



***Het taboe doorbroken:
seksueel grensoverschrijdend
gedrag tussen zorgaanbieders
en zorgvragers***

zorg net

VLAANDEREN

Handleiding voor het ontwikkelen
van een beleid in de voorziening

Colofon: Redactie:

Nico De fauw

Met inhoudelijke bijdrage van:

Yvonne Denier, Ann Moens, Miek Peeters, Yves Wuyts

Eindredactie:

Lieve Dhaene, Catherine Zenner

Vormgeving:

Dotplus

D/2013/12607/1

ISBN 978-94-913-2309-6

© *Zorgnet Vlaanderen*

Guimardstraat 1, 1040 Brussel

Niets uit deze uitgave mag door elektronische of andere middelen gereproduceerd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Uitgezonderd zijn korte fragmenten, die uitsluitend ten behoeve van recensies geciteerd mogen worden.

Citeren als: De fauw Nico et al. Het taboe doorbroken: seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen zorgaanbieders en zorgvragers - Handleiding voor het ontwikkelen van een beleid in de voorziening. Zorgnet Vlaanderen 2013.

Inhoud

Woord vooraf	4
1. Inleiding: enkele cijfers	5
2. Omgaan met seksualiteit tijdens de beroepsuitoefening: uitgangspunten en verantwoordelijkheden	6
2.1. Verantwoordelijkheden behorend tot de beroepsuitoefening: betekenis van seksualiteit en intimiteit	8
2.2. Verantwoordelijkheden niet behorend tot de beroepsuitoefening: seksuele handelingen van de zorgverlener binnen de zorgrelatie	10
3. Seksueel misbruik en seksueel grensoverschrijdend gedrag	12
3.1. Definitie	12
3.2. Statuut van de dader	13
4. Seksueel grensoverschrijdend gedrag: ontwikkelen van een beleid in de voorziening	14
4.1. Preventiebeleid	14
4.2. Reactiebeleid	16
4.3. Het strafwetboek over spreekrecht	17
4.4. Communicatie	19
5. Opmaken van een handelingsprotocol	20
5.1. Eerste fase: vermoeden of vaststelling	20
5.2. Tweede fase: Overleg en advies	21
5.3. Derde fase: interne afhandeling en/of melding	23
5.4. Vierde fase: evaluatie	24
Bijlagen	25
Bijlage 1: Voorbeeld deontologische code	25
Bijlage 2: Voorbeeld kwaliteitsbeleid	26
Bijlage 3: Voorbeeld arbeidsreglement	30
Bijlage 4: Tien vuistregels bij crisiscommunicatie	31
Bibliografie	33

Woord vooraf

Tot nu toe bleef de problematiek van seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen zorgverstrekkers en zorgvragers veelal onbespreekbaar. De recente onthullingen in de media legden dit moeilijke onderwerp prominent op tafel en maakten pijnlijk duidelijk dat er nood is aan een duidelijk en structureel beleid in de voorzieningen. Uit een bevraging van de verschillende sectoren in zorg en welzijn blijkt dat er momenteel in de meeste voorzieningen slechts gedeeltelijk aandacht aan wordt besteed en er nood is aan formele richtlijnen en ondersteuning.

Seksueel grensoverschrijdend gedrag van zorgverstrekkers is voor slachtoffers bijzonder traumatiserend. Ze kampen met enorme schaamte- en schuldgevoelens, ze voelen zich waardeloos en ‘niemand’ meer. Bovendien staan ze vaak voor een zeer eenzame en barre ‘overlevingstocht’, omdat ze geen medeslachtoffers kennen die voor de nodige steun kunnen zorgen. In de zorgverlening is er steeds sprake van een ‘machtsrelatie’, waardoor elke vorm van (seksuele) relatie tussen zorgverstrekker en zorgvrager (cliënt/patiënt/bewoner) niet kan, ook niet na het beëindigen van deze professionele relatie.

Zorgnet Vlaanderen biedt in deze publicatie de voorzieningen een leidraad voor de ontwikkeling van een duurzaam handelingsprotocol, dat – met behoud van dezelfde uitgangspunten – op maat van elke voorziening kan worden aangepast. Met die praktische richtlijnen kan elke voorziening aan de slag en zorgen voor de nodige sensibilisering van het werkveld en de zorgverstrekkers. Het is essentieel dat er in de voorzieningen over dit thema een open communicatiecultuur wordt gerealiseerd via onder meer teamoverleg en intervisie/supervisie.

Hoewel deze nota focust op seksueel grensoverschrijdend gedrag in voorzieningen uit de geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg en algemene ziekenhuizen, kan ze ook dienen voor andere sectoren. De uitgangspunten uit deze nota zullen door minister Vandeurzen verder in een regelgevend kader worden opgenomen. Het is duidelijk: in elke voorziening moet de zorg voor de patiënt/cliënt centraal staan en in die zorgrelatie is geen plaats voor seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Brussel, januari 2013

Peter DEGADT
Gedelegeerd bestuurder

Guido VAN OEVELEN
Voorzitter

1

Inleiding: enkele cijfers

Studies die zorgverstrekkers bevragen over hun eigen functioneren (**zelfrapportage hulpverleners**) kunnen soms heel interessante resultaten opleveren. Zo blijkt uit een overzicht van Canadese studies bij gezondheidswerkers dat tot 17% van hen aangeeft een seksuele relatie te hebben gehad met minstens één patiënt. Van die groep geeft 33 tot 80% aan met meerdere cliënten een seksuele relatie aangeknoopt te hebben. Ook andere overzichtsstudies geven aan dat seksueel contact in de therapeutische relatie voorkomt bij 5 tot 10% van de therapeuten. Vaak zijn therapeuten zich echter niet bewust van het feit dat ze de grenzen van de relatie overschrijden.

Onderzoek bij zorgvragers (**zelfrapportage gebruikers**) toont veel hogere cijfers over diverse vormen van misbruik. In een Canadese studie gaf 8% van de ondervraagde patiëntes aan minstens eenmaal seksueel te zijn benaderd door een gezondheidswerker. In een andere Canadese studie in opdracht van de Orde van Geneesheren in British Columbia rapporteerden tot 10% van de patiënten (zowel vrouwelijke als mannelijke) grensoverschrijdend gedrag. Dat ging van seksueel getinte opmerkingen tot onnodige intieme aanrakingen.

Voor België bestaan er momenteel geen systematische studies met representatieve steekproeven. De cijfergegevens zijn dus al bij al schaars, de betrouwbaarheid en validiteit zijn bovendien problematisch en de interpretatie niet altijd gemakkelijk. Toch mag dit geen reden zijn om het probleem te ontkennen of te onderschatten. We mogen immers aannemen dat bovenstaande percentages extrapol eerbaar zijn en bovendien een onderschatting van de realiteit¹.

¹ Het beleid m.b.t. seksueel ongewenst gedrag tussen werknemers onderling wordt geregeld door de wet op de bescherming van werknemers tegen geweld, pesterijen en ongewenst seksueel gedrag op het werk binnen het domein van de psychosociale belasting veroorzaakt door het werk (i.c. vertrouwenspersoon/psychosociale preventie-adviseur).

2

Omgaan met seksualiteit tijdens de beroepsuitoefening: uitgangspunten en verantwoordelijkheden

Tijdens de beroepsuitoefening kan een zorgverstreker² op verschillende manieren met seksualiteit geconfronteerd worden. Zo kan het bijvoorbeeld voorvallen dat een zorgvrager een erectie krijgt wanneer hij wordt gewassen, laat merken dat hij zich aangetrokken voelt tot de zorgverstreker of zelfs de zorgvertrekker probeert te betasten. De zorgverstreker kan ook zelf verliefd worden op een zorgvrager. Deze voorbeelden illustreren dat seksualiteit een complex onderwerp is, waar zorgverstrekkers te allen tijde professioneel mee moeten kunnen omgaan.

Anders dreigt een situatie van seksueel grensoverschrijdend gedrag, een **realiteit** die we niet kunnen noch willen negeren. Seksueel grensoverschrijdend gedrag kan voorkomen in alle situaties waar mensen zorgen voor elkaar en lichamelijk met elkaar omgaan. Seksueel grensoverschrijdend gedrag kan voorkomen in de thuissituatie, de partnerrelatie, de werksituatie, het openbaar leven, de hulpverleningssituatie en het leven van personen in een residentiële voorziening. In elke hulpverleningssituatie en in elke zorgrelatie is er per definitie sprake van **machtsongelijkheid**.

Als voorziening en hulpverlener kan men met seksueel grensoverschrijdend gedrag op heel verschillende wijze geconfronteerd worden. Vaak betreft het een **vermoeden** van seksueel grensoverschrijdend gedrag.

De uitgangspunten voor de zorgverstreker zijn:

- Staat open voor de vragen en problemen van de zorgvrager, ook als die vragen of problemen over seksualiteit gaan.
- Gaat samen met de zorgvrager (en/of zijn wettelijk vertegenwoordiger) na wat de beste oplossing is voor zijn vragen of problemen op het gebied van seksualiteit.
- Verwijst de zorgvrager zo nodig naar iemand die over de juiste deskundigheid en/of vaardigheid beschikt om de zorgvrager te helpen met zijn vragen over seksualiteit.
- Zoekt geen seksuele toenadering tot de zorgvrager.
- Verricht geen seksuele handelingen bij of met de zorgvrager.
- Geeft de zorgvrager in een voor hem begrijpbare taal aan dat zijn seksuele toespelingen en/of handelingen niet gepast zijn.
- Meldt en bespreekt mogelijk probleemgedrag in team en neemt het op in het patiëntendossier; zorgt voor teambespreking of intervisie; voorziet een steun-netwerk voor de zorgvrager.

De zorgvrager moet in een zorgcontext handelingen aanvaarden die hij anders nooit zou toelaten (zich uitkleden, zich laten onderzoeken, zich laten wassen of zich laten helpen bij het naar het toilet gaan). Het is daarbij cruciaal dat zijn vertrouwen niet beschaamd zal worden en dat de zorgverstreker op een ethisch verantwoorde manier zal handelen.

² De termen zorgverstreker, zorgverlener, hulpverlener worden door elkaar gebruikt in de tekst. Ze verwijzen uiteraard ook impliciet naar sociaal assistent, administratief personeel, onderhoudspersoneel e.a.

'Het licht moest uit en hij kwam naast me zitten. Ik voelde me zeer oncomfortabel, zeer onveilig. Ik was bang.'

De zorgverlener is verantwoordelijk voor de professionaliteit van de zorgrelatie en wel op drie manieren:

1. een functionele verantwoordelijkheid (dagelijks takenpakket);
2. een beroepsmatige verantwoordelijkheid (competentie en zorgverlening volgens de eisen van het beroep);
3. een persoonlijke verantwoordelijkheid (open staan voor het morele appel van de zorgvrager).

