De rol van de huisarts bij kindermishandeling: van vermoeden tot benoemen, registratie en adequate aanpak. Een kwaliteitsbevorderend praktijkproject.

Kelly STEENACKERS

Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Myriam DEVEUGELE

Co-promotors: Dr. An SCHILLEMANS, Dr. Veerle PIESSENS

Praktijkopleider: Dr. Bruno ART

Master in de Huisartsgeneeskunde

Master of Family Medicine

2010-2012

ABSTRACT

De rol van de huisarts bij kindermishandeling: van vermoeden tot benoemen, registratie en adequate aanpak. Een kwaliteitsbevorderend praktijkproject.

Haio: Kelly STEENACKERS
Universiteit Gent
Promotor: Prof. Dr. Myriam DEVEUGELE
Co-promotor: Dr. An SCHILLEMANS, Dr. Veerle PIESSENS
Praktijkopleider: Dr. Bruno Art

Context:
Kindermishandeling en -verwaarlozing is een frequent voorkomend, maar vaak onderschat maatschappelijk gezondheidsprobleem. Het komt in alle culturen en sociale lagen van de bevolking voor. Meestal speelt kindermishandeling zich af in de gezinssfeer van het kind. De langetermijngevolgen van kindermishandeling en -verwaarlozing zijn uiteenlopend, maar nefast.

Onderzoeksvraag:

1. Wat weerhoudt de literatuur als belangrijk voor de huisarts in het opnemen van zijn rol bij kindermishandeling?
2. Welke problemen worden door de huisartsen van het UGC Nieuw Gent ondervonden rond de problematiek van kindermishandeling?
3. Hoe is de kwaliteit van het dossierbeheer bij kindermishandeling in het UGC Nieuw Gent?
4. Een protocol voor de registratie en aanpak bij een vermoeden of probleem van kindermishandeling in het UGC Nieuw Gent.

Methode:

1. Een literatuuronderzoek naar de belangrijkste achtergrondinformatie en de verschillende aspecten van de rol van de huisarts bij kindermishandeling.
2. Een probleemanalyse in focusgroepen met de 6 huisartsen van het UGC Nieuw Gent.
3. Een retrospectief onderzoek van de kwaliteit van het dossierbeheer bij kindermishandeling.
4. Het opmaken van een protocol op basis van informatie uit het literatuuronderzoek, de analyse van de kwaliteit van het dossierbeheer, het continu proces van besprekingen in het artsenoverleg en expert opinie van het vertrouwenscentrum kindermishandeling.

Resultaten:
De huisarts kan een centrale rol opnemen bij kindermishandeling. Als vertrouwenspersoon van het gezin is de huisarts goed geplaatst om de gezinsdynamiek en de evolutie ervan te observeren. Kennis over bepalende omstandigheden, verdachte elementen in de anamnese en klinische signalen helpen de huisarts om kindermishandeling te herkennen. Het vermoeden van kindermishandeling is een procesdiagnose waarbij diverse signalen worden samengebracht tot een beeld van het gezins(dis)functioneren. Het is aanbevolen om niet alleen, maar wel in een multidisciplinair team te werken om het geweld te laten ophouden. De taak van de huisarts omvat een integrale begeleiding van het gezin in het kluwen van hulpverleningsvoorzieningen en de opvolging van het gezin vervolgens te verzekeren.

Uit de probleemanalyse kwam men tot het besluit dat er in het UGC Nieuw Gent nood is aan een goed werkbaar protocol rond de aanpak van kindermishandeling met adviezen voor een uniform dossierbeheer. Daarnaast is er ook nood aan regelmatige besprekingen van casussen in het artsenoverleg om meer vertrouwd te geraken met deze problematiek.

Het retrospectief onderzoek toont aan dat de meeste kinderen, waar men een probleem van kindermishandeling vermoedt, geen vaste huisarts hebben. Dit benadrukt het belang van een goede registratie in het dossier, zeker binnen een groepspraktijk. Er is nood aan meer aandacht voor het noteren van het klinisch onderzoek en/of gedrag van het kind. Opvolging van een vermoeden of probleem van kindermishandeling gebeurt te weinig, maar gebeurt meer wanneer externe hulpverleners betrokken zijn. Ook bij gezinnen met een vermoeden van kindermishandeling waar nog geen externe hulpverleners betrokken zijn, is aandacht en opvolging van de huisarts nodig.

Conclusies:
Het voorgesteld protocol rond registratie en aanpak van een vermoeden van kindermishandeling kan een houvast bieden voor de huisarts, maar is geen standaardprocedure. Elke casus of gezinssituatie is verschillend en vraagt een aangepaste en goed overwogen aanpak. Omgaan met kindermishandeling is een continu (leer)proces. Overleggen met de collega-artsen en (gespecialiseerde) hulpverleners is essentieel.

E-mail: Kelly.Steenackers@ugcnieuwgent.be

ICPC code: A23, A99, Z16, Z20, Z25, Z29

OVERZICHT AFKORTINGEN

Doorheen dit document komen enkele afkortingen voor. Hier volgt een overzicht:

AMK	Advies en Meldpunt Kindermishandeling
CAW	Centrum voor algemeen welzijn
CBJ	Comité voor Bijzondere Jeugdzorg
CGG	Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
CIJG	Centrum voor Integrale Jeugd- en Gezinszorg
CKG	Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning
EMD	Elektronisch Medisch Dossier
CLB	Centrum voor Leerlingen Begeleiding
ICPC	International Classification of Primary Care
IFG	Intrafamiliaal Geweld
JAC	Jongeren en Advies Centrum
K&G	Kind en Gezin
MDO	Multidisciplinair Overleg
OCMW	Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn
SIS	Shaken Infant Syndrome
IJH	Integrale Jeugdhulp
UGC	Universitair Gezondheidscentrum
VK	Vertrouwenscentrum Kindermishandeling

VOORWOORD

Deze scriptie werd geschreven ter afsluiting van mijn opleiding tot huisarts. Het onderwerp van mijn masterproef handelt over de rol van de huisarts bij kindermishandeling: van vermoeden tot benoemen, registratie en adequate aanpak. Dit onderwerp en het masterproject zelf, lijken mij een waardevolle aanvulling op mijn opleiding huisartsgeneeskunde. Met deze masterproef wil ik graag iets bijdragen tot het praktijkbeleid bij kindermishandeling en -verwaarlozing in het universitair gezondheidscentrum Nieuw Gent. Ik hoop dat dit werk ook een basis kan zijn voor andere huisartsenpraktijken die rond dit thema een eigen praktijkbeleid willen uitwerken.

Een scriptie tot een goed einde brengen is steeds het werk van verschillende personen. Graag wens ik een aantal mensen hartelijk te danken voor hun hulp bij de realisatie van deze masterproef.

Vooreerst dank ik mijn co-promotors, Dr. An Schillemans en Dr. Veerle Piessens, voor hun goede begeleiding, steun en advies, en dit gedurende het volledige traject van de masterproef.
Dr. An Schillemans, pediater en vertrouwensarts kindermishandeling, gaf me veel inzicht over alle inhoudelijke aspecten rond dit thema. Mijn praktijkcollega-arts, Dr. Veerle Piessens, gaf me waardevolle adviezen rond de praktijkrelevante aspecten bij de uitwerking van dit masterproject.

Ik dank mijn promotor, Prof. Dr. Myriam Deveugele, voor haar begeleiding en interessante opmerkingen.

Mijn praktijkopleider, Dr. Bruno Art, bedank ik voor zijn begeleiding en aansporing tot kritisch denken en zelfreflectie gedurende mijn huisartsenopleiding.

Mijn andere praktijkcollega-artsen, Dr. Liesbeth Deraeve, Dr. Ellen Van Leeuwen, Dr. Nina Wellens en Dr. Griet Goessaert bedank ik voor de medewerking en bemerkingen tijdens de focusgroepen, maar ook voor hun bijdrage bij de hele opleiding.

