VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

Proef ingediend met het oog op het behalen
van de graad van Master in de Huisartsgeneeskunde

SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG TEGENOVER THUISVERPLEEGKUNDIGEN IN VLAANDEREN

JULIE LANOO
2021 - 2022

Promotor: Prof. dr. Johan Vansintejan
Geneeskunde en Farmacie

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wend u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

INLEIDING - Seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) vormt een groot probleem, in Vlaanderen krijgt 16% hiermee te maken voor de leeftijd van 18 jaar en 8% na 18 jaar. Ook op de werkvloer komt SGG voor met 2,4% van de werknemers die in de afgelopen 12 maanden slachtoffer werden, bij zorgmedewerkers was dit zelfs 8,7%. Bovendien blijkt dat verpleegkundigen nog vaker met SGG te maken krijgen. Een studie uit Egypte vond een prevalentie van 70,2%. Deze studie onderzoekt het risico op en de impact van SGG bij thuisverpleegkundigen in Vlaanderen.

ONDERZOEKSMETHODIEK - Er werd een cross-sectioneel onderzoek gedaan aan de hand van een vragenlijst die peilde naar sociodemografische factoren, ervaringen met SGG en het belang van educatie om SGG te voorkomen. Enkel werkgerelateerde gebeurtenissen van de afgelopen 5 jaar werden geïncludeerd.

RESULTATEN - Er waren in totaal 235 respondenten, waarvan 215 (92,5%) vrouwen en 20 (8,5%) mannen. Van hen kregen 155 (66,0%) de afgelopen 5 jaar ongewenste seksueel getinte opmerkingen, 18 (7,7%) werden nagefloten, naar 47 (20,0%) werden seksuele bewegingen gemaakt, 68 (28,9%) werden op een ongepaste manier aangestaard en 126 (53,6%) werden ongewenst aangeraakt of vastgepakt. Daarnaast werden 10 verpleegkundigen (4,3%) gedwongen naar seksuele handelingen of seksueel getinte beelden te kijken, één iemand (0,4%) werd gedwongen tot orale of manuele seks, en bij één iemand (0,4%) was er een poging tot geslachtsgemeenschap of anale seks. Vrouwen kregen significant vaker dan mannen te maken met SGG. Hou ouder de verpleegkundige, hoe minder SGG voorkomt. De dader was in de meeste gevallen een patiënt, meestal een oudere man (>75 jaar). Psychische problemen bij de dader (zoals dementie) werd vaak als oorzaak voor deze gedragingen gezien. Een groot deel van de verpleegkundigen ondervond na het SGG een psychologische impact en een praktische impact (bijv. plaatsen mijden). Daarnaast, gelooft 57,4% dat meer aandacht rond SGG tijdens de opleiding dit probleem kan voorkomen of verminderen.

DISCUSSIE - De afgelopen 5 jaar kreeg 80,0% van de thuisverpleegkundigen te maken met SGG. Het vergelijken met cijfers uit andere studies wordt bemoeilijkt doordat vaak naar een andere tijdsperiode wordt gekeken. Daarnaast worden ook niet altijd dezelfde types SGG bevraagd. De onderverdeling van SGG in ‘hands-off’ en ‘hands-on’ zou dit vergemakkelijken. De literatuur is het erover eens dat opleiding rond SGG belangrijk is voor zorgverleners, zoals de verpleegkundigen ook aangeven in deze studie. Patiënten met dementie vragen hierbij specifieke aandacht. Ook artsen moeten worden opgeleid om SGG en de gevolgen daarvan bij hun patiënten aan te pakken.

BESLUIT - Bij thuisverpleegkundigen vormt SGG een groot probleem: 80,0% kreeg er de afgelopen 5 jaar mee te maken. Jonge vrouwen lopen hierbij het hoogste risico. Het SGG heeft zowel een psychologische en praktische impact. Opleiding over SGG is belangrijk in de preventie, waarbij ouderen met dementie een aangepaste aanpak vereisen.

Dankwoord

Een masterproef schrijven tijdens de opleiding tot huisarts, was niet altijd een gemakkelijke combinatie. Gelukkig werd ik in deze periode goed omringd.
Allereerst zou ik mijn promotor en voormalig praktijkopleider, professor dr. Vansintejan Johan, willen bedanken voor het voorstellen van dit interessante onderwerp. Daarnaast wil ik ook mijn huidige praktijkopleider, dr. Ophélie Broeckaert, bedanken omdat ik voldoende tijd kreeg om aan dit onderzoek te werken.
Ik ben alle verpleegkundigen die de vragenlijst hebben ingevuld dankbaar, zonder hen was deze studie er niet geweest.
Tenslotte zou ik graag mijn ouders bedanken, in het bijzonder mijn mama voor haar eeuwige steun, en mijn vriend Florian en broer Olivier voor hun advies.

Inhoudstafel

Abstract 2

Dankwoord 3

Inhoudstafel 4

Inleiding 5

Onderzoeksmethodiek 8

Resultaten 9

Discussie 16

Besluit 19

Afkortingen 20

Referenties 21

Bijlagen 23

- Bijlage 1: Goedgekeurd protocol 24
- Bijlage 2: Gunstig advies Ethisch Comité 35
- Bijlage 3: Uitnodiging 38
- Bijlage 4: Vragenlijst 39

Inleiding

Seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) is een actueel en wijdverspreid probleem. Denk maar aan het recente *#MeToo*-fenomeen, waar dagelijks berichten over terugkeerden in de media. Dit heeft wereldwijd een grote invloed gehad: veel slachtoffers durfden eindelijk naar buiten te komen met wat ze hadden meegemaakt. Ook zorgde het voor meer bewustwording rond de term SGG, waarvoor geen algemeen geaccepteerde definitie bestaat. Klassiek wordt vaak gedacht aan verkrachting, maar ook seksueel getinte opmerkingen kunnen als ongepast worden gezien. Hoewel de maatschappij vroeger dergelijke opmerkingen doogde, is dit niet langer het geval (1).

SGG kan dus alle ongewenste seksuele benaderingen omvatten. Dit is echter nog steeds een te brede term voor onderzoek. Sensoa ontwikkelde hiervoor hun “Vlaggensysteem”: zes criteria om een situatie te beoordelen en na te gaan of ze (on)gewenst is.

1. Wederzijdse toestemming
2. Vrijwilligheid
3. Gelijkwaardigheid
4. Ontwikkeling: het gedrag is typisch en aanvaardbaar voor de ontwikkelingsfase
5. Context: het gedrag houdt rekening met de omgeving en stoort/choqueert niemand.
6. Zelfrespect: het gedrag veroorzaakt geen fysieke, emotionele of psychische schade bij de persoon zelf.

Wanneer één van deze voorwaarden niet is vervuld, spreken ze van SGG (2).

De ‘Sexpert’-studie uit 2013 was een groot onderzoek dat peilde naar de seksuele gezondheid in Vlaanderen (3). Hier werd SGG gedefinieerd als elke situatie waarin een persoon tegen zijn/haar zin gedwongen wordt om seksuele handelingen te stellen of te ondergaan. Dit kon gaan van seksuele opmerkingen tot ernstig seksueel geweld. In Angelsaksische literatuur wordt vaak gesproken van ‘sexual harassment’. Concrete voorbeelden van SGG zijn seksueel getinte opmerkingen, grappen of aansprekingen, seksuele intimidatie, ongepast seksueel of fysiek contact (1).

Maar hoe verspreid is het probleem nu echt? Het is geweten dat slachtoffers van seksueel misbruik vaak geen beroep doen op hulpverlening, en een nog kleiner aantal dient een klacht in bij de politie. Deze onderraportering zorgt voor onbetrouwbare cijfers (2). Gelukkig zijn er wel al een aantal studies gebeurd die het probleem beter in kaart brengen, ook in België. Belangrijk hierbij is in gedachten te houden dat afhankelijk van welke definitie er voor SGG wordt gebruikt, cijfers in studies veel kunnen verschillen.

Een onderdeel van de Sexpert-studie uit 2013 peilde naar ervaringen met SGG. Hiervoor werd gevraagd naar kwetsende seksuele aanrakingen, gedwongen worden om naakt te zijn, gedwongen worden om naar seksuele beelden te kijken, gedwongen worden te masturberen, gedwongen orale seks uit te voeren of te ontvangen en (poging tot) verkrachting. Ruim 16% van de respondenten gaf aan minstens één van de bovengenoemde vormen van SGG mee te hebben gemaakt vóór de leeftijd van 18 jaar en 8% na 18 jaar. Vrouwen gaven veel vaker dan mannen aan hiermee te maken te krijgen.

Dezelfde studie probeerde ook te peilen naar de emotionele impact van SGG. Slechts een kleine meerderheid gaf aan er nadien met iemand over te hebben gepraat. De meerderheid

voelde zich in dit gesprek wel gesteund. De impact op mentale gezondheid leek iets groter wanneer het SGG plaatsvond voor 18 jaar.

In dit onderzoek zijn we vooral geïnteresseerd in cijfers op de werkvloer, en meer specifiek bij zorgmedewerkers. Stichting Innovatie & Arbeid in Vlaanderen bracht hierover in 2018 een rapport uit. Het deed een rondvraag naar grensoverschrijdend gedrag bij werknemers op basis van de Vlaamse werkbaarheidsmonitor 2004-2016. Hierin gaf 2.4% van de werknemers aan dat ze in de afgelopen 12 maanden het slachtoffer werden van SGG op het werk (3.9% van de vrouwen en 0.6% van de mannen). Bij zorgmedewerkers lagen deze cijfers hoger: hier rapporteerde 8.7% ongewenst seksueel gedrag. Zowel in de rusthuizen, als ziekenhuizen kwam SGG vaker voor. Dit kan een grote impact hebben op het welzijn en de gezondheid van de werknemer: ze hadden een hoger risico op werkgerelateerde stress , meer motivatieproblemen en waren vaker ziek (4).

Een meta-analyse uit 2007 keek naar 41 studies (met in totaal bijna 70000 respondenten) die peilden naar de gevolgen van SGG op het werk. Ze concludeerden dat SGG op het werk in verband staat met onder andere minder werktevredenheid, een slechtere lichamelijke en geestelijke gezondheid en zelfs symptomen van een posttraumatische stressstoornis (5). Een studie uit 2021 tenslotte over artsen in opleiding, gaf vier op tien van de respondenten aan dat ze in hun opleiding al geconfronteerd werden met seksueel grensoverschrijdend gedrag (6).

Een aantal onderzoeken keek al specifiek naar SGG t.o.v. verpleegkundigen. Een kwantitatieve review uit 2014 vatte de literatuur samen op vlak van geweld t.o.v. verpleegkundigen, waaronder SGG (‘sexual harassment’). Ze constateerden dat een kwart van de verpleegkundigen al te maken had gekregen met SGG, met de hoogste frequentie in de Angelsaksische landen. De Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden in Nederland stelde vast dat bijna een derde van de verpleegkundigen in 2017 te maken had met SGG door patiënten of andere externen, een toename t.o.v. 2014 (7).

In een studie uit Egypte gaf 70.2% van de ondervraagde verpleegkundigen aan al met SGG te maken hebben gehad (8). Het krijgen van suggestieve opmerkingen was hier de meest voorkomende vorm van SGG. Opmerkelijk is dat familieleden van de patiënten hier meestal de dader waren, gevolgd door andere ziekenhuismedewerkers dan artsen. Ongeveer 95% gaf aan dat ze hier psychologische effecten van ondervonden, meestal teleurstelling of depressie. De onderzoekers suggereerden dat de ziekenhuisleiding beschermende maatregelen kan nemen om dit probleem in de toekomst te voorkomen. Een andere studie, bij vrouwelijke stagiaires verpleegkunde, vond dat SGG een significante voorspeller was van een laag zelfbeeld en lage werktevredenheid (10).

