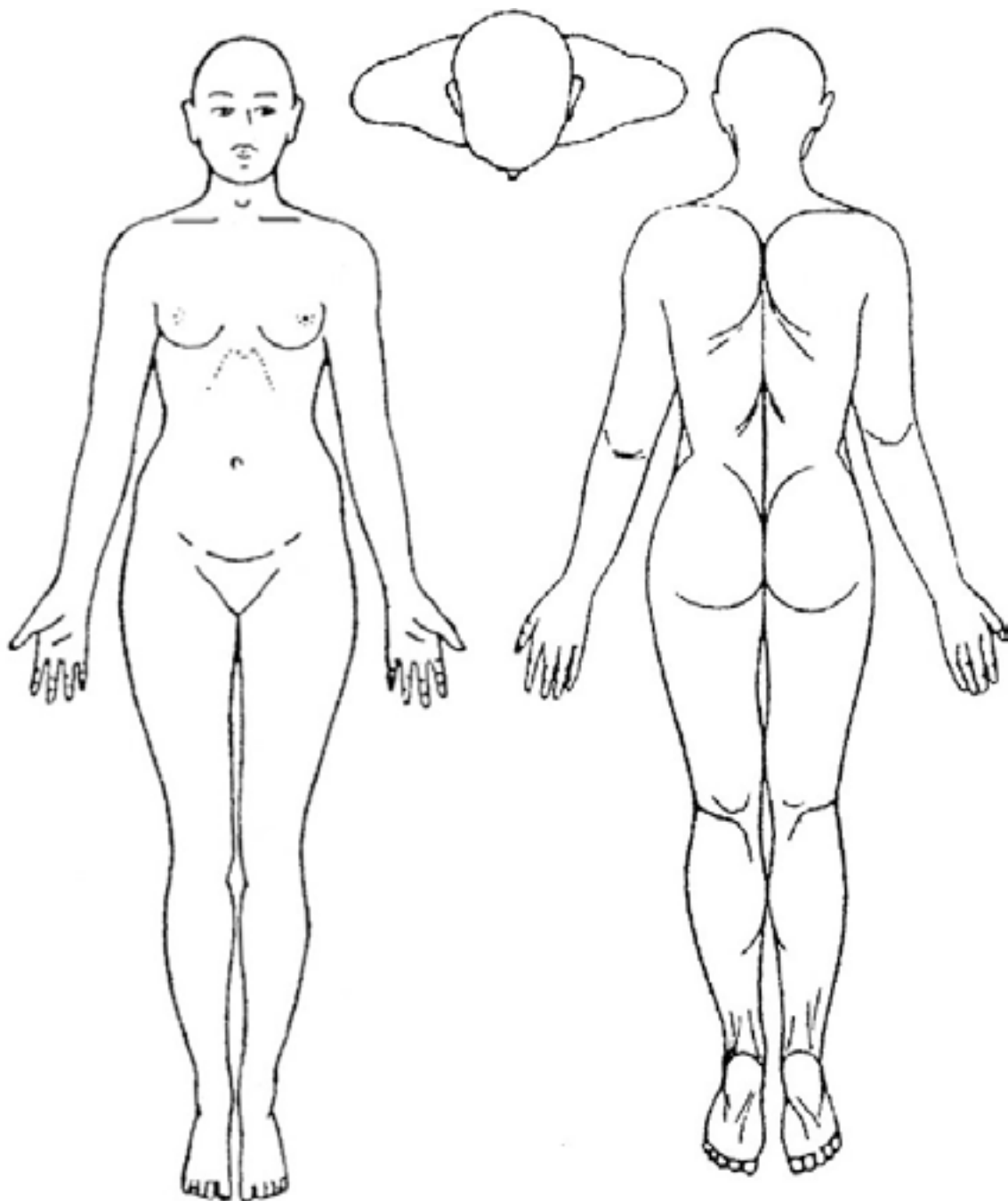
Stempel

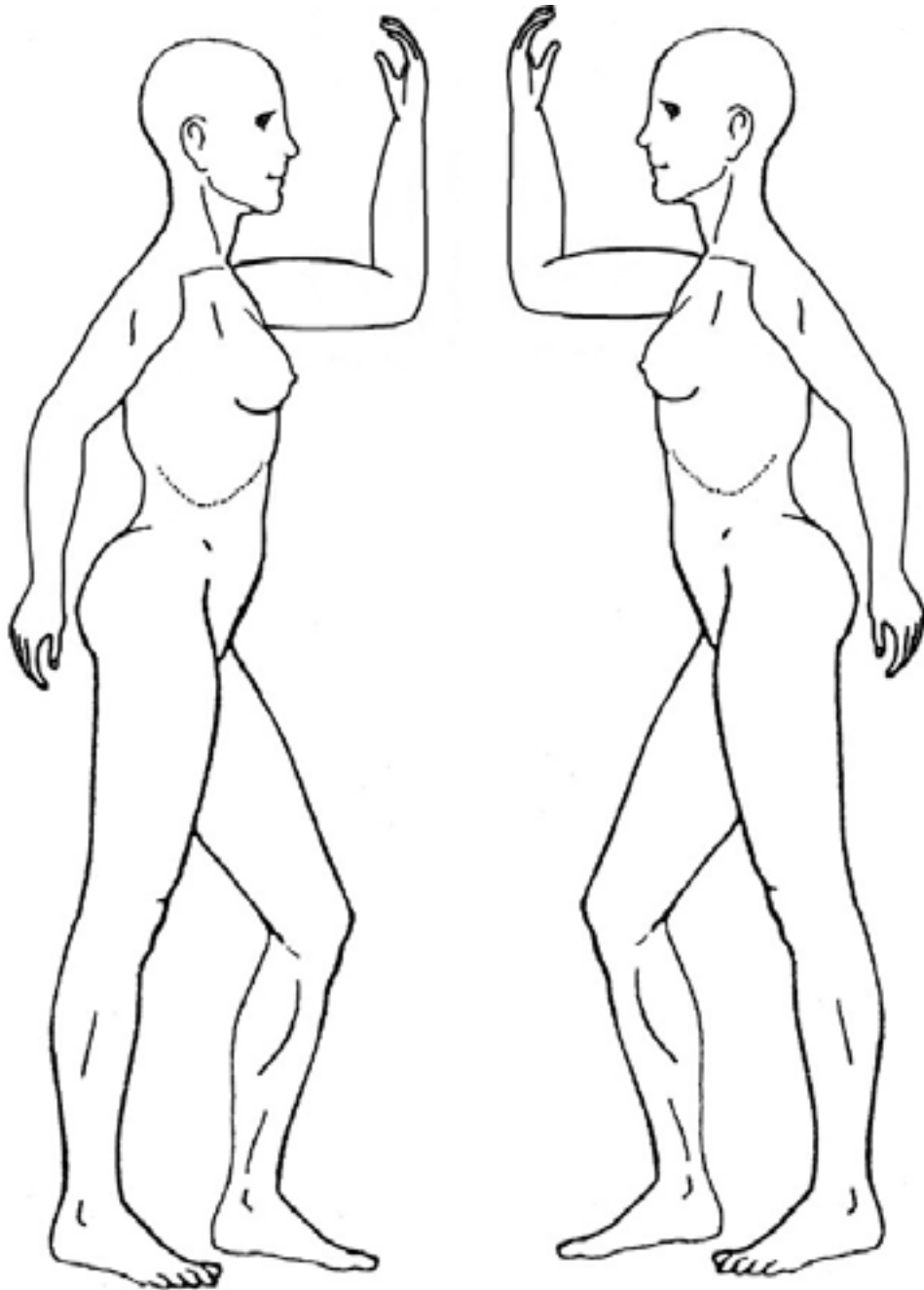
BIJLAGE: Lichaamsschema's [159, 160]