Dank aan het volledig team van het gezondheidscentrum Nieuw Gent voor hun aanmoediging, luisterend oor en betrokkenheid, ook naast de huisartsenopleiding.

Verder wil ik het team van het vertrouwenscentrum kindermishandeling Oost-Vlaanderen bedanken voor de boeiende stagedagen.

Tenslotte wens ik mijn partner, ouders, familie en vrienden te danken voor de morele steun op alle vlakken. Mijn ouders verdienen een extra bloemetje. Zij gaven me de kans om de opleiding tot huisarts te volbrengen.

Bedankt,

Kelly Steenackers

INHOUDSOPGAVE

WAAROM GEKOZEN VOOR DIT ONDERWERP? 1

INLEIDING 3

VRAAGSTELLING 3

DOELSTELLING 3

METHODE 4

LITERATUURONDERZOEK 6

I. Belangrijke achtergrondinformatie 6

1.Definitie 6

2.Culturele en individuele verschillen 6

3.Vormen van kindermishandeling 7

4.Kinderen en jongeren getuige van intrafamiliaal geweld 10

5.Epidemiologie 11

6.Risicofactoren en het ontwikkelingsproces van geweld in een gezin. 12

II. Belangrijke aspecten van de rol van de huisarts bij kindermishandeling. 13

1.De signalen – of wanneer denken aan kindermishandeling? 13

2.De gevolgen – of waarom is het belangrijk om als huisarts te reageren op vermoedens van kindermishandeling? 16

3.De rol van de huisarts 17

4.Herkennen de huisartsen kindermishandeling? 18

5.Welke drempels ondervinden de huisartsen? 18

6.De aanpak bij een vermoeden van kindermishandeling 19

7.Doorverwijzing en samenwerking met externe hulpverlening 19

8.De werking van een vertrouwenscentrum kindermishandeling 20

9.Is screening naar intrafamiliaal geweld zinvol? 20

10.Preventie 21

11.Het wettelijk kader 22

12.Medisch dossier en medisch certificaat bij intrafamiliaal geweld 25

PROBLEEMANALYSE 26

RETROSPECTIEF ONDERZOEK 28

I. Methode van selectie van patiënten 28

II. Checklist 31

III. Resultaten van de dossierstudie 33

IV. Discussie 39

V. Beperkingen van de studie 44

VI. Conclusies uit de retrospectieve dossierstudie voor het protocol 45

CONTINU PROCES IN DE PRAKTIJK VIA BESPREKINGEN IN HET ARTSENOVERLEG 46

PROTOCOL 47

BESLUIT 51

RANDVOORWAARDEN OF SUGGESTIES VOOR EXTERNEN 52

REFERENTIES 53

BIJLAGE 1: Doorverwijzing en samenwerking met externe hulpverleners 55

BIJLAGE 2: Medisch getuigschrift bij intrafamiliaal geweld 58

BIJLAGE 3: Checklist 59

WAAROM GEKOZEN VOOR DIT ONDERWERP?

1. Confrontatie met signalen van kindermishandeling.

Casus 1: een meisje meldt tijdens het klinisch onderzoek: "Je ziet mijn blauwe plek wel rond mijn oog, mijn moeder heeft me geslagen, maar ik wil niet dat je met haar hierover praat."

Casus 2: een moeder komt samen met haar zoon van 3 jaar op consult voor een kleine kwaal, dan zegt de jongen plots "papa slaat". Bij nader vragen is hij getuige geweest van fysiek geweld van vader t.o.v. moeder.

Naar aanleiding van een aantal gelijkaardige consulten met signalen van kindermishandeling en intrafamiliaal geweld, kwam ik tot het besluit dat ik als huisarts in opleiding te weinig vorming en kennis heb rond dit onderwerp. Met als gevolg, weinig vertrouwen, moeilijkheden bij het omgaan met deze signalen, weinig houvast voor de aanpak van kindermishandeling en het bieden van ondersteuning aan het kind en/of het gezin. Ik had ook heel weinig zicht op de doorverwijsmogelijkheden naar externe en gespecialiseerde hulpverlening.

2. Vorming kindermishandeling.

Tijdens mijn eerste stagemaanden, volgden mijn collega-artsen een vorming rond kindermishandeling. Na de vorming, kwam men in de praktijk, het universitair gezondheidscentrum (UGC) Nieuw Gent, tot de vaststelling dat we te weinig registraties hebben met ICPC code "kindermishandeling" in vergelijking met de prevalentie terug te vinden in de internationale literatuur (1). Tijdens een artsenoverleg volgend op de vorming werden een aantal oorzaken hiervoor kort besproken. Zo kon men in eerste instantie reeds een aantal problemen formuleren, zoals registratiefouten en het ontbreken van een uniforme ICPC codering binnen de praktijk rond een vermoeden of signaal van kindermishandeling.

3. Een rol voor de huisarts.

Vooraleer mijn keuze van onderwerp definitief was, zocht ik in de literatuur meer achtergrond over kindermishandeling en -verwaarlozing. Snel werd duidelijk dat de huisarts, als vertrouwenspersoon van het gezin, goed geplaatst is om kindermishandeling op te merken. De huisarts heeft de mogelijkheid om de gezinsdynamiek en de evolutie ervan te observeren, ook op momenten van kwetsbaarheid. Kennis over bepalende omstandigheden, verdachte elementen in de anamnese en klinische signalen helpen de huisarts om kindermishandeling te herkennen. De huisarts kan een centrale rol spelen om het geweld te voorkomen of, in samenwerking met andere hulpverleners, het te laten ophouden en de opvolging van het kind en zijn gezin vervolgens te verzekeren. Toch is dit niet vanzelfsprekend en kan de huisarts verschillende drempels ondervinden, die het opstarten van hulpverlening kunnen vertragen.

Deze 3 argumenten hebben de doorslag gegeven voor de keuze van dit onderwerp. Het is relevant voor de huisarts, er is een probleem vastgesteld in de praktijk en er zijn mogelijkheden tot verbetering. Ik had te weinig kennis en vertrouwen rond dit onderwerp, waardoor ik enorm gemotiveerd was om mij in deze problematiek te verdiepen en een praktijkproject uit te werken.

Om meer vertrouwd te geraken met deze complexe problematiek, verrijkte ik mijn persoonlijke ervaringen met:

- **Een stage in het vertrouwenscentrum kindermishandeling (VK) Oost-Vlaanderen.**

Om de werking van het VK te leren kennen, liep ik een aantal stagedagen in het VK. Ik heb de kans gekregen om teamvergaderingen bij te wonen waar meldingen worden besproken. Ik ben mee op huisbezoek geweest bij een gezin en woonde een eerste exploratie of confrontatiegesprek met ouders bij. Ik volgde ook samen met een medewerker van het vertrouwenscentrum de permanentie voor meldingen en vragen naar advies van externe personen en hulpverleners.
Samen met een medewerker van het vertrouwenscentrum en de externe hulpverleners (CLB, OCMW sociaal assistent, thuisbegeleiding) organiseerden we een multidisciplinair teamoverleg voor de bespreking van een gezin uit onze praktijk met intrafamiliaal geweld .

- **Een boek van Peter Adriaenssens. "In vertrouwen genomen. Wat is kindermishandeling? Hoe stel je het vast? Wat kun je doen? Wat kan je verwachten?"**(2).

Het lezen van dit boek gaf me een goede basiskennis en belangrijke informatie voor het literatuuronderzoek en het uitwerken van het praktijkproject.