Een meta-analyse uit China van 2019 keek naar SGG ten opzichte van verpleegkundigen en studenten verpleegkunde. Ook hier tonen de resultaten van de verschillende geïncludeerde studies soms grote verschillen. De prevalentie van SGG t.o.v. verpleegkundigen in Korea was 22.4%, terwijl de prevalentie in Europa 16.2% was en in China slechts 3.9%. Ze veronderstelden dat deze variatie onder andere te wijten was aan socioculturele verschillen en dat bevindingen van één land niet kunnen worden gegeneraliseerd voor andere landen of regio’s (9).

Een andere studie uit China keek ook naar geassocieerde factoren en effecten van geweld (o.a. SGG) op het werk op de mentale gezondheid van verpleegkundigen. Routinematige

behandelingen, het zorgen voor mannelijke patiënten en nachtshiften waren risicofactoren voor SGG. Een hogere incidentie van geweld was ook gecorreleerd met hogere burnout levels. Ze concludeerden dat management en verpleegkundigen zouden moeten samenwerken om in deze hoog-risico gebieden geweld te verminderen (evenals de impact ervan op verpleegkundigen) (10).

Een paper uit 2009 onderzocht de prevalentie van sexual harassment bij verpleegkundigen en de omgevingsfactoren die hierbij een rol spelen. Hier gaf 60% van de vrouwelijke en 34% van de mannelijke verpleegkundigen een incident aan in de afgelopen 2 jaar. Meestal was de dader een patiënt, maar ook artsen werden vaak genoemd. Het type leiderschapsgedrag, en een onevenwicht tussen de geslachten (onder de werknemers) waren onder andere geassocieerd met SGG (11).

Een meer recente kwalitatieve studie uit 2017 die keek naar de gevolgen van SGG bij zorgmedewerkers belichtte een interessante factor. In deze studie maakten de zorgmedewerkers vaak een onderscheid tussen opzettelijk en onopzettelijk gedrag door patiënten met cognitieve beperkingen. Het is echter vaak moeilijk om duidelijk dit onderscheid te kunnen maken. Tegelijkertijd geven ze aan dat er nog een taboe rust op SGG. Ze hadden zelden richtlijnen over hoe om te gaan met SGG of het te voorkomen en bekeken het geval per geval. De onderzoekers concludeerden dat de term ‘sexual harassment’ misschien niet altijd geschikt is in de context van zorgmedewerkers. Rekening houdend met de demografische vergrijzing en dus een toename in de verschillende vormen van dementie, moet het beheer van ongepast seksueel gedrag door patiënten in de toekomst meer aandacht krijgen (12). Aangezien verpleegkundigen in de thuiszorgsector vaak in contact komen met dementerende ouderen, lijkt dit een belangrijk gegeven om rekening mee te houden in deze studie.

Het is dus reeds gekend dat zorgmedewerkers meer dan sommige andere beroepsgroepen te maken krijgen met SGG. Deze studie wil nagaan of thuisverpleegkundigen hier specifiek een hoog risico op lopen en of er nood is aan maatregelen. Zij staan namelijk in voor de routinezorg van patiënten. Deze patiënten zijn meestal ouderen, waaronder dus ook veel patiënten met cognitieve beperkingen, zoals dementie. Bovendien komen de verpleegkundigen vaak helemaal alleen in een omgeving die voor de patiënt bekend is.

De doelstelling van dit project is vooral het in kaart brengen van SGG ten opzichte van thuisverpleegkundigen. Daarnaast wordt ook nagegaan welke impact dit SGG had en of er nood is aan ondersteuning. Tenslotte doet deze studie suggesties voor de aanpak van dit probleem.

Waarom is dit onderzoek relevant voor een huisarts-in-opleiding? Als huisarts moeten we ernaar streven nauw samen te werken met de andere (para)medische beroepen om de beste zorg voor onze patiënt te bieden. Het is hierbij uiteraard belangrijk dat alle medewerkers zich goed voelen en in veilige omstandigheden kunnen werken. De huisarts kan een belangrijke rol spelen in het ondersteunen en adviseren van de thuisverpleegkundigen, zoals bijvoorbeeld nodig kan zijn bij dementerende ouderen. Anderzijds heeft de huisarts ook een vertrouwensrelatie met de patiënt en kan hij de patiënt aanspreken op verkeerd gedrag. Daarnaast heeft de huisarts ook een belangrijke maatschappelijke en preventieve rol. Met het vermijden en beter ondersteunen van situaties met SGG kunnen we er hopelijk voor zorgen dat dit in de toekomst minder vaak voorkomt.

Onderzoeksmethodiek

Onderzoeksdesign
Voor het in kaart brengen van SGG tegenover thuisverpleegkundigen werd een cross-sectioneel onderzoek gedaan aan de hand van een vragenlijst.

Studiepopulatie
De studie richtte zich op wilsbekwame mannen en vrouwen die actief zijn als thuisverpleegkundige in Vlaanderen. Voor het bepalen van de gewenste steekproefgrootte werd een power analyse uitgevoerd. Eerst werd de grootte van onze studiepopulatie berekend. In 2016 werkten in België 124.196 verpleegkundigen. Hiervan werkte 61,3% in Vlaanderen, dit zijn dus 78.367 personen. Hiervan werkte nog eens 7,9% in de thuiszorg, wat neerkomt op 6014 verpleegkundigen. (7) Bij een foutenmarge van 5% en betrouwbaarheidsinterval van 95%, is de vereiste steekproefgrootte 362 personen.

Onderzoeksinstrument
Voor de studie werd een vragenlijst opgesteld. Deze is gebaseerd op een vragenlijst die werd gebruikt in de thesis van Elien Jans (Seksueel grensoverschrijdend gedrag tegenover personeelsleden in de Vlaamse gevangenissen) (13). De vragen zijn ook gebaseerd op situaties aangehaald in de Sexpert-studie (definitie SGG). De enquête werd gemaakt met Qualtrics.

Allereerst werden sociodemografische factoren bevraagd: gender, leeftijd, of de verpleegkundige al dan niet zelfstandige is, in welke provincie de verpleegkundige de afgelopen 5 jaar vooral heeft gewerkt en of dit voornamelijk in een stedelijke of landelijke omgeving was.

Daarna werden ervaringen met seksueel grensoverschrijdend gedrag bevraagd. In een eerste deel werd gevraagd naar ongewenste seksueel getinte opmerkingen, nafluiten, ongepast aanstaren, seksuele bewegingen en ongewenste aanrakingen. In een tweede deel werd gevraagd of de verpleegkundige gedwongen werd om naar seksuele handelingen of seksueel getinte beelden te kijken, gedwongen om orale seks, vingeren of aftrekken uit te voeren en (poging tot) geslachtsgemeenschap of anale seks. Tenslotte was er ruimte om een eventueel andere vorm van SGG op te geven. Er werd telkens gevraagd om enkel werkgerelateerde gebeurtenissen van de afgelopen 5 jaar te includeren.

Wanneer een verpleegkundige aangaf één van bovenstaande dingen te hebben meegemaakt, werden een aantal extra vragen gesteld. Er werd gevraagd naar de identiteit van de pleger (bijv. patiënt, collega), geslacht en leeftijd van de pleger, of er nog iemand anders in de ruimte aanwezig was op dat moment. Daarnaast werd ook de impact van het grensoverschrijdend gedrag bevraagd: psychologisch, lichamelijk, professioneel, relationeel, familiaal en sociaal. Er werd ook gevraagd of de respondent zich achteraf gesteund voelde en of er iets ondernomen werd (door de verpleegkundige of eventuele werkgever). Tenslotte werd gevraagd wat volgens de verpleegkundige de oorzaak was van deze gedragingen.

In een laatste deel van de enquête werd gepolst naar de nood aan educatie. Er werd gevraagd wat volgens de respondent belangrijk is om met seksueel grensoverschrijdend

gedrag om te kunnen (bijv. spijtbetuigingen, gevolgen voor de dader, psychologische hulp). Daarnaast werd gevraagd of tijdens de opleiding aandacht was besteed aan omgaan met SGG en of de verpleegkundige nood heeft aan opleiding hierover.

Voor het starten van de vragenlijst werd 1712 vermeld (www.1712.be). Dit is een hulplijn met ervaren hulpverleners voor vragen over geweld, misbruik en kindermishandeling.

Verdeling vragenlijst
De vragenlijst werd in april 2021 verspreid via het Wit-Gele Kruis en via de Beroepsvereniging voor Zelfstandige Thuisverpleegkundigen. Uitnodigingen werden verspreid via een e-mail met uitleg over het onderzoek. Daarnaast werden ook kleinere thuisverplegingsdiensten gecontacteerd, via een lijst verkregen via de website van Agentschap Zorg & Gezondheid (14). De diensten werden gecontacteerd als er op de website een e-mailadres voorhanden was of een contactformulier. De enquête werd gesloten in december 2021. Bij de start van de vragenlijst werd om een informed consent gevraagd.

Data-analyse
De enquête werd opgemaakt en verspreid met Qualtrics. Dataverwerking gebeurde aan de hand van Qualtrics en SPSS v28. Mogelijke verbanden werden onderzocht via een Fisher's exact test en de Spearman Rank test indien het om 2 ordinale variabelen ging. De resultaten van vragenlijsten die niet volledig werden afgewerkt, werden niet geïncludeerd.

Goedkeuring ethisch comité
De studie werd goedgekeurd door het ethisch comité van het Universitair Ziekenhuis (UZ) Brussel op 17/02/2021 met B.U.N. 1432020000337. Het Wit-Gele Kruis liet het protocol en de vragenlijst voor verdeling ook nakijken door hun ethisch comité.

Resultaten

De vragenlijst werd 235 keer volledig ingevuld. Dit houdt in dat zowel het eerste als het tweede deel zijn ingevuld.

Sociodemografische factoren van de respondenten
Het merendeel van de respondenten is vrouw: 215 vrouwen (91,5%) tegenover 20 mannen (8,5%). Dit komt redelijk goed overeen met de realiteit: in Belgische ziekenhuizen is 83,6% van de verpleegkundigen vrouwelijk (15).

Er was een goede respons binnen alle leeftijdscategoriën (tabel 1).

Tabel 1: Leeftijd respondenten	
Leeftijd	**Aantal**
≤ 25 jaar	5,5% (13)
26-35 jaar	21,7% (51)
36-45 jaar	28,1% (66)
46-55 jaar	26,9% (63)
≥ 56 jaar	17,9% (42)

Iets minder dan de helft (48,5%, n = 114) is in dienst bij een werkgever, de andere helft (52,8%, n = 124) is zelfstandige. Een groot deel van de respondenten was de afgelopen vijf jaar voornamelijk werkzaam in de provincie Oost-Vlaanderen (45,1%, n = 106). Uit Antwerpen deden 43 respondenten (18,3%) mee, gevolgd door Vlaams-Brabant (15,3%, n = 36), West-Vlaanderen (14,0%, n = 33) en Limburg (6,8%, n = 16). 129 respondenten werkten de afgelopen 5 jaar voornamelijk in een landelijke omgeving (54,9%), 42 in een stedelijke omgeving (17,9%) en 64 evenveel in een landelijke als stedelijke omgeving (27,2%).

Prevalentie van SGG

De prevalenties worden weergeven in tabel 2.

In deel 1 van de enquête gaf 66,0% (n = 155) van de 235 thuisverpleegkundigen aan dat er in de afgelopen 5 jaar, tijdens het werk, ongewenste seksueel getinte opmerkingen tegen hen werden gemaakt en 7,7% (n = 18) werd wel eens nagefloten. Naar 20,0% (n = 47) werden seksuele bewegingen gemaakt, 28,9% (n = 68) werd op een ongepaste manier aangestaard en 53,6% (n = 126) werd ongewenst aangeraakt of vastgepakt. Slechts 20,0% (n = 47) gaf aan dat ze met geen van bovenstaande in aanraking kwam. Hier was wel een groot verschil tussen mannen en vrouwen: 83,7% van de vrouwen kwam wel eens in aanraking met één van bovenstaande dingen, bij mannen was dit ‘slechts’ 40,0%.