De persoonlijke verantwoordelijkheid gaat hand in hand met de beroepsmatige en functionele verantwoordelijkheid. Het betreft niet de persoonlijke verantwoordelijkheid van de hulpverlener als privépersoon, maar wel de persoonlijke verantwoordelijkheid als beroepsbeoefenaar. Dat betekent dat de zorgverstrekker niet op eigen houtje kan beslissen wat moet of kan op basis van eigen waarden en normen. De beroepsmatige en functionele verantwoordelijkheid bepalen mee hoe de zorgverstrekker invulling kan geven aan de persoonlijke verantwoordelijkheid binnen de zorgrelatie.

Het is belangrijk zich bewust te zijn van de ongelijkheid binnen de zorgrelatie. **Wederkerigheid** in de relatie ontstaat wanneer er van de kant van de zorgverstrekker sprake is van betrokkenheid. Concreet betekent het dat hij openstaat voor de zorgvraag van de zorgvrager, dat hij bereid is erop te reageren en dat hij openstaat voor de reactie van de zorgvrager op de geboden zorg. De interactie maakt dat ze zich beiden niet alleen als beroepsbeoefenaar en zorgvrager aangesproken en herkend voelen, maar ook als mens. De zorgrelatie is dus géén eenrichtingsverkeer van zorgverlener naar zorgvrager. Ook de zorgvrager geeft heel veel van zichzelf door zich kwetsbaar op te stellen en bloot te geven. Daarnaast projecteren zorgvrager en zorgverstrekker vaak gevoelens, wensen en ervaringen uit het verleden op elkaar.

Er is echter **géén gelijkheid tussen zorgverstrekker en zorgvrager**. De zorgvrager verkeert in een afhankelijke positie. *Hij* heeft de zorg nodig. *Hij* heeft hulp nodig bij het wassen, bij het naar het toilet gaan, bij het eten, en bij het omgaan met traumata en psychische problemen. *Hij* heeft een luisterend oor nodig voor zijn zorgen. Die afhankelijkheid en ongelijkheid werken altijd door, zelfs als de zorgvrager en de zorgverlener daar anders over denken. De beroepsmatige verantwoordelijkheid en relatie blijven een rol spelen, ook wanneer de cliënt, patiënt, bewoner niet meer als 'zorgvrager' in beeld is (na ontslag). Te allen tijde kan de zorgvrager immers opnieuw nood hebben aan ondersteuning, hulp en therapie.

Het is belangrijk dat deze aandachtspunten ook mee opgenomen worden in de **deontologische code** van de verschillende medewerkers-/beroepsgroepen, in het **kwaliteitsbeleid** en in het **arbeidsreglement**. Met daarbij de consequenties indien sprake van (seksueel) grensoverschrijdend gedrag. Zie bijlage 1-3 voor enkele voorbeelden.

2.1. Verantwoordelijkheden behorend tot de beroepsuitoefening: betekenis van seksualiteit en intimiteit

Gepaste bejegening van de zorgvrager

Mensen denken verschillend over seksualiteit. Wat voor de één normaal of acceptabel is, hoeft dat nog niet voor de ander te zijn. Ook kunnen mensen aan eenzelfde handeling (bijvoorbeeld een aanraking, maar ook een opmerking of een blik) een verschillende al dan niet seksuele betekenis geven. Een zorgverstreker moet zich hiervan bewust zijn en er rekening mee houden in zijn gedrag (zowel verbaal als non-verbaal). Wat voor de een soms vanzelfsprekend lijkt, is het niet voor een ander.

Gepast lichamelijk contact

Een zorgverstreker heeft bij de normale beroepsuitoefening vaak lichamelijk contact met de zorgvrager. Hij raakt hem aan wanneer hij een wonde hecht, een pleister plakt, een verband aanlegt, een steunkous aandoet, helpt bij het wassen of incontinentiemateriaal aandoet. Zeker bij de meer intieme verzorging (wassen, helpen bij het naar het toilet gaan, incontinentiemateriaal aandoen) is de gepaste bejegening van de zorgvrager belangrijk: de zorgverstreker moet er zich van bewust zijn dat die voor de zorgvrager een aantasting van zijn persoonlijke intimiteit en waardigheid kan zijn. Voor wat hij altijd zelf kon, heeft hij nu een ander nodig. Waar hij zich door een ander nooit zomaar zou laten aanraken, moet hij dat nu toelaten. Heeft de zorgverstreker een zekere routine ontwikkeld in het verzorgen van het lichaam van een ander, voor de zorgvrager is het zeker in het begin geen routine. Ze kampen dan ook vaak met ingrijpende gevoelens van onzekerheid en schaamte.

Lichamelijk contact is ook een vriendschappelijke arm om de schouder, iemands hand vasthouden (bijvoorbeeld om te troosten). Afhankelijk van de setting kan dergelijk lichamelijk contact een grote rol spelen, bijvoorbeeld in de zorg voor mensen met dementie. Zij zijn vaak heel lichamelijk ingesteld en vinden aanraken en aangeraakt worden prettig. Het is een manier om contact met hen te maken. Deze mensen verblijven bovendien vaak lang in een zorgvoorziening en zijn mee op de zorgverleners aangewezen voor enig lichamelijk contact met een medemens. Daarbij blijft het belangrijk om te vertrekken vanuit de zorgvrager (openheid voor de behoefte van de zorgvrager en zijn respons op de geboden zorg). Gepast lichamelijk contact met de zorgvrager vormt onderdeel van de beroepsuitoefening.

Een bepaalde vorm van intimiteit

In een relatie met de zorgvrager kan ook sprake zijn van een zekere intimiteit, van een bepaalde mate van vertrouwdheid. Een typisch voorbeeld is de nachtdienst, die de zorgvrager meer ruimte geeft om een gesprek aan te gaan.. Ook wanneer een zorgverstreker lange tijd voor iemand zorgt, kan er een bepaalde mate van intimiteit of vertrouwen ontstaan. Voor dergelijke intimiteit, die niets met seksualiteit te maken heeft, is er ruimte binnen de beroepsuitoefening.

Aandacht voor vragen en problemen van seksuele aard

Vanuit zijn persoonlijke verantwoordelijkheid is het aan de zorgverstreker open te staan voor de vragen en problemen van de zorgvrager. Die kunnen ook gaan over seksualiteit, als een normaal onderdeel van het menselijk leven. Seksualiteit vormt een aspect van de identiteit van mensen. Een probleem op het gebied van seksualiteit kan net daarom voor mensen ingrijpend zijn, omdat het kan raken aan hun identiteit en aan het beeld dat ze van zichzelf hebben.

De aandacht voor vragen en problemen van seksuele aard is een onderdeel van de beroepsuitoefening. Zorgverstrekkers dienen samen met de zorgvrager na te gaan wat hem dwars zit en wat mogelijke oplossingen zijn. Soms kan een luisterend oor al voldoende zijn. Wanneer dat nodig blijkt, verdienen deze vragen en problemen ook hun plaats in het overleg met collega's.

Een grens stellen aan seksueel getint gedrag van de zorgvrager

Zorgvragers kunnen seksueel getint gedrag vertonen. Ze kunnen allerlei dubbelzinnige of openlijk seksueel getinte opmerkingen maken. Soms betasten ze zelfs de zorgverstrekker of proberen ze hem in bed te trekken. Daarnaast vertonen sommigen ook seksueel gedrag dat niet rechtstreeks met een bepaalde persoon te maken heeft, maar toch niet passend is (bijvoorbeeld masturberen in de openbare ruimte). Hoe een zorgverstrekker best reageert, hangt onder meer af van de vraag of de zorgvrager wilsbekwaam is of niet. Is hij zich bewust van wat hij doet? Begrijpt hij welke betekenis zijn gedrag voor anderen heeft?

Een grens stellen aan seksueel getint gedrag van wilsbekwame zorgvragers

Een zorgverstrekker moet zijn grenzen stellen zodat zorg en hulp verlenen mogelijk worden en blijven. Zo kan een zorgverstrekker een wilsbekwame zorgvrager aanspreken op zijn gedrag wanneer die steeds seksueel getinte opmerkingen maakt, de zorgverlener betast of in bed probeert te trekken. Hij kan zeggen dat de seksueel getinte opmerkingen niet op prijs gesteld worden of dat zijn gedrag ongepast en ongewenst is. Dergelijk gedrag tast immers de waardigheid en integriteit aan van de hulpverlener.

Wel kan het ook bij wilsbekwame zorgvragers zinvol zijn om na te gaan waarom ze dit gedrag vertonen en wat hun gedrag betekent. Misschien is de zorgvrager zich van geen kwaad bewust en vindt hij zijn opmerkingen onschuldig, terwijl ze door anderen wel als seksueel getint worden ervaren. Door de zorgvrager aan te geven dat de opmerkingen een goede hulpverlening in de weg staan, zal hij ze misschien achterwege laten.

Als een wilsbekwame zorgvrager blijft volharden in zijn grensoverschrijdende gedrag, is het belangrijk hierover met anderen te spreken in bijvoorbeeld een teamoverleg. Samen kan dan bepaald worden hoe het beste met deze zorgvrager om te gaan. Als de zorgverstrekker zijn werk niet meer naar behoren kan verrichten, ligt de oplossing misschien bij het overdragen van de zorg naar een collega.

Op dit vlak is een duidelijke rol weggelegd voor de leidinggevenden van de voorziening. Zorgverleners moeten bij hun collega's maar ook bij de leidinggevenden terecht kunnen wanneer zorgvragers grensoverschrijdend gedrag (blijven) vertonen. Die laatste kunnen vervolgens voor de nodige ondersteuning zorgen bij het vormgeven van de zorgrelatie en bij het bewaken van de grenzen van de beroepsuitoefening. Daarbij kunnen zij op organisatieniveau huisregels opstellen, waarin beschreven staat welk gedrag van zorgvragers onacceptabel is en welke 'sancties' volgen. Als uiterste sanctie zou de zorgovereenkomst verbroken kunnen worden, maar dat kan absoluut niet zomaar. Het verdient uiteraard altijd de voorkeur te zoeken naar een oplossing waarbij noch de zorgverlener noch de zorgvrager aan hun lot worden overgelaten.

Een grens stellen aan seksueel getint gedrag van wilsbekwame³ zorgvragers

Een zorgverlener die instaat voor de zorg voor mensen met dementie of mensen met een verstandelijke beperking dient eerst te zoeken naar de betekenis van het gedrag van de zorgvrager. Gedrag dat seksueel lijkt, hoeft dat immers nog niet te zijn.

³ Het is vaak niet duidelijk af te bakenen wat de grens tussen wilsbekwaam en wilsbekwame³ is, er is een grijze zone tussen bekwaamheid en onbekwaamheid (verminderd handels- en oordeelvermogen, verminderde sociale remmingen...)