- **Bijscholing.**

- "Gezinsgeweld en de impact daarvan op de kinderen". Een vorming georganiseerd door VIVA-SVV en Zij-kant in Brussel op 23/3/2011 met 2 deskundigen: Hilde Genetello, psychologe en Dr. Johan Marchand, pediater UZ Brussel en referentiearts kindermishandeling. Zij gingen in op het ontstaan en de vormen van gezinsgeweld. Ze belichtten de effecten ervan op de kinderen als slachtoffer en getuige.
- "Gecoördineerde aanpak van geweld in de medische setting". Een minisymposium georganiseerd door UZ Gent op 29/9/11. Volgende thema's kwamen aanbod: impressies rond intrafamiliaal geweld, voorstelling van het protocol voor de aanpak van intrafamiliaal geweld in een ziekenhuiscontext, dringende sociale interventies bij geweldsituaties en juridische aspecten.
- "De rechtspositie van de minderjarige patiënt." Een studiedag georganiseerd door Kinderrechtswinkel in Gent op 10/3/2012. Het thema "beroepsgeheim ten aanzien van minderjarigen" werd ook aangehaald.

INLEIDING

Kindermishandeling en -verwaarlozing is een frequent voorkomend, maar vaak onderschat maatschappelijk gezondheidsprobleem. Het komt in alle culturen en sociale lagen van de bevolking voor (1, 3, 4). Meestal speelt kindermishandeling zich af in de gezinssfeer van het kind (4-6). Kinderen blootgesteld aan 1 vorm van mishandeling zijn vaak ook blootgesteld aan andere vormen, waarbij het zelden blijft bij 1 incident. Vaak wordt het een chronische situatie (1, 2, 7). Het diagnosticeren van kindermishandeling betekent het samenbrengen van diverse signalen die een beeld kunnen geven van het gezins(dis)functioneren (2, 3, 8-10). De langetermijngevolgen van kindermishandeling- en verwaarlozing zijn veelvuldig en uiteenlopend, maar nefast. Het heeft een enorme impact op de algemene gezondheid en de ontwikkeling van het kind (3, 8, 9, 11). In de literatuur ligt de klemtoon op de strategische maar ook kwetsbare positie van de huisarts bij kindermishandeling (3, 10, 12).

VRAAGSTELLING

1. **Wat weerhoudt de literatuur als belangrijk voor de huisarts in het opnemen van zijn rol bij kindermishandeling?**
   Een literatuuronderzoek naar enerzijds belangrijke achtergrondinformatie en anderzijds de verschillende aspecten van de rol van de huisarts bij kindermishandeling.

2. **Welke problemen worden door de huisartsen van het UGC Nieuw Gent ondervonden rond de problematiek van kindermishandeling?**

3. **Hoe is de kwaliteit van het dossierbeheer bij kindermishandeling in het UGC Nieuw Gent?**
   De kwaliteit van het dossierbeheer door de huisarts kan de klinische inschatting en het handelen van de arts of de collega-artsen in een volgend consult bepalen of bijsturen. Binnen de problematiek van kindermishandeling is het belangrijk dat elk signaal bewaakt wordt en niet verloren gaat. Daarom is een goede registratie in het dossier van groot belang, zeker binnen een groepspraktijk. Het doel van dit retrospectief onderzoek is een analyse van de kwaliteit van het dossierbeheer (registratie en aanpak) van de huisarts rond de problematiek kindermishandeling.

4. **Een protocol voor de registratie en aanpak bij een vermoeden of probleem van kindermishandeling in het UGC Nieuw Gent.**
   Het protocol, als eindproduct van dit masterproject, bestaat uit een stappenplan voor verdere aanpak en beleid van een vermoeden of signaal van kindermishandeling, inclusief afspraken rond benoemen en keuze van ICPC codering voor welbepaalde situaties zodat adequaat en uniform kan geregistreerd worden in de groepspraktijk.

DOELSTELLING

Het doel van dit masterproject is de huisartsen motiveren om signalen van kindermishandeling te registreren en op te volgen aan de hand van een werkbaar protocol, dat houvast kan bieden bij deze complexe problematiek en een uniform praktijkbeleid bij kindermishandeling aanmoedigt.

METHODE

1. Literatuuronderzoek

Voor het literatuuronderzoek werd gestart met het raadplegen van de belangrijkste huisartsgeneeskundige relevante bronnen.
De Vlaamse huisartsenvereniging Domus Medica heeft aanbevelingen en werkmodellen voor kindermishandeling, maar ook een interactieve website "www.ifgeweld.be". Het tijdschrift "Huisarts Nu" werd geraadpleegd, waar niet alleen 2 interessante artikels over kindermishandeling, maar ook de aanbeveling rond partnergeweld, terug te vinden waren. De Federale Overheidsdienst Volksgezondheid (www.health.belgium.be) publiceerde in 2005 een aanzet tot een richtlijn "Gids Kindermishandeling" voor huisartsen en personeel op spoedgevallendiensten. De onderzoeksgroep bestond uit de Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Huisartsen en Société Scientifique de Médecine Générale.
De Nederlands huisartsenvereniging NHG heeft nog geen richtlijn gepubliceerd rond kindermishandeling, maar wel een LESA (Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak), die terug te vinden is in het tijdschrift "Huisarts en Wetenschap". In het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde werd een retrospectieve studie gepubliceerd over het herkennen van kindermishandeling op huisartsposten.
Ook het Tijdschrift voor Geneeskunde publiceerde in 2010 een belangrijk overzichtsartikel rond de problematiek van kindermishandeling.
De website van de vertrouwenscentra kindermishandeling (www.kindermishandeling.be) en het centrum voor algemene welzijn (CAW) (http://ww.caw.be/Geweldinhetgezin) brachten interessante informatie op.
Buitenlandse richtlijnen werden opgezocht via de Belgische CEBAM Digital Library for Heath. Er werd gezocht naar de combinatie van volgende zoektermen: child abuse, child neglect, suspicion, recognising, domestic violence, diagnosis, decision-making, prevention, primary care.
Voor de zoektocht naar andere wetenschappelijke artikels werd gebruik gemaakt van het zoekprogramma PUBMED dat de mogelijkheid biedt om referenties in MEDLINE en aanverwante gezondheidsgerelateerde tijdschriften op te zoeken via het web. PUBMED beschikt over een uitgebreide database. Artikels, rond een welbepaald onderwerp en verschenen binnen een zelf aan te geven periode, kunnen internationaal opgezocht worden. Via MeSH Database werd gezocht naar de combinatie van bovengenoemde zoektermen. Vooral recente artikels werden nagegaan. Doorgaans werd op basis van het lezen van het abstract van het artikel bepaald of het al dan niet kaderde binnen de geformuleerde vraagstelling. Hierbij was de setting waarbinnen een studie plaatsvond, namelijk "primary care", een belangrijke inclusiecriteria. Alle kinderen (per definitie < 18 jaar) kwamen in aanmerking en daarom werd geen specifieke leeftijdsgroep geselecteerd. Of het artikel een voldoend breed beeld gaf over de problematiek van kindermishandeling speelde ook een rol in de keuze ervan.
De zoektocht leverde 4 belangrijke overzichtsartikels uit het tijdschrift "The Lancet" op. Via de link "related articles" kon de verzameling van artikels verder worden aangevuld. Door exploratie van de referenties, kwam ik nog tot een aantal interessante artikels.
Voor het wettelijk kader rond de problematiek van kindermishandeling werd het boek van Prof. Dr. Johan Put "Beroepsgeheim en hulpverlening" geraadpleegd.

2. Probleemanalyse

Er werd een probleemanalyse in de praktijk uitgevoerd rond de problematiek van kindermishandeling. Deze vond plaats tijdens 2 focusgroepen aan de hand van 2 visgraatanalyses. De eerste handelt over het onderwerp “van signaal tot registratie” en de tweede over “de aanpak van kindermishandeling”. (zie verder)

3. Retrospectief onderzoek

Uit de probleemanalyse kwam men tot het besluit dat er nood is aan een goed werkbaar protocol rond de aanpak van kindermishandeling met adviezen voor een uniforme registratie.

