

PERSONEN MET EEN **BEPERKING EN SEKSUEEL** **GEWELD** EINDRAPPORT

Elizaveta Fomenko
dr. Lotte De Schrijver
Prof. dr. Ines Keygnaert

Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen
Vakgroep Volksgezondheid en eerstelijnszorg
International Centre of Reproductive Health

E elizaveta.fomenko@ugent.be
E lotte.deschrijver@ugent.be
E ines.keygnaert@ugent.be

C Heymans 10, 9000 Gent

www.ugent.be



**UNIVERSITEIT
GENT**

INHOUDSOPGAVE

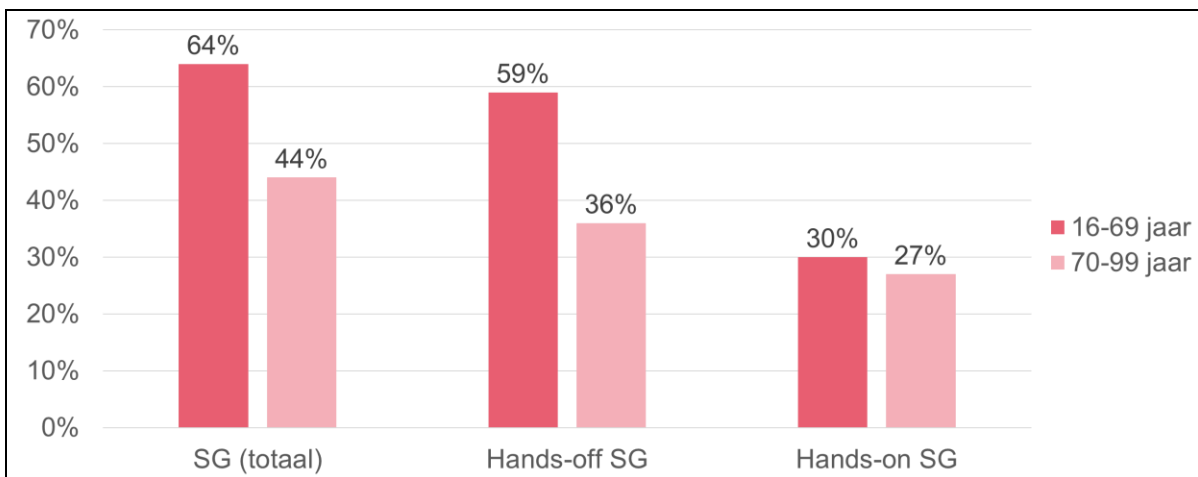
Inhoudsopgave	2
1 Inleiding	3
2 Methode	6
2.1 Steekproef en deelnemers	6
2.2 Meetinstrumenten	7
2.3 Ethische overwegingen	8
2.4 Analyse	8
3 Resultaten	9
3.1 Steekproef	9
3.2 Waargenomen mentale gezondheid, kwaliteit van leven en coping strategieën	11
3.3 Prevalentie van seksueel geweld	13
3.4 Onthulling en hulpzoekgedrag na seksueel geweld	18
4 Discussie	19
4.1 Beperkingen en suggesties voor toekomstig onderzoek	21
4.2 Zorg, preventie en beleidsimplicaties	22
5 CONCLUSIE	23
Referenties	24

1 INLEIDING

Seksueel geweld (SG) kan worden gedefinieerd als iedere seksuele daad die tegen iemands wil is gesteld tegen gelijk welke persoon, in gelijk welke relatie tot het slachtoffer, in gelijk welke omgeving [1, 2].

Het omvat

1. Hands-off Seksueel Geweld (zonder fysiek contact): Seksuele intimidatie
2. Hands-on Seksueel Geweld (met fysiek contact):
 - Seksueel misbruik (geen penetratie)
 - Poging tot verkrachting (poging tot penetratie)
 - Verkrachting (penetratie)



Figuur 1. Prevalentie van seksueel geweld in de Belgische bevolking ¹

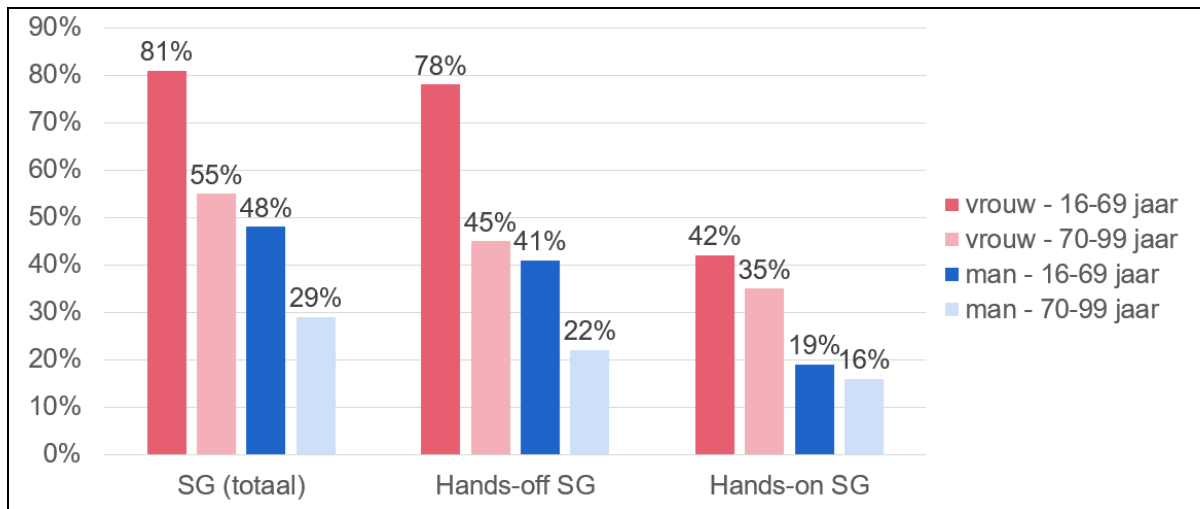
Seksueel geweld treft personen wereldwijd, in elke cultuur en in elke sociale laag van de samenleving en wordt beschouwd als een belangrijk volksgezondheidsprobleem [3, 4]. Ook in België is seksueel geweld geïdentificeerd als een belangrijke bedreiging voor de volksgezondheid. In 2021 werd door Keygnaert et al. [5] een grootschalige studie opgezet¹. Deze studie toonde, op basis van een nationaal representatieve steekproef, aan dat:

- de meerderheid van de inwoners van België (**64%**) **minstens één keer in hun leven blootgesteld** was aan een vorm van seksueel geweld.
- **44% in de afgelopen twaalf maanden** een vorm van hands-on of hands-off seksueel geweld had ervaren.

Met de ratificatie van het Istanbul Verdrag in 2016 heeft de Belgische regering zich ertoe verbonden geweld tegen vrouwen, alsook intrafamiliaal geweld te voorkomen en te bestrijden. Bovendien heeft de Vlaamse regering in 2020 met een actieplan tegen seksueel geweld, het aanpakken van seksueel geweld tot een prioriteit gemaakt. Onder de strategische doelstellingen van deze acties gaat meer dan ooit aandacht naar het opnemen van de meest kwetsbare groepen, waaronder personen met een beperking. Een verkennende studie uit 2018 [6] over seksueel geweld tegen vrouwen met een beperking in Vlaanderen benadrukte hoe kwetsbaar deze groep vrouwen is voor blootstelling aan seksueel geweld. Gezien de verkennende aard van deze studie, moeten de resultaten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Toch geven de resultaten duidelijk aan dat vrouwen met een

¹ Volledig UN-MENAMAIS-rapport te vinden op https://www.belspo.be/belspo/brain-be/projects/FinalReports/UN-MENAMAIS_FinalRep_v2.pdf

beperking die in Vlaanderen wonen, een zeer hoog risico lopen op seksueel geweld, waarbij 93% van de deelnemers meldde dat ze ooit een vorm van seksueel geweld hebben ervaren. De meeste van deze slachtoffers gaven ook aan dat ze herhaaldelijk seksueel geweld hadden meegemaakt en dat de dader meestal iemand was die ze kenden (bijvoorbeeld een (ex-)partner, vriend en/of familielid) [6].



Figuur 2. Prevalentie van seksueel geweld bij mannen en vrouwen in de Belgische bevolking

Om het probleem van seksueel geweld aan te pakken, moeten we in gedachten houden dat seksueel geweld niet in een vacuüm bestaat. Het ontstaat en blijft bestaan door factoren en dynamieken op individueel, interpersoonlijk, gemeenschaps- en maatschappelijk niveau [7, 8]. Onderzoek heeft verschillende risico- en beschermende factoren geïdentificeerd die de kans beïnvloeden dat iemand aan seksueel geweld wordt blootgesteld .

Op individueel niveau [5, 8-35]:

- een jongere leeftijd,
- bij de geboorte een vrouwelijk geslacht toegewezen zijn/of zich identificeren als vrouw,
- een lager opleidingsniveau en/of sociaaleconomische status,
- fysieke en/of mentale gezondheidsproblemen of afhankelijkheid van anderen voor zorg,
- het vertonen van risicovol gedrag zoals schadelijk alcoholgebruik, drugsgebruik en risicovol seksueel gedrag, en
- eerder blootgesteld zijn aan (in)direct gewelddadige ervaringen.

Op interpersoonlijk, gemeenschaps- en maatschappelijk niveau [8, 36-43]:

- heersende gendernormen,
- genderongelijkheid,
- ideologieën over mannelijke seksuele rechten,
- acceptatie van verkrachtingsmythes,
- ontoereikende wettelijke kaders gericht op het bestraffen van seksuele daders en het beschermen van slachtoffers van gendergerelateerd geweld, enz.

Hoewel alle leden van een samenleving door deze factoren worden beïnvloed en bijgevolg risico hebben op seksueel slachtofferschap en plegerschap, zijn specifieke subgroepen van de algemene bevolking er kwetsbaarder voor. Personen die als 'anders' beschouwd worden dan de meerderheid van de inwoners van België, lopen bijvoorbeeld meer risico op seksueel geweld [44]. Deze 'anders' beschouwde groepen hebben vaak een meer kwetsbare sociale positie [45], wat de kans vergroot dat

ze een van de hierboven genoemde algemene risicofactoren vertonen [44]. Daarnaast ervaren zij ook vaker belemmeringen in het zoeken en vinden van adequate zorg om met de gevolgen van seksueel geweld om te gaan en zo herhaald slachtofferschap op lange termijn te voorkomen [44, 46-49]. Personen met meerdere minderheidskenmerken hebben bovendien een verhoogd risico op seksueel slachtofferschap [44, 50, 51]. Daarom is het cruciaal om bij het bestuderen van seksueel geweld het raamwerk van intersectionaliteit toe te passen, aangezien meerdere minderheidsidentiteiten verschillende sociale ervaringen en risicofactoren kunnen opleveren.

Met het oog op het bestrijden van seksueel geweld in de Belgische samenleving, heeft het Agentschap Binnenlands Bestuur van de Vlaamse overheid verzocht om de specifieke situatie van personen met een beperking (Personen met een beperking) verder te onderzoeken, aangezien zij als een potentieel kwetsbare groep voor seksueel slachtofferschap kunnen worden geïdentificeerd.