Er zijn drie vormen van seksueel gekleurd gedrag. Een eerste vorm heeft te maken met het zoeken naar intimiteit en is op zich niet problematisch. Wel kan dit gedrag problematisch worden in een specifieke sociale context, bijvoorbeeld wanneer er geen wederkerigheid is. Een tweede vorm is seksueel extreem gedrag waarbij de zorgvrager de controle over zichzelf verliest. Dergelijk gedrag is niet gefocust op intimiteit, maar wel op de fysieke aanwezigheid van de andere persoon, en wordt omschreven als abnormaal gedrag. Een derde vorm is gedrag dat zich seksueel uit, maar niet seksueel bedoeld is (bijvoorbeeld zich in het openbaar uitkleden).

Het is belangrijk om dergelijk gedrag goed te begrijpen. Seksueel ontremd gedrag heeft vaak te maken met een defect in de frontale hersenkwab. Zo kan masturberen in het openbaar het gevolg zijn van verlies aan oriëntatie. Maar seksueel ontremd gedrag kan ook een overcompensatie zijn van andere verlieservaringen of een compensatie vormen voor het gebrek aan fysieke nabijheid of intimiteit. Bewoners in woonzorgcentra bijvoorbeeld, worden door de hulpverleners immers op louter functionele wijze aangeraakt. Excessief seksueel gedrag kan ontstaan omdat de persoon vergeten is dat hij eigenlijk net seksueel actief geweest is of wanneer een persoon zich verveelt.

Een zorghetische benadering vraagt aandacht voor de verantwoordelijkheid van de zorgverleners. Bij dergelijke benadering is het belangrijk een omgeving te creëren waarin de volledige persoonlijkheid aan bod kan komen. Tegelijk dient de integriteit van zorgvrager en zorgverlener gevrijwaard te worden door gepast seksueel gedrag te aanvaarden en te stimuleren en de emotionele, fysieke en seksuele veiligheid te borgen. Integriteit dekt verschillende ladingen: lichamelijke integriteit (de ander geen fysiek geweld aandoen en persoonlijke privacy respecteren); psychische of emotionele integriteit (respect opbrengen voor iemands persoonlijkheid) en relationele integriteit (ruimte geven om relaties met andere personen aan te gaan op basis van wederkerigheid). De lichamelijke integriteit moet in de eerste plaats beschermd worden, door op een discrete manier grenzen te stellen. Mensen met dementie aanspreken op hun gedrag zal vaak niet baten omdat zij de uitleg niet kunnen begrijpen. In dat geval wordt het echt zoeken, samen met anderen (bijvoorbeeld gedragsdeskundigen), naar mogelijkheden om hun gedrag (bij) te sturen.

2.2. Verantwoordelijkheden niet behorend tot de beroepsuitoefening: seksuele handelingen van de zorgverlener binnen de zorgrelatie

Het kader van de professionele beroepsuitoefening stelt ook grenzen aan wat binnen de zorgrelatie past. Vanuit beroepsmatig perspectief is er geen plaats voor seksuele toespelingen, communicaties, fantasieën, handelingen en gedragingen van de zorgverlener binnen de zorgrelatie.

Binnen de zorgrelatie is, zoals hoger besproken, dan wel sprake van een zekere wederkerigheid en gelijkwaardigheid, maar niet van gelijkheid. De zorgvrager bevindt zich in een afhankelijke positie en is mede daardoor kwetsbaar. Hij heeft de zorg nodig. De zorgverlener bevindt zich dan ook in een machtspositie ten opzichte van de zorgvrager.

Seksueel getinte communicatie, seksuele handelingen en gedragingen opdringen aan de zorgvrager tegen zijn wil, zijn vanzelfsprekend uit den boze. Op dat moment gebruikt de zorgverstreker de zorgvrager als middel om zijn eigen seksuele fantasieën te beleven of zijn behoeften te bevredigen. De zorgvrager wordt gereduceerd tot een object en niet langer erkend als persoon. Dergelijk gedrag tast zijn waardigheid en integriteit aan en schendt bovendien de zorgrelatie en de zorgvrager.

Ook seksuele handelingen en gedragingen of een seksuele relatie met instemming van de zorgvrager hebben geen plaats binnen een professionele zorgrelatie. Wanneer een zorgver-

strekker een seksuele relatie aanknoopt met de zorgvrager *met zijn toestemming*, dan nog ontkent hij de afhankelijkheid en kwetsbaarheid van de zorgvrager. Ondanks de illusie van gelijkheid, is de feitelijke relatie er een van ongelijkheid. De zorgvrager verkeert in een afhankelijke positie, waardoor het altijd onduidelijk zal zijn in hoeverre hij instemt met seksuele toenadering en seksueel gedrag van de hulpverlener. Op het moment dat de zorgverstrekker een seksuele relatie aangaat met de zorgvrager, gaat hij voorbij aan de voorwaarden die bepalen of iemand kan instemmen met een seksuele relatie. De zorgverstrekker kan op die manier de zorgvrager schaden, terwijl het juist zijn taak is om dat niet te doen. Het is een grote uitdaging om als hulpverlener met deze complexe machtsrelatie te blijven omgaan én een groot gemis binnen de huidige opleidingen om hier voldoende bij stil te staan.

Wanneer de zorgverlener een seksuele relatie aangaat met de zorgvrager (ook met zijn instemming), dan wordt het kader van de professionele beroepsuitoefening verlaten. Er treedt een verschuiving op van een beroepsmatige relatie naar een persoonlijke relatie en van het kader van de zorg naar een intieme relatie. Dat heeft gevolgen voor de zorgrelatie: de rol als professionele zorgverlener zal bij deze zorgvrager niet meer adequaat kunnen worden vervuld, er is sprake van een grensoverschrijding en niet verantwoord ethisch handelen. Intiem seksueel contact in de professionele relatie is altijd schadelijk voor de patiënt, ook al gebeurde het 'met instemming' van de patiënt.

3

Seksueel misbruik en seksueel grensoverschrijdend gedrag

3.1. Definitie

Net als de Ethische Commissie van het Vlaams Welzijnsverbond⁴ willen we duidelijk het onderscheid maken tussen de logica van de justitiële aanpak en de logica van de zorg. Daarom pleiten we voor het gebruik van twee duidelijk gescheiden termen. De term **'seksueel misbruik'** is een juridisch begrip en verwijst naar een als een misdrijf omschreven feit. In het kader van het strafwetboek wordt hier verwezen naar 'aanranding van de eerbaarheid en verkrachting, al dan niet met geweld' (art. 372-378 bis) en 'bederf van de jeugd en prostitutie' (art. 379-382).

Er is sprake van seksueel misbruik wanneer er (moreel) geweld of bedreiging werd gebruikt, wanneer er geen toestemming is of wanneer juridisch geen toestemming kon worden gegeven (minderjarigen onder zestien jaar). Voor de mogelijke bestraffing wordt rekening gehouden met leeftijdsfactoren en met verzwarende omstandigheden wanneer de dader een vertrouwensrelatie heeft met het slachtoffer.

De term **'seksueel grensoverschrijdend gedrag'** verwijst naar een hulpverleningscontext. 'Seksueel grensoverschrijdend gedrag is elke vorm van seksueel georiënteerd gedrag – verbaal of niet-verbaal, bewust of onbewust, komende van het personeel of andere medewerkers, de eventuele medebewoners, derden of familieleden – dat door de cliënt en/of door anderen (hulpverlener en/of collega's in teamverband) ervaren wordt als negatief, ongewenst of gedwongen, onafhankelijk van de situatie, en ongeacht de tijd en de plaats.'

In de meeste situaties is er geen sprake van een feit, maar wel van een **vermoeden** van seksueel grensoverschrijdend gedrag, dat al dan niet juridisch als seksueel misbruik omschreven kan worden. Lang niet alle vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag verwijzen naar een seksueel misbruik als strafrechtelijk begrip.

Zo kan er sprake zijn van seksuele grensoverschrijding zonder dat het gaat om een handeling of daad die beantwoordt aan de juridische omschrijving van seksueel misbruik. Deze seksuele grensoverschrijding kan bewust gezocht worden door de pleger of niet-intentioneel zijn. Bovendien kunnen we ook een onderscheid maken tussen een door de zorgvrager als dusdanig bewust of niet bewust ervaren grensoverschrijding.

Ten slotte bestaat ook de complexe situatie waarbij de zorgvrager in een hulpverleningsrelatie een vorm van seksueel grensoverschrijdend gedrag ervaart, zonder dat er objectief een ontoelaatbare handeling of relatievorm plaatsvindt. Vaak gaat het dan om mensen die vanuit hun levensgeschiedenis, mogelijk als vroeger slachtoffer of vanuit een andere vorm van kwetsbaarheid, gewone omgangsvormen ervaren als grensoverschrijdend.

⁴ www.steunpuntjeugdhulp.be

3.2. Statuut van de dader

Gezien de (vermoedelijke) dader een (professionele of vrijwillige) **medewerker** is, is het de verantwoordelijkheid van de voorziening om als werkgever gepast te reageren. Daarbij is er een groot verschil tussen seksueel grensoverschrijdend gedrag dat juridisch wel of niet als seksueel misbruik kan worden omschreven.

De voorziening heeft steeds een hulpverleningsverantwoordelijkheid ten opzichte van het slachtoffer. Bij het omgaan met **klachten** over grensoverschrijdend gedrag moeten we ons bewust zijn van de moeilijkheden waarmee de werkgever wordt geconfronteerd. De werkgever moet doortastend en adequaat ingrijpen, maar ook voldoende begrip tonen voor de complexiteit waarbinnen zorg soms wordt verleend.

Wanneer er sprake is van **een feit**, moet de voorziening haar maatschappelijke verantwoordelijkheid opnemen. In elk geval moeten duidelijke afspraken gemaakt worden over hoe om te gaan met dergelijke situaties (kan de persoon in kwestie zijn rol als hulpverlener bijvoorbeeld nog opnemen?). Die kunnen best in het arbeidsreglement worden opgenomen.

4

Seksueel grensoverschrijdend gedrag: ontwikkelen van een beleid in de voorziening

4.1. Preventiebeleid

Voorafgaand aan een goed uitgewerkt preventiebeleid voor seksueel grensoverschrijdend gedrag is het belangrijk om binnen de voorziening enerzijds een open klimaat te creëren voor het formuleren van klachten én anderzijds een positieve houding aan te nemen ten aanzien van de melder. Klachten worden nog te veel beschouwd als een aanval op de hulpverleners.

Het eerste uitgangspunt van een preventiebeleid is (het uitschrijven van) een algemeen kader over seksualiteit en het omgaan met vermoedens van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Daarvoor kan ook een beroep gedaan worden op de preventieadviseur psychosociale aspecten. Dit algemeen kader dient bekrachtigd te worden vanuit het beleid van de voorziening, door het op te nemen in het arbeidsreglement, een deontologische code te voorzien en/of door er een kwaliteitsthema van te maken in het kwaliteitshandboek. Het heeft echter slechts effect wanneer het ook gedragen wordt door een cultuur waarin lichamelijke interactie, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag bespreekbaar zijn.

De zorgverlener

Ten opzichte van hulpverleners en hulpverleningsteams veronderstelt de preventie van (seksueel) grensoverschrijdend gedrag een open communicatief klimaat. Daarbij moeten ook eigen omgangsvormen en gevoelens met cliënten voldoende besproken kunnen worden (in bijvoorbeeld een intervisie).