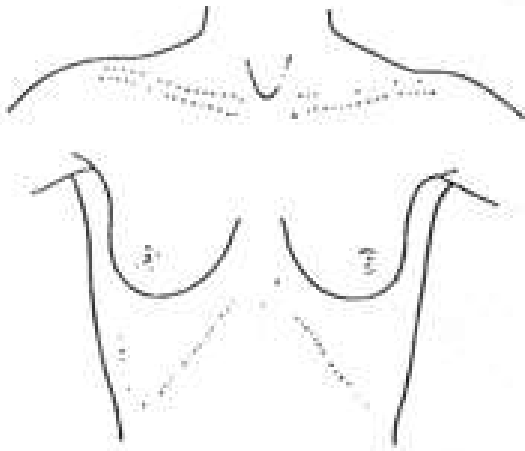
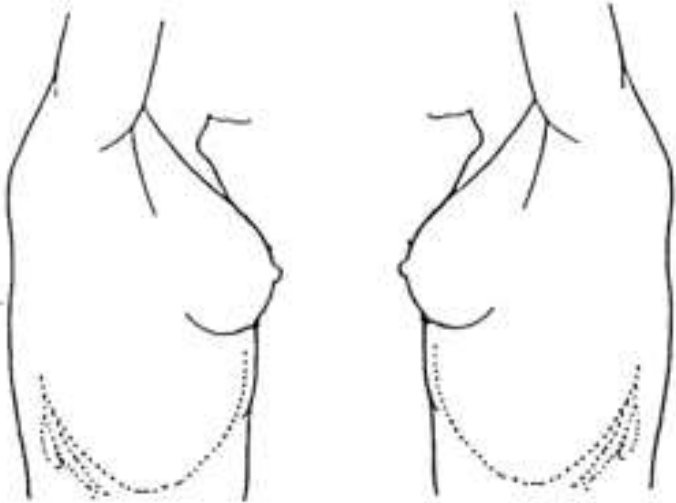
Lichaamsschema hoofd en hals