Vooraleer adviezen voor een uniform dossierbeheer geformuleerd kunnen worden, is een beschrijvend onderzoek van de kwaliteit van het huidig dossierbeheer rond kindermishandeling nodig.

Dit onderzoek bestaat uit een retrospectieve analyse van de elektronische patiëntendossiers waar in de probleemlijst één of meerdere diagnoses voorkomen die kunnen wijzen op kindermishandeling. Op basis van gegevens uit de literatuurstudie werd een lijst met ICPC codes, die kunnen wijzen op kindermishandeling, opgesteld en werden de inclusiecriteria bepaald. De op deze manier geselecteerde dossiers werden gescreend met een korte checklist. Deze checklist bevat items over de kwaliteit van het dossierbeheer door de huisarts rond de problematiek van kindermishandeling. Deze items werden zelf samengesteld op basis van gegevens uit de literatuurstudie (zie verder).
De gegevens uit de checklist werden geregistreerd in een Excel document en geëxporteerd naar het SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programma voor verwerking.

4. Protocol

Er werd een protocol opgemaakt met adviezen voor een uniform dossierbeheer rond de registratie en de aanpak van een vermoeden of probleem van kindermishandeling en - verwaarlozing.

Dit werd gerealiseerd op basis van informatie uit:

- Het literatuuronderzoek.
- De analyse van de kwaliteit van het dossierbeheer (zie retrospectief onderzoek).
- Een continue proces in de praktijk waarbij men in het artsenoverleg aan de hand van besprekingen van casussen rond kindermishandeling meer vertrouwd geraakt met het onderwerp en het registreren volgens de ICPC codering (zie verder).
- Expert opinie van het vertrouwenscentrum kindermishandeling..

LITERATUURONDERZOEK

I. Belangrijke achtergrondinformatie

1. Definitie

Kindermishandeling en -verwaarlozing is iedere situatie waarin het kind het slachtoffer is van geweld van fysieke, psychische of seksuele aard, en dit passief of actief (2, 7).

De WHO en de ISPCAN (International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect) definiëren kindermishandeling als alle vormen van lichamelijke en/of emotionele mishandeling, seksueel misbruik, verwaarlozing of commerciële uitbuiting in de context van een persoonlijke relatie ten aanzien van het kind of verantwoordelijkheidsverhouding, vertrouwen- of machtsrelatie, die uitmondt in reële of potentiële schade aan de gezondheid van een kind, zijn overlevingskansen, ontwikkeling en integriteit (13, 14).

Het begrip kindermishandeling kent vele verschillende definities, die vaak zo ruim zijn dat ze veel interpretatie toelaten (12). Elke beschrijving benadert het probleem vanuit een andere invalshoek: lokale wetgeving, hulpverlening of onderzoeksdoelstellingen. Geen enkele definitie krijgt een algemene consensus gezien de complexiteit van de problematiek en de verscheidenheid in de literatuur (3, 10).

2. Culturele en individuele verschillen

Het is van belang om rekening te houden met het feit dat elk land of regio zijn eigen cultuur, waarden en normen heeft, ook op het vlak van kinderrechten. Dit heeft wel implicaties op het welzijn van het kind.
Bijvoorbeeld in het Afrikaans decreet voor rechten en welzijn van het kind staat geschreven dat kinderen de verantwoordelijkheid hebben om te werken voor de familie, dat ze ten allen tijde hun ouders moeten respecteren en ondersteunen in nood. Dit wijst op de nood op overleving in gemeenschappen die in moeilijke omstandigheden leven met schaarse middelen. Dit cultureel relativisme bepaalt de houding ten opzichte van kindermishandeling.
Langs de andere kant zou men dan genitale verminking bij meisjes als niet-mishandelend kunnen beschouwen, wanneer men rekening houdt met de culturele context, namelijk dat het in sommige culturen een traditie is en aanzien wordt als een verantwoordelijke handeling van de ouders. Dit voorbeeld toont aan dat een dergelijke culturele relativistische benadering gemakkelijk en heel snel betwist wordt.
Het is een moeilijk evenwicht tussen respect voor culturele waarden en bescherming van het kind. Het verschil tussen absolute en relatieve waarden benadrukt één van de grootste ethische dilemma's binnen het onderwerp kindermishandeling. Kinderen hebben nood aan bescherming tegen elk gevaar of onrecht. Een relativistische benadering rekening houdend met culturele verschillen, brengt het gevaar mee dat men het kind niet beschermt, terwijl een absolutistische benadering, waarbij men de context waarin mishandeling plaatsvindt negeert, kan leiden tot ongepaste interventies die gevaar of onrecht t.o.v. het kind kan versterken of doen toenemen (15).

Het verschil en evenwicht tussen relatieve en absolute houding t.o.v. kindermishandeling is niet enkel op cultureel vlak te merken maar ook tussen alle individuen: ouders, magistraten, artsen, maatschappelijk werkers, e.a.
De meeste gevallen van kindermishandeling spelen zich af in de gezinssfeer van het kind. Dit omvat ook strafsituaties, die cultureel en individueel sterk kunnen verschillen maar die de gezondheid of de ontwikkeling van het kind niet in gevaar mogen brengen (4-6). Een tik op het hoofd om duidelijk te maken dat het kind fout handelt, is dit geweld? Het is een agressieve oplossing van het probleem. Is dat dan niet te begrijpen? Natuurlijk, en de meeste ouders zullen zich dergelijke situaties herinneren. Voor een ruime groep volwassenen in de samenleving is dit aanvaardbaar. Maar het is niet een voldoende argument om te zeggen dat dergelijke opvoedkundige bedoelde handelingen effectloos zijn of geen aanleiding kunnen geven tot emotionele schade of pijn (2).

De grens tussen “goed behandelen” en “mishandeling” blijft subjectief. De persoonlijke voorgeschiedenis, de gevoelens en de eigen levenscyclus bepalen de eigen positie die iedereen over de definitie kindermishandeling zal innemen (10, 15). We moeten bewust zijn van de verschillende culturele en individuele normen en waarden, maar het mag nooit als een excuus voor het geweld aanvaard worden (4).

3. Vormen van kindermishandeling

Men moet een onderscheid maken tussen mishandeling (een actieve handeling) en verwaarlozing (een passieve handeling). Bovendien bestaat er ook een onderscheid in de vorm van het geweld: lichamelijk, psychisch, seksueel en institutioneel.

Kindermishandeling komt zelden voor in een geïsoleerde vorm. Kinderen blootgesteld aan 1 bepaalde vorm van mishandeling zijn vaak ook blootgesteld aan andere vormen op verschillende momenten of continu. Gecombineerde vormen zijn eerder regel dan uitzondering. Bijvoorbeeld lichamelijke en psychische kindermishandeling komen zelden alleen voor. Seksueel misbruik gaat meestal gepaard met emotionele mishandeling of verwaarlozing (1, 2, 7).

3.1. Lichamelijke mishandeling

Bij lichamelijke mishandeling verwijzen we naar volwassenen die fysiek geweld plegen op kinderen of jongeren. Dit kan gaan van schoppen, slaan, knijpen, bijten, door elkaar schudden tot het toebrengen van brand- of snijwonden, breuken, inwendige- en hoofdletsels. Het is duidelijk dat men bij dergelijke verwondingen niet meer kan spreken van een normale strafsituatie.
Men moet er bovendien rekening mee houden dat drugs-, medicatie- en alcoholmisbruik tijdens de zwangerschap de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van een kind ernstig kunnen verstoren.