Met collega's kunnen reflecteren op de eigen ambivalente/verwarrende gevoelens is een voorwaarde om betrouwbare hulpverlening te kunnen bieden. Risico ontstaat wanneer bepaalde 'lichamelijke omgangsvormen' met cliënten niet meer besproken kunnen worden in een intervisie of multidisciplinaire (team)bespreking. Uiteraard veronderstelt dat voldoende openheid en maturiteit van het zorgpersoneel: het vraagt durf zich kwetsbaar op te stellen en de eigen waarden en normen in vraag te stellen. Elke voorziening moet dergelijk klimaat stimuleren en begeleiders ondersteunen en vormen waar nodig.

Verschillende drijfveren en achtergronden kunnen ertoe leiden dat patiënten en hulpverleners 'te ver' gaan. De onderzoeksgegevens daarover betreffen voornamelijk de sector van de psychotherapie, maar kunnen toch een aantal aanwijzingen doen voor de hele hulpverleningssector. Uit onderzoek⁵ blijkt dat seksueel contact in de therapeutische relatie bij 5 tot 10% van de therapeuten ooit voorkwam. Therapeuten die seksueel contact hebben in de professionele relatie bekleden vaak een belangrijke positie in hun beroepsgroep en werken professioneel geïsoleerder. Ze worden gekenmerkt door eenzaamheid en hebben bovendien dikwijls zelf emotionele problemen. De kans dat therapeuten seksueel contact hebben met hun cliënten is het grootst bij die therapeuten die in het verleden al grensoverschrijdend gedrag vertoond hebben in de therapeut-cliënt relatie. Die groep van therapeuten vertonen soms

⁵ Leijssen (1998).

ook op andere vlakken een gebrek aan zelfbeheersing (denk aan alcoholgebruik), geloven dat ze bekwaam zijn dan anderen, dat ze onorthodoxe methodes kunnen hanteren waarvoor minder goede therapeuten niet competent zijn, dat ze patiënten kunnen helpen die niemand anders kan helpen en dat ze de unieke eigenschap bezitten om aan de noden van patiënten tegemoet te komen. Cliënten omschrijven deze therapeuten vaak als charismatische persoonlijkheden.

Als we ervan uitgaan dat deze onderzoeksgegevens uit te breiden zijn naar de hulpverlening in het algemeen, dan kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

- Als de sterkste predictor 'eerder misbruik' is, dan hebben zowel de leidinggevendenden als de collega's een belangrijke verantwoordelijkheid om grensoverschrijdingen aan het licht te brengen. Een personeelsvriendelijk beleid en een collegiale sfeer mogen dat niet in de weg staan.
- Professioneel geïsoleerd werken in de hulpverlening moet zoveel mogelijk vermeden worden. Waar teamwerk niet mogelijk is, moet inter- of supervisie ingebouwd worden en door de werkgever als een onderdeel van het werk worden beschouwd. Het is aan de werkgever om daartoe de nodige faciliteiten te voorzien.
- Neigingen van hulpverleners om zich te distantiëren van het team moeten opgemerkt en aangepakt worden. De hulpverlener moet het zelf als een alarmsignaal zien wanneer hij bepaalde zaken buiten het team wil houden.
- Mensen met emotionele problemen moeten niet uit het team geweerd worden. Ze moeten wel gestimuleerd worden om adequate hulp te zoeken.

Op de website www.misbruikdoorhulpverleners.nl staat een checklist grensoverschrijdend gedrag voor hulpverleners. Doel van deze checklist is zorgverstrekkers alert te maken op een mogelijke overschrijding van de grenzen van de toelaatbaarheid in de omgang met cliënten. Indien één of meerdere items aangevinkt worden, dienen ze hun situatie te bespreken binnen een intervisiegroep/supervisie.

Uit het voorgaande concluderen wij dat een goede teamwerking een belangrijk preventief middel is tegen grensoverschrijding.

Dit thema kan best meteen met nieuwe medewerkers en zorgverstrekkers besproken worden, vanuit het standpunt dat het uit de hand lopen van een therapeutische relatie een beroepsrisico is en dat de voorziening dit in de mate van het mogelijke mee zal voorkomen en ondervangen.

De zorgvrager

Het is belangrijk om bij de cliënt in eerste instantie aandacht te hebben voor **relationeel seksuele vorming**. Idealiter en rekening houdend met hun beperkingen én hun mogelijkheden, richt deze vorming zich op het begeleiden van mensen bij hun ontwikkeling tot volwassenen die in staat zijn om intimiteit en seksualiteit met anderen zinvol in hun leven te integreren. Binnen deze relationeel seksuele vorming moet ook voldoende aandacht zijn voor weerbaarheidstraining. Zorgvragers die niet of moeilijk in staat zijn om deze vorming te volgen (denk aan mensen met een ernstige persoonlijkheidsproblematiek) mogen niet uit het oog verloren worden.

Uit literatuur en onderzoek blijkt dat er heel wat diagnostische signalen (zowel verbale als non-verbale) zijn die kunnen wijzen op een of andere vorm van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Hulpverleners dienen deze **signalen te leren herkennen**, maar mogen ze niet inter-

preteren als een optelsom of opsomlijst. Nog crucialer is de **vertrouwensrelatie** waarin de veiligheid geboden wordt om seksueel grensoverschrijdend gedrag bespreekbaar te stellen. Die vertrouwensrelatie vormt nadien, mocht toch grensoverschrijdend gedrag plaatsvinden, hét belangrijkste hulpmiddel in het proces van herstel.

Zorggebruikers en andere betrokkenen kunnen gebruik maken van een online checklist (bit.ly/UrvLPj) die hen alert maakt op signalen die aangeven dat bepaalde grenzen in de behandelrelatie door de hulpverlener overschreden worden. Dat kan het gemakkelijker maken om klachten te objectiveren en als dusdanig te melden.

4.2. Reactiebeleid

Op basis van diagnostische signalen, gesprekken met cliënten of externe meldingen kan de zorgvoorziening geconfronteerd worden met een vermoeden van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Maken zowel de zorgverstrekker (dader) als de cliënt, patiënt, bewoner (slachtoffer) deel uit van de voorziening, dan is het noodzakelijk de hulpverleningsrol centraal te stellen. Het is belangrijk in deze situaties voldoende rekening te houden met de juridische consequenties, aangezien de werkgever mogelijk de eindverantwoordelijkheid draagt en aansprakelijk kan worden gesteld.

Meldingstraject en zorgtraject

In de eerste plaats is het belangrijk dat duidelijk is **waar** eventuele vermoedens gemeld kunnen worden. De voorziening heeft de taak die informatie voldoende duidelijk bekend te maken en te afficheren bij de zorggebruikers. Patiënten, cliënten, bewoners (of zijn naasten) kunnen op diverse manieren klachten of vermoedens melden:

- Tijdens werkdagen (9u-17u) is het mogelijk om (anoniem) gratis contact op te nemen met het **Meldpunt misbruik, geweld en kindermishandeling** via het nummer **1712**. Het meldpunt integreert de vroegere meldpunten, aanspreekpunten, onthaalwerkingen van de vertrouwenscentra kindermishandeling en de centra algemeen welzijnswerk (slachtofferhulp, ouderenmishandeling, partnergeweld, intrafamiliaal geweld). Het meldpunt is er voor alle burgers. Achter het nummer 1712 zit een doorschakeling die de burger verbindt met het meldpunt van zijn provincie. Er is voorzien in een permanentieregeling; personen die buiten de openingsuren bellen, krijgen de boodschap dat ze contact kunnen opnemen met teleonthaal op het gratis nummer 106. Een oproep naar het meldpunt is gratis en wordt niet op de gesprekslijst van de factuur vermeld.
- Zorginspectie (www.zorginspectie.be) is niet rechtstreeks bereikbaar voor klachten. Voor klachten over **ouderenvoorzieningen** kan gebeld worden naar de **Woonzorglijn** van het Agentschap Zorg en Gezondheid. De Woonzorglijn is te bereiken op 078/15.25.25, via woonzorglijn@vlaanderen.be of www.woonzorglijn.be. Ook voor klachten over **gezondheidsvoorzieningen** (algemene en psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen, beschut wonen en centra voor geestelijke gezondheidszorg) is het **Agentschap Zorg en Gezondheid** het aanspreekpunt (www.zorg-en-gezondheid.be).
- Een slachtoffer kan ook rechtstreeks klacht neerleggen bij de **procureur des Konings** om een onderzoek en strafvervolgung te verkrijgen. Een slachtoffer mag eveneens een schadevergoeding vragen voor de schade die hij/zij door dit misdrijf heeft geleden.
- Indien een arts of specialist als 'dader' in beeld is, dan kan ook de bevoegde provinciale raad van de **Orde van geneesheren** (www.ordomedic.be) ingelicht worden over de gepleegde feiten. Doel is dan ertoe bij te dragen dat de raad van de Orde een betere uitoefening van het beroep borgt en dat de feiten disciplinair worden beteugeld.

- Daarnaast pleit Zorgnet Vlaanderen voor het aanstellen van een interne **meldingspersoon**⁶ op voorzieningsniveau, bij wie niet alleen slachtoffers terecht kunnen, maar ook werknemers die ongerust zijn over bepaalde handelingen of geruchten over collega's.

Om de logica van de hulpverlening en die van de justitiële aanpak duidelijk van elkaar te onderscheiden wordt een pleidooi gehouden voor het aanduiden van twee verschillende personen indien er sprake is van een vermoeden van seksueel grensoverschrijdend gedrag dat juridisch als seksueel misbruik kan worden omschreven.

Eenzijds is er een **meldingspersoon**, die volgens een in de voorziening afgesproken meldingstraject (samenstellen van een werkgroep, overleg voeren met de preventieadviseur psychosociale aspecten...) dat rekening houdt met de wetgeving over beroepsgeheim en het daaraan gekoppelde spreekrecht, contact kan opnemen met de procureur des Konings die dit dossier dan verder opvolgt.

Anderzijds wordt best een **zorgcoördinator** aangeduid die de coördinatie van de hulpverleningsdimensie op zich kan nemen.

Het aanduiden van twee verschillende verantwoordelijken zorgt voor een onderscheid van beide rollen en biedt garanties dat de hulpverleningsopdracht niet uit het oog verloren wordt bij seksueel grensoverschrijdend gedrag dat juridisch als seksueel misbruik omschreven kan worden.

Een **handelingsprotocol** wordt op voorhand uitgetekend en houdt rekening met de eigenheid van de voorziening en de specifieke regionale inbedding. Het kan nuttig zijn om een dergelijk protocol op voorhand te laten 'proefdraaien' en zo te testen op zijn volledigheid en duidelijkheid. Indien het moet uitgewerkt worden op het moment van de noodsituatie, is de kans zeer groot op bijkomende schade voor het slachtoffer, andere hulpvragers, de voorziening en haar personeel (zie ook verder bij het onderdeel "Handelingsprotocol").