Personen met een beperking worden gedefinieerd als “personen met langdurige fysieke, mentale, intellectuele of zintuiglijke beperkingen die hen in wisselwerking met diverse drempels kunnen beletten volledig, effectief en op voet van gelijkheid met anderen te participeren in de samenleving” [52].

Personen met een beperking worden bijvoorbeeld erkend als een groep die vaker melding maakt van een lagere sociaaleconomische status en armoede, validisme (d.w.z. stigmatisering, vooroordelen en discriminatie in verband met handicaps), en een minder goede gezondheid- en welzijn [53, 54]. Bovendien zijn ze vaker afhankelijk van anderen voor zorg en dagelijkse activiteiten. Deze factoren werden allen eerder geïdentificeerd als risicofactoren voor seksueel slachtofferschap. Recent onderzoek heeft aangetoond dat personen met een beperking een hoger risico hebben op seksueel slachtofferschap dan personen zonder beperkingen [55]. Ook blijkt dat het type beperking een rol speelt in dit verhoogde risico. Personen met verstandelijke beperkingen, fysieke beperkingen, zintuiglijke beperkingen (= hoogste risico) en gemengde typen beperkingen lopen allemaal aanzienlijk meer risico dan de algemene bevolking [55].

Op basis van deze bevindingen willen we met ons onderzoek

- (1) de prevalentie van seksueel geweld bij personen met een beperking in België inschatten
- (2) de prevalentie van seksueel geweld bij deze groep vergelijken met personen zonder beperkingen. We vermoeden dat personen met een beperking meer kans hebben om tijdens hun leven blootgesteld te worden aan seksueel geweld.
- (3) kwetsbaarheden onderzoeken die verband houden met seksueel geweld. We zullen specifiek bestuderen of de factoren die verband houden met seksueel slachtofferschap in de algemene bevolking (geslacht bij geboorte, leeftijd, sociaaleconomische status, geestelijke gezondheid en coping-strategieën) ook geassocieerd zijn en mogelijk gemodereerd worden door het hebben van een beperking.

2 METHODE

2.1 Steekproef en deelnemers

Dit onderzoek maakte deel uit van een groter onderzoeksproject genaamd 'UNderstanding the MEchanisms, NAture, MAgnitude and Impact of Sexual violence in Belgium' (UN-MENAMAIS)¹. Het hoofddoel van dit project was om seksueel slachtofferschap en plegerschap te onderzoeken bij een willekeurige steekproef van Belgische burgers, ongeacht hun gender of seksuele oriëntatie, met behulp van een vooraf gevalideerde zelfrapportage. Deelnemers konden niet worden opgedeeld per gemeenschap, daar deze vraag niet werd gesteld in de vragenlijst. We hebben enkel zicht op de taal waarin de vragenlijst werd ingevuld. Door een opdeling te maken in landstaal krijgen we echter een vertekend beeld van de realiteit dat tot een verkeerdelijk gebruik van "Seksueel geweld in Vlaanderen" zou kunnen leiden. Hierdoor blijven we in dit rapport werken met een representatieve steekproef voor de Belgische bevolking.

2.1.1 Belgische burgers tussen 16 en 69 jaar oud

Er werd een cross-sectioneel kwantitatief onderzoek uitgevoerd met behulp van een online enquête om gegevens te verzamelen bij een nationaal representatieve steekproef van Belgische burgers tussen 16 en 69 jaar oud. Het Belgisch Nationaal Register (BNR) diende als steekproefkader voor twee onafhankelijke golven van gegevensverzameling, van 10 oktober 2019 tot 1 januari 2021. Om een gelijk aantal mannelijke en vrouwelijke deelnemers te bereiken, werd de steekproef getrokken met behulp van een willekeurige disproportionele gestratificeerde steekproefmethode, waarbij deelnemers werden verdeeld in drie leeftijdsgroepen:

- 16-24 jaar,
- 25-49 jaar en
- 50-69 jaar.

In totaal werden 41.520 Belgische burgers tussen 16 en 69 jaar oud per post gecontacteerd (op hun domicilieadres) door het BNR. Deelnemers konden de vragenlijst openen via een link of een Quick Response (QR)-code die kon worden gescand met een smartphone. Respondenten konden alleen doorgaan naar de enquête na het geven van geïnformeerde toestemming.

2.1.2 Belgische burgers van 70 jaar en ouder

Van 8 juli 2019 tot 12 maart 2020 werd een cluster willekeurige kanssteekproef met een toevallige-wandelingsbenadering gebruikt om een representatieve steekproef van oudere volwassenen die in België wonen te selecteren voor gestructureerde face-to-face interviews. Om in aanmerking te komen voor de studie, moesten de deelnemers ten minste 70 jaar oud zijn, Nederlands, Frans of Engels spreken, in België wonen en over voldoende cognitieve vaardigheden beschikken om het interview af te ronden. Cognitieve vaardigheden werden niet formeel getest, maar beoordeeld op basis van de consistentie van de antwoorden en de aandacht van de deelnemer tijdens het interview, inclusief een controlevraag waarbij de leeftijd en het geboortjaar van de deelnemer werden vergeleken. De interviews werden privé afgenomen door getrainde interviewers op de plaats van verblijf van de deelnemer, ofwel in een rusthuis of assistentiewoning, ofwel in de gemeenschap. In totaal werden 513 interviews geanalyseerd, met een participatiegraad van 34%.

¹ Volledig UN-MENAMAIS-rapport te vinden op https://www.belspo.be/belspo/brain-be/projects/FinalReports/UN-MENAMAIS_FinalRep_v2.pdf

2.2 Meetinstrumenten

2.2.1 Beoordeling van seksueel geweld

In deze studie is seksueel geweld gedefinieerd volgens de WHO-definitie. We gebruikten gedragsspecifieke om betrouwbare schattingen te geven van zowel vrouwelijke als mannelijke slachtoffers van seksueel geweld voor deelnemers van verschillende seksuele oriëntaties, genderidentiteit of verschillende culturen. De vragen zijn gebaseerd op bestaande vragenlijsten¹ en aangepast aan de Belgische sociale en juridische context. We stelden vragen over levenslange en afgelopen 12 maanden ervaringen met seksueel geweld. De vragen over seksueel geweld waren ingebed in een vragenlijst die begon met minder gevoelige onderwerpen om zo het rapporteren van seksueel geweld (slachtofferschap en plegerschap) te maximaliseren. In dit rapport werken we verder met levenslange ervaringen met seksueel geweld en niet de afgelopen 12 maanden (wegens een te klein aantal casussen binnen de groep personen met een beperking waardoor geen goede analyses uitgevoerd kunnen worden). Dit wil zeggen dat het seksueel geweld zich mogelijks heeft voorgedaan voor dat de deelnemer met een beperking, de beperking in kwestie had.

2.2.2 Beoordeling van sociaaleconomische status

Om de sociaaleconomische status te onderzoeken, werd aan deelnemers gevraagd naar hun hoogste opleidingsniveau, huidige beroepssituatie en financiële situatie als huishouden. Een nieuwe variabele 'werkbekwaam' werd gecreëerd door de huidige beroepssituatie en de beroepssituatie vóór het pensioen te combineren. De financiële situatie werd beoordeeld aan de hand van een vraag over het vermogen om de eindjes aan elkaar te knopen.

2.2.3 Beoordeling van beperkingen en/of chronische ziekten

Om de groep personen met een beperking en/of chronische ziekte te identificeren, gebruikten we twee vragenlijst-items gebruikt. Deelnemers zijn gevraagd of ze lijden aan een chronische ziekte of een beperking die hen belemmert in hun dagelijkse activiteiten. Alle deelnemers zijn opgenomen in de nieuwe variabele. Details over de beperkingen en/of chronische ziekten zijn in een open vraag ingevuld. Deze zijn gecontroleerd door het onderzoeksteam, alsook een huisarts verbonden aan UGent-ICRH. Er is beslist iedereen te includeren die 'ja' aanduidde in één van deze twee vragen, aangezien alle aangegeven beperkingen en/of chronische ziekten op een moment in hun evolutie wel beschouwd kunnen worden als zijnde beperkend. Ter controle keken we daarom ook naar het verschil tussen personen met een beperking die werkbekwaam zijn en zij die werkonbekwaam of arbeidsongeschikt zijn. Deze indeling kan – ter controle – helpen bij het begrijpen van de impact van een beperking op het dagelijks functioneren van een persoon. Het is de enige variabele die aanvullende informatie kan geven over de ernst van de beperking en de mate waarin iemand afhankelijk is van anderen voor ondersteuning.

Personen met een beperking behoorden niet specifiek tot een aandachtsdoelgroep binnen dit groter onderzoeksproject. De rekrutering werd dus niet specifiek aangepast aan deelnemers met een beperking, zoals bijvoorbeeld het werken met visueel materiaal, ervaringsdeskundigen, benaderen van voorzieningen voor personen met een beperking, enzovoort. Merk dus op dat een groot deel van de doelgroep binnen dit specifiek rapport hierdoor wellicht niet bereikt werd.

¹ Volledige vragenlijst te vinden in UN-MENAMAIS-rapport op https://www.belspo.be/belspo/brain-be/projects/FinalReports/UN-MENAMAIS_FinalRep_v2.pdf

2.2.4 Beoordeling van coping strategieën en mentale gezondheidsstatus

De mentale gezondheid van de deelnemers is gemeten aan de hand van gevalideerde schalen uit internationale literatuur. Depressie is gemeten met de 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9) en angst met de General Anxiety Disorder (GAD)-7 schaal. Beide schalen worden gebruikt om symptomen in de afgelopen twee weken te beoordelen. Posttraumatisch stress stoornis (PTSS) is gemeten met de PC-PTSD-5. Deze vijf vragen bevragen symptomen in de maand voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst. Kwaliteit van leven is gemeten met een 5-punts Likertschaal en veerkracht met de 6-item Brief Resilience Scale (BRS). Om coping strategieën geassocieerd met SEKSUEEL GEWELD te beoordelen, werd gekeken naar alcohol- en drugsgebruik, zelfbeschadigend gedrag en suïcidepogingen. Problematisch alcohol gebruik werd getest met de AUDIT-C schaal en deelnemers werden gevraagd naar hun gebruik van sedativa, cannabis, illegale drugs, zelfbeschadigend gedrag en suïcidepogingen tijdens hun leven en in de afgelopen 12 maanden. Antwoorden zijn gecategoriseerd als "nee", "ja, in hun leven maar niet in de afgelopen 12 maanden" en "ja, in de afgelopen 12 maanden".

2.3 Ethische overwegingen

Dit onderzoek is uitgevoerd in lijn met de principes van de Verklaring van Helsinki en werd goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek van het Universitair Ziekenhuis Gent/Universiteit Gent (B670201837542). Alleen deelnemers van 16 jaar en ouder konden in dit onderzoek worden opgenomen vanwege ethische en praktische voorschriften met betrekking tot de wettelijke leeftijd voor het geven van seksuele toestemming. Alle deelnemers gaven voorafgaand aan de online vragenlijst of het face-to-face interview geïnformeerde toestemming.