Daarnaast bestaan er ook 2 speciale vormen van lichamelijke mishandeling:

Het ***Shaken Infant Syndrome (SIS)*** ontstaat bij het hevig door elkaar schudden van baby’s gedurende 5 à 10 seconden. De zuigelingen hebben een relatief groot hoofd in verhouding tot de rest van het lichaam. Bij het door elkaar schudden, maakt het hoofd een rotatiebeweging ten opzichte van de romp waardoor een bloeding in de subdurale en intracraniële ruimte kan ontstaan. Vaak ontstaat naast de bloedingen ook hersenoedeem en is er rechtstreekse schade aan het hersenweefsel. Dit kan een

vroegtijdige dood of ernstige en onomkeerbare neurologische en psychologische stoornissen tot gevolg hebben. Meestal zijn er geen uitwendige letsels en wordt het kind gezien met convulsies, een gespannen fontanel of zelfs met verminderd bewustzijn. Meestal is het een niet-intentionele mishandeling, op een moment van totaal verlies van impulscontrole. Het gaat om een onbeheerste daad van een oververmoeide, emotioneel labiele ouder of een uiting van frustratie als men de (huilende) baby niet aankan.

Het ***Syndroom van Munchhausen by proxy*** bestaat erin dat ouders, actief of passief, hun kinderen ziek maken of aan derden vertellen dat hun kinderen ziek zijn, om zo zelf aandacht te krijgen. De meerderheid van de kinderen is jonger dan 3 jaar. De ziekte wordt gesimuleerd (door bijvoorbeeld het aanbrengen van bloed in de urine van het kind), verzonnen (door een gedetailleerd verslag van stuipen of coma die enkel door de moeder werd gezien) of veroorzaakt (zoals vergiftiging, verstikking, besmetting). Zo onderwerpen de ouders hun kinderen aan onnodige medische onderzoeken, medicatie, ziekenhuisopnames of zelfs operaties. Dit zonder dat hun kind bij aanvang ziek is, maar in belang van hun eigen aandacht.

Het ziektebeeld is vrij ernstig en complex. Het is een moeilijke situatie voor de arts en wordt zelden snel herkend. Een arts zal pas argwaan krijgen wanneer de symptomen vreemd zijn of niet overeenstemmen met het ziektebeeld. Het feit dat de moeder/vader als ideale, toegewijde ouder overkomt bij iedereen, zowel bij artsen als verplegend personeel, maakt het extra moeilijk. Door empathie met de ouder kan de arts ver meegaan in zijn verhaal (2, 3, 7, 9, 10).

3.2. Lichamelijke verwaarlozing

Lichamelijke verwaarlozing betekent dat ouders/opvoeders onvoldoende tegemoetkomen aan de basisbehoeften (kleding, voeding, hygiëne, medische verzorging, slaap) van het kind. Het kind krijgt niet de zorg en de verzorging waar het, gezien zijn leeftijd, recht op heeft. Vaak is dit niet intentioneel, maar kunnen de ouders de noden niet inschatten. Dit uit zich op verschillende manieren:

- *Organic Failure to thrive syndroom* is een te geringe toename of zelfs stilstand van de groei. Een tekort aan noodzakelijke voedingsstoffen zal aanvankelijk een stilstand en vervolgens een daling van het lichaamsgewicht tot gevolg hebben. Een kortdurend voedseltekort zal resulteren in een te licht lichaamsgewicht ten opzichte van de lichaamslengte. De lengtegroei wordt pas geremd bij een langdurige ondervoeding. Ook het gedrag van het kind verandert: het weent vlug, is snel geprikkeld, kan moeilijk gekalmeerd worden. Het kind kan ook apathisch zijn, het maakt weinig oogcontact en reageert niet adequaat op menselijke stemmen en gezichten. Verder is er een vertraagde spraak- en psychomotorische ontwikkeling. Dit syndroom komt meestal voor tijdens de eerste twee levensjaren, dus tijdens de periode van snelle groei en van afhankelijkheid van volwassenen voor voeding.
- *Ziekten* die steeds opnieuw terugkomen ten gevolge van onvoldoende hygiëne.
- *Traag herstel* na ziekte door onvoldoende of uitstellen van de zorg en het niet toedienen van medicatie.
- *Herhaalde ongevallen* door gebrek aan toezicht (2, 3, 7, 9, 10).

3.3. Psychische of emotionele mishandeling

Psychische mishandeling erkent de emotionele behoeften van het kind aan bemoediging, steun, veiligheid en geborgenheid niet, of erger nog, de omgeving reageert op een wrede, destructieve wijze op het kind. Het klimaat waarin het kind opgroeit, is uiterst vijandig, afwijzend en onvoorspelbaar. Wanneer kinderen en jongeren niet kunnen voldoen aan te hoge verwachtingen van iemand anders (en daarom gestraft worden), geldt dat ook als emotionele mishandeling. Wat het ook doet, het is nooit goed of nooit goed genoeg. Zo krijgt het kind het gevoel dat het er eigenlijk niet had moeten zijn of dat het een ander had moeten zijn.

Tal van kwaadwillige negatieve bejegeningen van het kind zijn mogelijk: pesten, treiteren, kleineren, vernederen, bespotten van het kind; opzettelijk het kind in gevaar brengen; opzettelijk speelgoed of andere dingen waar het kind aan gehecht is, vernietigen; dreigen met geweld; bedreigen met de dood; het kind terroriseren of nodeloos bestraffen; het kind benadelen ten opzichte van andere kinderen (het 'zondebok'-fenomeen); het kind isoleren of weghouden van anderen (familie, leeftijdgenoten,...); het kind aantrekken en vervolgens afstoten; te hoge eisen stellen aan het kind zonder ondersteuning of stimulering; het kind belonen of aanmoedigen wanneer het zich misdraagt of wanneer het bijvoorbeeld steelt, vernielt of een andere pijn doet (3, 7, 9, 10).

3.4. Psychische of emotionele verwaarlozing

Emotionele verwaarlozing komt tot uiting door een gebrek aan aandacht, stimulansen, interesse, scholing, respect, geborgenheid, liefde, veiligheid of bescherming ten opzichte van het kind. Kinderen of jongeren krijgen geen plaats in het gezin en staan emotioneel in de kou. Ze krijgen te weinig kansen om te leren en zich te ontwikkelen. Er is te weinig communicatie, te weinig toenadering. De ouder geeft geen respons wanneer het kind hulp nodig heeft. De ouder heeft weinig of geen interesse voor het kind en voor diens behoeften en bezigheden (2, 3, 7, 9, 10).

Een speciale vorm van emotionele verwaarlozing is psychogene groeiachterstand of non organic failure to thrive (NOFTT). Het gaat hier om kinderen met een uitgesproken achterstand in groei en ontwikkeling vanwege een tekort aan "emotionele voeding". Met psychogene groeiachterstand hebben we het over kinderen die, ondanks het feit dat ze leven in een milieu dat hun het nodige kan aanbieden, toch een groei- en ontwikkelingsachterstand vertonen (2).

In de praktijk blijkt het onderscheid tussen emotionele verwaarlozing en mishandeling vaker theorie dan realiteit te zijn. Men wordt doorgaans met mengvormen geconfronteerd (2).

3.5. Seksueel misbruik

Er is sprake van seksueel misbruik wanneer kinderen betrokken worden bij seksuele activiteiten of handelingen die niet aan hun leeftijd zijn aangepast, maar eerder kaderen in een behoeftebevrediging van een volwassene en/of jongere. Onder seksueel misbruik verstaan we: het aanraken of doen aanraken van borsten en geslachtsdelen, tongzoenen, het kind dwingen tot masturbatiehandelingen, vaginale, orale of rectale geslachtsgemeenschap, het kind verplichten te kijken naar geslachtsgemeenschap of pornografisch materiaal, ...