Ondersteuning van persoonlijke leefomgeving

Indien het slachtoffer een cliënt of bewoner van de voorziening is, moet voldoende aandacht gaan naar de communicatie met de leefomgeving van het slachtoffer. Indien mogelijk en gewenst neemt de voorziening een heel sterk ondersteunende en begeleidende rol op ten opzichte van de leefomgeving. Uiteraard is ook hier het patiëntenperspectief cruciaal: wat wil de patiënt? Het is ook nodig te bekijken wat therapeutisch verantwoord is.

4.3. Het strafwetboek over spreekrecht

De Wet van 30/11/2011 (tot verbetering van de aanpak van seksueel misbruik en feiten van pedofilie binnen een gezagsrelatie) heeft het spreek-/meldingsrecht uitgebreid⁷. Als gevolg hiervan werd artikel 458bis van het Strafwetboek aangepast.

Het **oude artikel 458bis** van het Strafwetboek bepaalde dat de uitzonderingsregeling op het beroepsgeheim dat ieder die in hoofde van zijn beroep kennis krijgt van bepaalde misdrijven, namelijk aanranding en verkrachting (art. 372-377 Sw.), opzettelijk doden en opzettelijk toe-

6 Er kan overwogen worden om deze taak 'fysiek' te laten opnemen door de huidige 'vertrouwenspersoon' i.p.v. een afzonderlijke meldingspersoon te installeren. Op termijn wordt idealiter de bestaande wet ter preventie van pesten, geweld en seksueel grensoverschrijdend gedrag aangepast zodat ook derden op de interne procedure een beroep kunnen doen. Uiteraard kunnen zorggebruikers voor andere klachten (cf. respecteren patiëntenrechten) terecht bij de interne of externe ombudsdienst.

7 Dit was een van de aanbevelingen van de 'Bijzondere Commissie betreffende de behandeling van seksueel misbruik en feiten van pedofilie binnen een gezagsrelatie, inzonderheid binnen de Kerk'.

brengen van een lichamelijk letsel (art. 392-394 en 396-405ter Sw.), verminking van de genitaliën (art. 409 Sw.), het onthouden van voedsel en verzorging (art. 425 Sw.) en nalatigheid (art. 426 Sw.) gepleegd op minderjarigen, die onder bepaalde voorwaarden kenbaar mocht maken aan de procureur des Konings.

Deze (cumulatieve) voorwaarden waren:

- Het gaat om één van de opgelijste misdrijven, gepleegd op een minderjarige
én
- de zorgverlener moet het minderjarige slachtoffer zelf onderzocht hebben of door de minderjarige in vertrouwen genomen zijn
én
- er moet een ernstig en dreigend gevaar bestaan voor de psychische of fysieke integriteit van de betrokken minderjarige
én
- de zorgverlener mag niet in staat zijn om de integriteit zelf of met hulp van anderen te beschermen.

Deze regeling gold, *'onverminderd de verplichtingen van art. 422bis Sw.'* (schuldig verzuim) en was vaak een moeilijke evenwichtsoefening.

Het **nieuwe artikel 458bis** van het Strafwetboek bevat nieuwe, soepelere voorwaarden om van het spreekrecht gebruik te maken:

- De opgelijste misdrijven moeten zijn gepleegd op een minderjarige *OF* op een kwetsbare persoon (*'een persoon die kwetsbaar is ten gevolge van zijn leeftijd, zwangerschap, een ziekte dan wel een lichamelijk of geestelijk gebrek of onvolwaardigheid'*)
én
- er bestaat een ernstig en dreigend gevaar voor de psychische of fysieke integriteit van de betrokken minderjarige *OF* kwetsbare persoon en de zorgverlener is niet in staat om de integriteit zelf of met hulp van anderen te beschermen
of
- er bestaan aanwijzingen van een gewichtig en reëel gevaar dat andere minderjarigen of kwetsbare personen het slachtoffer worden van de misdrijven en de zorgverlener is niet in staat om de integriteit zelf of met hulp van anderen te beschermen.

Het gegeven dat dit spreekrecht geldt, *'onverminderd de verplichtingen van art. 422bis Sw.'* (schuldig verzuim), blijft.⁸

De versoepeling van het spreekrecht is dus meervoudig:

- **De categorie van personen op wie de misdrijven gepleegd worden** is uitgebreid van minderjarigen naar minderjarigen en kwetsbare meerderjarigen.
- Het is **niet langer noodzakelijk dat de zorgverlener het slachtoffer zelf heeft onderzocht of erdoor in vertrouwen is genomen**. De hulpverlener kan bijvoorbeeld via de dader of een derde op de hoogte gebracht zijn van het misdrijf.
- Bovendien moet het **integriteitsgevaar niet langer betrekking hebben op het slachtoffer zelf**, maar de zorgverlener mag ook spreken wanneer er dergelijk gevaar is voor andere minderjarigen of kwetsbaren.

8 Oorspronkelijk voorzag het wetsvoorstel echter een daadwerkelijke ombuiging van het spreekrecht naar een spreekplicht. Het bepaalde dat, wie de procureur des Konings niét inlichtte, zich schuldig maakte aan schuldig verzuim (art. 422bis Sw.). Dit kon op vele negatieve reacties rekenen. Hulpverleners vreesden immers dat dat patiënten niet met klachten durfden aankloppen bij hen. Als gevolg werd dit geschrapt en werd de loutere verwijzing naar het artikel 422bis (schuldig verzuim) behouden, zoals het reeds bestond in het vroegere art. 458bis Sw.

4.4. Communicatie

Bij de communicatie over seksueel grensoverschrijdend gedrag (al dan niet juridisch te omschrijven als seksueel misbruik) moet de aandacht in eerste instantie gaan naar de veiligheid van het slachtoffer.

Daarnaast pleiten we **intern** voor een open en correcte dialoog met ouders en familie enerzijds en de andere bewoners/patiënten anderzijds, zonder daarbij de juridische verplichtingen m.b.t. het onderzoeksgeheim te schenden.

Voor de **media** lijkt het ons noodzakelijk dat elke voorziening een **communicatieplan** ontwikkelt, zodat ze in noodsituaties kan terugvallen op een draaiboek met de belangrijkste krachtlijnen voor het medelen van informatie. Zie bijlage 4 voor concrete richtlijnen over crisiscommunicatie.

Het belang van communicatie vanuit de voorziening naar de bredere samenleving is niet alleen een kwestie van imago. De verantwoordelijkheid van een voorziening beperkt zich niet tot de hulp aan eventuele daders of slachtoffers. De voorziening is ook verantwoordelijk voor de zorg voor andere bewoners/patiënten, andere personeelsleden en voor potentiële slachtoffers in de ruimere samenleving. Alle betrokkenen zijn verantwoordelijk voor een communicatie die met zorgvuldigheid en respect gevoerd wordt en voldoende recht doet aan de complexe en dikwijls verwarrende situatie waarvoor de verantwoordelijken van een voorziening staan bij een vermoeden van seksueel grensoverschrijdend gedrag.

5

Opmaken van een handelingsprotocol

Een handelingsprotocol maakt deel uit van een breed beleid over omgaan met seksualiteit en intimiteit en het risico op grensoverschrijdend gedrag. Het beschrijft de stappen die een medewerker kan zetten wanneer er binnen de organisatie een vermoeden of vaststelling is van seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksueel misbruik. Elke medewerker die een vermoeden heeft of een vaststelling doet, heeft baat bij een handelingsprotocol als houvast.

Cave! Een handelingsprotocol maakt een transparante en zo gelijk mogelijke behandeling van vermoedens, onthullingen en vaststellingen mogelijk en kan de medewerker(s) een houvast geven. Een handelingsprotocol is echter geen vaststaand scenario: beslissingen hangen af van de ernst en aard van de situatie en worden steeds gemaakt in overleg met collega's, verantwoordelijken en eventueel experts buiten de organisatie.

De opmaak van een eigen handelingsprotocol kan in verschillende stadia gebeuren:

0. **Inbedden:** een werkklimaat creëren waar in een *no blame* sfeer open gesproken kan worden over intimiteit, seksualiteit en meer algemeen over de ervaringen van de zorgverstreker in zijn contacten met de zorgvrager.
1. **Voorbereiden** van het handelingsprotocol. Welke definities worden gehanteerd? Wat zijn de bestaande interne regels (arbeidsreglement, deontologische code enz.)? Moet er rekening gehouden worden met beroepsgeheim?
2. **Uitschrijven** van een eigen handelingsprotocol;
3. **Implementeren** van het handelingsprotocol door het bekend te maken en de medewerkers ermee te leren werken. Het is aan te raden om een interne meldplicht voor vermoeden, onthulling of vaststelling van seksueel misbruik in te bouwen in het arbeidsreglement.
4. **Evalueren** van het handelingsprotocol na elk incident en geregeld opfrissen van het document.

5.1. Eerste fase: vermoeden of vaststelling

De **eerste fase** van handelen betreft het vermoeden (geruchten, roddels...) of de vaststelling. In die eerste fase wordt voornamelijk aandacht besteed aan veiligheid, omkadering en informatieverzameling.

Verantwoordelijkheden van de ontvanger

Hierna worden de verantwoordelijkheden besproken van de ontvanger (de persoon die een vermoeden heeft of een vaststelling doet). De ontvanger moet steeds een inschatting maken van de ernst en het acuut karakter van de situatie. Het is aan te raden een (klein) schriftelijk verslag bij te houden van elke stap. Uiteraard is het belangrijk zeer discreet te werk te gaan bij het bijhouden en delen van deze documenten.

Bij een vermoeden van (seksueel) grensoverschrijdend gedrag

- De ontvanger neemt zijn eigen verontrusting ernstig en ordent de signalen die zijn vermoeden hebben opgewekt (wat merk ik, sinds wanneer enz.). Het kan helpen een schrift-

- telijk verslag te maken van de signalen die aan de basis liggen van het vermoeden.
- De ontvanger tracht de veiligheid te garanderen.
- Professionele hulpverleners met beroepsgeheim kunnen hun verontrusting met een collega bespreken.
- Hulpverleners kunnen hun verontrusting bespreken met de pleger of het slachtoffer.
- De ontvanger bespreekt het vermoeden met de meldingspersoon (zie fase 2).