In deel 2 van de enquête werd gevraagd naar dingen waartoe de verpleegkundige mogelijks ooit gedwongen werd:

- gedwongen om naar seksuele handelingen of seksueel getinte beelden te kijken;
- gedwongen om orale seks, vingeren of aftrekken uit te voeren of toe te staan;
- (poging tot) geslachtsgemeenschap of anale seks.

93,2% (n = 219) gaf aan met geen van bovenstaande in contact te zijn gekomen. Dat betekent dat 16 verpleegkundigen hier wel mee te maken kregen. Vrouwen waren opnieuw vaker slachtoffer van deze types SGG. Geen enkele man gaf aan dat hij in de afgelopen 5 jaar tot één van bovenstaande zaken werd gedwongen. 4,3% (n = 10) van de verpleegkundigen gaf aan dat ze in de afgelopen 5 jaar gedwongen werden om naar seksuele handelingen of seksueel getinte beelden te kijken tijdens het werk. Eén verpleegkundige (0,4%) werd gedwongen tot orale seks, vingeren of aftrekken.

Bij één verpleegkundige (0,4%) werd geprobeerd geslachtsgemeenschap of anale seks te hebben. Dezelfde verpleegkundige werd ook gedwongen de pleger op de mond te kussen. Hierbij werd zowel verbaal als fysiek geweld gebruikt. De pleger in dit geval was een oudere, mannelijke patiënt (≥ 75 jaar). Volgens de verpleegkundige was de reden voor deze

gedragingen ongelijkwaardigheid (de pleger vindt de verpleegkundige minderwaardig). Dit had voor haar zowel psychologische als sociale en praktische gevolgen. De verpleegkundige meldde het voorval bij de werkgever en er werd bijgevolg een zorgintervisie georganiseerd waarbij onder andere in gesprek werd gegaan met de patiënt/pleger.

Zeven (3,0%) verpleegkundigen gaven een bijkomende gebeurtenis op: ze werden gedwongen een ander type seksuele handeling uit te voeren of werden gekust. Eén iemand vermeldde een patiënt die telkens masturbeerde in het bijzijn van de verpleegkundigen.

Elf van de in totaal zestien verpleegkundigen werden hierbij verbaal gemanipuleerd (bijv. aandringen, boos worden, liegen). Twee verpleegkundigen gaven aan dat er geweld werd gebruikt (bijv. vasthouden, slaan, gebruik van een wapen). Enkelen gaven nog een andere manier op: één verpleegkundige gaf aan dat geprobeerd werd haar met geld te overtuigen om gekust te worden of seksuele handelingen uit te voeren. Bij een paar verpleegkundigen werd de deur vergrendeld, zodat ze nergens heen konden.

Tabel 2: Prevalentie van SGG op basis van een vragenlijst bij 235 thuisverpleegkundigen

	Gender		
	Totaal (n = 235)	Man (n = 20)	Vrouw (n = 215)
DEEL 1: Is u in de laatste 5 jaar, tijdens uw werk, één van onderstaande dingen overkomen? (meerdere antwoorden mogelijk)			
Ongewenste seksueel getinte opmerkingen	155 (66,0%)	6 (30,0%)	149 (69,3%)
Ongewenst nagefloten	18 (7,7%)	0	18 (8,4%)
Ongepast aangestaard	68 (28,9%)	1 (5,0%)	67 (31,2%)
Seksuele bewegingen	47 (20,0%)	3 (15,0%)	44 (20,5%)
Ongewenst aangeraakt of vastgepakt	126 (53,6%)	2 (10,0%)	124 (57,7%)
Geen van bovenstaande	47 (20,0%)	12 (60,0%)	35 (16,3%)
DEEL 2: Werd u in de laatste 5 jaar, tijdens uw werk, tot één van onderstaande dingen gedwongen? (meerdere antwoorden mogelijk)			
Gedwongen om naar seksuele handelingen of seksueel getinte beelden te kijken	10 (4,3%)	0	10 (4,7%)
Gedwongen om orale seks, vingeren of aftrekken uit te voeren of toe te staan	1 (0,4%)	0	1 (0,5%)
Poging tot geslachtsgemeenschap of anale seks	1 (0,4%)	0	1 (0,5%)
Geslachtsgemeenschap of anale seks	0	0	0
Andere	7 (3,0%)	0	7 (3,3%)
Geen van bovenstaande	219 (93,2%)	20 (100,0%)	199 (92,6%)

Relatie tussen sociodemografische factoren slachtoffers en prevalentie SGG

- Geslacht:

Om na te gaan of vrouwen vaker dan mannen te maken krijgen met SGG werd de samenhang tussen twee categorische variabelen onderzocht: geslacht en het wel of niet doormaken van SGG. Gezien de kleine studiepopulatie (slechts 20 mannen) werd een Fisher's Exact test uitgevoerd. Voor deel 1 van de enquête is er een significant verschil in het voorkomen van SGG tussen mannen en vrouwen ($p < 0{,}001$). Voor deel 2 van de vragenlijst gaf de Fisher's Exact test een $p = 0{,}373$. Op het 5% significantieniveau kunnen we dus niet besluiten dat er een verband is tussen de variabelen gender en het doormaken van SGG zoals bevraagd in deel 2.

- Leeftijd

Er is een significant verband tussen de leeftijd van de verpleegkundigen en het doormaken van SGG zoals gevraagd in deel 1 ($p < 0{,}001$). Voor deel 2 was er geen duidelijk verband tussen de leeftijd en het doormaken van SGG ($p = 0{,}263$).

Voor het verband tussen de leeftijd en de hoeveelheid SGG die werd meegemaakt (beide ordinale variabelen), werd de Spearman rank correlatiecoëfficiënt berekend. Hier werd dus een optelling gemaakt van de soorten SGG die verpleegkundigen meemaakten. Er werd eerst nagegaan of aan alle assumpties werd voldaan (beide variabelen zijn ordinaal, gepaarde observaties en monotone relatie). De correlatiecoëfficiënt is hier -0,265 met $p < 0{,}001$. Er is dus een significante correlatie tussen de leeftijd en de hoeveelheid SGG doorgemaakt. Als de leeftijd stijgt, daalt de hoeveelheid SGG.

Kenmerken pleger

De dader was in de overgrote meerderheid de patiënt zelf. Soms ging het ook om een familielid of kennis van de patiënt. Bij twee verpleegkundigen was de dader een collega. Enkele verpleegkundigen ervaarden SGG door bijvoorbeeld een toevallige voorbijganger op straat. Bijna alle plegers van SGG waren mannelijk en ze waren meestal ouder dan 75 jaar. Bij een deel was er op moment van het SGG nog iemand anders aanwezig: meestal ging het om een familielid of kennis van de patiënt, soms een collega of een student verpleegkunde (tabel 3).

Slachtofferervaringen

Op welke levensdomeinen het SGG een impact had, is te zien in tabel 4. Een groot deel van de verpleegkundigen ondervond een psychologische of emotionele impact van het SGG. Vaak was er ook een praktische impact.

Ongeveer 75% van de verpleegkundigen vond steun bij iemand na de gebeurtenissen. De meerderheid vond steun op het werk en ongeveer een kwart bij familie (tabel 5).

Tabel 3: Kenmerken van de pleger		
	DEEL 1 (n = 188)	*DEEL 2 (n = 16)*
Identiteit		
- Patiënt	181 (96,3%)	15 (93,8%)
- Familielid of kennis van de patiënt	51 (27,1%)	1 (6,3%)
- Collega	2 (1,1%)	0
- Anders	5 (2,7%)	0
Geslacht		
- Mannelijk	184 (97,9%)	16 (100,0%)
- Vrouwelijk	9 (4,8%)	0
Leeftijd		
- <18 jaar	1 (0,5%)	0
- 18-45 jaar	25 (13,3%)	2 (12,5%)
- 45-75 jaar	89 (47,3%)	8 (50,0%)
- >75 jaar	138 (73,4%)	9 (56,3%)
- Niet gekend	3 (1,6%)	0
Iemand anders aanwezig		
- Familielid of kennis van de patiënt	42 (22,3%)	3 (18,8%)
- Collega	5 (2,7%)	0
- Anders	3 (1,6%)	0
- Niemand	158 (84,0%)	13 (81,3%)

Tabel 4: Op welke levensdomeinen hadden deze gedragingen een impact?		
	Aantal	
	DEEL 1 (n = 188)	*DEEL 2 (n = 16)*
Psychologisch/emotioneel (bijv. angst, laag zelfbeeld, onveiligheidsgevoel…)	58 (30,9%)	8 (50,0%)
Lichamelijk (fysieke klachten)	1 (0,5%)	0
Professioneel (bijv. ontslag genomen of gekregen, werk niet meer adequaat kunnen uitvoeren…)	5 (2,7%)	1 (6,3%)
Relationeel (bijv. moeilijkheden met seksualiteit…)	4 (2,1%)	0
Familiaal (bijv. gesloten naar kinderen toe…)	1 (0,5%)	0
Sociaal (bijv. wantrouwen, moeilijk om nieuwe contacten te leggen)	10 (5,3%)	1 (6,3%)
Praktisch (bijv. plaatsen mijden, geen onbekende oproepen durven aannemen, kledingstijl veranderen…)	36 (19,1%)	8 (50,0%)
Geen impact	108 (57,4%)	5 (31,3%)

Tabel 5: Voelde u zich achteraf gesteund?		
	DEEL 1 (n = 188)	*DEEL 2 (n = 16)*
Bij een collega, andere werknemer of werkgever	115 (61,2%)	10 (62,5%)
Bij vrienden of familie	42 (22,3%)	4 (25,0%)
Geen steun	49 (26,1%)	4 (25,0%)

Er werd ook gevraagd of de verpleegkundige zelf iets had ondernomen na het SGG (tabel 6). De meerderheid vond dat ze assertief waren geweest t.o.v. de pleger. Ongeveer 60% had er achteraf over gepraat met een collega, vriend of familielid. Zo'n 20% meldde het probleem bij de werkgever en in enkele gevallen werd er een interne klachtenprocedure opgestart of een politionele klacht ingediend. Wat opvalt is dat slecht één thuisverpleegkundige achteraf professionele hulp zocht.

Tabel 6: Heeft u zelf iets ondernomen naar aanleiding van deze gedragingen?		
	DEEL 1 (n = 188)	*DEEL 2 (n = 16)*
Assertief geweest naar de pleger	133 (70,7%)	11 (68,8%)
Erover gepraat met kennis	116 (61,7%)	10 (62,5%)
Probleem gemeld bij werkgever	38 (20,2%)	3 (18,8%)
Interne klachtenprocedure	5 (2,7%)	2 (12,5%)
Politionele klacht ingediend	2 (1,1%)	0
Professionele hulp gezocht	1 (0,5%)	0
Andere	6 (3,2%)	2 (12,5%)
Niets	26 (13,8%)	2 (12,5%)

Een significante relatie tussen het wel of niet ondervinden van steun na SGG en de impact die dit SGG later op de verpleegkundige had, kon niet worden aangetoond. Ook tussen het wel of niet iets ondernemen door de verpleegkundige zelf en de impact van het SGG kon geen verband worden aangetoond.

Tenslotte werd gevraagd wat volgens de verpleegkundige de oorzaak van het SGG was (tabel 7). De meerderheid gaf machogedrag op als mogelijke reden voor het SGG. Ook psychische problemen (bijv. cognitieve beperkingen of dementie) waren frequent een oorzaak. Een groot aantal dacht nog aan een andere oorzaak: eenzaamheid (of 'huidhonger') was hierbij de belangrijkste. Nood aan seksueel contact werd enkele keren vermeld. Een paar verpleegkundigen denken dat de dader zichzelf niet bewust was dat het gedrag als grensoverschrijdend kan worden ervaren. *Vooral oudere mannen zouden het normaal vinden om vrouwen aan te raken en opmerkingen te geven*.