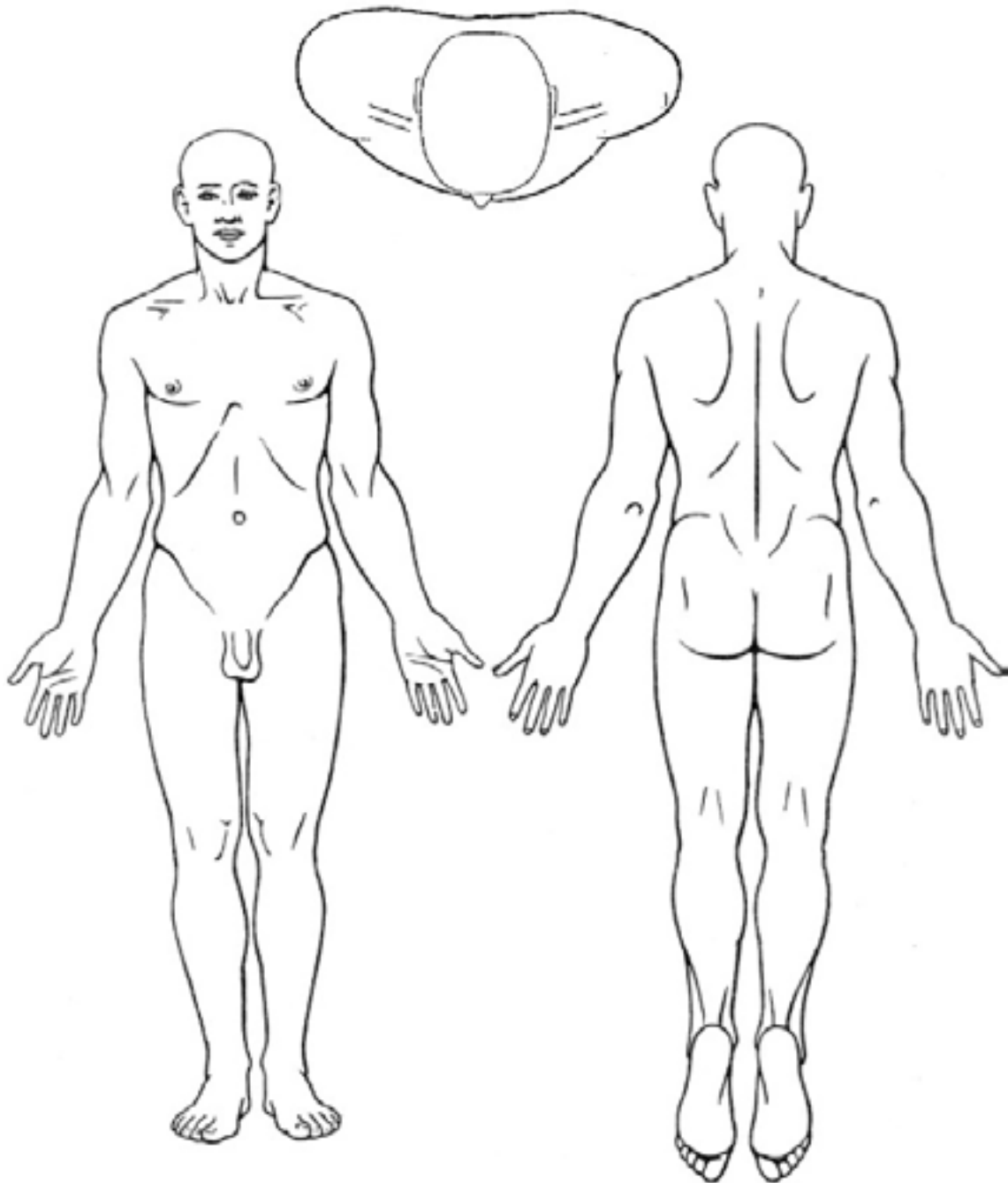
Lichaamsschema vrouw

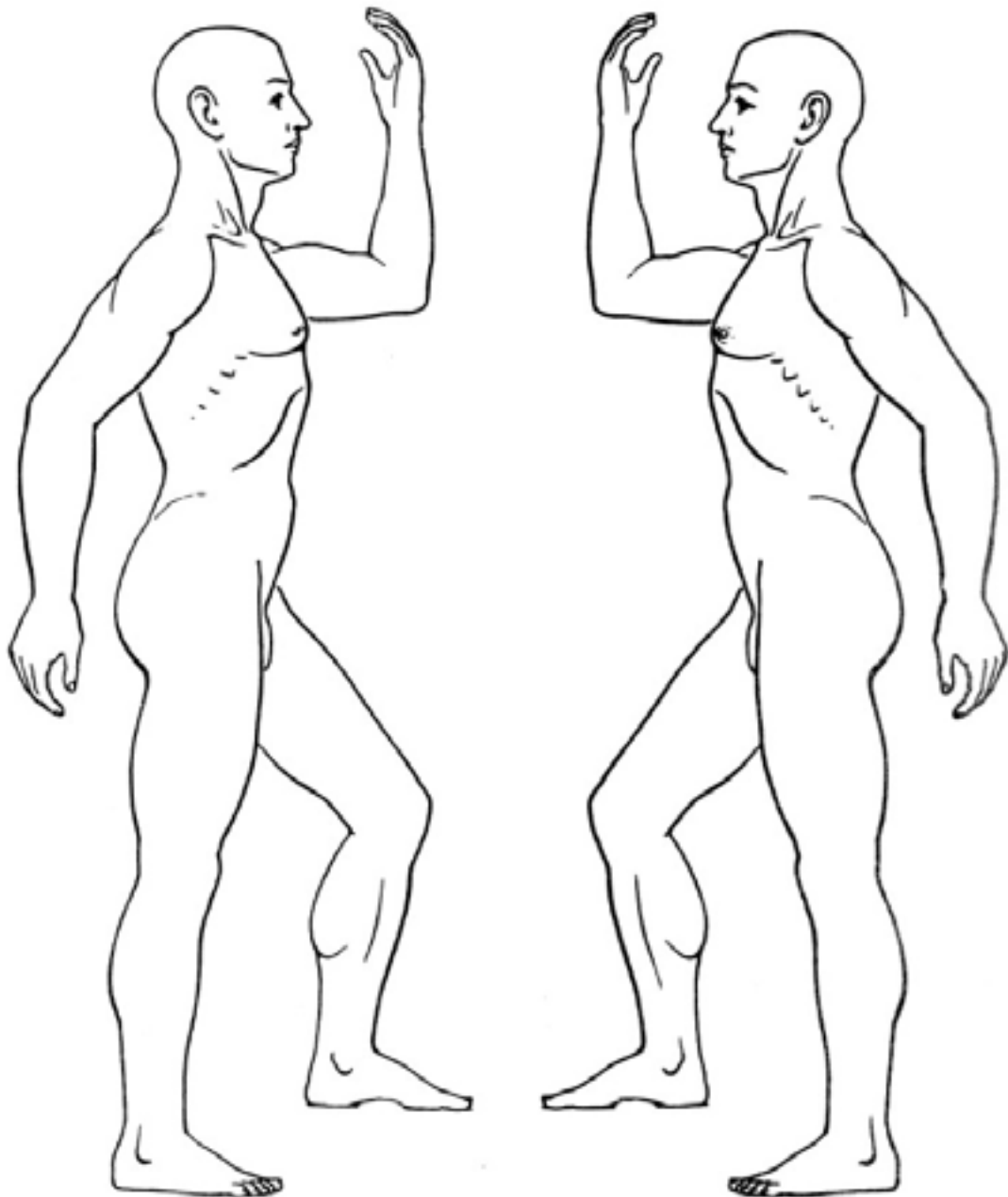


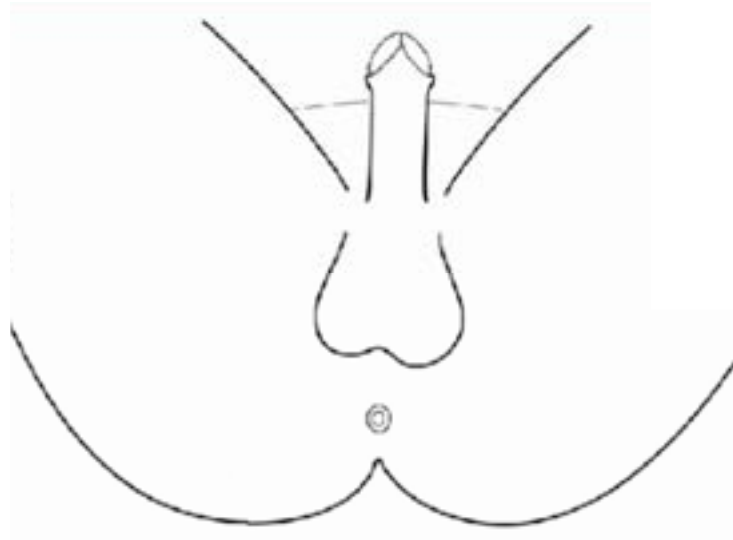




Lichaamsschema man







Lichaamsschema prepuber kind

De onderstaande literatuurlijst biedt een overzicht van relevante bronnen die kunnen helpen om je verder te verdiepen in kernthema's gerelateerd aan geweld tegen oudere volwassenen.

Agisme

▪ Engelstalig

- » WHO. (2021). Global report on ageism. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340208/9789240016866-eng.pdf?sequence=1>
- » International Longevity Centre Canada (2024). Ageism 101: A Primer on Ageism Against Older Persons. <https://static1.squarespace.com/static/610bfbe35920f747f490fc40/t/6657413e8ee67e403b415a78/1716994367249/Ageism+101.pdf>
- » Centre for Ageing Better. (2021). A guide to talking about ageing and older age. <https://ageing-better.org.uk/sites/default/files/2022-01/Challenging-ageism-guide-talking-ageing-older-age.pdf>
- » Wurm, S. Reinhard, A.-K., van Rijn, E., Wollgast, J., & Kajander, N. (2024). European Commission: Science for policy brief. Ageism: A challenge for health and healthcare. https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC138117/JRC138117_01.pdf

▪ Franstalig

- » Age Platform Europe. (2023). L'Europe que nous voulons s'adresse à tous les âges: Manifeste de Age Platform Europe pour les Elections 2024 du Parlement européen. https://age-manifesto.eu/wp-content/uploads/2023/10/agemanifesto2024_fr.pdf
- » de Bellefroid, B., Dupont, C., Lebon, J.-P. et Berthels, V. (2003). L'arc de vie : un concept pour penser et pour agir l'intergénérationnel. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 31(2), pp. 194-206. <https://doi.org/10.3917/ctf.031.0194>
- » RIBF (2024). Appel à un engagement intergénérationnel. Pistes d'actions pour construire un avenir intergénérationnel. https://www.entrages.be/wp/wp-content/uploads/2024/09/Memorandum_RIBF_2024.pdf

Ouderenmisbehandeling

▪ Nederlandstalig

- » ELZ Waasland & VLOCO (2024). Stappenplan & leidraad ouderenmis(be)handeling. https://www.ouderenmisbehandling.be/VLOCO/Files/stappenplan%20OMB_generiek_v2.pdf
- » Departement Zorg. (n.d.). Ouderenmis(be)handeling. <https://www.slachtofferzorg.be/ouderenmisbehandling>
- » Rijksoverheid Nederland. (n.d.). Ik vermoed huiselijk geweld: Ouderenmishandeling. <https://www.ikvermoedhuiselijkgeweld.nl/ouderenmishandeling/begin-een-gesprek>
- » Storms, O. & Scherpenzeel, R. (2015). Stappenplan. Handelen bij ontspoorde mantelzorg: Een model als aanvulling op de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. https://articulateusercontent.com/review/items/OGiRcJn2L8g70PKD/story_content/external_files/Stappenplan%20Handelen%20bij%20ontspoorde%20mantelzorg.pdf
- » Veilig huis Twente. (n.d.). Hoe herken je ontspoorde mantelzorg? <https://veiligthuiswente.nl/kennisbank/ontspoorde-zorg/>