Bij een vaststelling van (seksueel) grensoverschrijdend gedrag

- De ontvanger tracht zo veel als mogelijk de **veiligheid** garanderen, zorgt ervoor dat het grensoverschrijdende gedrag stopt en schakelt de meldingspersoon in.
- In acute gevallen (bijvoorbeeld wanneer net een verkrachting heeft plaatsgevonden) of situaties die bedreigend blijven, roept de ontvanger de **politie en medische bijstand** voor het slachtoffer (112) op. Voor een politieonderzoek is het belangrijk dat de plaats van een mogelijk misdrijf onaangeroerd blijft (sporen en bewijsmateriaal) en dat het slachtoffer snel een medisch onderzoek krijgt. Daarvoor wordt eventueel de ‘set seksuele agressie (SSA)’ gebruikt. Dat is een set medisch materiaal, speciaal gemaakt voor het opnemen van sporen van seksueel geweld. Met die sporen kunnen zowel het misdrijf als de schuld of onschuld van een verdachte wetenschappelijk worden bewezen of kan de dader worden opgespoord. Er is een set voor het slachtoffer en een set voor de verdachte. Om geen bewijzen te vernietigen mag het slachtoffer zich niet wassen vooraleer het onderzoek voorbij is. Voor het onderzoek wordt eerst toestemming gevraagd aan het slachtoffer dat zich mag laten begeleiden door de huisarts of een ander vertrouwenspersoon. De wetsdokter aangeduid door het parket zal het medisch onderzoek uitvoeren in het kader van de SSA. De behandelend arts mag aanwezig zijn.
- De ontvanger tracht het slachtoffer zoveel mogelijk te **omkaderen** (emotionele ondersteuning, eventueel meegaan voor medische tussenkomst...).
- De ontvanger **informeert** de betrokkenen over de stappen die hij zal nemen (directie inschakelen).

Het is evident dat de veiligheid niet altijd gegarandeerd kan worden door de ontvanger. Zo kan er een hiërarchisch onevenwicht ontstaan indien er melding is van seksueel grensoverschrijdend gedrag door een leidinggevende, heeft de ontvanger niet altijd zicht op het bestaan van andere slachtoffers e.d.m. Daarom is het belangrijk om de informatie zo snel mogelijk te delen met de meldingspersoon die de verantwoordelijkheid en de bevoegdheid heeft om die taak uit te voeren (zie fase 2).

5.2. Tweede fase: overleg en advies

De **tweede fase** betreft het intern overleg over het vermoeden of de vaststelling, alsook het advies dat wordt gevraagd aan externe diensten. Afhankelijk van de ernst en het acuut karakter van de situatie zijn verschillende stappen mogelijk.

Intern overleg

Het is belangrijk elk vermoeden, elke onthulling en elke vaststelling in de organisatie te bespreken, ook wanneer het over minder acute gevallen van grensoverschrijdend gedrag gaat. Afhankelijk van de afspraken binnen de organisatie kan daarvoor een verantwoordelijke meldingspersoon aangeduid zijn (dat is bij voorkeur iemand van de directie, maar het kan ook een vertrouwenspersoon of een ombudsdienst zijn). Daarnaast wordt best een zorgcoördinator aangeduid die, indien het gaat om seksueel grensoverschrijdend gedrag bij een hulpvrager, de coördinatie van de hulpverleningsdimensie op zich neemt.

De reikwijdte van het intern overleg zal sterk verschillen naargelang de ernst van de situatie en naargelang het seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen of buiten de organisatie (bijvoorbeeld in een privépraktijk) betreft.

Taken van de meldingspersoon

- De meldingspersoon oordeelt over de **ernst van de feiten**. Het is cruciaal dat de meldingspersoon de deskundigheid heeft om dergelijke situaties te kunnen beoordelen dankzij bijvoorbeeld opleiding of ervaring.
- De meldingspersoon moet er ook rekening mee houden dat sommige klachten of meldingen ‘vals’ zijn (bijvoorbeeld door een afwijzing of bij borderline persoonlijkheidsproblematieken). Hij dient dus steeds bijzonder zorgvuldig met elke klacht om te gaan. Een ‘valse’ beschuldiging kan immers, zeker eens gemediatiseerd, onherroepelijke schade toebrengen aan de zorgverstrekker en/of de organisatie en ruimer de sector.
- Deze beoordeling bepaalt of (eerder genomen) **veiligheidsmaatregelen** al dan niet moeten worden versterkt.
- De meldingspersoon brengt en houdt, volgens de afspraken binnen de organisatie, andere verantwoordelijken (directie, hoofdgeneesheer, raad van bestuur...) op de hoogte.
- De meldingspersoon roept een **werkgroep** bijeen, bestaande uit de algemeen directeur, een lid van de raad van bestuur, de hoofdgeneesheer en andere interne en (eventueel) externe experts. De samenstelling van deze groep hangt af van de situatie en de betrokkenen. **De werkgroep adviseert de directie en raad van beheer die de uiteindelijke beslissingen neemt.**
- De meldingspersoon maakt **interne communicatie** mogelijk tussen de leidinggevenden en de medewerkers, zonder dat de medewerkers van de details van de zaak op de hoogte worden gebracht.
- De meldingspersoon bewaart **een schriftelijk verslag** van elke vergadering, beslissing en actie in een **centraal dossier**, om te voorkomen dat er misverstanden ontstaan of dat acties niet worden uitgevoerd.

Taken van de werkgroep

- Directie en raad van beheer ondersteunen en adviseren over welke verdere acties zullen worden ondernomen (en door wie) ten aanzien van het slachtoffer en de pleger. Dat kan gaan van gesprekken met de betrokkenen tot verdere beschermingsmaatregelen. Het is belangrijk een open communicatie aan te houden met het slachtoffer en de pleger zonder daarbij de waarheid te willen bepalen: dat is de rol van de politie. Zeker indien er een gerechtelijke afhandeling volgt, is het niet aangewezen om met het slachtoffer of de pleger gesprekken te voeren **over de gebeurde feiten**.
- Hulpverleners met beroepsgeheim kunnen hun collega's bevragen over **signalen** (wat hebben ze opgemerkt, wat kunnen ze reconstrueren), perceptie (hoe gaan zij ermee om) en capaciteiten (wat zijn hun capaciteiten om verder te werken in de gegeven situatie).
- Adviseren of, wanneer en hoe contact zal worden opgenomen met **derden** (ouders, familie, adviseurs, administratieve diensten van de verantwoordelijke overheden).
- Een verantwoordelijke aanduiden om indien nodig met de **media** te praten. Aangezien een geval van seksueel misbruik veel media-aandacht kan krijgen, moet één contactpersoon worden gekozen die heldere informatie verstrekt als ernaar wordt gevraagd. Het delen van informatie gebeurt uiteraard met respect voor de privacy van de betrokkenen en het beroepsgeheim.

Extern advies

De organisatie kan advies inwinnen van gespecialiseerde diensten over bijvoorbeeld welke stappen te zetten of hoe te communiceren met betrokkenen. Iedereen kan bij het Justitiehuis informatie vragen over een eventuele juridische procedure. Professionele hulpverleners die gehouden zijn door het beroepsgeheim, kunnen een anonieme adviesvraag richten tot het gerecht (bijvoorbeeld bij het parket en de procureur des Konings).

5.3. Derde fase: interne afhandeling en/of melding

In functie van de beoordeling van de ernst van de situatie en rekening houdend met het extern advies, kan de werkgroep in een **derde fase** de directie adviseren om een vermoeden of vaststelling:

- intern verder af te handelen en/of;
- te melden bij Zorginspectie (Woonzorglijn voor ouderenzorg; Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid voor algemene ziekenhuizen en geestelijke gezondheidszorg) en/of;
- te melden bij het parket – procureur des Konings.

Als het gaat om bewezen feiten, dan is het uiteraard noodzakelijk het parket op de hoogte te brengen en parallel daarmee best ook Zorginspectie.

Tenzij het over een situatie gaat die zich buiten de organisatie afspeelt, zal een interne opvolging sowieso nodig zijn. Het is nodig het misbruik een halt toe te roepen, op te treden ten aanzien van de pleger (indien die een cliënt/patiënt/bewoner of medewerker is) en het slachtoffer te omkaderen. Ook andere kinderen/jongeren, patiënten, bewoners en medewerkers of de organisatie op zich zullen mogelijk ondersteuning nodig hebben.

Ook het slachtoffer zelf kan op elk moment bepaalde stappen zetten (bijvoorbeeld klacht indienen bij de procureur des Konings, Orde van geneesheren e.a., zie hoger). Het is ook mogelijk dat andere betrokkenen beslissen een melding van de situatie te maken bij deze instanties. Een gerechtelijke procedure sluit niet uit dat er ook een hulpverleningstraject wordt gestart of andersom.

Interne afhandeling

- Op individueel niveau van de betrokkenen
 - Beslissen welke maatregelen worden getroffen ten aanzien van de pleger, indien cliënt of medewerker.
 - Bekijk welke mogelijkheden er zijn voor het straffen of schorsen van een medewerker.
 - Beslissen welke maatregelen worden getroffen ten aanzien het slachtoffer, indien cliënt of medewerker.
 - Is er een opvolging door gespecialiseerde hulpverlening nodig of kunnen interne maatregelen de veiligheid en het welzijn van het slachtoffer waarborgen?
- Op relationeel vlak
 - Wanneer zowel dader als slachtoffer dat wensen, kunnen herstelgerichte acties ondernomen worden. Daarvoor doet de organisatie best een beroep op gespecialiseerde voorzieningen voor herstelbemiddeling.
- Op organisatieniveau
 - Beslissen hoe en welke informatie wordt gedeeld met de andere medewerkers. Correct intern communiceren draagt bij tot een sfeer van openheid en toont dat de zaak ernstig wordt genomen.
 - Mogelijk zijn andere patiënten, bewoners en medewerkers erg verward of angstig door het seksueel misbruik binnen de organisatie en hebben ook zij nood aan ondersteuning.
 - Binnen de organisatie kan er veel verwarring, spanning of verdeeldheid ontstaan na een geval van seksueel misbruik. Ook op dit niveau kan opvolging nodig zijn.
- Verder communiceren met de familie van de betrokkenen om hen op de hoogte te brengen van de situatie, steun te verlenen, verdere acties uit te leggen en te informeren over hun rechten en mogelijkheden. Uiteraard steeds met respect voor het patiëntenperspectief: wat wil de zorgvrager in deze? Ook moet bekeken worden wat therapeutisch verantwoord is.

Continuïteit van zorg garanderen

Het beste aanspreekpunt voor een hulpverleningsvraag is een centrum voor algemeen welzijnswerk of een centrum voor geestelijke gezondheidszorg. Door de gespecialiseerde voorzieningen zal een hulpverleningstraject worden uitgestippeld en uitgevoerd. Ook de huisarts van een slachtoffer kan een goed aanspreekpunt zijn. Slachtoffers kunnen altijd terecht bij het 'Meldpunt misbruik, geweld en kindermishandeling' van de Vlaamse overheid (1712)

Melding bij politie en justitie

Een geval van seksueel grensoverschrijdend gedrag kan en moet worden aangegeven bij de politie of rechtstreeks bij het parket. Het is belangrijk zich goed te informeren over de mogelijkheden, het verloop en de gevolgen van een gerechtelijke procedure. Zijn er minderjarigen betrokken? Zijn de medewerkers binnen de organisatie gehouden door het beroepsgeheim? Gaat het slachtoffer akkoord met een melding bij politie of justitie (zie hoger)?