Tabel 7: Wat waren volgens u de redenen voor deze gedragingen?		
	DEEL 1 (n = 188)	*DEEL 2 (n = 16)*
Woede en/of frustratie	19 (10,1%)	4 (25,0%)
Gebrekkige of ambivalente communicatie (de patiënt had begrepen dat je dit wel wilde, miscommunicatie door taalbarrière…)	12 (6,4%)	1 (6,3%)
Machogedrag	96 (51,1%)	10 (62,5%)
Ongelijkwaardigheid (de dader vindt dat u minderwaardig bent)	26 (13,8%)	3 (18,8%)
Drug- of alcoholgebruik of -ontwenning	10 (5,3%)	1 (6,3%)
Psychische problemen (cognitieve beperkingen/dementie, borderline persoonlijkheidsstoornis…)	85 (45,2%)	5 (31,3%)
Andere	37 (19,7%)	4 (25,0%)

Preventie en aanpak SGG

In een laatste deel van de vragenlijst werd gevraagd wat volgens de verpleegkundige belangrijk is om achteraf met dit gedrag om te gaan en wat volgens hen kan helpen in de preventie van SGG. Er werd gepolsd of hier tijdens de opleiding tijd aan werd besteed en of de verpleegkundige nood heeft aan meer opleiding rond SGG.

Op de vraag wat belangrijk is om met dit gedrag om te kunnen, antwoordde 64,7% dat het nodig is om achteraf over de feiten te kunnen praten (tabel 8). Ook oprechte spijtbetuigingen en gevolgen voor de dader (zoals het stoppen van de zorg) werden vaak als belangrijk aangegeven. In tegenstelling tot het lage aantal dat na het SGG professionele hulp zocht, gaf toch 29,4% aan dat psychologische hulp belangrijk is in het verwerken van het SGG. Enkele andere suggesties waren: begeleiding of therapie voor de dader, altijd samen met een collega op pad gaan, educatie van de verpleegkundigen en relativeringsvermogen.

Tabel 8: Wat is belangrijk om met dit gedrag om te kunnen gaan?	
	Aantal (n = 235)
Oprechte spijtbetuigingen	64 (27,2%)
Gevolgen voor de dader (bijv. moet op zoek naar andere verpleegkundige)	96 (40,9%)
Strafrechtelijke gevolgen voor de dader	31 (13,2%)
Erover kunnen praten	152 (64,7%)
Psychologische hulp	69 (29,4%)
Andere	11 (4,7%)

Slechts 31,1% (n = 73) van de thuisverpleegkundigen herinnerde zich dat ze tijdens de opleiding of een bijscholing tips kregen. Ongeveer de helft (53,2%, n = 126) kreeg nooit tips en 12,3% (n = 29) wist het niet meer. Verpleegkundigen die tips kregen rond hun opleiding werden niet significant minder slachtoffer van SGG in de studie.

Van de 235 thuisverpleegkundigen gaf 37,9% aan dat ze opleiding of ondersteuning willen rond SGG.

Hebben verpleegkundigen die SGG meemaakten meer nood aan opleiding of ondersteuning omtrent het omgaan met SGG? Voor deel 1 van de vragenlijst kunnen we besluiten op het 5% significantieniveau dat er een verband is tussen het doormaken van SGG zoals bevraagd in deel 1 en de nood aan opleiding omtrent het omgaan met SGG ($p < 0,001$). Van de respondenten die SGG doormaakten wenst 45% een opleiding, in tegenstelling tot zij die geen SGG doormaakten (daar wil slechts 11% een opleiding). Daaruit blijkt dat mensen vier keer vaker een opleiding wensen na het doormaken van SGG. Ook voor deel 2 van de vragenlijst bleek dat verpleegkundigen die SGG doormaakten vaker een opleiding willen omtrent SGG ($p = 0,003$).

Wat zou ervoor kunnen zorgen dat SGG minder voorkomt? Volgens 61,7% (n = 145) zou meer aandacht en bewustmaking rond SGG helpen om het minder te doen voorkomen. Voor 57,4% (n = 135) zou meer aandacht voor het thema tijdens de opleiding helpen. Achttien deelnemers (7,7%) vermeldden nog iets anders: seksuele dienstverlening voor bijv. personen met een beperking, ervoor zorgen dat patiënten ook weten tot wie ze zich moeten richten bij vragen hoe met deze gevoelens omgaan/praten (bijv. Aditi) duidelijk maken aan (potentiële) daders dat dit gedrag niet gewenst is, de huisarts van de patiënt moet hier tijd voor maken en naar de verpleegkundige luisteren, samenwerken met een collega, assertiviteitstraining. Een respondent gaf aan dat dit bij oudere patiënten waarschijnlijk niet volledig te vermijden is. Een andere verpleegkundige dacht dat er nog te veel taboe is rond seksualiteit en ouderen.

Discussie

Uit deze studie blijkt dat een groot deel van de thuisverpleegkundigen al in aanraking kwam met SGG. Maar liefst 80% maakte de afgelopen 5 jaar een type mee zoals bevraagd in deel 1 van de enquête. Deel 1d bevroeg onder andere seksueel getinte opmerkingen, maar ook ongewenste aanrakingen. In deel 2, dat het gedwongen kijken naar seksuele handeling tot (poging tot) geslachtsgemeenschap omvat, antwoordde 6,8% dat ze dit hadden meegemaakt. In de literatuur vonden we al terug dat zorgverleners, waaronder verpleegkundigen, vaker dan de algemene bevolking SGG meemaken. Eén van de onderzoeksvragen was of thuisverpleegkundigen een nog hoger risico lopen op SGG. In deze studie werd gekeken naar een tijdsperiode van vijf jaar, terwijl andere studies vaak kijken naar de totale levensloop of een kortere periode. Dit maakt het vergelijken van resultaten moeilijk.

In het vergelijken van SGG tussen verschillende beroepen, is het ook belangrijk om welk type SGG het gaat. Ook hier verschillen studies erg veel. Recent werd in België een grote

studie over SGG gepubliceerd: de UN-MENAMAIS-studie (16). UN-MENAMAIS staat voor “Understanding the Mechanisms, Nature, Magnitude and Impact of Sexual Violence in Belgium”. Hier werd SGG verdeeld in twee groepen: ‘hands-off’ en ‘hands-on’ SGG. Bij ‘hands-off’ SGG is er geen fysiek contact. Ook de studie over seksueel geweld bij geneeskundestudenten in Vlaanderen van Geldolf et al. (6) gebruikte deze onderverdeling. Deze onderverdeling zou het bespreken van de resultaten vergemakkelijken en zou het vergelijken van verschillende studies beter mogelijk zijn. In de toekomst lijkt het dus nuttig om deze onderverdeling ook in vragenlijsten rond SGG aan te houden.

In deze studie werd gevraagd of een verpleegkundige de afgelopen 5 jaar met SGG in aanraking kwam. Er werd echter niet gevraagd naar de frequentie of de volledige carrière. Ook dit beperkt de mogelijkheden om te vergelijken met andere cijfers. Het includeren van meer vragen (waaronder de frequenties) is een overweging die moet gemaakt worden. Meer vragen zorgt voor een langere doorlooptijd van de enquête en zou het responspercentage kunnen verlagen.

Ondanks de hoge prevalentie (80%) van SGG ten opzichte van de thuisverpleegkundigen, gaf maar 37,9% van hen aan dat ze een vorm van opleiding willen rond SGG. Nochtans denkt 57,4% dat meer aandacht rond SGG tijdens de opleiding de prevalentie van SGG kan doen dalen. De adviezen in de literatuur zijn het eens met die meerderheid. De UN-MENAMAIS-studie (16) stelt duidelijk dat educatie rond dit thema belangrijk is in de preventie ervan. Daarnaast raden de onderzoekers aan dat “*alle openbare instellingen en particuliere bedrijven over een beleid en preventiestrategie moeten beschikken om slachtoffers van seksueel geweld te beschermen en te ondersteunen, inclusief het creëren van een veilige omgeving waar slachtoffers kunnen vertellen wat ze meemaakten en ondersteuning en een verwijsplan.*” Deze aanbeveling kan dus zeker ook gelden voor thuisverpleegkunde bedrijven.

Diezelfde studie zegt ook dat het belangrijk is dat artsen moeten worden opgeleid om seksueel geweld en de gevolgen daarvan bij hun patiënten aan te pakken. Ik denk dat onze opleiding hierin zeker nog kan verbeteren. In de geneeskunde opleiding komt niet aan bod hoe een patiënt die SGG meemaakte te begeleiden. Als huisarts bieden we eerstelijnsgeneeskunde aan en moeten we patiënten dus vlot kunnen doorverwijzen naar de gepaste zorg. Bijvoorbeeld gespecialiseerde zorgcentra, psychologen en seksuologen kunnen slachtoffers van SGG begeleiden.

Een Zorgcentrum na Seksueel Geweld is een gespecialiseerde dienst in een ziekenhuis waar slachtoffers van seksueel geweld terecht kunnen (17). In België zijn momenteel zes van die centra: in Antwerpen, Brussel, Charleroi, Gent, Roeselare en Luik. Het komende jaar zullen nog vier extra centra openen (in Leuven, Namen, Genk en Aarlen). Hier kan medische en psychische zorg worden verleend, daarnaast is forensisch onderzoek mogelijk. Hierbij wordt onder andere een SAS (Seksuele Agressie Set) uitgevoerd, waarbij sporenafname wordt gedaan. Dit kan tot 4 dagen na de seksuele agressie en wordt best gedaan door een arts die hier ervaring mee heeft. Er kan ook een klacht worden neergelegd bij de politie, indien gewenst, en er wordt een opvolging voorzien. Als huisarts kan je hier dus zeker iemand naar doorverwijzen. Slachtoffers die deze volledige zorg krijgen, blijken betere herstelkansen te hebben.

Daarnaast kan je natuurlijk iemand doorverwijzen naar een psycholoog of seksuoloog voor verdere psychologische hulp. Ook het CAW (Centrum Algemeen Welzijnswerk) biedt slachtofferhulp na onder andere seksueel misbruik. Ze geven zowel psychologische als juridische ondersteuning (18). Bij de gratis hulplijn 1712, die ook in de enquête werd vermeld, geven ervaren hulpverleners advies en informatie bij vragen over geweld en misbruik (19).

Tenslotte een woord over SGG door mensen met dementie. Ouderen, met en zonder dementie, vormen een groot deel van de patiënten van thuisverpleegkundigen. De meerderheid van de daders van het SGG t.o.v. thuisverpleegkundigen was ouder dan 75 jaar (73,4% bij deel 1 van de vragenlijst en 56,3% bij deel 2). Volgens een groot deel van de verpleegkundigen (resp. 45,2% en 31,3%) was de oorzaak van het SGG een psychisch probleem, zoals cognitieve beperkingen, bij de dader.

Personen met dementie kunnen ongecontroleerd seksueel gedrag vertonen, onder andere omdat de betekenis van seksuele handelingen voor hen verloren kan gaan (20)**.** Het is belangrijk dat zorgverleners zich hiervan bewust zijn. De opvattingen van de verpleegkundigen omtrent seksualiteit van ouderen zullen hun ervaringen mee bepalen (21).

Zorgnet Vlaanderen stelde in 2015 een advies op rond het omgaan met ouderen en seksualiteit (20). Dit advies was vooral gericht op directiepersoneel van onder andere woonzorgcentra, maar ook voor thuisverpleegkundige diensten. Ze gebruiken hierbij de term ‘ongecontroleerd seksueel gedrag’. Ze stellen dat het belangrijk is eerst rustig het gedrag van de oudere te analyseren, een open houding aan te nemen t.a.v. de seksualiteitsbeleving bij ouderen en zich bewust te zijn van hun eigen opvattingen. “*(De verpleegkundig) zal in geval van ongecontroleerd seksueel gedrag dat het gevolg is van de aandoening (vb. dementie) alles in het werk stellen om de waardigheid en de integriteit van de oudere te ondersteunen. Dat kan gebeuren door de oudere rustig en niet beschuldigend aan te spreken, de aandacht van de oudere af te leiden, de oudere in een privacybeschermende omgeving te plaatsen, het gedrag in het interdisciplinair team te bespreken, indien nodig de aangewezen contactpersoon van de oudere persoon te informeren.*” Daarnaast blijft het belangrijk dat er ondersteuning wordt voorzien voor zorgverleners die met dit SGG worden geconfronteerd.