REFERENTIES

1. World Health Organization (WHO). (2013). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Geraadpleegd op https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf?sequence=1
2. Sensoa. (2024). Seksueel grensoverschrijdend gedrag. Geraadpleegd op <https://www.allesoverseks.be/seksueel-grensoverschrijdend-gedrag>.
3. Nobels, A., Cismaru-Inescu, A., Nisen, L., Hahaut, B., Beaulieu, M., Lemmens, G., Adam, S., Schapansky, E., Vandeviver, C., & Keygnaert, I. (2021). Sexual violence in older adults: A Belgian prevalence study. *BMC Geriatrics*, 21(1), 601. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02485-3>
4. Nobels, A. (2022). Prevalence and impact of sexual violence in older adults. Geraadpleegd op <https://biblio.ugent.be/publication/8768372>
5. Keygnaert, I., De Schrijver, L., Cismaru-Inescu, A., Schapansky, E., Nobels, A., Hahaut, B., Stappers, C., De Bauw, Z., Lemonne, A., Renard, B., Weewauters, M., Nisen, L., Vander Beken, T., Vandeviver, C. (2021). UN-MENAMAS: Understanding the mechanisms, nature, magnitude and impact of sexual violence in Belgium. Final report for the Belgian Science Policy Office. Geraadpleegd op [UN-MENAMAS_FinalRep_v3](https://www.un-menamas.be/UN-MENAMAS_FinalRep_v3)
6. Ontario Hospital Association. (n.d.). Hospital guidelines for the treatment of persons who have been sexually assaulted. Geraadpleegd op [Hospital Guidelines for the Treatment of Persons Who Have Been Sexually Assaulted, Third Edition.pdf](https://www.ontariohospitalassociation.ca/wp-content/uploads/2019/03/Hospital-Guidelines-for-the-Treatment-of-Persons-Who-Have-Been-Sexually-Assaulted-Third-Edition.pdf)
7. Latham, A. E. F., Rosas, C. F., Paro, H. B. M. D. S., Pedrosa, M. L., Albuquerque, R. M., & Medeiros, R. D. (2021). Guidelines for care in sexual violence: The role of medical training. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 43(4), 341-346. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1729994>
8. Goldblatt, H., Band-Winterstein, T., Lev, S., & Harel, D. (2022). "Who would sexually assault an 80-year-old woman?": Barriers to exploring and exposing sexual assault against women in late life. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(5-6), 2751-2775. <https://doi.org/10.1177/0886260520934440>
9. Saunamäki, N., & Engström, M. (2014). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: Responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3-4), 531-540. <https://doi.org/10.1111/jocn.12155>
10. Gott, M., Hinchliff, S., & Galena, E. (2004). General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Social Science & Medicine*, 58(11), 2093-2103. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.08.025>
11. Jina, R., Jewkes, R., Munjanja, S. P., Mariscal, J. D., Dartnall, E., Gebrehiwot, Y., & FIGO Working Group. (2010). Report of the FIGO Working Group on sexual violence/HIV: Guidelines for the management of female survivors of sexual assault. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 109(2), 85-92. <https://www.doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.02.001>
12. Vierthaler, K. (2008). Best practices for working with rape crisis centers to address elder sexual abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20(4), 306-322. <https://doi.org/10.1080/08946560802359235>
13. Horsley, P. (2014). Literature review for Norma's project: A research study into the sexual assault of older women in Australia. Geraadpleegd op <https://www.opalinstitute.org/uploads/1/5/3/9/15399992/literaturereview.pdf>
14. Perel-Levin, S. (2008). Discussing screening for elder abuse at primary health care level. Geraadpleegd op https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43523/9789241594530_eng.pdf
15. Lee, J. A., Majeed-Ariss, R., Pedersen, A., Yusuf, F., & White, C. (2019). Sexually assaulted older women attending a U.K. sexual assault referral centre for a forensic medical examination. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 68, 101859. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2019.101859>
16. Burgess, A. W., & Clements, P. T. (2006). Information processing of sexual abuse in elders. *Journal of Forensic Nursing*, 2(3), 113-120. <https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2006.tb00069.x>

17. National Sexual Violence Resource Center. (2013). Sexual violence in later life: A technical assistance guide for health care providers.
18. World Health Organization (WHO). (2003). Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. Geraadpleegd op <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42788/924154628X.pdf>
19. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. (2016). Richtlijn diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen. Geraadpleegd op <https://assets.nvk.nl/p/491522/Documents/definitieve%20richtlijn%202016-05-10-cfe17b76-1228-4b28-917d-8bc47d7270ab.pdf>
20. Shapiro, R. A., Moles, R. L., & Starling, S. P. (2016). Updated guidelines for the medical assessment and care of children who may have been sexually abused. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(2), 81–87. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.01.007>
21. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2017). Child abuse and neglect. Geraadpleegd op <https://www.nice.org.uk/guidance/ng76/resources/child-abuse-and-neglect-pdf-1837637587141>
22. Stewart, D. E., Aviles, R., Guedes, A., Riazantseva, E., & MacMillan, H. (2015). Latin American and Caribbean countries' baseline clinical and policy guidelines for responding to intimate partner violence and sexual violence against women. *BMC Public Health*, 15, 665. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1994-9>
23. The Royal College of Emergency Medicine. (2015). Best practice guideline: Management of adult patients who attend emergency departments after sexual assault or rape. Geraadpleegd op https://rcem.ac.uk/wp-content/uploads/2021/10/Management_of_Adult_Patients_Who_Attend_ED_After_Sexual_Assault_and_or_Rape_revised.pdf
24. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2003). Sexual and gender-based violence against refugees, returnees and internally displaced persons: Guidelines for prevention and response. Geraadpleegd op <https://www.unhcr.org/media/sexual-and-gender-based-violence-against-refugees-returnees-and-internally-displaced-persons>
25. World Health Organization (WHO), & United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2015). Strengthening the medico-legal response to sexual violence. Geraadpleegd op https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/197498/WHO_RHR_15.24_eng.pdf?sequence=1
26. Zorgcentra na Seksueel Geweld. (2024). Seksueel geweld en toestemming. Geraadpleegd op <https://zsg.belgium.be/nl/persona-page/info-voor-professionals?>
27. Fomenko, E., Baert, S. & Keygnaert, I. (2024). Checklist voor de optimale opvang van slachtoffers van seksueel geweld in Belgische ziekenhuizen, versie 3. Geraadpleegd op <https://operatiealert.be/tool/checklist/>
28. Keygnaert, I., Baert, S., Van Praet, K., Van Melkebeke, I., Bal, S., Verplancke, J., Declercq, F., & Lemmens, G. (2020). Handelingsplan voor de psycholoog in de Zorgcentra na Seksueel Geweld. Geraadpleegd op https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/h2_-_handelingsplan_zsg-psychooloog.pdf
29. Keygnaert, I., Baert, S., Cardon, A., Moyse, S., Gilles, C., Rousseau, C., Remmery, M., Wuestenbergs, J., Libois, A., Hainaut, M., Uurlings, F., Verplancke, J., Lemmens, G., & Roelens, K. (2021). Handelingsplan voor minderjarige slachtoffers in de Zorgcentra na Seksueel Geweld. Geraadpleegd op <https://www.icrhb.org/storage/attachments/attachment/91.pdf?t=1669823492>
30. Keygnaert, I., Baert, S., Gilles, C., Rousseau, C., Remmery, M., Wuestenbergs, J., Libois, A., Hainaut, M., Uurlings, F., Verplancke, J. (2021). Handelingsplan voor de forensisch verpleegkundige in de zorgcentra na seksueel geweld: Meerderjarige slachtoffers. Geraadpleegd op <https://www.icrhb.org/storage/attachments/attachment/88.pdf?t=1669823464>