Seksueel misbruik gaat immers vaak samen met andere vormen van geweld. Volwassenen laten kinderen ongepaste dingen doen, behandelen hen als leeftijdgenoten, vragen geheimhouding en scheppen soms een 'speciale band' met het slachtoffer. Het kind raakt verstrikt en verward en ziet niet altijd een uitweg. Het kan jaren duren voor het misbruik aan het licht komt. Vele daders kopen hun slachtoffer om met geschenken, geld en gunsten. Anderen dreigen met geweld, niet alleen tegen het slachtoffer zelf, maar ook tegen moeder, broertjes of zusjes. De pleger kan het kind ook aanpraten dat niemand het zal geloven of dat het naar een instelling zal moeten. Zo is er dus ook sprake van emotionele chantage of mishandeling. We onderscheiden verschillende vormen van seksueel misbruik: incest, extrafamiliaal seksueel misbruik en georganiseerde seksuele uitbuiting al dan niet met commerciële doeleinden, zoals kinderprostitutie (3, 7, 9, 10).

3.6. Institutionele of structurele mishandeling

Wanneer een kind geen gepaste hulp kan krijgen of slechter gaat functioneren vanwege een gebrekkig systeem, noemen we dat institutionele en/of structurele mishandeling. Kinderen of jongeren worden niet altijd rechtstreeks door volwassenen mishandeld. Soms zijn ze onrechtstreeks het slachtoffer van de werking of wetten van een overheid, instelling of organisatie. En zo ontstaan systemen die te weinig rekening houden met hun impact op kinderen. Dat kan zeer negatieve gevolgen hebben. Een voorbeeld: het niet voorzien van onderwijs aan huis voor een kind met een chronische ziekte die hierdoor niet naar school kan.

De beschrijving van deze vorm van kindermishandeling komt weinig aan bod in de literatuur en is weinig bekend (9).

4. Kinderen en jongeren getuige van intrafamiliaal geweld

Getuige zijn van geweld – als kind tussen de ouders, of bij een overval waar je moeder aangerand wordt, of bij mishandeling van je broer of zus – kan zeer traumatiserend zijn (2). Getuige zijn van geweld is hetzelfde als en heeft even ernstige gevolgen dan zelf slachtoffer te zijn van mishandeling (2, 11, 16-18).

In België zijn jaarlijks tussen 26 000 en 170 000 kinderen getuige van geweld tussen hun ouders (16).
De positie van het kind in de ruzies kan divers zijn. Het kind probeert beiden te helpen door te sussen, tussen beiden te komen, afschermen, wegduwen of zelf geweld gebruiken. Het kind probeert af te leiden door het conflict naar zich toe te trekken of door hulpbehoevend te zijn (bv. buikpijn simuleren). Het kind kan in coalitie gaan met het slachtoffer. Vaak kiezen ze daar zelf niet voor. Bv. mama, slachtoffer van geweld, kruipt in bed bij haar dochter. Het kind kan ook in coalitie gaan met de pleger na manipulatie door bv papa die zegt: "als mama zou doen wat papa zegt, zou ik ze niet moeten slaan". Het kind kan in de geweldsituatie een ooggetuige of oorgetuige zijn. Veel kinderen worden weggestuurd naar hun kamer maar in de gang of op de trap blijven ze staan om te luisteren. Ouders onderschatten vaak de impact: "het valt wel mee, ze kijken naar televisie" (11). Toch hebben ze vaak meer in de gaten dan we denken. Ze hebben passief moeten toezien of aanhoren hoe diegene waarvan ze houden, werd mishandeld (16).
Getuige zijn van geweld, kan leiden tot angst, schuldgevoelens, en dissociatie indien de expressie van de intense emoties die met het trauma gepaard gaan, geblokkeerd wordt door intimidatie of de plicht tot geheimhouding (2).

Kinderen die getuige zijn van huishoudelijk geweld, hebben 30-60% risico op een andere vorm van kindermishandeling en - verwaarlozing (1, 18). Daarom moeten broers en zussen van slachtoffers van kindermishandeling ook onze aandacht krijgen, en waar mogelijk bij de zorgverlening betrokken worden (2).

5. Epidemiologie

Kindermishandeling door ouders of andere verzorgers is een omvangrijk en wereldwijd maatschappelijk gezondheid - en welzijnsprobleem. Kindermishandeling komt in al zijn vormen in alle culturen en sociale lagen van de bevolking voor (1, 3, 4). De exacte incidentie van kindermishandeling in België is niet gekend. Veel situaties zijn moeilijk te ontdekken en meldingen van geweld tegen kinderen gebeuren bij een groot aantal hulpverleningsorganisaties zonder dat integratie van de gegevens mogelijk is (10, 19).

Kindermishandeling is niet zeldzaam. In Nederland schatten de onderzoekers dat 107 200 kinderen per jaar mishandeld worden (20). Angelsaksische cijfers geven aan dat elk jaar 4-16% van de kinderen fysiek mishandeld en 10% verwaarloosd of psychisch mishandeld worden. Gedurende de kinderjaren worden ongeveer 5-10% van de meisjes en 1-5% van de jongens blootgesteld aan seksueel misbruik met penetratie, en meer dan 3 keer dit aantal aan enige andere vorm van seksueel misbruik.

Slechts 10% hiervan wordt geregistreerd. Een betrouwbare meting van de frequentie en de ernst van kindermishandeling is niet eenvoudig. Men ziet een groot verschil tussen enerzijds de officiële registratie en statistieken door politie en andere officiële instanties en anderzijds de 10 keer hogere cijfers in “community” studies waar slachtoffers en ouders zelf rapporteerden. Dit wijst op een grote onderrapportage en een duidelijke onderschatting van het probleem (1).

In de 6 Vlaamse Vertrouwenscentra Kindermishandeling werden in 2010 in totaal 6629 meldingen geregistreerd. 5007 meldingen (75.5%) betroffen een (vermoeden van een) concrete situatie van mishandeling of verwaarlozing. 1031 meldingen (15.6%) betroffen een risicosituatie, bij 67 meldingen (1%) ging het om een verwerkingsproblematiek n.a.v. een vroegere mishandeling of verwaarlozing. Bij 524 meldingen (7.9%) ging het om een andere problematiek dan kindermishandeling. Bij al deze meldingen waren er 9402 minderjarigen betrokken waarvan 6999 (74.4%) kinderen gemeld werden voor een (vermoeden van een) concrete situatie van mishandeling of verwaarlozing. Hiervan zijn er 38.7% meldingen voor lichamelijke mishandeling en verwaarlozing, 32.8% voor emotionele mishandeling en verwaarlozing, 27.8% voor seksueel misbruik en 0.7% voor niet nader omschreven grensoverschrijdend gedrag door de minderjarige. Het totaal aantal gemelde kinderen steeg met 6.8% t.o.v. 2009. Het aantal gemelde kinderen in het Vlaams Gewest bedroeg 75.4 per 10 000 kinderen tegenover 61.4 in 2009 (9). Meisjes worden meer aangemeld dan jongens. Gemiddeld 60%. Deze verhouding komt jaarlijks terug. Dit wil geenszins zeggen dat er minder jongens worden mishandeld. Een mogelijke verklaring kan bijvoorbeeld liggen in de andere normen die worden gehanteerd bij meisjes en jongens. Fysiek geweld wordt bijvoorbeeld meer getolereerd bij jongens of bij jongens is het taboe om met seksueel misbruik naar buiten te komen nog veel groter (2).