Aditi biedt advies, informatie en ondersteuning rond seksualiteit voor mensen met een beperking en ouderen aan. Zowel de personen met een beperking als hun omgeving kunnen er terecht voor vragen over seksualiteit. Ze organiseren verschillende vormgevingen. Als bedrijf kan je hen bijvoorbeeld inhuren voor een opleiding. Ze bieden een breed aantal thema’s aan, zoals grensoverschrijdend gedrag, maar ook hoe praten over seks. Daarnaast begeleiden ze mensen in hun zoektocht naar seksuele dienstverlening en intimiteitsbeleving. Volgens een aantal verpleegkundigen kan dit soms een goede oplossing zijn (22).

Besluit

Deze studie toont aan dat SGG ook bij thuisverpleegkundigen een groot probleem vormt. Komt SGG nu vaker voor bij thuisverpleegkundigen dan bij andere verpleegkundigen? Op deze vraag kan geen eenduidig antwoord worden gegeven. Het vergelijken van resultaten wordt bemoeilijkt doordat er steeds een andere vragenlijst wordt gebruikt in studies naar SGG. Er wordt vaak naar een verschillende periode gevraagd en ook andere types SGG. We kunnen echter wel besluiten dat 80% van de thuisverpleegkundigen de afgelopen 5 jaar een vorm van SGG meemaakte. Dit is een hoger cijfer dan de andere gevonden studies in de literatuur.

Bepaalde elementen vormen risicofactoren. Vrouwen maakten significant vaker SGG mee. Ook de leeftijd speelt een rol: hoe jonger de verpleegkundige, hoe meer SGG. Er kon geen significant verband worden aangetoond tussen het krijgen van een opleiding rond SGG en het voorkomen van SGG. Er is wel een relatie tussen de nood aan ondersteuning en het voorkomen van SGG: verpleegkundigen die SGG meemaakten, gaven vaker aan dat ze een opleiding en ondersteuning rond SGG willen.

Iets minder dan de helft van de verpleegkundigen ondervond een impact van het SGG. Voor meer ernstige vormen van SGG was dit cijfer hoger (bijna 70%). Die impact was vooral psychologisch (zoals angst) en praktisch (bijv. mijden van plaatsen, kledingstijl veranderen…).

Slechts 37,9% gaf aan dat ze een opleiding willen rond SGG. Volgens 61,7% zou meer aandacht voor het thema er wel voor kunnen zorgen dat SGG minder voorkomt. 57,4% vindt dat meer opleiding rond SGG een goed idee is. De literatuur is het erover eens dat opleiding, al vanaf jonge leeftijd, rond seksueel (grensoverschrijdend) gedrag noodzakelijk is.

Er worden ook enkele suggesties gedaan om slachtoffers van SGG te helpen. Zo is het voor een bedrijf belangrijk een plan klaar hebben voor als het gebeurt. Dergelijk plan omvat een noodnummer, directe opvang en begeleiding. Daarnaast kan aan preventie worden gewerkt door specifieke opleidingen te organiseren. Een groot deel van de daders waren ouderen met cognitieve dysfunctie, zoals dementie. Deze groep vraagt een aangepaste aanpak. Ook hier is een correctie opleiding voor de verpleegkundigen belangrijk.

Afkortingen

CAW: Centrum Algemeen Welzijnswerk
SAS: Seksuele Agressie Set
SGG: Seksueel grensoverschrijdend gedrag

Referenties

1. For nurses, sexual harassment from patients is ‘par for the course’ [Internet]. NBC News. [geciteerd 26 april 2020]. Beschikbaar op: https://www.nbcnews.com/storyline/sexual-misconduct/nurses-sexual-harassment-patients-par-course-n848086
2. Cijfers over seksueel misbruik in België | Sensoa [Internet]. [geciteerd 26 april 2020]. Beschikbaar op: https://www.sensoa.be/seksueel-grensoverschrijdend-gedrag-bij-jongeren-en-volwassenen-feiten-en-cijfers
3. Buysse A, Caen M, Dewaele A, Enzlin P, Lievens J, T’Sjoen G, e.a. Seksuele gezondheid in Vlaanderen. Academia Press; 2013. 303 p.
4. Grensoverschrijdend gedrag op het werk. Analyse bij werknemers op… [Internet]. www.vlaanderen.be. [geciteerd 26 april 2020]. Beschikbaar op: https://www.vlaanderen.be/publicaties/grensoverschrijdend-gedrag-op-het-werk-analyse-bij-werknemers-op-basis-van-de-vlaamse-werkbaarheidsmonitor-2004-2016
5. Willness CR, Steel P, Lee K. A Meta-Analysis of the Antecedents and Consequences of Workplace Sexual Harassment. Pers Psychol. 2007;60(1):127–62.
6. Geldolf M, Tijtgat J, Dewulf L, Haezeleer M, Degryse N. Sexual violence in medical students and specialty registrars in Flanders, Belgium: a population survey. BMC Med Educ [Internet]. 24 februari 2021;21(130). Beschikbaar op: https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-021-02531-z#citeas
7. Statistiek CB voor de. Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2019 [Internet]. Centraal Bureau voor de Statistiek. [geciteerd 2 mei 2020]. Beschikbaar op: https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2020/16/nationale-enquete-arbeidsomstandigheden-2019
8. Abo Ali EA, Saied SM, Elsabagh HM, Zayed HA. Sexual harassment against nursing staff in Tanta University Hospitals, Egypt. J Egypt Public Health Assoc. september 2015;90(3):94–100.
9. Zeng L-N, Zong Q-Q, Zhang J-W, Lu L, An F-R, Ng CH, e.a. Prevalence of sexual harassment of nurses and nursing students in China: a meta-analysis of observational studies. Int J Biol Sci. 29 januari 2019;15(4):749–56.
10. Yang BX, Stone TE, Petrini MA, Morris DL. Incidence, Type, Related Factors, and Effect of Workplace Violence on Mental Health Nurses: A Cross-sectional Survey. Arch Psychiatr Nurs. 1 februari 2018;32(1):31–8.
11. Cogin J, Fish A. Sexual harassment – a touchy subject for nurses. J Health Organ Manag [Internet]. 7 augustus 2009 [geciteerd 26 april 2020]; Beschikbaar op: https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/14777260910979326/full/html
12. Nielsen MBD, Kjær S, Aldrich PT, Madsen IdaEH, Friborg MK, Rugulies R, e.a. Sexual harassment in care work – Dilemmas and consequences: A qualitative investigation. Int J Nurs Stud. 1 mei 2017;70:122–30.
13. Jans E. Seksueel grensoverschrijdend gedrag tegenover personeelsleden in de Vlaamse gevangenissen [Internet]. 2019. Beschikbaar op: https://www.icho-info.be/application/content/downloadthesis/id/1784
14. Adressen van diensten voor thuisverpleging [Internet]. Agentschap Zorg & Gezondheid; Beschikbaar op: https://www.zorg-en-gezondheid.be/adressen-van-diensten-voor-thuisverpleging
15. Braeckevelt L, Cloots H, De Kind H, Janssens P. Personeel in Vlaamse ziekenhuizen - 2013 [Internet]. Agentschap Zorg & Gezondheid, afdeling informatie en zorgberoepen; 2016. Beschikbaar op: https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/GI2013_ziekenhuispersoneel.pdf
16. Keygnaert I, De Schrijver L, Cismaru Inescu A, Schapansky E, Nobels A, Hahaut B. UN-MENAMAIS Understanding the Mechanisms, Nature, Magnitude and Impact of

Sexual Violence in Belgium [Internet]. Brussels; 2021. Beschikbaar op: https://www.belspo.be/belspo/brain-be/projects/FinalReports/UN-MENAMAIS_FinalRep_v2.pdf
17. Zorgcentra na seksueel geweld: wat, voor wie & waar? [Internet]. Seksueel geweld; Beschikbaar op: https://www.seksueelgeweld.be/zorgcentra-na-seksueel-geweld-wat-voor-wie-waar
18. Slachtofferhulp: Ondersteuning en hulp voor slachtoffers [Internet]. CAW; Beschikbaar op: https://www.caw.be/hoe-wij-helpen/begeleiding/schokkende-gebeurtenis/slachtofferhulp/?regio
19. Professionele hulplijn voor vragen over geweld, misbruik en kindermishandeling [Internet]. 1712; Beschikbaar op: https://www.1712.be/
20. Intimiteit en seksualiteit in de zorg voor ouderen (Advies 18) [Internet]. Zorgnet Vlaanderen; 2015. Beschikbaar op: https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/2015%20Ethisch%20advies%2018%20v3.pdf
21. Mahieu L, Van Elssen K, Gastmans C. Nurses' perceptions of sexuality in institutionalized elderly: a literature review. 2011;48(9):1140–54.
22. Aditi: Seksualiteit en Intimiteitszorg op maat [Internet]. Aditi; Beschikbaar op: https://aditivzw.be/nl/

Bijlagen

Bijlage 1: Goedgekeurd protocol
Bijlage 2: Gunstig advies Ethisch Comité
Bijlage 3: Uitnodiging
Bijlage 4: Vragenlijst

Bijlage 1: Goedgekeurd protocol

Study Protocol

Study Title: Seksueel grensoverschrijdend gedrag tegenover thuisverpleegkundigen in Vlaanderen
Protocol Number: 2020-484
Protocol Version and Date: Versie 1.2 – 24/01/2021
Coordinating/Principal Investigator: Prof. dr. Vansintejan Johan / Julie Lanoo

The information contained in this document is the property of the Sponsor/Coordinating Investigator and may not be reproduced, published or disclosed to others without written authorization of the Sponsor/Coordinating Investigator.

PROTOCOL SIGNATURE PAGE

Protocol Version and date: Versie 1.2 – 24/01/2021

Protocol Title: Seksueel grensoverschrijdend gedrag tegenover thuisverpleegkundigen in Vlaanderen

Sponsor: /

Principal Investigator: Julie Lanoo

I agree:

- to assume responsibility for the proper conduct of this study
- to conduct the study in compliance with this protocol and any future amendments
- not to implement any deviations from or changes to the protocol without prior review and written approval from the Ethics Committee, except where necessary to eliminate an immediate hazard to the subjects, or for administrative aspects of the study (where permitted by all applicable regulatory requirements)
- that I am thoroughly familiar with the appropriate use of the investigational drug, as described in this protocol
- to ensure that all persons assisting me with the study are adequately informed about the investigational drug and their study-related duties and functions as described in the protocol
- that I am aware of and will comply with the current good clinical practice (GCP) guidelines and ethical principles outlined in the Declaration of Helsinki
- to conduct the study in accordance with all applicable laws and regulations

Julie Lanoo Signature  Date 24/01/2021

1 Table of Contents

Study Protocol 1

PROTOCOL SIGNATURE PAGE 1

1 Table of Contents 2

2 Trial Registration/Protocol Summary 4

3 Protocol Version History 5

4 Sponsor/Coordinating Investigator Information 5

5 List of Abbreviations 5

6 Introduction 5

6.1 Overview of Disease Pathogenesis 5

6.2 Epidemiology 5

6.3 Study Rationale and Purpose 6

6.4 Rationale for Study Design 6

7 Study Schematic and Schedule of Activities 6

7.1 Study Schematic 6

7.2 Study Activities 7

Deelnemers zullen eenmalig een elektronische vragenlijst invullen. 7

8 Study Objectives and endpoints 7

8.1 Primary Objective 7

8.2 Secondary Objectives 7

8.3 Endpoints 7

9 Investigational Plan 7

9.1 Overall Study Design 7

9.2 Study Duration for Subjects 7

9.3 Early Study Termination 7

9.4 End of Study 7

10 Selection of Subjects 7

10.1 Selection of Study Population 7

10.2 Inclusion Criteria 8

10.3 Exclusion Criteria 8

11 Screening and Randomization 8

11.1 Screening and Enrollment 8

11.2 Blinding Procedures 8

12 Safety Monitoring and Reporting 8

13 Data Collection and Management 8

13.1 Data Collection 8
13.2 Database Management and Quality Control 8
13.3 Statistical Considerations and Data Analysis 8