31. Maschi, T., Baer, J. C., Morrissey, M., Moreno, C. (2013). The aftermath of childhood trauma on late life mental and physical health: A review of the literature. *Traumatology*, 19(1), 49-64. <https://doi.org/10.1177/1534765612437377>
32. Nobels, A., Vandeviver, C., Beaulieu, M., Cismaru Inescu, A., Nisen, L., Van Den Noortgate, N., Vander Beken, T., Lemmens, G., & Keygnaert, I. (2020). "Too Grey To Be True?" Sexual violence in older adults: A critical interpretive synthesis of evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4117. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114117>
33. Clark, H., & Fileborn, B. (2011). Responding to women's experiences of sexual assault in institutional and care settings.
34. Ministry of Health. (2014). National Guidelines on Management of Sexual Violence in Kenya. Geraadpleegd op <https://kogs.or.ke/download/national-guidance-on-management-of-sexual-violence-in-kenya/#>
35. Bows, H. (2018). Sexual violence against older people: A review of the empirical literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 19(5), 567-583. <https://doi.org/10.1177/1524838016683455>
36. Jones, H., & Powell, J. L. (2006). Old age, vulnerability and sexual violence: Implications for knowledge and practice. *International Nursing Review*, 53(3), 211-216. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2006.00457.x>
37. Ramsey-Klawnsnik, H. (1993). Interviewing Elders for Suspected Sexual Abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 5(1), 5-18. Geraadpleegd op <https://apslibrary.oucpm.org/interviewing-elders-for-suspected-sexual-abuse-guidelines-and-techniques/>
38. Nobels, A., De Schrijver, L., Van Landuyt, M., Vandeviver, C., Lemmens, G. M. D., Beaulieu, M., & Keygnaert, I. (2024). "In the end you keep silent": Help-seeking behavior upon sexual victimization in older adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 39(9-10), 2318-2343. <https://doi.org/10.1177/08862605231220017>
39. Mann, R., Horsley, P., Barrett, C., & Tinney, J. (2014). Norma's project: A research study into the sexual assault of older women in Australia. Geraadpleegd op https://elder-mediation.com.au/resources/Sexual_Assault_Older_Women_Australia.pdf
40. Thomas, L., Scott Tilley, D., & Esquibel, K. (2015). Sexual assault: Where are mid-life women in the research? *Perspectives in Psychiatric Care*, 51(2), 86-97. <https://doi.org/10.1111/ppc.12067>
41. World Health Organization (WHO). (2017). Responding to children and adolescents who have been sexually abused. Geraadpleegd op <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259270/9789241550147-eng.pdf?sequence=1>
42. Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen. (2021). Handleiding bij de meldcode seksueel geweld. Geraadpleegd op https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/139_-_handleiding_meldcode_seksueel_geweld.pdf
43. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2011). Adult manifestations of childhood sexual abuse. *Obstetrics & Gynecology*, 118(392), 4. Geraadpleegd op <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2011/08/adult-manifestations-of-childhood-sexual-abuse.pdf?rev=39596fee27a94f909373738e981c8c05&hash=1EF3C0D6FC3E9CAE1ADFC3232B0989BE>
44. Nobels, A., Cismaru-Inescu, A., Nisen, L., Hahaut, B., Lemmens, G. M. D., Vandeviver, C., & Keygnaert, I. (2022). Challenges in conducting sexual health and violence research in Older adults beyond the general data protection regulation: A Belgian case study. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(15-16), 14695-14715. <https://doi.org/10.1177/08862605211015256>
45. Kairys, S. W., Alexander, R., Block, R. W., Everett, V. D., Hymel, K., Johnson, C. F., Goldman, L. S., Shelley, G. A., Wagner, K. D., Jenny, C., & Bays, J. A. (1999). Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: Subject review. *Pediatrics*, 103(1), 186-191. <https://doi.org/10.1542/peds.103.1.186>

46. Webb, L., & Kelly, P. (2021). Abuse and Neglect. Geraadpleegd op <https://starship.org.nz/guidelines/abuse-and-neglect/>.
47. Wright, E. N., Anderson, J., Phillips, K., & Miyamoto, S. (2022). Help-seeking and barriers to care in intimate partner sexual violence: A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse*, 23(5), 1510–1528. <https://doi.org/10.1177/1524838021998305>
48. Campbell, R., Ahrens, C. E., Sefl, T., Wasco, S. M., & Barnes, H. E. (2001). Social reactions to rape victims: Healing and hurtful effects on psychological and physical health outcomes. *Violence and Victims*, 16(3), 287–302. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.16.3.287>
49. Jina, R., & Thomas, L. S. (2013). Health consequences of sexual violence against women. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(1), 15–26. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.08.012>
50. Keygnaert, I., & Van Melkebeke, I. (2022). Hoe slachtoffers van seksueel geweld bijstaan? Gids voor steunfiguren. Geraadpleegd op https://zsg.belgium.be/sites/default/files/documents/IGVM_ZSG_STEUNFIG_NED_PAGES.pdf
51. Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles. (2023). La prise en charge des victimes de violences sexuelles par les services de l'Administration générale des Maisons de justice. Geraadpleegd op https://statistiques.cfwb.be/fileadmin/sites/ccfwb/uploads/documents/Zoom_Maisons_de_Justice_web.pdf
52. Keygnaert, I., Gilles, C., & Roelens, K. (2015). Handleiding basisvorming over intrafamiliaal en seksueel geweld voor zorgverleners in Belgische ziekenhuizen. Geraadpleegd op <https://biblio.ugent.be/publication/6966130>
53. Cleveland Clinic. (2022). Box breathing benefits. Geraadpleegd op <https://health.clevelandclinic.org/box-breathing-benefits>.
54. Hazlett-Stevens, H., & Bernstein, D. A. (2012). Relaxation. in W.T. O'Donohue & J.E. Fisher (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy* (pp. 105-132). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118470886.ch5>
55. Ho, J. M. C., Chan, A. S. W., Luk, C. Y., & Tang, P. M. K. (2021). Book review the body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. *Frontiers in Psychology*, 12, 704974. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.704974>
56. Jarero, I., Artigas, L., & Hartung, J. (2006). EMDR integrative group treatment protocol: A postdisaster trauma intervention for children and adults. *Traumatology*, 12(2), 121-129. <https://doi.org/10.1177/1534765606294561>
57. Neukrug, E.S. (Ed.) (2015). *The Sage Encyclopedia in theory in counseling and psychotherapy*. Thousand Oaks. <https://doi.org/10.4135/9781483346502>
58. Phoenix B. J. (2007). Psychoeducation for survivors of trauma. *Perspectives in Psychiatric Care*, 43(3), 123–131. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2007.00121.x>
59. Stockman, D., Haney, L., Uzieblo, K., Littleton, H., Keygnaert, I., Lemmens, G., & Verhofstadt, L. (2023). An ecological approach to understanding the impact of sexual violence: A systematic meta-review. *Frontiers in psychology*, 14, 1032408. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1032408>
60. Peeters, L., Vandenbergh, A., Hendriks, B., Gilles, C., Roelens, K., & Keygnaert, I. (2019). Current care for victims of sexual violence and future sexual assault care centres in Belgium: The perspective of victims. *BMC International Health and Human Rights*, 19(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12914-019-0207-5>
61. Elliott, D. E., Bjelajac, P., FalLOT, R. D., Markoff, L. S., Glover Reed, B. (2005). Trauma-informed or trauma-denied: Principles and implementation of trauma-informed services for women. *Journal of Community Psychology*, 33(4), 461-477. <https://doi.org/10.1002/jcop.20063>