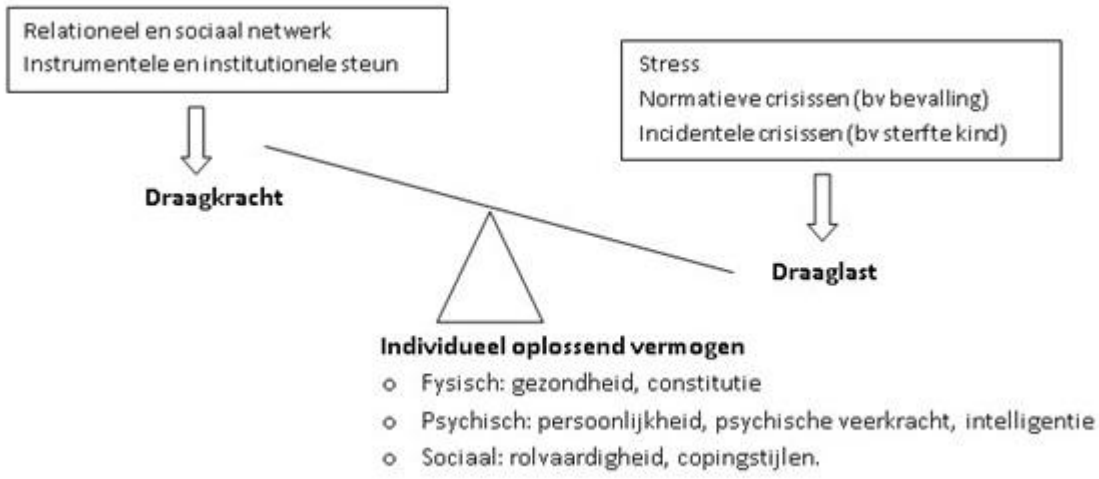
Meer dan 80% van kindermishandeling vindt plaats binnen de familiale context. Intrafamiliaal betekent tot in de derde graad verwantschap met het slachtoffer. Vaak gaat het om de ouders of personen met een vervangende ouderfunctie, behalve voor seksueel misbruik dat voornamelijk door kennissen of andere familieverwanten gepleegd wordt (1-3, 10).

6. Risicofactoren en het ontwikkelingsproces van geweld in een gezin

Kindermishandeling ontstaat niet plotseling. Kindermishandeling is multifactorieel bepaald en is niet het gevolg van één oorzaak. Het is meestal niet intentioneel, maar een symptoom van een moeilijk functionerend gezin en dit in alle socio-economische milieus. Bepaalde factoren verhogen het risico op geweld en moeten worden gezocht bij de ouders, het kind, de omgeving en de interactie tussen deze elementen (1, 3, 5, 7, 8, 10, 15, 20-22).

Kindgebonden factoren	Omgevingsfactoren	Oudergebonden factoren
Kind < 3 jaar	Sociaal isolement	Laag zelfbeeld
Ongewenst kind	Gebrek sociale steun/omkadering	Zelf slachtoffer/getuige
Pre- en dysmatuur kind	Rigide en traditionele cultuur	Persoonlijkheidstoornis
Huilbaby	Financiële problemen	Psychiatrische stoornis
Adoptie- en pleegkind	Armoede	Verslavingsprobleem
Stiefkind	Slechte huisvesting	Ouder op tiener leeftijd
Gedragsprobleem	Werkloosheid	Strafrechtelijke antecedenten
Mentale/fysieke handicap	Relatieprobleem	Lage scholing
Chronisch ziekte	Echtscheiding	Zwakbegaafdheid
	Eenoudergezin	Weinig opvoedingsvaardigheden
		Hoge verwachtingen

Deze risicofactoren kunnen stigmatiserend zijn. De aanwezigheid van een risicofactor in een gezin, betekent niet dat het noodzakelijk leidt tot kindermishandeling. Vaak zijn verschillende risicofactoren aanwezig waardoor een gezin bezwijkt onder de draaglast en er te weinig factoren zijn die bijdragen aan de draagkracht van het gezin.



Een risicogezin is een gezin waar de balans van draagkracht en draaglast niet in evenwicht is, en zo kwetsbaarder is voor intrafamiliaal geweld. Bovendien zorgen de schuld- en schaamtegevoelens na gewelduitbarstingen ervoor dat de bestaande spanningen en het sociale isolement alsmaar toenemen, met een stijgend gevaar voor intrafamiliaal geweld tot gevolg. Voor vele kinderen blijft het niet bij één incident maar wordt de kindermishandeling een chronische situatie (1).

Drugs – en alcoholmisbruik bij ouders in een belangrijk risicofactor voor kindermishandeling. Dit is naar schatting zo bij 80% van de gevallen van kindermishandeling in de Verenigde Staten en ongeveer 10-50% (alcoholmisbruik alleen) van de gevallen in de Europese unie (15).

Slechts 10 % van de mishandelende ouders hebben een dermate ernstige psychiatrische stoornis dat de veiligheid van hun kind in hun aanwezigheid niet kan gegarandeerd worden (3, 7).

II. Belangrijke aspecten van de rol van de huisarts bij kindermishandeling

1. De signalen – of wanneer denken aan kindermishandeling?

Het is erg moeilijk kindermishandeling te herkennen. De aanwezigheid van 1 of meerder signalen betekent niet automatisch dat er sprake is van kindermishandeling. Vele symptomen kunnen wijzen op mishandeling, maar slechts weinige zijn pathognomonisch. Er zijn ook kinderen waaraan niets te merken valt en die geen signalen vertonen. Toch kunnen zij het slachtoffer zijn van mishandeling, maar wordt de zichtbaarheid bemoeilijkt door de geheimhouding. Signalen van kindermishandeling herkennen en interpreteren is dus een complexe zaak. Het heeft te maken met de kennis over de problematiek van mishandeling. Maar ook het proces van het oppikken van signalen verloopt niet bij iedereen op dezelfde manier: de ene voelt zich ongerust bij bepaalde signalen, terwijl de andere dezelfde signalen onbeduidend vindt of ze anders interpreteert. Dit heeft te maken met iemand zijn persoonlijkheid, welke gevoeligheid iemand heeft op bepaalde signalen. Deze gevoeligheid wordt ook beïnvloed door de manier waarop men zelf is opgegroeid. Het heeft ook te maken met hoe men het zelf durft aan te voelen en hoe men durft stil te staan bij de beleving van een kind.
Een vermoeden impliceert per definitie ook steeds de confrontatie met onzekerheid. Er is voor wie signalen ontvangt vaak dat dubbele gevoel: enerzijds moet men zijn verantwoordelijkheid opnemen voor wat geobserveerd wordt, anderzijds mag men niet te hard van stapel lopen. Aan de ene kant moet men voldoende appel voelen om ongerustheid aan anderen over te brengen, maar aan de andere kant moet men ook weten dat de signalen slechts een beperkt deel zijn van een groter geheel, waarop we geen volledig zicht hebben.

Eén signaal of vermoeden is dus vaak niet voldoende om conclusies te trekken, wel voldoende om alert te zijn. Het diagnosticeren van kindermishandeling betekent het samenbrengen van diverse signalen of puzzelstukken die een beeld kunnen geven van het gezins(dis)functioneren (2, 3, 8-10).

Er zijn 3 luiken: bepalende omstandigheden, onduidelijke anamnese en bepaalde klinische tekenen. Zij kunnen elk op hun beurt een reden zijn om aan kindermishandeling te denken (8).

1.1 Bepalende omstandigheden

Wat omstandigheden betreft, kunnen zowel de houding van het kind (heel angstig of niet reagerend op een pijnlijk onderzoek) als de houding van de ouders (weinig bezorgd of zeer claimend t.a.v. de arts) tijdens de consultatie ertoe leiden dat de arts de situatie als niet-pluis aanvoelt.
Een aanzienlijk tijdsverschil tussen het ontstaan van het letsel en het inroepen van medische hulp is een zeer belangrijke alarmbel. Herhaalde vage klachten of ongewone letsels – al dan niet bij steeds hetzelfde kind in het gezin – of letsels in oplopende ernst kunnen een aanwijzing zijn voor mishandeling. Een algemene slechte verzorgingstoestand kan ook een indicator zijn. Daarnaast heb je

het fenomeen “medical shopping”: mishandelende ouders hebben vaak geen vaste huisarts of veranderen vaak van ziekenhuis om te vermijden dat het repetitiepatroon van verwondingen opvalt. Een (huis)arts van wacht ziet waarschijnlijk meer kindermishandeling dan hij vermoedt (3, 7, 8, 10, 23).