2.4 Analyse

Alle analyses zijn in R4.1.1 uitgevoerd. Voor alle variabelen die in de tabellen voorkomen, berekenden we beschrijvende statistieken (gemiddelden, standaarddeviaties, aantallen en percentages). Belangrijke verschillen in de verdeling van nominale of categorische variabelen tussen 1) personen met een beperking (Personen met een beperking) en personen zonder beperking, en tussen 2) personen met een beperking die werkbekwaam waren en personen met een beperking die werkonbekwaam waren, zijn berekend met behulp van chikwadraattoetsen (post-hoc). Indien niet aan de voorwaarden werd voldaan, werd een Fisher's Exact-test gebruikt. We voerden geen t-toetsen uit omdat geen van de continue variabelen normaal verdeeld was.

Om het verband tussen sociodemografische variabelen (zoals in tabel 1), geestelijke gezondheid en welzijn (zoals in tabel 3) en de prevalentie van levenslange hands-off en hands-on seksueel geweld te analyseren, voerden we twee binaire logistische regressies uit. Om multicollineariteit te vermijden, controleerden we de correlaties tussen alle variabelen. Er waren geen sterke correlaties aanwezig. Het hebben van een beperking ('nee', 'ja, maar werkbekwaam' en 'ja, maar werkonbekwaam') werd als moderator in de relatie tussen de sociodemografische en geestelijke gezondheidsvariabelen EN de twee uitkomstvariabelen (hands-off en hands-on seksueel geweld) toegevoegd. Interactietermen met $p < 0,05$ zijn in het model opgenomen. Ten slotte berekenden we de odds ratio's met hun 95% betrouwbaarheidsinterval (CI).

3 RESULTATEN

3.1 Steekproef

In totaal zijn 4 944 observaties opgenomen in de analyses:

- 4461 deelnemers uit de algemene bevolking (16 tot 69 jaar) en
- 483 oudere volwassenen (70 jaar en ouder).

De totale steekproef bestond uit 2 427 personen die bij de geboorte het mannelijke geslacht kregen toegewezen en 2 517 personen die bij de geboorte het vrouwelijke geslacht kregen toegewezen. De gemiddelde leeftijd van de steekproef was 42,83 jaar (SD = 20,15). In deze steekproef waren 4 402 deelnemers (89%) in België geboren. De vragenlijst is 3 048 keer in het Nederlands , 1 732 keer in het Frans, 150 keer in het Engels, negen keer in het Arabisch en vijf keer in het Farsi ingevuld.

In vergelijking met publiek beschikbare informatie over het opleidingsniveau van de gehele Belgische bevolking, lijkt onze steekproef een oververtegenwoordiging te hebben van hoger opgeleide personen. Bijna de helft van alle respondenten (48,4%) heeft een hoger onderwijsniveau afgerond, terwijl op bevolkingsniveau 37,6% van de Belgische inwoners tussen de 15 en 64 jaar een hoger onderwijsniveau zou hebben afgerond. De vergelijking van de verdeling van mannen en vrouwen over verschillende leeftijdsgroepen in de gehele bevolking van 16 tot 99 jaar met behulp van publiek beschikbare gegevens en die in onze steekproef worden gepresenteerd in Tabel 1.

Tabel 1. Steekproefgewichten. Een vergelijking van de verdeling tussen de Belgische bevolking en de steekproef van het onderzoek.

Leeftijdsgroep	Geslacht bij geboorte	Populatie <i>N</i>	Populatie proportie	steekproef <i>n</i>	steekproef proportie	populatie/steekproef = Gewicht
16–24 jaar	Vrouw	576.098	0,06	687	0,13	0,46
	Man	601.426	0,06	724	0,15	0,40
25–49 jaar	Vrouw	1.864.081	0,20	787	0,16	1,25
	Man	1.883.527	0,20	710	0,14	1,43
50–69 jaar	Vrouw	1.475.820	0,16	764	0,15	1,07
	Man	1.458.421	0,15	789	0,16	0,94
70-99 jaar	Vrouw	894.533	0,09	279	0,06	1,50
	Man	653.772	0,07	204	0,04	1,75
Totaal		9.407.678	1,00	4.944	1,00	

Tabel 2 vat de sociodemografische kenmerken van de steekproef samen. Personen met een beperking verschillen op het gebied van sociodemografische kenmerken significant van deelnemers die niet aangeven een beperking en/of chronische ziekte te hebben. Personen met een beperking waren proportioneel vaker vrouwelijke deelnemers, die ouder waren, minder hoger onderwijs hadden gevolgd, meer financiële moeilijkheden hadden en zich vaker identificeerden als LGB+ dan personen zonder beperking en/of chronische ziekte. Het verschil in sociodemografische kenmerken tussen personen met een beperking die werkonbekwaam en degenen die werkbekwaam waren, was kleiner. Personen met een beperking die werkonbekwaam waren, waren proportioneel jonger en hadden meer financiële moeilijkheden dan Personen met een beperking die werkbekwaam waren.

Tabel 2. Samenstelling van de steekproef (n = 4 944). Sociodemografische gegevens voor personen met een beperking (Personen met een beperking) en personen zonder beperking binnen de totale steekproef.

Variabelen	In totale steekproef (n = 4.944)		Bij personen met een beperking (n = 716)			
	Geen beperking (n = 4228; 85,52%) n (%)	Beperking (n = 716; 14,48%) n (%)	χ^2 ; df; p-waarde; V	Werkbekwaam (n = 587; 82,98%) n (%)	Werkonbekwaam (n = 129; 18,02) n (%)	χ^2 ; df; p-waarde; V
Geslacht bij geboorte			12,36; 1; <,001 ; ,050			,239; 1; ,625; ,018
Mannelijk	2119 (50,1)	308 (43,0)		255 (43,4)	53 (41,1)	
Vrouwelijk	2109 (49,9)	408 (57,0)		332 (56,6)	76 (58,9)	
Leeftijd [gemiddelde (SD)]	40,71 (19,21)	55,33 (21,05)	462,79; 3; <,001 ; ,306	56,11 (33,66)	51,77 (11,44)	103,35; 3; <,001 ; ,380
16-24 jaar	1316 (31,1) ^a	95 (13,3) ^b		94 (16,0)	1 (0,8)	
25-49 jaar	1336 (31,6) ^a	161 (22,5) ^b		114 (19,4)	47 (36,4)	
50-69 jaar	1313 (31,1) ^a	240 (33,5) ^a		163 (27,8)	77 (59,7)	
70 jaar en ouder	263 (6,2) ^a	220 (30,7) ^b		216 (36,8)	4 (3,1)	
Opleidingsniveau			59,36; 1; <,001 ; ,110			,321; 1; ,571; ,021
Geen hoger onderwijs	2088 (49,4)	465 (64,9)		384 (65,4)	81 (62,8)	
Hoger onderwijs	2140 (50,6)	251 (35,1)		203 (34,6)	48 (37,2)	
Huidige beroepssituatie			185,78; 1; <,001 ; ,194			-
Betaalde werkkraacht	2136 (50,5)	165 (23,0)		165 (28,1)	0	
Andere	2092 (49,5)	551 (77,0)		422 (71,9)	129 (100,0)	
Financiële situatie			129,12; 1; <,001 ; ,162			71,05; 1; <,001 ; ,315
Gemakkelijk	3245 (76,8)	405 (56,6)		375 (63,9)	30 (23,3)	
Moeilijk	983 (23,2)	311 (43,4)		212 (36,1)	99 (76,7)	
Gender			-			-
Cis Man	2105 (49,8)	303 (42,3)		250 (42,6)	53 (41,1)	
Cis Vrouw	2098 (49,6)	403 (56,3)		328 (55,9)	75 (58,1)	
Trans Man	3 (0,1)	2 (0,3)		2 (0,3)	0	
Trans Vrouw	1 (0,0)	0		0	0	
Andere	21 (0,5)	8 (1,1)		7 (1,2)	1 (0,8)	
Seksuele oriëntatie			18,32; 1; <,001 ; ,061			5,01; 1; ,025; ,084
Heteroseksueel	3853 (91,1)	616 (86,0)		513 (87,4)	103 (79,8)	
LGB+	375 (8,9)	100 (14,0)		74 (12,6)	26 (20,2)	

Nota: Omdat de vergelijkingen in deze tabel 6 onafhankelijke testen betroffen, hebben we voor deze analyses een Bonferroni-gecorrigeerd significantieniveau van $0,05/6 = 0,008$ aangenomen.

Afkortingen: SD = standaarddeviatie; LGB+ = lesbisch, gay, biseksueel, pan-/omniseksueel, aseksueel, anders; df = vrijheidsgraden; V = Cramer's V.

3.2 Waargenomen mentale gezondheid, kwaliteit van leven en coping strategieën

Tabel 3 vergelijkt de waargenomen geestelijke gezondheid, kwaliteit van leven en coping strategieën van personen met en zonder beperkingen en/of chronische ziekten. Het toont aan dat personen met een beperking vaker een slechtere mentale gezondheid, kwaliteit van leven en maladaptieve copingstrategieën vertonen dan personen zonder beperking en/of chronische ziekte, ongeacht hun eerdere ervaringen met seksueel geweld.

Personen met beperkingen en/of chronische ziekten, zowel zij die seksueel geweld hebben meegemaakt als zij die dit niet hebben meegemaakt, hebben in vergelijking met personen zonder beperkingen en/of chronische ziekten proportioneel significant

- vaker symptomen van depressie, angststoornissen en posttraumatische stressstoornis (PTSS),
- een hoger gebruik van kalmerende middelen en suïcidepogingen dan personen zonder beperkingen.
- minder problematisch alcoholgebruik en minder cannabisgebruik

Er is geen significant verschil gevonden in termen van veerkracht, illegaal drugsgebruik en zelfverwonding.

Binnen de groep Personen met een beperking was het verschil in waargenomen mentale gezondheid, kwaliteit van leven en coping strategieën tussen zij die werkbekwaam en zij die werkonbekwaam zijn, minder significant. We vonden enkel een significant verschil in de gerapporteerde levenskwaliteit, depressie, angststoornissen, PTSS en kalmeringsmiddelengebruik. Personen met een beperking die werkonbekwaam zijn, meldden proportioneel vaker:

- een lagere kwaliteit van leven,
- symptomen van depressie, angststoornissen en PTSS en
- een hoger gebruik van kalmerende middelen.

Tabel 3. Waargenomen geestelijke gezondheid, levenskwaliteiten welzijn.