62. Bows H. (2020). The other side of late-life intimacy? Sexual violence in later life. *Australasian Journal on Ageing*, 39(1), 65–70. <https://doi.org/10.1111/ajag.12728>
63. Krolkowski, A. M., & Koyfman, A. (2012). Emergency centre care for sexual assault victims. *African Journal of Emergency Medicine*, 2(1), 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2011.12.005>
64. World Health Organization (WHO). (2016). Strengthening the medico-legal response to sexual violence. Geraadpleegd op https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/197498/WHO_RHR_15.24_eng.pdf?sequence=1
65. Keygnaert, I., Gilles, C., & Roelens, K. (2017). Checklist voor de optimale opvang van slachtofers van seksueel geweld in Belgische ziekenhuizen. Geraadpleegd op https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/checklist_optimale_zorg_slachtofers_sg_update_2017_nl.pdf
66. Federatie Medisch Specialisten. (2016). Diagnostiek seksueel misbruik bij kinderen. Geraadpleegd op <https://richtlijndatabase.nl/pdf?g=529&m=15262>
67. Poulos, C. A., & Sheridan, D. J. (2008). Genital injuries in postmenopausal women after sexual assault. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20(4), 323–335. <https://doi.org/10.1080/08946560802359243>
68. National Sexual Violence Resource Center. (2010). Sexual violence in later life: Fact sheet.
69. Muram, D., Miller, K., & Cutler, A. (1992). Sexual assault of the elderly victim. *Journal of Interpersonal Violence*, 7(1), 70–76. <https://doi.org/10.1177/088626092007001006>
70. Safarik, M. E., Jarvis, J. P., & Nussbaum, K. E. (2002). Sexual homicide of elderly females: Linking offender characteristics to victim and crime scene attributes. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(5), 500–525. <https://doi.org/10.1177/0886260502017005002>
71. Burgess, A. W., Ramsey-Klawnsnik, H., & Gregorian, S. B. (2008). Comparing routes of reporting in elder sexual abuse cases. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20(4), 336–352. <https://doi.org/10.1080/08946560802359250>
72. Eckert, L. O., & Sugar, N. F. (2008). Older victims of sexual assault: An underrecognized population. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 198(6), 688.e1–688.e7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.03.021>
73. Morgan, L., Dill, A., & Welch, J. (2011). Sexual assault of postmenopausal women: A retrospective review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118(7), 832–843. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.02936.x>
74. Bachmann, G. A., & Leiblum, S. R. (2004). The impact of hormones on menopausal sexuality: A literature review. *Menopause*, 11(1), 120–130. <https://doi.org/10.1097/01.GME.0000075502.60230.28>
75. Brown, K., Streubert, G. E., & Burgess, A. W. (2004). Effectively detect and manage elder abuse. *The Nurse Practitioner*, 29(8), 22–33. <https://doi.org/10.1097/00006205-200408000-00004>
76. van Lunsen, R. H., & Laan, E. (2004). Genital vascular responsiveness and sexual feelings in midlife women: Psychophysiologic, brain, and genital imaging studies. *Menopause*, 11(6), 741–748. <https://doi.org/10.1097/01.gme.0000143704.48324.46>
77. Walsh, K. E., & Berman, J. R. (2004). Sexual dysfunction in the older woman: An overview of the current understanding and management. *Drugs & Aging*, 21(10), 655–675. <https://doi.org/10.2165/00002512-200421100-00004>
78. Beauregard, E., & Chopin, J. (2021). *Elderly sexual abuse: Theory, research, and practice* (1st edition). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003121039>
79. Nelsen, C., & Huff-Corzine, L. (1998). Strangers in the night: An application of the lifestyle-routine activities approach to elderly homicide victimization. *Homicide Studies*, 2(2), 130–159. <https://doi.org/10.1177/1088767998002002003>

80. Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen Leefmilieu (2016). Psychosociale hulpverlening. Geraadpleegd op <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/dringende-hulpverlening/psychosociale-hulpverlening>
81. Frans, O., Rimmö, P. A., Aberg, L., & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(4), 291–299. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00463.x>
82. Norris F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 409–418. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.60.3.409>
83. Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M. H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 14(3), 171–181. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2008.00049.x>
84. Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M., & Grant, B. F. (2012). Psychiatric comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder among older adults in the United States: Results from wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(5), 380–390. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31820d92e7>
85. Brooker, C., & Durmaz, E. (2015). Mental health, sexual violence and the work of Sexual Assault Referral centres (SARCs) in England. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 31, 47–51. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2015.01.006>
86. Campbell, R., Dworkin, E., & Cabral, G. (2009). An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma, Violence & Abuse*, 10(3), 225–246. <https://doi.org/10.1177/1524838009334456>
87. Masho, S. W., Odor, R. K., & Adera, T. (2005). Sexual assault in Virginia: A population-based study. *Women's Health Issues*, 15(4), 157–166. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2005.04.001>
88. Gielkens, E., Vink, M., Sobczak, S., Rosowsky, E., & Van Alphen, B. (2018). EMDR in older adults with posttraumatic stress disorder. *Journal of EMDR Practice and Research*, 12(3), 132–141. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.12.3.132>
89. Shen, Y., Sun, F., Zhang, A., & Wang, K. (2021). The effectiveness of psychosocial interventions for elder abuse in community settings: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 12, 679541. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.679541>
90. Acierno, R., Brady, K., Gray, M., Kilpatrick, D. G., Resnick, H., & Best, C. L. (2002). Psychopathology following interpersonal violence: A comparison of risk factors in older and younger adults. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8(1), 13–23. <https://doi.org/10.1023/A:1013041907018>
91. Franco, M. (2007). Posttraumatic stress disorder and older women. *Journal of Women & Aging*, 19(1-2), 103–117. https://doi.org/10.1300/J074v19n01_07
92. Centrum Seksueel Geweld Gelderland - Zuid en Midden. (2021). Protocol acuut seksueel en familiaal geweld kinderen en volwassenen. Geraadpleegd op <https://centrumseksueelgeweld.nl/wp-content/uploads/2021/11/Protocol-acuut-seksueel-en-familiaal-geweld-kinderen-en-volwassenen-def.pdf>
93. Bisson, J. I., Brayne, M., Ochberg, F. M., & Everly, G. S. (2007). Early psychosocial intervention following traumatic events. *The American Journal of Psychiatry*, 164(7), 1016–1019. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.7.1016>
94. Lely, J. C. G., & Kleber, R. J. (2022). From pathology to intervention and beyond. Reviewing current evidence for treating trauma-related disorders in later life. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 814130. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.814130>