Ook na een melding bij politie of justitie is een interne opvolging van de situatie nodig. Wellicht moet ook hulpverlening ingeschakeld worden en is er nood aan verdere communicatie met de betrokkenen, de andere kinderen/jongeren en medewerkers, de familie.

5.4. Vierde fase: evaluatie

De **vierde en laatste fase** van de procedure betreft de evaluatie van de stappen die werden ondernomen bij een vermoeden, onthulling of vaststelling.

Een eerste evaluatiemoment kan plaatsvinden meteen nadat een zaak als afgesloten kan worden beschouwd. Op dat moment moet tijd en ruimte gemaakt worden voor een evaluatie van de gevolgde procedure. Enkele mogelijke beschouwingen: Welke stappen werden gevolgd in de aanpak van het gebeuren? Hadden bepaalde stappen beter kunnen worden ondernomen? Hoe wordt de actuele situatie geëvalueerd? Wat kan worden geleerd van het incident dat zich heeft voorgedaan? Moet de gebruikte procedure worden aangepast? Kunnen we deze situatie in de toekomst voorkomen?

Dit evaluatiemoment wordt bij voorkeur een aantal maanden later herhaald. Op dat moment wordt namelijk duidelijk of er nood is aan verder herstel binnen de organisatie. Zijn er nog verbeteringen aan de procedure nodig? Heerst er nog steeds een spanning of taboe over bepaalde onderwerpen? Is er een gevoel van veiligheid en welzijn? Willen we bepaalde mensen bedanken die ons hebben ondersteund?

Door de ondernomen stappen grondig te evalueren kan het handelingsprotocol niet alleen een houvast zijn om met een incident om te gaan, maar ook een aanzet om preventieve maatregelen te nemen die latere incidenten helpen vermijden.

Bijlage 1

Voorbeeld deontologische code

Omgaan met cliënten

- We gaan respectvol om met onze cliënten. We onthouden ons van elke handeling of relatievorming die misbruik maakt van de kwetsbaarheid van de cliënt.
- We verrichten geen nevenactiviteiten met cliënten die het belang van de voorziening kunnen raken zonder voorafgaande toestemming van de directie.
- Om belangenvermenging te voorkomen nemen we geen geschenken, uitnodigingen of andere voordelen aan in ruil voor een tegenprestatie. We stellen onze leidinggevende op de hoogte wanneer ons geschenken of uitnodigingen worden aangeboden.

Specifieke aspecten

- Het goed hanteren van overdracht en van tegenoverdracht in therapeutische contacten is van wezenlijk belang. Het is noodzakelijk continu de nodige aandacht en zorg te besteden aan dit fenomeen, zowel op individueel niveau als op niveau van het team.
- Intieme en seksuele contacten met de patiënten zijn niet toegelaten, ook niet na het beëindigen van de behandeling/opname. Het gaat steeds om een ernstige beroepsfout.
- Niet-professionele contacten zoals vervoer met de wagen, sociaal gebonden contacten, contactname tijdens de personeelspauze... dienen tot een minimum beperkt te worden en desgevallend gekend te zijn door het team.

Bijlage 2

Voorbeeld kwaliteitsbeleid

DOEL

- De voorziening respecteert steeds de eigenheid van de bewoner en aanvaardt hem als een volwaardig persoon.
- De voorziening neemt maatregelen om de integriteit van de bewoner te waarborgen. Hiertoe ontwikkelt de voorziening een geschreven referentiekader.
- De voorziening neemt in het bijzonder maatregelen tegen misbruik en geweld ten aanzien van de bewoners.
- De voorziening werkt, indien nodig, samen met derden.

Termen en definities:

- Misbruik is elke handeling, of het nalaten van een handeling, die resulteert in een significante inbreuk op de rechten, de lichamelijke of psychische integriteit, de waardigheid of het welbevinden van de patiënt.
- Geweld heeft betrekking op het hele spectrum van verbale of non-verbale interacties tussen personen, waarbij sprake is van daadwerkelijke of vermeende kwalijke bedoelingen die psychische, lichamelijke of materiële schade of letsel toebrengen aan personen of objecten en waarbij formele of informele gedragsregels geschonden worden.
- Grensoverschrijdend gedrag is elke vorm van psychisch, fysisch of seksueel georiënteerd gedrag, verbaal of non-verbaal, bewust of onbewust, komende van het personeel of andere medewerkers, de eventuele mederevalidanten, derden of familieleden, dat ervaren wordt door de (ex-)patiënt of door anderen (hulpverlener en/of collega's in teamverband) als negatief, ongewenst of gedwongen, onafhankelijk van de situatie en ongeacht plaats en tijd.

TOEPASSINGSGEBIED

Alle elementen van de hulp- en dienstverlening.

VERWANTE DOCUMENTEN EN HULPMIDDELEN

- deontologische code
- arbeidsreglement
- formulier: 'misbruik en geweld'

WERKWIJZE

I. Voorkomen van geweld en misbruik

Aandachtspunten gericht naar het individu (gebruiker)

- inspraak van gebruikers stimuleren;
- stimuleren van inclusie en uitbreiden van netwerken;
- vervolgen en eventueel berechten van de dader.

Aandachtspunten gericht naar medewerkers en derden

- vergroten van de openheid over misbruik door vergaderingen met of over de patiënt te organiseren
- personeelsbeleid (arbeidsreglement, functieprofiel, deontologische code), organiseren van intervisie

II. Eventueel misbruik en geweld stoppen en op gang brengen van de hulpverlening

Fase 1: melding

- De medewerker luistert naar de klager/slachtoffer en vermijdt suggestieve vraagstelling.
- Mogelijke bedreigingen van het slachtoffer door de verdachte worden onderzocht. Onmiddellijke acties worden overwogen om de klager/slachtoffer te beschermen en de verdachte te verwijderen.
- Medewerkers zijn verplicht signalen, klachten of vaststellingen van misbruik en geweld ten aanzien van een gebruiker te melden bij de direct leidinggevende en het team.
- De melding gebeurt zo snel mogelijk en ten laatste binnen de drie dagen. In geval van betrapting op heterdaad, wordt onmiddellijk melding gemaakt.
- De medewerker regelt een lichamelijk onderzoek van het slachtoffer bij een arts naar keuze bij vermoedens van fysiek misbruik of geweld (wanneer geslachtsverkeer zeer recent plaatsgevonden heeft, is een lichamelijk onderzoek ook van groot belang voor de bewijslast).
- De directie wordt op de hoogte gebracht. Indien de melding rechtstreeks bij de directie wordt gedaan, waarschuwt die de dienst van het vermoedelijke slachtoffer.
- De directe verantwoordelijke evalueert de situatie en overweegt om de maatregelen te versterken ter bescherming van klager/slachtoffer en ter verwijdering van de verdachte.
- De directie stelt een supervisieteam samen.
- De medewerker die de melding doet, vult het formulier 'misbruik en geweld' in.

Fase 2: Samenstelling en opdracht supervisieteam (SV)

De directeur stelt een supervisieteam samen en coördineert het. Dit team bestaat uit:

- de maatschappelijk werker;
- vanuit de betrokkenheid op het vermoedelijke slachtoffer: begeleidende psycholoog;
- vanuit de betrokkenheid op de vermoedelijke dader: maatschappelijk assistente;
- De directeur kan de samenstelling van het supervisieteam tijdelijk uitbreiden met bijvoorbeeld een externe deskundige.

Fase 3: Opdracht supervisieteam (SV)

Het supervisieteam zorgt zo snel mogelijk voor een eerste verduidelijking van de melding. Onderdelen hiervan kunnen zijn:

- een interview met de medewerker die de melding deed;
- een interview met het slachtoffer door een deskundige en/of lid van het SV;
- een interview met de verdachte door een deskundige en/of een lid van het SV;
- observatie van slachtoffer en/of verdachte;
- luisteren naar de teamleden;
- overwegen om contact op te nemen met derden;
- opvolging lichamelijk onderzoek.

Vervolgens worden verdere acties naar verdachte en slachtoffer overwogen. Het SV stelt een schema en agenda op.

Fase 4: Klacht controleren

De verdachte bekent of de verdachte ontkent.

Fase 5: Opmaken van een actieplan

Het supervisieteam bepaalt in het actieplan welke stappen verder genomen worden. Indien nodig kan het SV voor het opstellen van het plan advies vragen aan externe deskundigen. Het actieplan omvat o.a. het volgende:

- begeleiding van en hulpverlening aan het slachtoffer;
- begeleiding en aanpak van de verdachte;
- voorkomen van een eventuele herhaling van misbruik en geweld;
- *informatieverstrekking aan en begeleiding van de gebruiker;*

- *informatieverstrekking aan en ondersteuning van het begeleidende team van het slachtoffer en van de verdachte;*
- *informatieverstrekking aan en ondersteuning van andere gebruikers;*
- *afspraken over interne en externe communicatie.*

› **Begeleiding van en hulpverlening aan het slachtoffer**

- De keuze van begeleiding en hulpverlening hangt af van diverse omstandigheden en zal dan ook per patiënt worden afgewogen, steeds in samenspraak met de patiënt en het begeleidingsteam.
- Er worden maatregelen genomen en afspraken gemaakt om de veiligheid van het slachtoffer en medepatiënten te waarborgen en verder geweld en misbruik uit te sluiten.
- De begeleiding en hulpverlening worden opgenomen in het behandelingsplan.
- De therapeuten staan in voor de uitvoering, ondersteund door de direct leidinggevende en het supervisieteam.

› **Begeleiding en aanpak van de verdachte**

- De begeleiding en hulpverlening worden opgenomen in een actieplan. De directie en het supervisieteam staan in voor de opvolging. Externe deskundigen kunnen hierbij betrokken worden.
- Indien corrigerende maatregelen worden genomen, staat het team in voor het toezicht op het strikt naleven ervan.
- De begeleiding en opvolging dienen aan de volgende voorwaarden te voldoen:
 - De veiligheid van het slachtoffer en de andere patiënten moet gewaarborgd worden.
 - Het gedrag van de verdachte moet hanteerbaar blijven.
 - Indien nodig moeten beperkende maatregelen met een vastgestelde termijn worden genomen om geweld en misbruik te voorkomen.
- Eventuele melding bij of inschakeling van gerechtelijke diensten (parket/procureur), hoort tot de bevoegdheid van de directie.

› **Wanneer de verdachte onterecht is beschuldigd**

- Een beschuldiging kan ten onrechte gedaan zijn. Wanneer dat het geval blijkt, wordt de beschuldigde geïnformeerd door de directie. Het supervisieteam gaat ook na wie verder moet geïnformeerd worden om aan te geven dat de beschuldiging onterecht bleek.
- Het supervisieteam onderzoekt wat de achtergrond van onterechte beschuldiging is. Het doel van deze evaluatie is te voorkomen dat onterechte beschuldigingen in de toekomst plaatsvinden.
- Het supervisieteam heeft de verantwoordelijkheid om in geval van een onterechte beschuldiging de vermeende verdachte begeleiding aan te bieden, om zo schadelijke gevolgen te vermijden of te beperken.