Variabelen	In totale steekproef (n = 4.944)		Bij personen met een beperking (n = 716)			
	Geen beperking (n = 4228; 85,52%) n (%)	Beperking (n = 716; 14,48%) n (%)		Werkbekwaam (n = 587; 82,98%) n (%)	Werkonbekwaam (n = 129; 18,02) n (%)	
Kwaliteit van leven [gemiddelde (SD)]			χ^2 ; df; p-waarde; V			χ^2 ; df; p-waarde; V
	4,14 (0,68)	3,58 (0,88)	368,21; 4; <,001; ,273			52,68; 4; <,001; ,271
Heel slecht	14 (0,3) ^a	20 (2,8) ^b		11 (1,9) ^a	9 (7,0) ^b	
Slecht	78 (1,8) ^a	60 (8,4) ^b		33 (5,6) ^a	27 (20,9) ^b	
Noch slecht, noch goed	424 (10,0) ^a	190 (26,5) ^b		153 (26,1) ^a	37 (28,7) ^a	
Goed	2514 (59,5) ^a	375 (52,4) ^b		322 (54,9) ^a	53 (41,1) ^b	
Heel goed	1198 (28,3) ^a	71 (9,9) ^b		68 (11,6) ^a	3 (2,3) ^b	
Veerkracht [gemiddelde (SD)]			6,05; 2; ,049; ,035			7,73; 2; ,021; ,104
Laag	1526 (36,1) ^a	266 (37,2) ^a		215 (36,6) ^a	51 (39,5) ^a	
Normaal	2243 (53,1) ^a	394 (55,0) ^a		333 (56,7) ^a	61 (47,3) ^a	
Hoog	459 (10,9) ^a	56 (7,8) ^b		39 (6,6) ^a	17 (13,2) ^b	

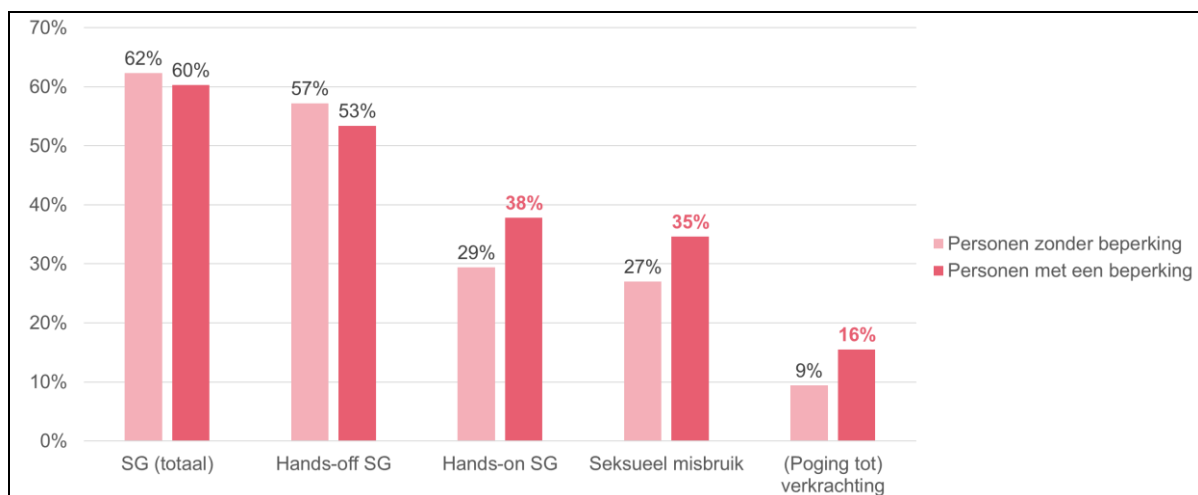
Depressie [gemiddelde (SD)]	4,53 (4,64)	7,57 (6,43)	227,44; 4; <,001; ,214		38,25; 4; <,001; ,231
Minimaal	2647 (62,6) ^a	287 (40,1) ^b		257 (43,8) ^a	30 (23,3) ^b
Mild	1024 (24,2) ^a	214 (29,9) ^b		180 (30,7) ^a	34 (26,4) ^a
Matig	353 (8,3) ^a	95 (13,3) ^b		71 (12,1) ^a	24 (18,6) ^b
Matig ernstig	148 (3,5) ^a	67 (9,4) ^b		47 (8,0) ^a	20 (15,5) ^b
Ernstig	56 (1,3) ^a	53 (7,4) ^b		32 (5,5) ^a	21 (16,3) ^b
Angst [gemiddelde (SD)]	4,63 (4,37)	6,46 (5,64)	103,62; 3; <,001; ,145		19,62; 3; <,001; ,166
Minimaal	2463 (58,3) ^a	326 (45,5) ^b		289 (49,2) ^a	37 (28,7) ^b
Mild	1233 (29,2) ^a	209 (29,2) ^a		163 (27,8) ^a	46 (35,7) ^a
Matig	346 (8,2) ^a	92 (12,8) ^b		71 (12,1) ^a	21 (16,3) ^a
Ernstig	186 (4,4) ^a	89 (12,4) ^b		64 (10,9) ^a	25 (19,4) ^b
PTSS [gemiddelde (SD)]	0,53 (1,17)	0,91 (1,56)	50,38; 1; <,001; ,101		22,52; 1; <,001; ,177
Geen PTSS	3838 (90,8)	587 (82,0)		500 (85,2)	87 (67,4)
Waarschijnlijk PTSD	390 (9,2)	129 (18,0)		87 (14,8)	42 (32,6)
Problematisch alcoholgebruik			52,37; 1; <,001; ,103		0,00; 1; ,948; ,002
Ja	2593 (61,3)	540 (75,4)		443 (75,5)	97 (75,2)
Nee	1635 (38,7)	176 (24,6)		144 (24,5)	32 (24,8)
Kalmeermiddelen			277,62; 2; <,001; ,237		11,58; 2; ,003; ,127
Nee	2939 (69,5) ^a	301 (42,0) ^b		264 (45,0) ^a	37 (28,7) ^b
In de levensloop	569 (13,5) ^a	103 (14,4) ^a		81 (13,8) ^a	22 (17,1) ^a
Afgelopen 12 maanden	720 (17,0) ^a	312 (43,6) ^b		242 (41,2) ^a	70 (54,3) ^b
Cannabis			31,94; 2; <,001; ,080		2,14; 2; ,342; ,055
Nee	3194 (75,5) ^a	607 (84,8) ^b		503 (85,7) ^a	104 (80,6) ^a
In de levensloop	611 (14,5) ^a	54 (7,5) ^b		42 (7,2) ^a	12 (9,3) ^a
Afgelopen 12 maanden	423 (10,0) ^a	55 (7,7) ^a		42 (7,2) ^a	13 (10,1) ^a
Illegale drugs			1,51; 2; ,471; ,017		3,69; 2; ,158; ,072
Nee	3964 (93,8) ^a	678 (94,7) ^a		560 (95,4) ^a	118 (91,5) ^a
In de levensloop	157 (3,7) ^a	20 (2,8) ^a		15 (2,6) ^a	5 (3,9) ^a
Afgelopen 12 maanden	107 (2,5) ^a	18 (2,5) ^a		12 (2,0) ^a	6 (4,7) ^a
Zelfmoordpogingen			75,46; 2; <,001; ,124		6,54; 2; ,038; ,096
Nee	4018 (95,0) ^a	620 (86,6) ^b		516 (87,9) ^a	104 (80,6) ^b
In de levensloop	179 (4,2) ^a	80 (11,2) ^b		61 (10,4) ^a	19 (14,7) ^a
Afgelopen 12 maanden	31 (0,7) ^a	16 (2,2) ^b		10 (1,7) ^a	6 (4,7) ^b
Automutilatie			7,13; 2; ,028; ,038		4,02; 2; ,134; ,075
Nee	3806 (90,0)	623 (87,0)		514 (87,6) ^a	109 (84,5) ^a
In de levensloop	299 (7,1)	61 (8,5)		51 (8,7) ^a	10 (7,8) ^a
Afgelopen 12 maanden	123 (2,9)	32 (4,5)		22 (3,7) ^a	10 (7,8) ^b

Nota. Een gecorrigeerd p-niveau van $0,05/11 = 0,004$ werd gebruikt als het kritische significantieniveau voor beide reeksen vergelijkingen.

Afkortingen: PTSS = Post Traumatisch Stress Stooris; SD = Standaard Deviatie; df = vrijheidsgraden; V = Cramer's V.

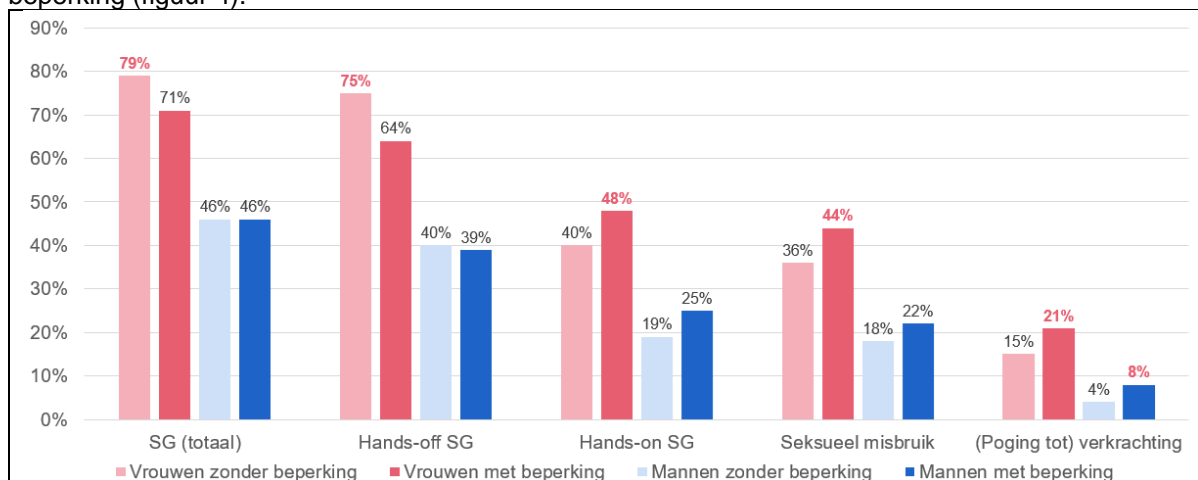
3.3 Prevalentie van seksueel geweld

In tabel 4 en figuur 3 geven we een overzicht van de geschatte prevalentie van zowel hands-off als hands-on seksueel geweld in de totale steekproef en binnen de groep personen met een beperking. Personen met een beperking blijken proportioneel vaker aan hands-on seksueel geweld, maar niet aan hands-off seksueel geweld blootgesteld te zijn in vergelijking met deelnemers die geen beperking en/of chronische ziekte rapporteerden.



Figuur 3. Prevalentie van seksueel geweld bij personen zonder beperking en personen met een beperking (n = 4.944)

Aanvullend merken we tevens op dat vrouwen proportioneel vaker seksueel geweld hebben meegemaakt. Bij hands-off seksueel geweld hebben vrouwen zonder beperking de hoogste prevalentie met 75%, gevolgd door vrouwen met een beperking met 64% en ten slotte door mannen (met of zonder beperking). Er was geen significant verschil in prevalentie hands-off seksueel geweld tussen mannen met en mannen zonder beperking. Echter bij hands-on seksueel geweld, en dit voor zowel seksueel misbruik als (poging tot) verkrachting, meldden vrouwen met een beperking de hoogste prevalentie met 48%, gevolgd door vrouwen zonder beperking met 40% en dan door mannen. Bij seksueel misbruik is er geen significant verschil tussen mannen met en mannen zonder beperking, wel bij (poging tot) verkrachting, waarbij mannen met een beperking een hogere prevalentie melden dan mannen zonder beperking (figuur 4).



Figuur 4. Prevalentie van seksueel geweld bij personen zonder beperking en personen met een beperking per geslacht bij geboorte (n = 4.944)

Aan de andere kant zien we dat, hoewel er slechts één significant verschil was (poging tot vaginale of anale penetratie) als gevolg van de strikte Bonferroni-correctie, er toch een (marginaal) significant verschil is tussen personen met een beperking die werkbekwaam en zij die werkonbekwaam zijn. Er is een proportioneel grotere blootstelling aan meerdere vormen van hands-off en hands-on seksueel geweld bij personen met een beperking die werkonbekwaam zijn dan zij die werkbekwaam zijn.