95. Federale Overheidsdienst Justitie. (2024). Seksuele misdrijven. Geraadpleegd op https://justitie.belgium.be/nl/themas/veiligheid_en_criminaliteit/seksuele_misdrijven
96. Federale Overheidsdienst Justitie. (2016). U bent slachtoffer. Geraadpleegd op <http://justitie.belgium.be/sites/default/files/vous-etes-victime-2016-nl-web.pdf>
97. Lumi. (2022). Is er een verschil tussen een melding, klacht en aangifte?
98. Lokale Politie Vlaamse Ardennen. (2024). Politionele slachtofferbejegening. Geraadpleegd op <https://www.politie.be/5425/over-ons/operationele-diensten/politionele-slachtofferbejegening>.
99. Federale Overheidsdienst Justitie. (2024). Wat moet u doen als slachtoffer? Rechten. Geraadpleegd op https://justitie.belgium.be/nl/themas_en_dossiers/wat_moet_u_doen_als_slachtoffer/rechten.
100. Orde van Vlaamse Balies. (2024). Gratis advocaat. Geraadpleegd op <https://www.advocaat.be/nl/gratis-rechtsbijstand/tweedelijnsbijstand>.
101. Vlaamse Overheid. (2024). Juridische tweedelijnsbijstand (Pro-Deoadvocaat). Geraadpleegd op <https://www.vlaanderen.be/juridische-tweedelijnsbijstand-pro-deoadvocaat>
102. Ramsey-Klawnsnik, H. (2015). Elder abuse: Participant manual. Geraadpleegd op <https://theacademy.sdsu.edu/wp-content/uploads/2015/06/elder-sexual-abuse-participant-manual.pdf>
103. Ramsey-Klawnsnik, H. (2003). Elder Sexual Abuse Within the Family. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 15(1), 43-58. https://doi.org/10.1300/J084v15n01_04
104. Walker, H. E., Freud, J. S., Ellis, R. A., Fraine, S. M., & Wilson, L. C. (2019). The prevalence of sexual revictimization: A meta-analytic review. *Trauma, Violence & Abuse*, 20(1), 67-80. <https://doi.org/10.1177/1524838017692364>
105. Daigneault, I., Hébert, M., & McDuff, P. (2009). Men's and women's childhood sexual abuse and victimization in adult partner relationships: A study of risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 33(9), 638-647. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.04.003>
106. Zijlstra, E., Esselink, G., Moors, M. L., LoFoWong, S., Hutschemaekers, G., & Lagro-Janssen, A. (2017). Vulnerability and revictimization: Victim characteristics in a Dutch assault center. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 52, 199-207. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2017.08.003>
107. Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmis(be)handeling (VLOCO). (2019). Stappenplan en leidraad ouderenmis(be)handeling. Geraadpleegd op: https://www.ouderenmisbehandeling.be/VLOCO/Files/stappenplan%200MB_generiek_v2.pdf
108. World Health Organization (WHO). (2022). Abuse of older people. Geraadpleegd op https://www.who.int/health-topics/abuse-of-older-people#tab=tab_1
109. Lowenstein, A., Eisikovits, Z., Band-Winterstein, T., & Enosh, G. (2009). Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the first national prevalence survey in Israel. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21(3), 253-277. <https://doi.org/10.1080/08946560902997629>
110. Burnes, D., Pillemer, K., & Lachs, M. S. (2017). Elder abuse severity: A critical but understudied dimension of victimization for clinicians and researchers. *The Gerontologist*, 57(4), 745-756. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv688>
111. Nobels, A., Vandeviver, C., Beaulieu, M., Lemmens, G. M., & Keygnaert, I. (2018). Are older women forgotten in the fight against sexual violence?. *The Lancet. Global Health*, 6(4), e370. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30074-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30074-3)
112. Malmedal, W., Iversen, M. H., & Kilvik, A. (2015). Sexual abuse of older nursing home residents: A literature review. *Nursing Research and Practice*, 902515. <https://doi.org/10.1155/2015/902515>
113. Monson, C. M., Langhinrichsen-Rohling, J., & Taft, C. T. (2009). Sexual aggression in intimate relationships. In K. D. O'Leary & E. M. Woodin (Eds.), *Psychological and physical aggression in couples:*

- Causes and interventions (pp. 37–57). American Psychological Association (APA). <https://doi.org/10.1037/11880-002>
114. Band-Winterstein, T., Goldblatt, H., & Lev, S. (2021). Breaking the taboo: Sexual assault in late life as a multifaceted phenomenon-toward an integrative theoretical framework. *Trauma, Violence & Abuse, 22*(1), 112–124. <https://doi.org/10.1177/1524838019832979>
 115. Carson, K. W., Babad, S., Brown, E. J., Brumbaugh, C. C., Castillo, B. K., & Nikulina, V. (2020). Why women are not talking about it: Reasons for nondisclosure of sexual victimization and associated symptoms of posttraumatic stress disorder and depression. *Violence Against Women, 26*(3–4), 271–295. <https://doi.org/10.1177/1077801219832913>
 116. Fileborn B. (2017). Sexual assault and justice for older women: A critical review of the Literature. *Trauma, Violence & Abuse, 18*(5), 496–507. <https://doi.org/10.1177/1524838016641666>
 117. Bows, H. (2018). Practitioner views on the impacts, challenges, and barriers in supporting older survivors of sexual violence. *Violence Against Women, 24*(9), 1070–1090. <https://doi.org/10.1177/1077801217732348>
 118. DeLoveh, H. L., & Cattaneo, L. B. (2017). Deciding where to turn: A qualitative investigation of college students' helpseeking decisions after sexual assault. *American Journal of Community Psychology, 59*(1-2), 65–79. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12125>
 119. Walsh, W. A., Banyard, V. L., Moynihan, M. M., Ward, S., & Cohn, E. S. (2010). Disclosure and service use on a college campus after an unwanted sexual experience. *Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD), 11*(2), 134–151. <https://doi.org/10.1080/15299730903502912>
 120. Burnes, D., Acierno, R., & Hernandez-Tejada, M. (2018). Help-Seeking among victims of elder abuse: Findings from the National Elder Mistreatment Study. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 74*(5), 891–896. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby122>
 121. Attitudes of older adults in the United States about elder mistreatment. *Ageing and Society, 34*(5), 877–903. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12001389>
 122. Holland, K. J., & Cortina, L.M. (2017). "It happens to girls all the time": Examining sexual assault survivors' reasons for not using campus supports. *American Journal of Community Psychology, 59*(1-2), 50-64. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12126>
 123. Kenny, M. C., & Abreu, R. L. (2015). Training mental health professionals in child sexual abuse: Curricular guidelines. *Journal of child sexual abuse, 24*(5), 572–591. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1042185>
 124. Broman-Fulks, J. J., Ruggiero, K. J., Hanson, R. F., Smith, D. W., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., & Saunders, B. E. (2007). Sexual assault disclosure in relation to adolescent mental health: Results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36*(2), 260–266. <https://doi.org/10.1080/15374410701279701>
 125. Ullman, S. E., & Filipas, H. H. (2001). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress, 14*(2), 369–389. <https://doi.org/10.1023/A:1011125220522>
 126. Littleton, H., Layh, M., & Rudolph, K. (2018). Unacknowledged rape in the community: Rape characteristics and adjustment. *Violence and Victims, 33*(1), 142–156. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-16-00104>