14 Ethical Considerations 9
14.1 Ethical conduct of the study 9
14.1.1 Declaration of Helsinki 9
14.1.2 Ethics Committee 9
14.2 Informed Consent 9
14.3 Patient and Study Data Protection 9
14.4 Subject Identification 9
14.5 Conflict of Interest 9

15 Finance and Insurance 9

16 Conflict of interest statement 10

17 References 10

2 Trial Registration/Protocol Summary

Information	
Official Title:	Seksueel grensoverschrijdend gedrag tegenover thuisverpleegkundigen in Vlaanderen
Study Phase/Type:	Observationele studie
Condition:	Seksueel grensoverschrijdend gedrag
Objectives:	De prevalentie van seksueel grensoverschrijdend gedrag door patiënten t.o.v. thuisverpleegkundigen bepalen.
Investigational Product:	/
Interventions:	Vragenlijst
Endpoints:	Nagaan hoe kunnen dit seksueel grensoverschrijdend gedrag kan worden vermeden. Voorstellen hoe we verpleegkundigen hier beter op kunnen voorbereiden en in begeleiden.
Study population:	Thuisverpleegkundigen in Vlaanderen, 18-65 jaar
Number of patients:	Min. 362
Overview of study design:	Cross-sectioneel onderzoek aan de hand van een vragenlijst
Statistical Considerations:	Multivariate analyse
Sponsor:	/
Country(ies) of Recruitment:	België
Inclusion Criteria:	Thuisverpleegkundigen in Vlaanderen 18-65 jaar
Exclusion Criteria:	< 18 jaar of > 65 jaar
Date of first enrolment:	1 maart 2020
Target sample size:	Min. 362 personen

3 Protocol Version History

Version No.	Approval Date Lead EC	Release Date
1.1		11/11/2020
1.2		24/01/2021

4 Sponsor/Coordinating Investigator Information

Coordinating Investigator: Prof. dr. Vansintejan Johan
Sponsor: /
Principal Investigator: Lanoo Julie
Co-investigators: /
Additional co-researchers: /
Statistician: Lanoo Julie
Laboratory (ies): /
Pharmacy: /
Study Coordinator: /
Study sites and co-investigators: /

5 List of Abbreviations

SGG: Seksueel grensoverschrijdend gedrag

6 Introduction

6.1 Overview of Disease Pathogenesis

Seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) is een actueel en wijdverspreid probleem. Denk maar aan het recente #MeToo-fenomeen, waar dagelijks berichten over terugkeerden in de media. #MeToo heeft wereldwijd een grote invloed gehad: veel slachtoffers durfden eindelijk naar buiten komen met hun verhaal. Ook zorgde het voor meer bewustwording rond de term SGG. Hiervoor bestaat namelijk geen algemeen geaccepteerde definitie. Klassiek wordt vaak gedacht aan verkrachting, maar ook seksueel getinte opmerkingen kunnen grensoverschrijdend zijn. (1)

6.2 Epidemiology

Maar hoe groot is het probleem nu echt? Het is geweten dat slachtoffers van seksueel misbruik vaak geen beroep doen op hulpverlening. Een nog kleiner aantal dient een klacht in bij de politie. Deze onderrapportering zorgt voor onbetrouwbare cijfers. (2) Gelukkig zijn er al een aantal studies gebeurd die het probleem beter in kaart brachten, ook in België. Belangrijk hierbij is rekening te houden met de definitie die elke studie voor SGG gebruikt, aangezien dit veel invloed heeft op de resultaten.

De ‘Sexpert’-studie uit 2013 was een groot onderzoek dat peilde naar de seksuele gezondheid in Vlaanderen. (3) SGG werd gedefinieerd als elke situatie waarin een persoon tegen zijn/haar zin ge-

dwongen wordt om seksuele handelingen te stellen of te ondergaan. Dit kan gaan van seksuele opmerkingen tot ernstig seksueel geweld. Ruim 16% van de respondenten gaf aan SGG mee te hebben gemaakt voor de leeftijd van 18 jaar en 8% na 18 jaar. Vrouwen waren veel vaker slachtoffer. Dezelfde studie peilde ook naar de emotionele impact van SGG. Slechts een kleine meerderheid gaf aan er nadien met iemand over te hebben gepraat. De meerderheid voelde zich gesteund in dit gesprek.

Een meta-analyse uit 2007 (4) concludeerde dat SGG op het werk geassocieerd was met onder andere minder werktevredenheid, een slechtere lichamelijke en geestelijke gezondheid en zelfs symptomen van een posttraumatische stressstoornis. Een aantal onderzoeken keken al specifiek naar SGG t.o.v. verpleegkundigen. Een studie uit 2014 (5) constateerde dat een kwart van de verpleegkundigen al te maken had gekregen met SGG. In een andere studie (6) gaf zelfs 70.2% van de verpleegkundigen aan al met SGG hebben te maken gehad. De Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden in Nederland (7) stelde vast dat bijna eenderde van de verpleegkundigen in 2017 te maken had met SGG door patiënten of andere externen, een toename t.o.v. 2014.

6.3 Study Rationale and Purpose

We kunnen dus besluiten dat zorgmedewerkers meer dan gemiddeld te maken krijgen met SGG. Met dit nieuw onderzoek willen we nagaan of thuisverpleegkundigen hier specifiek een hoog risico op lopen en of er nood is aan maatregelen. Zij staan namelijk in voor de routinezorg van patiënten. Deze patiënten zijn meestal ouderen, waaronder dus ook veel patiënten met dementie. Bovendien komen ze vaak helemaal alleen in een omgeving die voor de patiënt bekend is.

Om gegevens te verzamelen over de prevalentie van SGG bij thuisverpleegkundigen zal een elektronische vragenlijst worden opgemaakt. Deze vragenlijst zal worden verstuurd naar de thuisverpleegkundigen in Vlaanderen via de thuisverplegingsdiensten en de Vlaamse Beroepsvereniging voor Zelfstandige Verpleegkundigen . Aan de hand van de resultaten kunnen we het probleem van SGG beter in kaart brengen en kijken hoe we verpleegkundigen hier beter op kunnen voorbereiden.

6.4 Rationale for Study Design

Er werd gekozen voor een cross-sectioneel onderzoek omdat zo met een vragenlijst kan worden gekeken naar de prevalentie van SGG.
Gezien de beperkte termijn waarop een manama-thesis moet worden volbracht, is er geen tijd om een prospectief onderzoek te doen over meerdere jaren.

7 Study Schematic and Schedule of Activities

7.1 Study Schematic

November 2020: Aanvraag ethische commissie
Januari 2021: Aanvraag bij dienst Verzekeringen VUB
April 2021: Vragenlijst rondsturen naar thuisverpleegkundigen over Vlaanderen
Juni 2021: Afsluiten vragenlijst en verzamelen van data
Juli – November 2021: Statistische verwerking van data
Februari 2022: Manama-thesis afronden
Mei 2022: Presentatie Manama-thesis

7.2 Study Activities

Deelnemers zullen eenmalig een elektronische vragenlijst invullen.

8 Study Objectives and endpoints

8.1 Primary Objective

De prevalentie van seksueel grensoverschrijdend gedrag door patiënten t.o.v. thuisverpleegkundigen bepalen.

8.2 Secondary Objectives

De gevolgen van seksueel grensoverschrijdend gedrag op de psychologische gezondheid van verpleegkundigen nagaan.
Inschatten welke kenmerken bij verpleegkundigen een hoger risico zouden kunnen vormen op slachtoffer worden van seksueel grensoverschrijdend gedrag.

8.3 Endpoints

Nagaan hoe kunnen we dit seksueel grensoverschrijdend gedrag kunnen vermijden.
Voorstellen hoe verpleegkundigen hier beter op kunnen worden voorbereid en in worden begeleid.

9 Investigational Plan

9.1 Overall Study Design

Cross-sectioneel onderzoek

9.2 Study Duration for Subjects

Eenmalig invullen van een elektronische vragenlijst
Geschatte duur: max. 9 minuten (volgens Qualtrics)

9.3 Early Study Termination

Wanneer een vragenlijst vroegtijdig wordt afgebroken, zullen de gegevens van deze vragenlijst niet worden meegenomen in de resultaten.

9.4 End of Study

Twee maanden na het rondsturen van de vragenlijst zal deze worden gesloten.

10 Selection of Subjects

10.1 Selection of Study Population

Thuisverpleegkundigen in Vlaanderen die verbonden zijn aan een thuisverplegingsdienst of de Broepsvereniging voor zelfstandige thuisverpleegkundigen.

10.2 Inclusion Criteria

Thuisverpleegkundigen aangesloten bij thuisverplegingsorganisatie of Vlaamse Beroepsvereniging voor Zelfstandige Verpleegkundigen in Vlaanderen, 18-65 jaar

10.3 Exclusion Criteria

Personen < 18 jaar of > 65 jaar
Personen die niet akkoord zijn met de geïnformeerde toestemming

11 Screening and Randomization

11.1 Screening and Enrollment

Deelnemers zullen via e-mail worden uitgenodigd om een elektronische vragenlijst in te vullen.

11.2 Blinding Procedures

De antwoorden worden anoniem verwerkt en zijn niet terug te leiden tot de deelnemer. Enkel de ingevulde gegevens worden bijgehouden.

12 Safety Monitoring and Reporting

Aan het begin en einde van de vragenlijst zal de website en het telefoonnummer van 1712 worden vermeld: de professionele hulplijn voor vragen over geweld, misbruik en kindermishandeling. Dit is een initiatief van de Vlaamse overheid.

13 Data Collection and Management

13.1 Data Collection

Data zal worden verzameld aan de hand van een elektronische vragenlijst. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van Qualtrics. De data wordt anoniem verzameld: ze is nooit terug te leiden tot de deelnemer, enkel de ingevulde informatie wordt bijgehouden.

13.2 Database Management and Quality Control

Om de kwaliteit van de opzet van de studie na te gaan, werd gebruik gemaakt van de “NIH quality assessment tool for observational cohort and cross-sectional studies” (8).

Voor de vragenlijst is een responspercentage van minimum 50% vereist. Bij een lager percentage bestaat het risico dat de onderzoekspopulatie niet voldoende de gehele populatie vertegenwoordigt. Dit verhoogt het risico op bias.

13.3 Statistical Considerations and Data Analysis

Om ervoor te zorgen dat de verkregen resultaten representatief zijn voor een grotere groep, moet de studiepopulatie voldoende groot zijn. Hiervoor werd een poweranalyse uitgevoerd. Eerst werd de grootte van onze studiepopulatie berekend. In 2016 werkten in België 124 196 verpleegkundigen.

Hiervan werkte 61.3% in Vlaanderen, dit zijn dus 78 367 personen. Hiervan werkte nog eens 7.9% in de thuiszorg, wat neerkomt op 6014 verpleegkundigen. (9)

Indien we een foutenmarge van 5% en betrouwbaarheidsinterval van 95% aanvaarden, is de vereiste steekproefgrootte 362 personen. Het aantal respondenten moet minstens 50% zijn. Het vereiste aantal uitnodigingen is dus 724.

Om een verband tussen de socio-demografische en gezondheidsgerelateerde kenmerken te onderzoeken, zal een chi-kwadraat toets worden gebruikt.

Wanneer een onafhankelijke variabele (geslacht, leeftijd…) significant is ($P < 0.05$), zal deze worden meegenomen in een multivariaat logistisch regressiemodel.
Analyses zullen worden uitgevoerd met SPSS.

14 Ethical Considerations

14.1 Ethical conduct of the study

14.1.1 Declaration of Helsinki

Ik ben me bewust van de verklaring van Helsinki en zal hier ook naar handelen.
Deelname aan de studie gebeurt volledig vrijwillig

14.1.2 Ethics Committee

De studie zal enkel starten na goedkeuring door de Commissie Medische Ethiek verbonden aan het UZ Brussel.