Tabel 4. Levenslang seksueel geweld

Variabelen	In totale steekproef (n = 4.944)			Bij Personen met een beperking (n = 716)		
	Geen beperking (n=4228; 85,52%) n (%)	Beperking (n = 716; 14,48%) n (%)	χ^2 ; df; p-waarde; V	Werkbekwaam (n=587; 82,98%) n (%)	Werkonbekwaam (n=129; 18,02) n (%)	χ^2 ; df; p-waarde; V
Alle SG	2635 (62,3)	432 (60,3)	1,027; 1; ,311; ,014	346 (58,9)	86 (66,7)	2,64; 1; ,104; ,061
Alle Hands-Off SG	2418 (57,2)	382 (53,4)	3,67; 1; ,055; ,027	302 (51,4)	80 (62,0)	4,74; 1; ,029; ,081
Seksueel staren	1610 (38,1)	240 (33,5)	5,44; 1; ,020; ,033	183 (31,2)	57 (44,2)	8,03; 1; ,005; ,106
Seksuele insinuaties	1421 (33,6)	214 (29,9)	3,85; 1; ,050; ,028	162 (27,6)	52 (40,3)	8,16; 1; ,004; ,107
Seksuele afbeeldingen tonen	719 (17,0)	122 (17,1)	0,00; 1; ,970; ,001	93 (15,9)	29 (22,5)	3,26; 1; ,071; ,068
Seksuele telefoontjes of sms'jes	503 (11,9)	86 (12,0)	0,01; 1; ,922; ,001	67 (11,4)	19 (14,7)	1,08; 1; ,298; ,039
Voyeurisme	106 (2,5)	21 (2,9)	0,46; 1; ,498; ,010	12 (2,1)	9 (7,0)	8,98; 1; ,003; ,112
Seksuele afbeeldingen verspreiden	62 (1,5)	13 (1,8)	0,50; 1; ,481; ,010	10 (1,7)	3 (2,3)	,713°
Exhibitionisme	575 (13,6)	115 (16,1)	3,08; 1; ,079; ,025	89 (15,2)	26 (20,2)	1,96; 1; ,162; ,052
Dwingen om intieme lichaamsdelen te laten zien	222 (5,3)	46 (6,4)	1,66; 1; ,197; ,018	31 (5,3)	15 (11,6)	7,05; 1; ,008; ,099
Alle Hands-On SG	1241 (29,4)	271 (37,8)	20,82; 1; ,001; ,065	214 (36,5)	57 (44,2)	2,69; 1; ,101; ,061
Alle seksueel misbruik	1142 (27,0)	248 (34,6)	17,62; 1; ,001; ,060	195 (33,2)	53 (41,1)	2,89; 1; ,089; ,064
Kussen	658 (15,6)	141 (19,7)	7,71; 1; ,005; ,039	113 (19,3)	28 (21,7)	0,40; 1; ,526; ,024
Aanraken in de zorg	274 (6,5)	75 (10,5)	14,89; 1; ,001; ,055	55 (9,4)	20 (15,5)	4,24; 1; ,039; ,077
Strelen/wrijven	621 (14,7)	144 (20,1)	13,77; 1; ,001; ,053	109 (18,6)	35 (27,1)	4,83; 1; ,028; ,082
Gedwongen uitkleden	158 (3,7)	51 (7,1)	17,34; 1; ,001; ,059	34 (5,8)	17 (13,2)	8,72; 1; ,003; ,110
Alle verkrachting	398 (9,4)	111 (15,5)	24,58; 1; ,001; ,071	81 (13,8)	30 (23,3)	7,22; 1; ,007; ,100
Orale penetratie	140 (3,3)	46 (6,4)	16,39; 1; ,001; ,058	31 (5,3)	15 (11,6)	7,09; 1; ,008; ,099
Poging tot orale penetratie	151 (3,6)	36 (5,0)	3,57; 1; ,059; ,027	24 (4,1)	12 (9,3)	6,02; 1; ,014; ,092
Vaginale of anale penetratie	172 (4,1)	57 (8,0)	21,00; 1; ,001; ,065	41 (7,0)	16 (12,4)	4,24; 1; ,040; ,077
Poging tot vaginale of anale penetratie	116 (2,7)	33 (4,6)	7,33; 1; ,007; ,039	20 (3,4)	13 (10,1)	10,67; 1; ,001; ,122
Dwingen tot penetratie	35 (0,8)	14 (2,0)	7,93; 1; ,005; ,040	10 (1,7)	4 (3,1)	,294°

°Fisher's exact test

Nota: Omdat de vergelijkingen in deze tabel 6 onafhankelijke tests betroffen, hebben we voor deze analyses een Bonferroni-gecorrigeerd significantieniveau van $0,05/22 = 0,002$ aangenomen

Afkorting: SG = Seksueel Geweld; df = vrijheidsgraden; V = Cramer's V.

Tabel 5 toont de resultaten van de twee logistische regressies. Met uitzondering van het opleidingsniveau voor beide vormen van seksueel geweld en het al dan niet hebben van een beperking en/of chronische ziekte bij hands-off seksueel geweld, verbeterden de sociodemografische variabelen beide modellen significant. Een significant verschil in risico op seksueel geweld kon echter enkel op basis van geboortegeslacht, leeftijd en seksuele oriëntatie worden vastgesteld. Respondenten met een vrouwelijk geboortegeslacht en respondenten die zichzelf identificeerden als LGB+ vertonen een hoger risico op beide vormen van seksueel geweld. Respondenten ouder dan 50 jaar hadden een lager risico op seksueel geweld zonder fysiek contact en respondenten tussen 25 en 49 jaar hadden een lager risico op seksueel geweld met fysiek contact dan respondenten tussen 16 en 24 jaar oud.

Tabel 5: Logistische regressieanalyse van de totale steekproef voor twee uitkomstvariabelen: prevalentie van seksueel geweld zonder fysiek contact en seksueel geweld met fysiek contact.

Predictoren	Hands-off seksueel geweld			Hands-on seksueel geweld		
	EXP (B) Odds ratio	95% B.I. Odds ratio (Wald)	p-waarde (LRT)	EXP (B) Odds ratio	95% B.I. Odds ratio (Wald)	p-waarde (LRT)
Geslacht bij geboorte (ref. Mannelijk)						
Vrouwelijk	4,77	4,16 – 5,47	<,001	2,88	2,50 – 3,31	<,001
Leeftijd (ref. 16-24 jaar)						
25-49 jaar	0,83	0,69 – 1,00	<,001	0,81	0,67 – 0,99	<,001
50-69 jaar	0,57	0,47 – 0,69		0,99	0,81 – 1,21	
70 jaar en ouder	0,40	0,31 – 0,53		1,12	0,85 – 1,48	
Opleidingsniveau (ref. Geen hoger onderwijs)			,461			,100
Hoger onderwijs	1,08	0,94 – 1,25		1,23	1,06 – 1,42	
Financiële situatie (ref. Gemakkelijk)			<,001			<,001
Moeilijk	1,08	0,92 – 1,27		1,08	0,92 – 1,26	
Seksuele oriëntatie (ref. Heteroseksueel)			<,001			<,001
LGB+	1,50	1,18 – 1,92		1,38	1,11 – 1,72	
Beperking (ref. Nee)			,912			<,001
Ja, maar werkbekwaam	0,82	0,65 – 1,02		1,24	0,99 – 1,54	
Ja, en werkonbekwaam	0,77	0,49 – 1,20		1,24	0,82 – 1,88	
Kwaliteit van leven	1,14	1,03 – 1,27	,061	1,06	0,96 – 1,18	,009
Veerkracht	1,06	1,00 – 1,13	,367	1,05	0,99 – 1,12	,201
Depressie	1,02	1,00 – 1,04	<,001	1,01	0,99 – 1,03	<,001
Angst	1,05	1,03 – 1,07	<,001	1,03	1,01 – 1,05	<,001
PTSS	1,28	1,20 – 1,37	<,001	1,23	1,16 – 1,30	<,001
Problematisch alcoholgebruik (ref. nee)			<,001			<,001
Ja	1,23	1,07 – 1,42		1,35	1,17 – 1,55	
Kalmeermiddelen (ref. nee)			<,001			<,001
In de levensloop	1,57	1,28 – 1,93		1,28	1,05 – 1,55	
Afgelopen 12 maanden	1,04	0,87 – 1,25		1,11	0,93 – 1,32	
Cannabis (ref. nee)			<,001			<,001
In de levensloop	1,79	1,45 – 2,21		2,08	1,70 – 2,54	
Afgelopen 12 maanden	1,85	1,42 – 2,42		1,75	1,36 – 2,24	
Illegale drugs (ref. nee)			,216			,104
In de levensloop	1,08	0,74 – 1,58		1,19	0,83 – 1,69	
Afgelopen 12 maanden	1,45	0,90 – 2,40		1,43	0,94 – 2,19	
Zelfmoordpogingen (ref. nee)			<,001			<,001
In de levensloop	1,54	1,07 – 2,24		1,59	1,18 – 2,15	
Afgelopen 12 maanden	2,11	0,95 – 4,92		1,76	0,88 – 3,51	
Automutilatie (ref. nee)			<,001			<,001
In de levensloop	2,02	1,45 – 2,84		1,67	1,29 – 2,16	
Afgelopen 12 maanden	0,91	0,57 – 1,48		1,09	0,73 – 1,63	

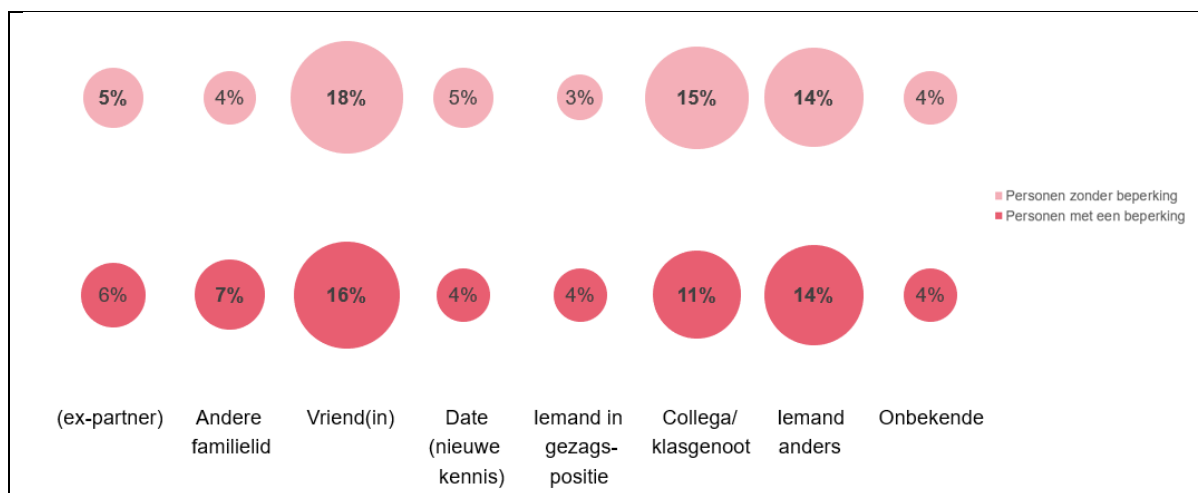
Afkortingen: LRT = Likelihood Ratio Test; B.I. = BetrouwbaarheidsInterval; ref = referentie categorie; LGB+ = lesbisch, gay, biseksueel, pan-/omniseksueel, aseksueel, anders; PTSS = Post Traumatisch Stress Stoornis.