127. Nobels, A., Meersman, C., Lemmens, G., Keygnaert, I. (2023). "Just something that happened?": Mental health impact of disclosure and framing of sexual violence in older victims. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 38(12), 6036. <https://doi.org/10.1002/gps.6036>
128. Douglas, K. S., & Skeem, J. L. (2005). Violence risk assessment: Getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11(3), 347–383. <https://doi.org/10.1037/1076-8971.11.3.347>
129. Bledsoe W. (2006). Criminal offenders residing in long-term care facilities. *Journal of Forensic Nursing*, 2(3), 142–146. <https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2006.tb00074.x>
130. Alagiakrishnan, K., Lim, D., Brahim, A., Wong, A., Wood, A., Senthilselvan, A., Chimich, W. T., & Kagan, L. (2005). Sexually inappropriate behaviour in demented elderly people. *Postgraduate Medical Journal*, 81(957), 463–466. <https://doi.org/10.1136/pgmj.2004.028043>
131. Nobels, A., Lemmens, G., Thibau, L., Beaulieu, M., Vandeviver, C., & Keygnaert, I. (2022). 'Time does not heal all wounds': Sexual victimisation is associated with depression, anxiety, and PTSD in old age. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052803>
132. Ramsey-Klawnsnik, H., & Miller, E. (2017). Polyvictimization in later life: Trauma-informed best practices. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 29(5), 339–350. <https://doi.org/10.1080/08946566.2017.1388017>
133. Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2002). Re-traumatization among adult women sexually abused in childhood: exploratory analyses in a prospective study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 11(3), 19–48. https://doi.org/10.1300/j070v11n03_02
134. Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: Global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*, 56(2), 194–S205. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw004>
135. Jeary, K. (2005). Sexual abuse and sexual offending against elderly people: A focus on perpetrators and victims. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 16(2), 328-343. <https://doi.org/10.1080/14789940500096115>
136. Yunus, R. M., Hairi, N. N., & Choo, W. Y. (2019). Consequences of elder abuse and neglect: A systematic review of observational studies. *Trauma, Violence & Abuse*, 20(2), 197–213. <https://doi.org/10.1177/1524838017692798>
137. Lachs, M. S., Williams, C. S., O'Brien, S., Pillemer, K. A., & Charlson, M. E. (1998). The mortality of elder mistreatment. *JAMA*, 280(5), 428–432. <https://doi.org/10.1001/jama.280.5.428>
138. Oram, S., Khalifeh, H., & Howard, L. M. (2017). Violence against women and mental health. *The Lancet. Psychiatry*, 4(2), 159–170. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30261-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30261-9)
139. Chen, E., Turiano, N. A., Mroczek, D. K., & Miller, G. E. (2016). Association of reports of childhood abuse and all-cause mortality rates in women. *JAMA Psychiatry*, 73(9), 920–927. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.1786>
140. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
141. Hanrahan, N. P., Burgess, A. W., & Gerolamo, A. M. (2005). Core data elements tracking elder sexual abuse. *Clinics in Geriatric Medicine*, 21(2), 413–427. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2004.10.008>
142. Classen, C. C., Palesh, O. G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: A review of the empirical literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 6(2), 103–129. <https://doi.org/10.1177/1524838005275087>

143. World Health Organization (WHO). (2021). Global Report on ageism. Geraadpleegd op <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>
144. Griffing, S., Lewis, C. S., Jospitre, T., Chu, M., Sage, R., Primm, B. J., & Madry, L. (2006). The process of coping with domestic violence in adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15(2), 23–41. https://doi.org/10.1300/J070v15n02_02
145. Versweyelt, A.-S., & Put, J. (2018). Wegwijzers beroepsgeheim. 4 - Meldrechten en meldplichten. Geraadpleegd op <https://publicaties.vlaanderen.be/view-file/28415>
146. Psychologencommissie. (2019). Het beroepsgeheim doorbreken in het kader van de noodtoestand.
147. Ullman, S. E. (2003). Social reactions to child sexual abuse disclosures: A critical review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12(1), 89–121. https://doi.org/10.1300/J070v12n01_05
148. World Health Organization (WHO). (2002). World report on violence and health. Geraadpleegd op <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67403/a77019.pdf>
149. Estrich, S. (1987). Real rape. In S. Cowan (Eds.), *Leading works in criminal law* (pp. 154-172). Routledge. <https://doi.org/10.1086/293087>
150. Christie, N. (1986). The Ideal Victim. In E.A. Fattah (Eds.), *From crime policy to victim policy* (pp. 17-30). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-1-349-08305-3_2
151. Bodner, E., Palgi, Y., & Wyman, M.F. (2018). Ageism in mental health assessment and treatment of older adults. In L. Ayalon & C. Tesch-Römer (Eds.), *Contemporary perspectives on ageism* (pp. 241-262). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_15
152. Wolitzky-Taylor, K. B., Resnick, H. S., McCauley, J. L., Amstadter, A. B., Kilpatrick, D. G., & Ruggiero, K. J. (2011). Is reporting of rape on the rise? A comparison of women with reported versus unreported rape experiences in the National Women's Study-Replication. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(4), 807–832. <https://doi.org/10.1177/0886260510365869>
153. Zorgcentra na Seksueel Geweld. (n.d.). Veelgestelde vragen over seksueel geweld en de Zorgcentra. Geraadpleegd op <https://zsg.belgium.be/nl/veelgestelde-vragen?menu=menu-0-1#wie>.
154. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
155. Zorg voor Beter. (2024). Goed in gesprek: Communiceren in de langdurige zorg. Geraadpleegd op <https://www.zorgvoorbeter.nl/thema-s/communiceren-in-de-zorg/hoe-voer-je-een-goed-gesprek>
156. National Institute on Aging. (2023). Talking with your older patients. Geraadpleegd op <https://www.nia.nih.gov/health/health-care-professionals-information/talking-your-older-patients>.
157. Federale Overheidsdienst Justitie. (2024). Verder verloop. Geraadpleegd op https://justitie.belgium.be/nl/themas_en_dossiers/wat_moet_u_doen_als_slachtoffer/procedure/verder_verloop.
158. Domus Medica. (2019). Geraadpleegd op https://www.domusmedica.be/sites/default/files/Medisch%20certificaat%20bij%20slagen%20en%20verwondingen_0.pdf
159. Keygnaert, I., Wuestenbergs, J., Decorte, R., Deforce, D., Jehaes, E., Van Hoofstat, D., Desmyter, S., Marcotte, A., Michiels, L., Baert, S. & Roelens, K. (2017). Stappenplan voor Forensisch Onderzoek na Seksueel Geweld in de Zorgcentra na Seksueel Geweld. Geraadpleegd op <https://advocaten.balie-limburg.be/media/get/original/2881/voorbeeld-fosta-meerderjarigen.pdf>
160. Prins, A., Bovin, M. J., Smolenski, D. J., Marx, B. P., Kimerling, R., Jenkins-Guarnieri, M. A., Kaloupek, D. G., Schnurr, P. P., Kaiser, A. P., Leyva, Y. E., & Tiet, Q. Q. (2016). The primary care PTSD screen for

DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and evaluation within a veteran primary care sample. *Journal of General Internal Medicine*, 31(10), 1206–1211. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3703-5>