› **Communicatie en ondersteuning**

- Informatie aan derden kan enkel mits toestemming van de betrokken patiënt. In het overleg worden de gevolgen van het al dan niet informeren van derden opgenomen.
- Het supervisieteam staat ook in voor eventuele ondersteuning aan derden. Dat kan desgewenst gedelegeerd worden naar externe deskundigen.
- Het team van de patiënt krijgt de informatie die nodig is van de vertegenwoordiger van het supervisieteam. Die vertegenwoordiger informeert het team zo nodig over het plan van aanpak, het verdere verloop en concrete afspraken over omgaan met de informatie.
- Collega's kunnen door emotionele betrokkenheid in de problemen komen nadat misbruik en geweld ten aanzien van een gebruiker bekend wordt. De directie draagt zorg voor eventuele ondersteuning.
- Het supervisieteam overweegt of er in functie van preventie anderen moeten geïnformeerd worden.

Fase 6: Evaluatie

Na afloop van een procedure rondom (een vermoeden) van geweld en misbruik wordt de gevolgde procedure geëvalueerd. Het supervisieteam draagt zorg voor deze evaluatie. De evaluatie wordt genoteerd op het formulier 'misbruik en geweld'. Naar aanleiding van de evaluatie kunnen de volgende maatregelen genomen worden, om de negatieve gevolgen van misbruik en geweld op lange termijn te beperken:

- evaluatie van incident en aanpak; en eventueel
- invoegen van corrigerende en preventieve maatregelen en desgewenst op basis daarvan bijsturen van beleid en procedure.

Fase 7: Rapportage

- Na het onderzoeken van de melding en het opmaken van het actieplan rapporteert de voorzitter van het supervisieteam aan het team.
- Elke melding wordt geagendeerd op het team ter opvolging.
- In geval van zware feiten rapporteert de voorzitter direct na de melding.
- Na de evaluatie van de procedure rapporteert de voorzitter van het supervisieteam aan het team.

Bijlage 3

Voorbeeld arbeidsreglement

Artikel: deontologie

§1

De professionele deontologie van elke discipline die bij de behandeling van een patiënt betrokken is, gebiedt om enkel professionele betrekkingen te onderhouden met de patiënt en stelt dat elke seksuele toenadering en/of nieuwe niet-professionele relatievorming tussen behandelaar en patiënt ten strengste verboden is. Inbreuken hiertegen zullen worden beschouwd als deontologische fouten.

§2

Het leggen van nieuwe persoonlijke contacten met patiënten of bewoners buiten de dienst-opdrachten en/of de diensturen, of het positief beantwoorden van pogingen tot persoonlijk contact van patiënten of bewoners buiten de dienst-opdrachten en/of de diensturen wordt als een deontologische fout beschouwd. Deze fout is des te zwaarder naarmate het leidt tot een verstoring van de behandelopdracht van het ziekenhuis voor deze patiënt.

Indien een patiënt deel uitmaakt van het relationeel netwerk van een lid van het behandelend of begeleidend team is het aangewezen dat het personeelslid dit kenbaar maakt, op zijn minst aan de behandelend psychiater. Dat wordt des te belangrijker naarmate dit tot rolverwarring kan leiden en/of een invloed kan hebben op de behandeling. Wanneer een personeelslid dat deel uitmaakt van het behandelend (begeleidend) team van een patiënt of bewoner contacten heeft met deze patiënt buiten de dienst-opdrachten en/of de diensturen, kunnen deze contacten een invloed uitoefenen op de behandeling (begeleiding) zelf.

Er wordt verwacht dat het personeelslid zelf hierover communiceert met de verantwoordelijke(n) voor de behandeling (begeleiding).

Dat wordt des te belangrijker naarmate het de behandelopdracht beïnvloedt of bemoeilijkt. Het nalaten van hierover te communiceren en in elk geval het actief verhullen van deze contacten verzwaren de fout.

§3

Elke ernstige inbreuk tegen één van de hierboven aangehaalde punten in dit artikel wordt als een deontologische fout beschouwd met, behalve in geval van een dringende reden, disciplinaire maatregelen als gevolg.

Bijlage 4

10 vuistregels bij crisiscommunicatie

Gebaseerd op ©2011 – H. Marynissen – www.pm.be

1. Slachtoffers eerst

Heb in je communicatie altijd eerst aandacht voor slachtoffers en hun familieleden. Hou er rekening mee dat ook het personeel zich in een slachtofferrol gedrukt kan voelen.

2. Communiceer menselijk en met empathie

Wie bij een crisissituatie te zakelijk en te rationeel communiceert, wordt vaak als koel en emotioneel ervaren. Een gezonde dosis empathie kan helpen om sneller de juiste *tone of voice* te vinden en aansluiting te krijgen bij slachtoffers en gedupeerden. Zorg er wel voor dat je je niet laat meeslepen door je eigen emoties, waardoor je dingen zegt die je later moet rechtzetten.

3. Zorg voor een tijdige en continue doorstroom van informatie

Een goede crisiscommunicatie begint al voor er zich een reëel incident voordoet. Een goede verstandhouding met alle betrokken partijen (buurt, familieleden van zorggebruikers, gemeente, parket, e.d.) zorgt ervoor dat je nog vóór een mogelijke crisissituatie al heel wat geloofwaardigheid hebt opgebouwd. Tijdens de crisis volstaat het niet om één keer met de pers te spreken en je dan terug te trekken. Iedereen wil voortdurend informatie ontvangen over wat er nu precies gebeurt en wat ze in de nabije toekomst nog mogen verwachten.

4. Communiceer niet alleen met de pers

Je spreekt niet met 'de pers', maar onrechtstreeks ook met slachtoffers, familieleden van slachtoffers, je eigen personeel, de buurt... Zorg er dan ook voor dat die verschillende doelgroepen niet alleen jouw informatie vernemen via de pers. Een brief naar andere verwante organisaties (een paar dagen na de crisis) kan alleen maar de goede relaties verbeteren. Ook je eigen personeel verwacht meer informatie dan wat ze 's morgens in de krant lezen (en gegarandeerd ook op de werkvloer zullen becommentariëren).

5. Communiceer ook wanneer je geen informatie hebt

Vaak wordt nogal gearzeld om zich al aan de pers te tonen als er nog onvoldoende informatie voorhanden is. Toch zou je zo snel als mogelijk de journalisten te woord moeten staan, al was het maar om ze mee te delen dat je nog over onvoldoende informatie beschikt. Dat toont dat je je niet 'verbergt', maar integendeel graag wil informeren over het incident, de hulpverlening en de verdere acties die nog ondernomen zullen worden. Zodoende word je beschouwd als iemand die verantwoordelijkheid neemt.

6. Zorg voor een crisiscommunicatieplan

Het is belangrijk om te beschikken over een crisisplan. Dat plan bevat niet alleen de noodprocedures, maar beschrijft ook wie wat doet tijdens een crisissituatie. Het preciseert de taken die uitgevoerd moeten worden, het bevat een lijst met de telefoonnummers van mensen die gealarmeerd moeten worden bij een incident en ook een aantal standaarddocumenten die kunnen helpen bij het managen van een crisis (o.a. een standaard persbericht dat snel aangepast en verstuurd kan worden). In een dergelijk plan is ook voorzien op wie je een beroep kan doen voor extra ondersteuning.

7. Oefen regelmatig

Het is noodzakelijk om op geregelde tijdstippen je crisiscommunicatieplan (of onderdelen ervan) te testen tijdens een oefening.

8. Wees eerlijk

Een gouden regel in de (crisis)communicatie: lieg nooit! Dat wil uiteraard niet zeggen dat je alle informatie zomaar te grabbel moet gooien. Sommige informatie mag of kan je eenvoudigweg niet medelen. Denk maar aan de identiteit van slachtoffers. Dat zijn zaken die eerst door de politie of het parket moeten worden onderzocht, alvorens je daarover verklaringen mag afleggen. Er is dan ook niets mis mee om aan pers of andere belanghebbenden eerlijk en transparant te antwoorden dat je deze informatie (nog) niet mag vrijgeven, of dat je hier eenvoudigweg niet van op de hoogte bent.

9. Monitor wat over je organisatie wordt gezegd

Tijdens een crisis lijkt het soms wel dat de wereld stilstaat, dat er buiten de crisis niets anders evolueert en dat alle ogen op jou en je organisatie zijn gericht. Het is net dan uiterst belangrijk om te weten welke vragen er in de buitenwereld en op sociale media leven. Maar ook wat er over jouw organisatie wordt gezegd. Het is best mogelijk dat de buitenwereld alle begrip en medeleven toont. Stel dat je net dan naar buitenkomt met een boodschap die blijkt geeft van onbegrip, dan sla je de communicatieve bal volledig mis. Weten wat er gezegd wordt, en welke vragen er worden opgeworpen, kan helpen om in je communicatie heel precieze antwoorden te formuleren.

10. Zoek hulp

Een crisis moet en kan je niet alleen oplossen. Leg vooraf de nodige contacten met de hulpdiensten, collega's, Zorgnet Vlaanderen... Bespreek welke hulp – zowel operationeel als communicatief – zij je kunnen aanbieden tijdens kritieke momenten. Zodoende is een goed voorbereid man/vrouw een heel team waard!

Bibliografie

Online bronnen

- Advies Ethische Commissie Vlaams Welzijnsverbond – Hoe omgaan met vermoeden van seksueel grensoverschrijdend gedrag
www.steunpuntjeugdhulp.be (trefwoord: ‘Ethisch advies’)
- www.bloggen.be/gogdoorhulpverlener
- FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg – Welzijn op het werk:
www.werk.belgie.be (zoekpad: Thema’s › Welzijn op het werk › Psychosociale belasting)
- www.misbruikdoorhulpverleners.nl
- Respect op het werk
www.respectophetwerk.be
- Sensoa – Raamwerk seksualiteit en beleid
www.seksuelevorming.be
- www.therapyabuse.org
- Van de Veire Chris. *Omgaan met seksuele gevoelens van hulpverleners* (niet gepubliceerde tekst) bit.ly/UrW2Sk
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland - Omgaan met aspecten van seksualiteit tijdens de beroepsuitoefening
www.venvn.nl (trefwoord: ‘Seksualiteit’)

Geschreven bronnen

- Leijssen Mia. (1998). “De therapeut”, In Columbien Eliane, Calijn Sjoerd, Lietaer Germain & et al (red.). *Handboek Integratieve Psychotherapie*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Leijssen Mia. (1995). *Gids voor gesprekstherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Mahieu Lieslot & Gastmans Chris. (2012). “Sexuality in institutionalized elderly persons: a systematic review of argument-based ethics literature”, *International Psychogeriatrics* 24: 346-357.

Zorgnet Vlaanderen vzw
Guimardstraat 1, 1040 Brussel
T. 02 511 80 08 | F. 02 513 52 69
post@zorgnetvlaanderen.be
www.zorgnetvlaanderen.be