Er werden ook sterke correlaties gevonden voor wat betreft de mentale gezondheid en coping strategieën. Alle mentale gezondheidsvariabelen verbeterden beide modellen significant, behalve de gerapporteerde levenskwaliteit, veerkracht en illegaal drugsgebruik. Respondenten die:

- symptomen van angst en/of PTSS,
- een problematisch alcoholgebruik,
- gebruik van kalmeringsmiddelen (maar niet in de afgelopen 12 maanden),
- cannabisgebruik,
- suïcidepogingen (maar niet in de afgelopen 12 maanden) en/of
- zelfbeschadigend gedrag (maar niet in de afgelopen 12 maanden)

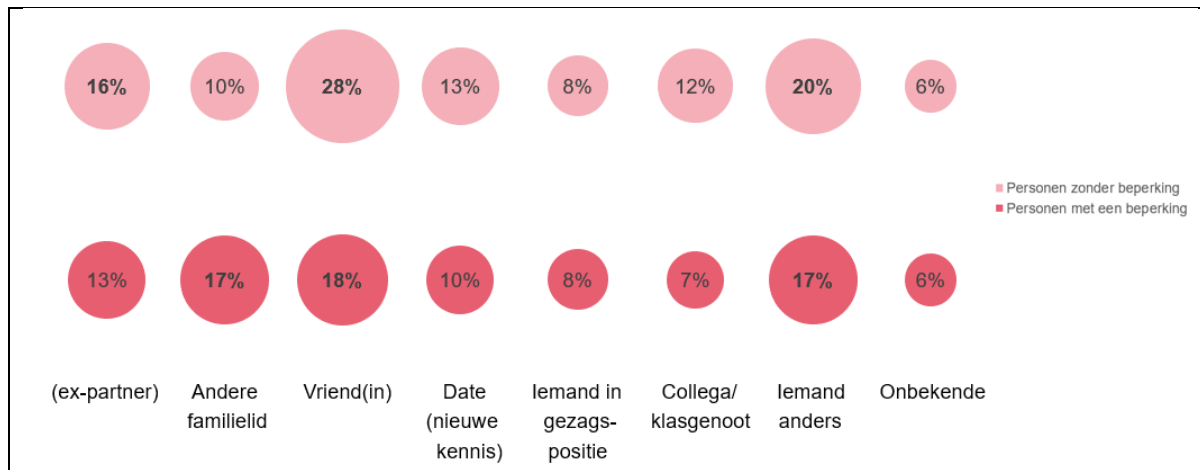
rapporteerden, hadden meer risico op zowel hands-off als hands-on seksueel geweld.

Hieronder geven we (figuur 5 en 6) een overzicht van de relatie tussen het slachtoffer en de pleger. Bij hands-off seksueel geweld kunnen we geen grote verschillen zien tussen personen met of zonder beperking. De pleger is in de meerderheid van de gevallen gekend bij het slachtoffer. De meest voorkomende pleger van hands-off seksueel geweld is een vriend of vriendin van het slachtoffer. Gevolgd door een collega of klasgenoot en/of iemand anders die het slachtoffer kent.



Figuur 5. Verdeling relatie slachtoffer-pleger bij hands-off seksueel geweld bij personen zonder beperking (n = 2.418) en personen met een beperking (n = 382)

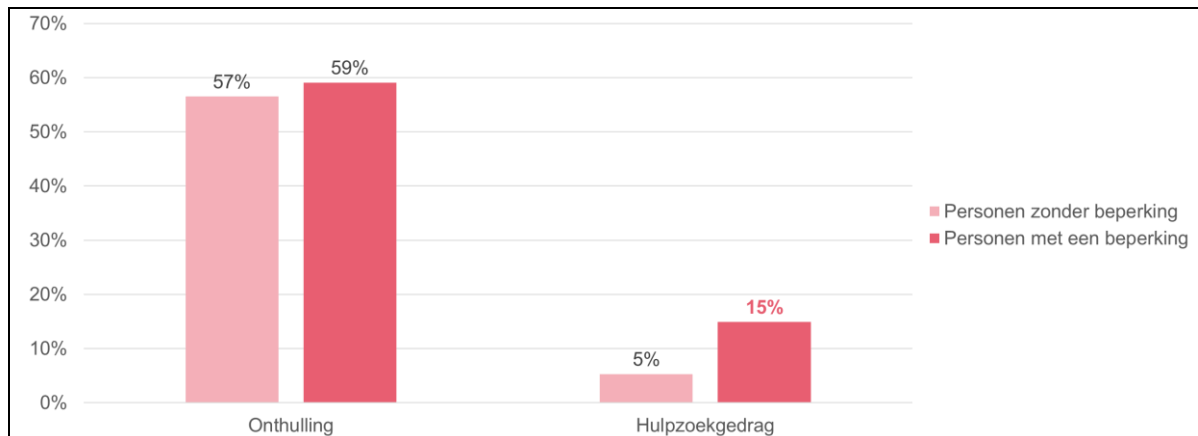
Bij hands-on seksueel geweld merken we een klein verschil op tussen personen met of zonder beperking. De plegger is in de meerderheid van de gevallen gekend bij het slachtoffer. De meest voorkomende plegger van hands-on seksueel geweld is opnieuw een vriend of vriendin van het slachtoffer, gevolgd iemand anders die het slachtoffer kent. Bij personen zonder beperking vinden we op de derde plaats dan de (ex-)partner terug, terwijl dit bij personen zonder beperking een ander familielid is.



Figuur 6. Verdeling relatie slachtoffer-pleger bij hands-on seksueel geweld bij personen zonder beperking (n = 1.241) en personen met een beperking (n = 271)

3.4 Onthulling en hulpzoekgedrag na seksueel geweld

Iets meer dan de helft van de respondenten – die rapporteren seksueel geweld te hebben meegemaakt – heeft dit aan een naaste onthult. Er is geen significant verschil tussen personen zonder of met een beperking. Qua formeel hulpzoekgedrag werd er slechts bij 5% van de personen zonder beperking om formele hulp gevraagd. Dit is significant hoger bij personen met een beperking met 15% (figuur 7).



Figuur 7. Onthulling en hulpzoekgedrag na seksueel geweld bij personen zonder beperking (n = 2.635) en personen met een beperking (n = 432)

Wat betreft de redenen om geen hulp te zoeken vinden we een aantal kleine verschillen tussen personen zonder beperking en personen met een beperking. De meerderheid van de personen zonder beperking (71%) gaven aan dat ze geen hulp zochten, omdat ze deze niet nodig hadden. Bij personen met een beperking was dit slechts 44%. De tweede grootste reden kwam door schaamte voor hetgeen gebeurd was, met 10% bij personen zonder beperking en 11% bij personen met een beperking. Ten slotte gaf 8% van de personen met een beperking, die seksueel geweld hebben meegemaakt, aan dat ze niet geloofd of serieus genomen zouden worden. Bij personen zonder beperking was dit slechts 5%.

De andere redenen bleven qua verdeling gelijk tussen personen zonder en met een beperking met tussen de 0 en 5% dat aangaf dat ze:

- niet wisten waar ze heen moesten,
- niet konden hulp zoeken vanwege financiële redenen of transportbeperkingen,
- de pleger niet in de problemen wouden brengen,
- geen slechte naam wouden geven aan de familie of groep waartoe zij behoorden,
- bang waren voor meer geweld,
- niemand vertrouwden, of
- niet wisten hoe ze nog geholpen konden worden.

4 DISCUSSIE

Voor zover wij op de hoogte zijn, is dit de eerste kwantitatieve studie naar de prevalentie van seksueel geweld bij personen met een beperking op basis van Belgische nationaal representatieve gegevens. De resultaten van deze verkennende studie zijn consistent met eerdere studies [zie bijvoorbeeld 6, 55] en suggereren dat personen met een beperking in België meer risico op seksueel geweld hebben dan personen zonder beperkingen. Onze bevindingen tonen echter aan dat het waargenomen verhoogde risico geldt voor hands-on seksueel geweld, maar niet voor hands-off seksueel geweld. Bovendien, hoewel meestal marginaal significant, zijn personen met een beperking die meldden dat ze niet in staat waren om te werken, vaker blootgesteld aan meerdere vormen van hands-off en hands-on seksueel geweld dan personen met een beperking die wel in staat waren om te werken. Toch is er over het algemeen geen significant verschil tussen beide groepen en kunnen we voorzichtig stellen dat het risico op seksueel niet per definitie niet stijgt in relatie tot de ernst van de beperking.

Deze trend, waarbij personen met een beperking een hogere prevalentie van seksueel geweld hebben, ondersteunt de hypothese dat personen die a) afhankelijk zijn van anderen op het gebied van zorg, huisvesting, veiligheid, etc. en/of b) die zich zorgen maken over hun financiële situatie meer risico hebben op slachtofferschap [6, 34, 44, 56-60]. We konden echter niet bevestigen dat deze afhankelijkheid met betrekking tot zorg en het verhoogd risico op slachtofferschap kon verklaard worden door een hoger aantal plegers van seksueel geweld die werkzaam zijn op gebied van zorg, huisvesting, We konden namelijk geen significant verschil vaststellen in de relatie slachtoffer-pleger tussen personen met een beperking en personen zonder beperking. We hadden verwacht dat het aandeel “plegers in een gezagspositie” tegenover het slachtoffer hoger ging zijn bij personen met een beperking in vergelijking met personen zonder beperking. Dit was echter binnen onze steekproef niet het geval

De verschillen in sociodemografische kenmerken, mentale gezondheid en coping strategieën in combinatie met de toegepaste logistische regressieanalyses suggereren wel dat de hogere prevalentie van seksueel geweld bij personen met een beperking kan worden verklaard door de verhoogde kans dat zij een kwetsbaardere sociale positie innemen in plaats van dat dit verhoogde risico verband houdt met de minderheidseigenschap – in dit geval het hebben van een beperking – op zich. We vonden dat de algemene risicofactoren van seksueel geweld, zoals:

- het hebben van een vrouwelijk geboortegeslacht,
- een jongere leeftijd
- zich identificeren als LGB+,
- zich zorgen maken over de financiële situatie,
- een slechte mentale gezondheid,
- problematisch alcoholgebruik,
- gebruik van kalmeringsmiddelen
- cannabisgebruik,
- zelfbeschadigend gedrag en
- suïcidepogingen

essentieel waren om seksueel geweld te voorspellen [9, 12, 61-65]. Veel van deze factoren kwamen in onze steekproef echter ook proportioneel vaker voor bij personen met een beperking. Bovendien kenden personen met een beperking in het algemeen een slechtere mentale gezondheid, levenskwaliteit en welzijn dan deelnemers zonder beperkingen en/of chronische ziekten. Dit is een interessante bevinding omdat deze variabelen significant waren voor het voorspellen van seksueel geweld.