14.2 Informed Consent

Deelnemers zullen op voorhand informatie krijgen over de studie en hun geïnformeerde toestemming moeten bevestigen. (Zie Bijlage 1)

14.3 Patient and Study Data Protection

De verzamelde data is anoniem en dus niet terug te leiden tot een persoon.
Data zal worden verzameld via Qualtrics. Qualtrics vermelden op hun website dat ze voldoen “aan GDPR (General Data Protection Regulation) en CCPA (California Consumer Privacy Act)” en technologie bieden die “klanten in staat stelt om ook aan deze wetgeving te voldoen”.

14.4 Subject Identification

Niet van toepassing. De data die wordt verzameld is anoniem en niet terug te leiden tot een persoon.

14.5 Conflict of Interest

Er zijn geen belangenvermengingen.

15 Finance and Insurance

Er wordt geen financiële vergoeding voorzien voor deelnemers.
De verzekeringsfiche van de VUB werd ingevuld en de fiche zal, na goedkeuring van de studie door de ethische commissie, worden opgestuurd naar de Dienst Verzekeringen VUB.

16 Conflict of interest statement

De onderzoekers verklaren geen enkele belangenvermenging te hebben.

17 References

1. For nurses, sexual harassment from patients is 'par for the course' [Internet]. NBC News. [geciteerd 26 april 2020]. Beschikbaar op: https://www.nbcnews.com/storyline/sexual-misconduct/nurses-sexual-harassment-patients-par-course-n848086
2. Cijfers over seksueel misbruik in België[Internet]. Sensoa. [geciteerd 26 april 2020]. Beschikbaar op: https://www.sensoa.be/seksueel-grensoverschrijdend-gedrag-bij-jongeren-en-volwassenen-feiten-en-cijfers
3. Buysse A, Caen M, Dewaele A, Enzlin P, Lievens J, T'Sjoen G, e.a. Seksuele gezondheid in Vlaanderen. Academia Press; 2013. 303 p.
4. Willness CR, Steel P, Lee K. A Meta-Analysis of the Antecedents and Consequences of Workplace Sexual Harassment. Pers Psychol. 2007;60(1):127–62.
5. Spector PE, Zhou ZE, Che XX. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: a quantitative review. Int J Nurs Stud. 2014 Jan;51(1):72-84. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010. Epub 2013 Feb 19. PMID: 23433725.
6. Abo Ali EA, Saied SM, Elsabagh HM, Zayed HA. Sexual harassment against nursing staff in Tanta University Hospitals, Egypt. J Egypt Public Health Assoc. september 2015;90(3):94–100.
7. Statistiek CB voor de. Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2019 [Internet]. Centraal Bureau voor de Statistiek. [geciteerd 2 mei 2020]. Beschikbaar op: https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2020/16/nationale-enquete-arbeidsomstandigheden-2019
8. Study Quality Assessment Tools [Internet]. NIH. [geciteerd 11 november 2020]. Beschikbaar op: https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools
9. Toegankelijkheid van gekwalificeerd personeel - Naar een gezond België [Internet]. [geciteerd 2 mei 2020]. Beschikbaar op: https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/toegankelijkheid-van-de-zorg/beschikbaarheid-van-gekwalificeerd-personeel

Bijlage 2: Gunstig advies Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

DR. J. LANOO en PROF. DR. J. VANSINTEJAN
HUISARTSGENEESKUNDE
VUB

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Brussel, 17-02-2021

Ons Kenmerk: 2020/484

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
Seksueel grensoverschrijdend gedrag tegenover thuisverpleegkundigen in Vlaanderen
B.U.N. 1432020000337

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, inclusief Bijlage: Patiënteninformatie en -toestemming & Vragenlijst versie 1.2 dd 24-Jan-2021, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens de **vergadering van 17 februari 2021**

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

Prof. Dr. D. Michielsen, voorzitter

Cc: FAGG, Departement R&D, Eurostation blok 2, Victor Hortaplein 40 / 40, 1060 BRUSSEL

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK
Reflectiegroep

1090

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Meeting date: 17-02-2021

Ons kenmerk: 2020/484

MEMBERS OF THE MEDICAL ETHICS COMMITTEE UZ BRUSSEL - VUB (since 28-10-2020)

Name	Function	Gender
Prof. Dr. D. Michielsen, MD, PhD	CHAIRMAN Urology UZ BRUSSEL	M
Mrs. A. Van Scharen, LLM	VICE- CHAIRMAN Legal Expert UZ Brussel	F
Dr. Y. Adriaenssens, MD	General Practitioner Mechelen	M
Prof. Apr. Bert Bravenboer	Pharmacology - Faculty of Medicine and Pharmacy VUB UZ BRUSSEL	M
Dr. A. Bretz, MD	Medical Oncology /Radiotherapy UZ BRUSSEL	F
Prof. Dr. F. Cools, MD, PhD	Neonatology UZ BRUSSEL	M
Mrs. R. Cools	Nurse UZ BRUSSEL	F
Dr. Apr. P.-J. Cortoos, PhD	Pharmacist UZ BRUSSEL	M
Dr. P. Flamee, MD	Anesthesiology UZ BRUSSEL	M
Mr. B. Humblet	Patient representative External Member	M
Prof. Dr. P. Lacor, MD	Internal Medicine UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. C. Schotte, PhD	Clinical Psychology UZ BRUSSEL	M
Mrs. S. Pirlotte	Nurse UZ BRUSSEL	F
Mr. T. Van Sande	Nurse UZ BRUSSEL	M
Dr. K. Vergaelen, MD	Intensive Care UZ BRUSSEL	F
Prof. Dr. I. Willekens, MD, PhD	Radiology UZ BRUSSEL	F

Bijlage 3: Uitnodiging

Beste thuisverpleegkundige,

Ik ben huisarts-in-opleiding aan de VUB (Vrije Universiteit Brussel) en in het kader van mijn masterproef doe ik onderzoek naar de frequentie van seksueel grensoverschrijdend gedrag tegenover thuisverpleegkundigen. De vragenlijst zal peilen naar uw persoonlijke ervaringen met seksueel grensoverschrijdend gedrag, tijdens het werk. Het invullen neemt 5 tot 10 minuten in beslag.

Seksueel grensoverschrijdend gedrag is een actueel en wijdverspreid probleem. Denk maar aan het recente #MeToo-fenomeen, waardoor veel slachtoffers eindelijk naar buiten durfden te komen met hun verhaal. Het zorgde ook voor meer bewustwording rond de term seksueel grensoverschrijdend gedrag. Klassiek wordt vaak gedacht aan verkrachting, maar ook seksueel getinte opmerkingen kunnen als ongepast worden gezien.

Zit je met vragen na het invullen van deze vragenlijst? Bij 1712 kan je terecht voor een anoniem gesprek op het telefoonnummer 1712 of via de website www.1712.be.

Voor dit onderzoek werd goedkeuring bekomen van de ethische commissie UZ Brussel.
Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Julie Lanoo (julie.lanoo@vub.be).

Geïnformeerde toestemming
Waarom deze vragenlijst?
De antwoorden uit deze vragenlijst zullen we gebruiken om meer zicht te krijgen op de prevalentie en de impact van seksueel grensoverschrijdend gedrag op hulpverleners.

Vrijwilligheid van deelname
U bent geheel vrij deel te nemen. U heeft steeds het recht om af te zien van verdere deelname of te stoppen met het invullen van de vragenlijst.

Vertrouwelijkheid van de gegevens
Uw antwoorden blijven vertrouwelijk en worden anoniem worden verwerkt. Ze zijn niet toegankelijk voor uw werkgever. Enkel de gegevens die bevraagd worden in de vragenlijst worden bewaard.

Uw toestemming geven
Wettelijk gezien zijn we verplicht u te vragen om, indien u wenst deel te nemen, onderstaand hokje aan te vinken.

1. Ik bevestig dat ik de bovenstaande informatie over het invullen van de vragenlijst heb gelezen en hoe mijn persoonlijke gegevens daarin worden verwerkt. Ik begrijp volledig wat er van mij wordt verwacht bij deelname aan deze vragenlijst.

2. Ik begrijp dat mijn deelname vrijwillig is en dat ik op elk moment en zonder het opgeven van reden kan stoppen met de vragenlijst.

Bijlage 4: Vragenlijst

Seksueel grensoverschrijdend gedrag tegenover thuisverpleegkundigen in Vlaanderen

Start of Block: Intro

Q1 Beste thuisverpleegkundige,

Ik ben huisarts-in-opleiding aan de VUB (Vrije Universiteit Brussel) en in het kader van mijn masterproef doe ik onderzoek naar de frequentie van seksueel grensoverschrijdend gedrag tegenover thuisverpleegkundigen. De vragenlijst zal peilen naar uw persoonlijke ervaringen met seksueel grensoverschrijdend gedrag, **tijdens het werk**. Het invullen neemt 5 tot 10 minuten in beslag.

Seksueel grensoverschrijdend gedrag is een actueel en wijdverspreid probleem. Denk maar aan het recente #MeToo-fenomeen, waardoor veel slachtoffers eindelijk naar buiten durfden te komen met hun verhaal. Het zorgde ook voor meer bewustwording rond de term seksueel grensoverschrijdend gedrag. Klassiek wordt vaak gedacht aan verkrachting, maar ook seksueel getinte opmerkingen kunnen als ongepast worden gezien.

Zit je met vragen na het invullen van deze vragenlijst? Bij 1712 kan je terecht voor een anoniem gesprek op het telefoonnummer 1712 of via de website www.1712.be.

Voor dit onderzoek werd goedkeuring bekomen van de ethische commissie UZ Brussel. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Julie Lanoo (julie.lanoo@vub.be). **Geïnformeerde toestemming** *Waarom deze vragenlijst?* De antwoorden uit deze vragenlijst zullen we gebruiken om meer zicht te krijgen op de prevalentie en de impact van seksueel grensoverschrijdend gedrag op hulpverleners.

Vrijwilligheid van deelname U bent geheel vrij deel te nemen. U heeft steeds het recht om af te zien van verdere deelname of te stoppen met het invullen van de vragenlijst.

Vertrouwelijkheid van de gegevens Uw antwoorden blijven vertrouwelijk en worden **anoniem** worden verwerkt. Ze zijn niet toegankelijk voor uw werkgever. Enkel de gegevens die bevraagd worden in de vragenlijst worden bewaard.

Uw toestemming geven Wettelijk gezien zijn we verplicht u te vragen om, indien u wenst deel te nemen, onderstaand hokje aan te vinken. **1.** Ik bevestig dat ik de bovenstaande informatie over het invullen van de vragenlijst heb gelezen en hoe mijn persoonlijke gegevens daarin worden verwerkt. Ik begrijp volledig wat er van mij wordt verwacht bij deelname aan deze vragenlijst.

2. Ik begrijp dat mijn deelname vrijwillig is en dat ik op elk moment en zonder het opgeven van reden kan stoppen met de vragenlijst.

- ○ Ik ga akkoord met de 2 bovenstaande voorwaarden (1)
- ○ Ik ga niet akkoord en wil de vragenlijst stoppen (2)

Skip To: End of Survey If Beste thuisverpleegkundige, Ik ben huisarts-in-opleiding aan de VUB (Vrije Universiteit Brussel)... = Ik ga niet akkoord en wil de vragenlijst stoppen

End of Block: Intro

Start of Block: DEEL 1: Persoonlijke kenmerken

Q2 Gender

- ○ Man (1)
- ○ Vrouw (2)
- ○ Non-binair (3)
- ○ Zeg ik liever niet (4)

Q3 Leeftijd

- ○ ≤ 25 jaar (1)
- ○ 26-35 jaar (2)
- ○ 36-45 jaar (3)
- ○ 46-55 jaar (4)
- ○ ≥ 56 jaar (5)

Q4 Bent u in dienst bij een werkgever of zelfstandige? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Werkgever, namelijk: (1) _____
- ☐ Zelfstandige (2)

Q5 In welke provincie was u voornamelijk werkzaam in de afgelopen 5 jaar?