In het logistische regressiemodel vertoonde het hebben van een beperking geen significant interactie-effect op de relatie tussen mentale gezondheid en slachtofferschap. In tegenstelling tot eerdere studies [55], konden we niet bevestigen dat volwassen personen met een beperking meer risico hadden dan minderjarige personen met een beperking. Dit kan echter mogelijk verklaard worden door onze groepering van respondenten die zowel beperkingen als chronische ziekten rapporteerden in één persoon met een beperking-variabele. Chronische ziekten zijn zowel geïdentificeerd als de gevolgen en als de risicofactoren van seksueel geweld en komen vaak voor op latere leeftijd [49]. Het is daarom waarschijnlijk dat in onze steekproef, met een toename in leeftijd, de kans op seksueel slachtofferschap en herhaalde blootstelling aan seksueel geweld toenam.

Over het algemeen suggereren onze bevindingen dat de hogere prevalentie van seksueel geweld gevonden bij personen met een beperking mogelijks niet gekoppeld is aan de binaire opdeling van het al dan niet hebben van een beperking, maar eerder het resultaat is van de algemene onderliggende risicofactoren die de kans op seksueel geweld vergroten en die vaker voorkomen bij personen met een beperking. Als zodanig ondersteunt dit onderzoek de hypothese dat de hogere prevalentie van seksueel geweld en de daarmee geassocieerde risicofactoren waargenomen bij personen met een beperking, het gevolg kunnen zijn van blootstelling aan 'othering' en validisme. Toekomstig onderzoek dient zich te richten op de verdere ontrafeling van de oorzaken van de hogere prevalentie van de risicofactoren (op seksueel geweld) bij personen met een beperking en dient hun onderlinge interactie te bestuderen opdat de belangrijkste elementen waarop interventies zich moeten richten om seksueel geweld effectief te voorkomen, kunnen worden geïdentificeerd.

Tenslotte konden we ook niet bevestigen dat personen met een beperking minder snel hulp zoeken na seksueel geweld. Dit blijkt een belangrijke bevinding te zijn in de literatuur, maar waarop we in onze steekproef een omgekeerde tendens hebben gevonden. Informeel hulpzoekgedrag (en onthulling bij naasten) was hetzelfde voor onze volledige steekproef. Formeel hulpzoekgedrag (en onthulling bij hulpverleners) kwam echter vaker voor bij personen met een beperking. Let wel dat deze cijfers nog altijd extreem laag liggen en dat onthullen en hulp zoeken een algemeen probleem blijft bij de hele Belgische bevolking. Als we de redenen om geen hulp te zoeken in detail bekijken, merken we ook hier weinig verschil op. Personen met een beperking gaven echter wel minder vaak aan dat ze geen hulp nodig hadden en hadden vaker het gevoel dat ze niet geloofd zouden worden.

4.1 Beperkingen en suggesties voor toekomstig onderzoek

Ons onderzoek had enkele beperkingen die we hieronder toelichten..

1. Het opleidingsniveau en de taalverdeling in de steekproef verschillen van de algemene Belgische bevolking, ondanks het willekeurige rekruteringsproces. Dit kan leiden tot een vertekening van de resultaten.
2. We hielden geen rekening met verschillen in type en mate van beperking en/of chronische ziekte, waardoor we mogelijks nuances hebben gemist in het identificeren van relevante kwetsbaarheden voor seksueel geweld bij personen met een beperking. Bovendien is in deze studie niet bevraagd of de deelnemers al dan niet in een voorziening verbleven en in welke mate ze professionele hulp kregen voor zorg of dagelijkse activiteiten. Toekomstig onderzoek zou baat kunnen hebben bij nog beter gebalanceerde nationaal representatieve steekproeven en vragenlijsten die vergelijkingen mogelijk maken tussen groepen die verschillen in type en mate van beperking en/of chronische ziekte, in het al dan niet in een voorziening verblijven en in de mate waarin ze op regelmatige basis professionele zorg en/of hulp genieten. Daarnaast is het belangrijk om grotere steekproeven te gebruiken om te kunnen vergelijken tussen verschillende types van personen met een beperking en om de specifieke risicofactoren te identificeren die gerelateerd zijn aan fysieke, mentale, intellectuele of zintuigelijke beperkingen. Ook zou toekomstig onderzoek moeten kijken naar de intersectionaliteit van het hebben van een beperking met andere kenmerken die sociale uitsluiting kunnen veroorzaken (bijvoorbeeld geslacht, gender, seksuele geaardheid, etniciteit, religie of levensbeschouwing). Zo kan nagegaan worden of personen met een beperking die deel uitmaken van meerdere minderheidsgroepen bijkomend risico op seksueel slachtofferschap lopen.
3. Tot slot hebben we ook in dit rapport een grote onderrapportering en ondervertegenwoordiging van de doelgroep. Gezien de opzet om in de globale bevolking een beeld te krijgen van het voorkomen van seksueel geweld, is de rekrutering niet specifiek aangepast aan deelnemers met een beperking, zoals bijvoorbeeld het werken met visueel materiaal, aanwezigheid van ervaringsdeskundigen in het team, benaderen van voorzieningen voor personen met een beperking, enzovoort. Daarnaast konden personen met ernstige geestelijke/cognitieve beperkingen omwille van het studieopzet niet deelnemen aan dit onderzoek. De resultaten zijn dus een onderschatting van de werkelijkheid.

4.2 Zorg, preventie en beleidsimplicaties

Om de cirkel van seksueel geweld en herhaald slachtofferschap te doorbreken [44], is het ontwerpen, ontwikkelen en implementeren van primaire, secundaire en tertiaire preventiestrategieën cruciaal. Beleidsmakers zouden dus prioriteit moeten geven aan de preventie van seksueel geweld bij personen met een beperking door te investeren in:

- verder onderzoek met het oog op het in kaart brengen van de omvang van het probleem en het ontrafelen van de complexiteit van de onderliggende mechanismen;
- algemene preventieprogramma's om bewustzijn te creëren over seksuele toestemming en seksueel geweld;
- het uitbouwen van slachtofferondersteuningsdiensten die bijdragen tot het reduceren van de negatieve impact van seksueel geweld op het leven van slachtoffers met en zonder beperking en/of chronische ziekte. Door in te zetten op het verminderen van de negatieve seksueel geweld gevolgen, verlaagt men ook het risico op herhaald slachtofferschap.
- de ontwikkeling van op maat gemaakte seksuele voorlichtingsprogramma's voor personen met een beperking met het oog op hen in staat te stellen seksueel geweld te herkennen en te melden. Bovendien zouden interventies om seksueel geweld bij personen met een beperking te voorkomen zich moeten richten op het aanpakken van de onderliggende risicofactoren die hun kwetsbaarheid voor slachtofferschap vergroten, zoals financiële onzekerheid, afhankelijkheid van anderen voor zorg, dagelijkse activiteiten en huisvesting, en een slechte geestelijke gezondheid.
- het trainen van zorg- en hulpverleners in het herkennen en aanpakken van de unieke kwetsbaarheden en risicofactoren die samenhangen met seksueel geweld bij personen met een beperking.
- screening naar seksueel geweld bij personen met een beperking die een slechte mentale gezondheid, problematisch alcoholgebruik, gebruik van kalmeringsmiddelen, cannabisgebruik, zelfbeschadigend gedrag en suïcidepogingen melden, en het aanbieden van passende interventies wanneer nodig.
- gerichte ondersteuning voor personen met een beperking die werkonbekwaam zijn en die een beperking en/of chronische ziekten hebben, om seksueel geweld te voorkomen en aan te pakken.
- de verdere uitwerking van gepaste juridische kaders om personen met een beperking te beschermen tegen seksueel geweld, inclusief het verlenen van juridische bijstand aan personen met een beperking die slachtoffer zijn van seksueel geweld.
- Het ontwikkelen van strategieën om validisme en discriminatie van “andere groepen” of “minderheidsgroepen” in de Belgische samenleving aan te pakken. Door de implementatie van dergelijke strategieën verwachten we in toekomstig onderzoek dat personen met een beperking – en andere groepen die aan sociale “othering” worden blootgesteld – dat zij niet meer specifiek kwetsbaar zijn voor seksueel geweld.

5 CONCLUSIE

De resultaten van dit rapport over seksueel geweld bij personen met een beperking tonen aan dat personen met een beperking een verhoogd risico hebben op hands-on seksueel geweld in vergelijking met personen zonder beperkingen. Er is echter geen significant verschil gevonden in de relatie tussen slachtoffer en pleger bij personen met een beperking in vergelijking met personen zonder beperking. De hogere prevalentie van seksueel geweld bij personen met een beperking kan eerder worden verklaard door hun meer kwetsbare en/of mogelijk afhankelijke sociale positie in plaats van door de het ervaren van een beperking op zich. Algemene risicofactoren van seksueel geweld waren ook essentieel om seksueel geweld te voorspellen, en deze kwamen proportioneel vaker voor bij personen met een beperking. Personen met een beperking hadden tevens een slechtere mentale gezondheid, levenskwaliteit en coping strategieën dan deelnemers zonder beperkingen en/of chronische ziekten. Personen met een beperking zochten wel vaker formele hulp na seksueel geweld op, maar dit betreft nog altijd slechts 15% van het totaal aantal slachtoffers. Ondanks het verhoogd risico op seksueel geweld en de grotere kwetsbaarheid zitten we nog steeds met een stevige onderrapportering van de reële en ruime doelgroep “personen met een beperking”, waarbij vooral de meest kwetsbare personen met een beperking niet voldoende vertegenwoordigd konden worden in de steekproef van deze studie. Het is belangrijk om dus meer onderzoek te doen naar de specifieke kwetsbaarheden van alle personen met een beperking en om preventiestrategieën te ontwikkelen en implementeren die gericht zijn op het voorkomen van seksueel geweld en het ondersteunen van slachtoffers.

REFERENTIES

1. **Violence against women. Fact Sheet No. 239.**
[<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>]
2. **Violence against women fact sheet no. 239.** [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>]
3. Kalra G, Bhugra D: **Sexual violence against women: Understanding cross-cultural intersections.** *Indian J Psychiatry* 2013, **55**(3):244-249.
4. World Health Organization (WHO): **Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women.** In.; 2021.
5. Keygnaert I, De Schrijver L, Cismaru Inescu A, Schapansky E, Nobels A, Hahaut B, Stappers C, De Bauw Z, Lemonne A, Renard B *et al*: **UN-MENAMAIS. Understanding the Mechanisms, Nature, Magnitude and Impact of Sexual Violence in Belgium** In: *Belgian Research Action through Interdisciplinary Networks 2012-2017 (BRAIN-be)*. Belspo; 2021.
6. Goethals T: **Seksueel georiënteerd geweld bij vrouwen met een beperking in Vlaanderen.** In.; 2018.
7. Ellsberg MC, Heise L, Organization WH: **Researching violence against women: practical guidelines for researchers and activists.** 2005.
8. **Violence against women. Key Facts** [<https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/violence-against-women>]
9. Schapansky E, Depraetere J, Keygnaert I, Vandeviver C: **Prevalence and associated factors of sexual victimization: Findings from a national representative sample of Belgian adults aged 16–69.** *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021, **18**(14):7360.
10. Nobels A, Cismaru Inescu A, Nisen L, Hahaut B, Beaulieu M, Lemmens G, Adam S, Schapansky E, Vandeviver C, Keygnaert I: **Sexual violence in older adults: a Belgian prevalence study.** 2021.
11. Bhoohibhoya S, Maness SB, Cheney M, Larson D: **Risk factors for sexual violence among college students in dating relationships: an ecological approach.** *Journal of interpersonal violence* 2021, **36**(15-16):7722-7746.
12. Ullman SE, Najdowski CJ: **Vulnerability and protective factors for sexual assault.** In: *Violence against women and children: mapping the terrain.* edn. Edited by White JW, Koss MP, Kadzin AE. Washington, DC.; American Psychological Association; 2011: 151-172.
13. Keygnaert I: **Sexual violence and sexual health in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Europe and the European neighbourhood: determinants and desirable prevention.** Ghent University; 2014.
14. Holmes WC, Slap GB: **Sexual abuse of boys: Definition, prevalence, correlates, sequelae, and management.** *Jama* 1998, **280**(21):1855-1862.
15. Tavara L: **Sexual violence.** *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2006, **20**(3):395-408.
16. Onyeonoro UU, Oshi DC, Ndimele EC, Chuku NC, Onyemuchara IL, Ezekwere SC, Oshi SN, Emelumadu OF: **Sources of sex information and its effects on sexual practices among in-school female adolescents in Osioma Ngwa LGA, South East Nigeria.** *Journal of pediatric and adolescent gynecology* 2011, **24**(5):294-299.
17. Swahnberg K, Davidsson-Simmons J, Hearn J, Wijma B: **Men's experiences of emotional, physical, and sexual abuse and abuse in health care: a cross-sectional study of a Swedish random male population sample.** *Scandinavian journal of public health* 2012, **40**(2):191-202.
18. Wenzel SL, Tucker JS, Elliott MN, Hambarsoomians K: **Sexual risk among impoverished women: Understanding the role of housing status.** *AIDS and Behavior* 2007, **11**(2):9-20.
19. Wenzel SL, Tucker JS, Hambarsoomian K, Elliott MN: **Toward a more comprehensive understanding of violence against impoverished women.** *Journal of Interpersonal Violence* 2006, **21**(6):820-839.

20. Campbell L, Keegan A, Cybulska B, Forster G: **Prevalence of mental health problems and deliberate self-harm in complainants of sexual violence.** *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2007, **14**(2):75-78.
21. De Haas S, van Berlo W, Bakker F, Vanwesenbeeck I: **Prevalence and characteristics of sexual violence in the Netherlands, the risk of revictimization and pregnancy: Results from a national population survey.** *Violence and victims* 2012, **27**(4):592-608.
22. McCloskey LA: **The intergenerational transmission of child maltreatment: Socio-ecological and psychological origins of maternal risk.** In: *Parenting and family processes in child maltreatment and intervention.* edn.: Springer; 2017: 47-76.
23. McCloskey LA: **The intergenerational transfer of mother–daughter risk for gender-based abuse.** *Psychodynamic psychiatry* 2013, **41**(2):303-328.
24. Jewkes R, Fulu E, Tabassam Naved R, Chirwa E, Dunkle K, Haardörfer R, Garcia-Moreno C, Men UM-cSo, Team VS: **Women’s and men’s reports of past-year prevalence of intimate partner violence and rape and women’s risk factors for intimate partner violence: A multicountry cross-sectional study in Asia and the Pacific.** *PLoS medicine* 2017, **14**(9):e1002381.
25. Walsh K, Nugent NR, Kotte A, Amstadter AB, Wang S, Guille C, Acierno R, Kilpatrick DG, Resnick HS: **Cortisol at the emergency room rape visit as a predictor of PTSD and depression symptoms over time.** *Psychoneuroendocrinology* 2013, **38**(11):2520-2528.
26. Lau M, Kristensen E: **Sexual revictimization in a clinical sample of women reporting childhood sexual abuse.** *Nordic Journal of Psychiatry* 2010, **64**(1):4-10.
27. Risser HJ, Hetzel-Riggin MD, Thomsen CJ, McCanne TR: **PTSD as a mediator of sexual revictimization: The role of reexperiencing, avoidance, and arousal symptoms.** *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies* 2006, **19**(5):687-698.
28. Van Bruggen LK, Runtz MG, Kadlec H: **Sexual revictimization: The role of sexual self-esteem and dysfunctional sexual behaviors.** *Child maltreatment* 2006, **11**(2):131-145.
29. Dunkle KL, Jewkes RK, Brown HC, Yoshihama M, Gray GE, McIntyre JA, Harlow SD: **Prevalence and patterns of gender-based violence and revictimization among women attending antenatal clinics in Soweto, South Africa.** *American journal of epidemiology* 2004, **160**(3):230-239.
30. Brown AL, Messman-Moore TL, Miller AG, Stasser G: **Sexual victimization in relation to perceptions of risk: Mediation, generalization, and temporal stability.** *Personality and Social Psychology Bulletin* 2005, **31**(7):963-976.
31. Lalor K, McElvaney R: **Child sexual abuse, links to later sexual exploitation/high-risk sexual behavior, and prevention/treatment programs.** *Trauma, Violence, & Abuse* 2010, **11**(4):159-177.
32. Williams LM: **Understanding child abuse and violence against women: A life course perspective.** *Journal of Interpersonal Violence* 2003, **18**(4):441-451.
33. Littleton H: **Interpersonal violence on college campuses: Understanding risk factors and working to find solutions.** *Trauma, Violence, & Abuse* 2014, **15**(4):297-303.
34. Bows H: **Sexual violence against older people: A review of the empirical literature.** *Trauma, violence, & abuse* 2018, **19**(5):567-583.
35. Ullman SE: **Correlates and consequences of adult sexual assault disclosure.** *Journal of Interpersonal Violence* 1996, **11**(4):554-571.
36. Depraetere J, Vandeviver C, Vander Beken T, Keygnaert I: **Big Boys Don’t Cry: A Critical Interpretive Synthesis of Male Sexual Victimization.** *International Journal of Trauma, Violence, and Abuse* 2018:1524838018816979.
37. Krahe B, Berger A, Vanwesenbeeck I, Bianchi G, Chliaoutakis J, Fernandez-Fuertes AA, Fuertes A, de Matos MG, Hadjigeorgiou E, Haller B *et al.*: **Prevalence and correlates of young people’s sexual aggression perpetration and victimisation in 10 European countries: a multi-level analysis.** *Cult Health Sex* 2015, **17**(6):682-699.
38. Keygnaert I, Guieu A, Ooms G, Vettenburg N, Temmerman M, Roelens K: **Sexual and reproductive health of migrants: does the EU care?** *Health Policy* 2014, **114**(2-3):215-225.
39. Carmody DC, Washington LM: **Rape myth acceptance among college women: The impact of race and prior victimization.** *Journal of Interpersonal Violence* 2001, **16**(5):424-436.

40. Javaid A: **Out of place: Sexualities, sexual violence, and heteronormativity**. *Aggression and Violent Behavior* 2018, **39**:83-89.
41. Javaid A: **Theorising vulnerability and male sexual victimisation**. *Australian & New Zealand Journal of Criminology* 2017:000486581772395.
42. Javaid A: **In the shadows: Making sense of gay male rape victims' silence, suffering, and invisibility**. *International Journal of Sexual Health* 2017, **29**(4):279-291.
43. Hartwick C, Desmarais S, Hennig K: **Characteristics of male and female victims of sexual coercion**. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 2007, **16**(1/2):31.
44. De Schrijver L: **Sexual violence and risk markers in othered sexual and migrant minorities in Belgium**. Ghent University; 2022.
45. Johnson KR: **The Struggle for Civil Rights: The Need for, and Impediments to, Political Coalitions Among and Within Minority Groups**. *La L Rev* 2002, **63**:759.
46. Filipas HH, Ullman SE: **Child sexual abuse, coping responses, self-blame, posttraumatic stress disorder, and adult sexual revictimization**. *Journal of Interpersonal Violence* 2006, **21**(5):652-672.
47. Meyer IH: **Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence**. *Psychological bulletin* 2003, **129**(5):674.
48. Zinzow HM, Littleton H, Muscari E, Sall K: **Barriers to Formal Help-seeking following Sexual Violence: Review from within an Ecological Systems Framework**. *Victims & Offenders* 2021:1-26.
49. Santaularia J, Johnson M, Hart L, Haskett L, Welsh E, Faseru B: **Relationships between sexual violence and chronic disease: a cross-sectional study**. *BMC Public Health* 2014, **14**(1):1286.
50. Ching TH, Lee SY, Chen J, So RP, Williams MT: **A model of intersectional stress and trauma in Asian American sexual and gender minorities**. *Psychology of Violence* 2018, **8**(6):657-668.
51. De Schrijver L, Fomenko E, Janssen E, Krahé B, Roelens K, Vander Beken T, Keygnaert I: **Minority identity, othering-based stress and sexual violence**. *In progress* 2022.
52. United Nations: **The Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Optional Protocol (A/RES/61/106)**. In: *Treaty Series*. New York: United Nations; 2006.
53. Banks LM, Kuper H, Polack S: **Poverty and disability in low-and middle-income countries: A systematic review**. *PloS one* 2017, **12**(12):e0189996.
54. Branco C, Ramos MR, Hewstone M: **The Association of Group-Based Discrimination with Health and Well-Being: A Comparison of Ableism with Other "Isms"**. *Journal of Social Issues* 2019, **75**(3):814-846.
55. Mailhot Amborski A, Bussi eres E-L, Vaillancourt-Morel M-P, Joyal CC: **Sexual Violence Against Persons With Disabilities: A Meta-Analysis**. *Trauma, Violence, & Abuse* 2021, **23**(4):1330-1343.
56. Willott S, Badger W, Evans V: **People with an intellectual disability: under-reporting sexual violence**. *The Journal of Adult Protection* 2020, **22**(2):75-86.
57. Greco D, Dawgert S: **Poverty and sexual violence: building prevention and intervention responses**. In.: Pennsylvania Coalition Against Rape (PCAR); 2007.
58. Refugee Council: **The vulnerable women's project: Refugee and asylum seeking women affected by rape or sexual violence. A literature review**. London: Refugee Council Retrieved August 2009, **2**:2012.
59. Pannetier J, Ravalihasy A, du Lo  AD, Lert F, Lydi  N: **Sexual violence against women from sub-Saharan Africa after migration to France**. *Population Societies* 2020(5):1-4.
60. Tyler KA, Wright JD: **Homelessness and sexual assault**. *Handbook of sexual assault and sexual assault prevention* 2019:693-707.
61. World Health Organization: **Violence against women: intimate partner and sexual violence against women: evidence brief**. In. Geneva: World Health Organization; 2019.
62. Casey EA, Masters T: **Sexual violence risk and protective factors: A systematic review of the literature**. *Injury and Violence Prevention* 2017.
63. De Schrijver L, Fomenko E, Motmans J, Janssen E, Krah  B, Roelens K, Vander Beken T, Keygnaert I: **Sexual Violence in LGB+ Persons in Belgium: Are They More Vulnerable to victimization than heterosexual persons?** *In Progress* 2022.

64. Thoits PA: **Stress and Health: Major Findings and Policy Implications**. *Journal of Health and Social Behavior* 2010, **51**(1_suppl):S41-S53.
65. Stuber J, Meyer I, Link B: **Stigma, prejudice, discrimination and health**. *Social science & medicine* 2008, **67**(3):351.