- Antwerpen (1)
- Limburg (2)
- Oost-Vlaanderen (3)
- Vlaams-Brabant (4)
- West-Vlaanderen (5)

Q6 In de afgelopen 5 jaar, werkte u voornamelijk in een stedelijke of landelijke omgeving?

- Stedelijke omgeving (1)
- Landelijke omgeving (2)
- Evenveel in een stedelijke als landelijke omgeving (3)

Page Break

End of Block: DEEL 1: Persoonlijke kenmerken

Start of Block: DEEL 2

Q7

Met de volgende vragen wordt nagegaan of u tijdens uw werk als thuisverpleegkundige reeds seksueel grensoverschrijdend gedrag hebt ondervonden naar u toe.

Opgelet: Het is mogelijk dat het invullen van deze vragenlijst traumatische herinneringen oproept. Indien u na het invullen van deze vragenlijst met vragen zit of nood hebt aan ondersteuning, kan u contact opnemen met 1712. (Dit zal na het beëindigen van de vragenlijst herhaald worden.)

End of Block: DEEL 2

Start of Block: 2.1 Overkomen

Q8 Is u in de laatste 5 jaar, tijdens uw werk, één van onderstaande dingen overkomen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Er werden ongewenste seksueel getinte opmerkingen tegen mij gemaakt (1)
- ☐ Ik werd ongewenst nagefloten (2)
- ☐ Ik werd op een ongepaste manier aangestaard (3)
- ☐ Er werden seksuele bewegingen naar mij gemaakt (4)
- ☐ Ik werd ongewenst aangeraakt of vastgepakt (8)
- ☐ Geen van bovenstaande (9)

Skip To: End of Block If Is u in de laatste 5 jaar, tijdens uw werk, één van onderstaande dingen overkomen? (meerdere antw... = Geen van bovenstaande

Q9 Door wie werden deze gedragingen uitgevoerd? (meerdere antwoorden mogelijk)

- [ ] Patiënt (1)
- [ ] Familieleden/kennissen van de patiënt (2)
- [ ] Collega (3)
- [ ] Andere, specificeer: (4) _____

Q10 Het geslacht van de persoon die deze gedragingen uitvoerde: (meerdere antwoorden mogelijk)

- [ ] Mannelijk (1)
- [ ] Vrouwelijk (2)

Q11 De leeftijd van de persoon die deze gedragingen uitvoerde: (meerdere antwoorden mogelijk)

- [ ] < 18 jaar (1)
- [ ] 18-45 jaar (2)
- [ ] 45-75 jaar (3)
- [ ] > 75 jaar (4)
- [ ] Weet ik niet (5)

Q12 Was er op het moment van deze gedragingen nog iemand anders in dezelfde ruimte aanwezig, behalve uzelf en de patiënt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- [ ] Ja, een collega van mezelf (1)
- [ ] Ja, een familielid/kennis van de patiënt (2)
- [ ] Ja, ander: (3) _____
- [ ] Nee (4)

Q13 Op welke levensdomeinen hadden deze gedragingen een impact? (meerdere antwoorden mogelijk)

- [ ] Geen impact (1)
- [ ] Psychologisch/emotioneel (bijv. angst, laag zelfbeeld, onveiligheidsgevoel...) (2)
- [ ] Lichamelijk (fysieke klachten) (3)
- [ ] Professioneel (bijv. ontslag genomen of gekregen, werk niet meer adequaat kunnen uitvoeren...) (4)
- [ ] Relationeel (bijv. moeilijkheden met seksualiteit...) (5)
- [ ] Familiaal (bijv. gesloten naar kinderen toe...) (6)
- [ ] Sociaal (bijv. wantrouwen, moeilijk om nieuwe contacten te leggen) (7)
- [ ] Praktisch (bijv. plaatsen mijden, geen onbekende oproepen durven aannemen, kledingstijl veranderen...) (8)

Q14 Voelde u zich achteraf gesteund (na de ongewenste gedragingen)? (meerdere antwoorden mogelijk)

- [ ] Ja, van collega's, andere werknemers of werkgever (1)
- [ ] Ja, van vrienden of familie (2)
- [ ] Nee (3)

Q15 Heeft u zelf iets ondernomen naar aanleiding van deze gedragingen? Zo ja, wat heeft u ondernomen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- [ ] Nee (1)
- [ ] Assertief geweest naar de pleger (2)
- [ ] Erover gepraat met collega's/vrienden/familie (3)
- [ ] Het probleem gemeld bij uw werkgever (4)
- [ ] Interne klachtenprocedure (5)
- [ ] Politionele klacht ingediend (6)
- [ ] Professionele hulp gezocht (bijv. psycholoog, arts...) (7)
- [ ] Andere: (8) _____

Q16 Heeft uw werkgever iets ondernomen naar aanleiding van deze gedragingen?

- ○ Ja, namelijk: (1) _____
- ○ Nee (2)

Q17 Wat waren volgens u de redenen voor deze gedragingen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- [ ] Woede en/of frustratie (1)
- [ ] Gebrekkige of ambivalente communicatie (bijv. de patiënt had begrepen dat je dit wel wilde, miscommunicatie door taalbarrière...) (2)
- [ ] Machogedrag (3)
- [ ] Ongelijkwaardigheid (de dader vindt dat u minderwaardig bent) (4)
- [ ] Drug- of alcoholgebruik of -ontwenning (5)
- [ ] Psychische problemen (bijv. cognitieve beperkingen/dementie, borderline persoonlijkheidsstoornis...) (6)
- [ ] Andere: (7) _____

End of Block: 2.1 Overkomen

Start of Block: 2.2 Gedwongen

Q19 Werd u in de laatste 5 jaar, tijdens uw werk, tot één van onderstaande dingen gedwongen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- [ ] Ik werd gedwongen om naar seksuele handelingen of seksueel getinte beelden te kijken tegen mijn wil (1)
- [ ] Ik werd gedwongen om orale seks, vingeren of aftrekken uit te voeren of toe te staan tegen mijn wil (2)
- [ ] Er werd geprobeerd om geslachtsgemeenschap of anale seks met mij te hebben tegen mijn wil (3)
- [ ] Ik werd gedwongen om geslachtsgemeenschap of anale seks te hebben tegen mijn wil (4)
- [ ] Andere, namelijk: (5) _____
- [ ] Geen van bovenstaande (6)

Skip To: End of Block If Werd u in de laatste 5 jaar, tijdens uw werk, tot één van onderstaande dingen gedwongen? (meerder... = Geen van bovenstaande

Q20 Op welke manier werd u hiertoe gedwongen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- [ ] Ik werd hierbij verbaal gemanipuleerd (aandringen, boos worden, liegen...) (1)
- [ ] Er werd geweld gebruikt (vasthouden, slaan, gebruik van een wapen...) (2)
- [ ] Andere: (3) _____

Q21 Door wie werd u hiertoe gedwongen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- [ ] Patiënt (1)
- [ ] Familieleden/kennissen van de patiënt (2)
- [ ] Collega (3)
- [ ] Andere, specificeer: (4) _____

Q22 De persoon die mij hiertoe dwong is: (meerdere antwoorden mogelijk)

- [ ] Mannelijk (1)
- [ ] Vrouwelijk (2)

Q23 De leeftijd van de persoon die mij hiertoe dwong: (meerdere antwoorden mogelijk)

- [ ] < 18 jaar (1)
- [ ] 18-45 jaar (2)
- [ ] 46-75 jaar (3)
- [ ] > 75 jaar (4)
- [ ] Weet ik niet (5)

Q24 Was er op het moment van deze gedragingen nog iemand anders in dezelfde ruimte aanwezig, behalve uzelf en de patiënt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Ja, een collega van mezelf (1)
- ☐ Ja, een familielid/kennis van de patiënt (2)
- ☐ Ja, ander: (3) _____
- ☐ Nee (4)

Q25 Voelde u zich achteraf gesteund (na de ongewenste gedragingen)? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Ja, van collega's, andere werknemers of werkgever (1)
- ☐ Ja, van vrienden of familie (2)
- ☐ Nee (3)

Q26 Heeft u zelf iets ondernomen naar aanleiding van deze gedragingen? Zo ja, wat heeft u ondernomen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- [ ] Nee (1)
- [ ] Ja, assertief geweest naar de pleger (2)
- [ ] Ja, erover gepraat met collega's/vrienden/familie (3)
- [ ] Ja, het probleem gemeld bij uw werkgever (4)
- [ ] Ja, interne klachtenprocedure (5)
- [ ] Ja, politionele klacht ingediend (6)
- [ ] Ja, professionele hulp gezocht (bijv. psycholoog, arts...) (7)
- [ ] Andere: (8) _____

Q27 Heeft uw werkgever iets ondernomen naar aanleiding van deze gedragingen?

- ○ Ja: (1) _____
- ○ Nee (2)

Q28 Op welke levensdomeinen hadden deze gedragingen een impact? (meerdere antwoorden mogelijk)

- [ ] Geen impact (1)
- [ ] Psychologisch/emotioneel (bijv. angst, laag zelfbeeld, onveiligheidsgevoel...) (2)
- [ ] Lichamelijk (fysieke klachten) (3)
- [ ] Professioneel (bijv. ontslag genomen of gekregen, werk niet meer adequaat kunnen uitvoeren...) (4)
- [ ] Relationeel (bijv. moeilijkheden met seksualiteit...) (5)
- [ ] Familiaal (bijv. gesloten naar kinderen toe...) (6)
- [ ] Sociaal (bijv. wantrouwen, moeilijk om nieuwe contacten te leggen) (7)
- [ ] Praktisch (bijv. plaatsen mijden, geen onbekende oproepen durven aannemen, kledingstijl veranderen...) (8)

Q29 Wat waren volgens u de redenen voor deze gedragingen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- [ ] Woede en/of frustratie (1)
- [ ] Gebrekkige of ambivalente communicatie (bijv. de patiënt had begrepen dat je dit wel wilde, miscommunicatie door taalbarrière...) (2)
- [ ] Machogedrag (3)
- [ ] Ongelijkwaardigheid (de dader vindt dat u minderwaardig bent) (4)
- [ ] Drug- of alcoholgebruik of -ontwenning (5)
- [ ] Psychische problemen (bijv. cognitieve beperkingen/dementie, borderline persoonlijkheidsstoornis...) (6)
- [ ] Andere: (7) _____

End of Block: 2.2 Gedwongen

Start of Block: DEEL 3

Q30 In dit laatste deel van de vragenlijst wordt gepeild naar noden om met seksueel grensoverschrijdend gedrag om te kunnen of om het te voorkomen.

Q31 Wat is volgens u belangrijk om met dit gedrag om te kunnen gaan? (meerdere antwoorden mogelijk)

- [ ] Niets (1)
- [ ] Oprechte spijtbetuigingen (2)
- [ ] Gevolgen voor de dader (bijv. moet op zoek naar andere verpleegkundige) (3)
- [ ] Strafrechtelijke gevolgen voor de dader (4)
- [ ] Erover kunnen praten (5)
- [ ] Psychologische hulp (bijv. psycholoog, arts...) (6)
- [ ] Andere: (7) _____

Q32 Heeft u ooit tips gehad over hoe u best met dit gedrag om kan gaan of werd hieromtrent aandacht besteed tijdens uw opleiding/bijscholingen?

- ○ Ja (1)
- ○ Nee (2)
- ○ Weet ik niet meer (3)

Q33 Heeft u nood aan opleiding of ondersteuning omtrent hoe met seksueel grensoverschrijdend gedrag om te gaan?

- ○ Ja (1)
- ○ Nee (2)

Q34 Wat zou er volgens u voor kunnen zorgen dat dit gedrag minder voor komt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Niets (1)
- ☐ Meer aandacht en bewustmaking rond het probleem (2)
- ☐ Meer aandacht voor het probleem tijdens uw opleiding (3)
- ☐ Andere: (4) _____

End of Block: DEEL 3

Start of Block: Opmerkingen?

Q35 Heeft u nog opmerkingen?

_____

_____

_____

_____

_____

End of Block: Opmerkingen?