1.2 Onduidelijke anamnese

Het belangrijkste luik is dat de arts kritisch is en doorvraagt bij de anamnese. Zelden zijn er letsels die overduidelijk wijzen op kindermishandeling. Vaak zijn er letsels die ook door een ongeluk zouden kunnen veroorzaakt worden. De kunst om beiden te onderscheiden bestaat erin om door te vragen naar het verhaal dat een verklaring biedt voor het letsel. Passen deze letsels wel bij het voorgestelde mechanisme? Stemt het verhaal overeen met het ontwikkelingsniveau van het kind?

Het ontbreken van een verklaring of een tegenstrijdige, verwarde of wisselende uitleg over het ontstaan van de verwondingen, dat twijfelachtig overeenstemt met de medische vaststellingen, worden regelmatig gezien bij kindermishandeling. Zo is bij jonge kinderen de combinatie van ernstige intracraniële hersenschade met een verhaal van een mineur trauma 100 % sensitief voor kindermishandeling. Een verhaal van een trauma dat door een ander kind of door het kind zelf werd veroorzaakt, mag niet te snel aangenomen worden maar verdient nader exploratie, vooral wanneer het niet compatibel is met het ontwikkelingsniveau van het kind (3, 4, 7, 8, 23).

1.3 Klinische tekenen

Het derde luik bestaat uit de klinische tekenen die moeten alarmeren voor kindermishandeling en waarbij kindermishandeling deel moet uitmaken van het differentiaal diagnostisch landschap (8, 21). Soms geeft de kliniek aanwijzingen:

- Ecchymosen ter hoogte van “zachte delen”, namelijk de wangen, de hals, de oren, de bovenarmen en - benen, de buik, zijn veel minder evident door mineure trauma veroorzaakt dan ecchymosen ter hoogte van het voorhoofd, de kin, de knieën, de ellebogen, de schenen, de bekkenkam.
- Meervoudige letsels, vooral wanneer ze in combinatie voorkomen (brandwonden, blauwe plekken en een armbreuk tegelijkertijd) en/of wanneer ze in verschillende stadia van genezing zijn.
- Een bijtwonde van een volwassenen is een alarmteken en vaak een voorbode voor ernstige intentionele kindermishandeling.
- Voor fracturen geldt dat geen enkele fractuur op zich bewijzend is voor kindermishandeling, echter de plaats van de fractuur, het type en de ontwikkelingsleeftijd kunnen kindermishandeling doen vermoeden. Multipele fracturen al dan niet van verschillende ouderdom zijn verdacht voor kindermishandeling, ribfracturen bij jonge kinderen (<18 maand) zijn in 7/10 gevallen veroorzaakt door kindermishandeling, één op 3-4 femurfracturen zijn een gevolg van kindermishandeling, met het grootste aandeel bij peuters die nog niet stappen. De helft van de humerusfracturen bij kinderen <3 jaar is te wijten aan kindermishandeling, de supracondylaire humerusfracturen zijn meer frequent accidenteel. Algemeen geldt voor breuken van de lange beenderen dat accidentele breuken frequenter voorkomen ter hoogte van de groeischijf en verdachte breuken zich meer frequent diafysair bevinden. Eén derde van de schedelfracturen, ongeacht het type, zijn te wijten aan kindermishandeling. Accidentele hoofdtraumata geven meer frequent epidurale dan subdurale bloedingen.

- De triade bestaande uit subdurale bloedingen, retinale bloedingen en afwezigheid van uitwendige letsels bij kinderen jonger dan 4 jaar moet in eerste instantie doen denken aan het “shaken infant syndrome”. Naast een groot deel van de gevallen van shaken infant syndrome die zich van bij aanvang met acute kliniek aanbieden (30-50% convulsies, coma, dood) bestaan er chronische of subacute beelden met zeer atypische tekenen: lastig zijn, intermittent braken, slaperigheid of slapeloosheid, toename van de hoofdomtrek. Het belang van een vroege detectie schuilt in het erg hoge herhalingsrisico (tot 1 op 3).
- Groeiachterstand of “failure to thrive” door lichamelijke en/of emotionele verwaarlozing.
- Symmetrische afgelijnde brandwonden in een handschoen- of sokpatroon zijn verdacht bij kinderen die oud genoeg zijn om hun handjes snel terug te trekken. Gespaarde halo’s op voetzolen of de stuit wijzen op contact met de koudere email van het bad. Typische letsels zijn ook de kleine cirkelvormige brandwonden (bolvormig of genecroseerd) die ontstaan door druk met een brandende sigaret. De diagnostiek van brandwonden door mishandeling kan erg bemoeilijkt worden door secundaire infecties of verwarring met medicamenteuze erupties of culturele gebruiken.
- Naast traumata blijken intoxicaties een groep te zijn, waarvoor wel een arts wordt geconsulteerd maar waarbij vaak ten onrechte niet aan kindermishandeling wordt gedacht. Kinderen vanaf ongeveer 4 jaar kunnen meestal zelf vertellen wat er gebeurd is, wanneer het hen gevraagd wordt. (7, 8, 10, 23, 24).

1.4 Geen zichtbare letsels

- Plotse gedragsveranderingen van kinderen, zowel teruggetrokken als rebels gedrag. Een signaalgedrag kan verwijzen naar een reeds lang bestaand probleem van kindermishandeling. De gedragsafwijkingen kunnen zich uiten in relaties, ontwikkeling, taalgebruik op school en in de relatie met de ouders. Bij relaties merkt men op dat het kind weinig of geen vrienden heeft. Het kind vertrouwt niemand, is achterdochtig en bang. Het kind heeft faalangst, leer- of concentratieproblemen. Het loopt ook een achterstand op in zijn ontwikkeling op emotioneel, motorisch of cognitief vlak.
- Psychosomatische klachten.
- Psychische gezondheidsproblemen: slaap - en/of angststoornis, depressie, automutilatie.
- Drugs- en alcoholgebruik bij adolescenten.
- Regressieve lichamelijke reacties bij jonge kinderen: opnieuw plassen in bed of terug duimzuigen.
- Bij bewezen gevallen van seksueel misbruik wordt in 60-70% van de gevallen geen fysieke letsel vastgesteld. Vaak zijn de gevonden afwijkingen aspecifiek. Wanneer er natuurlijk duidelijke letsels worden vastgesteld, hebben zij een grote diagnostische waarde. Zo kan gesteld worden dat het klinisch onderzoek bij seksueel misbruik erg belangrijk is, doch beperkt want vaak negatief. Daarom is het verhaal en de anamnese het belangrijkste bij seksueel misbruik. Nader onderzoek is wel steeds noodzakelijk bij recurrente vaginitis, vroegtijdige seksuele kennis en interesse, teveel belangstelling van de ouders voor de genitaliën van hun kinderen, onverklaard genitaal trauma of genitale pijn, seksueel overdraagbare aandoeningen bij jonge kinderen en zwangerschap bij een jonge adolescent (2, 3, 7, 8, 11, 21, 23).

2. De gevolgen – of waarom is het belangrijk om als huisarts te reageren op vermoedens van kindermishandeling?

2.1 Herhalingsrisico

Het herhalingsrisico van mishandeling na een eerste incident is groot (15-50%) en is gerelateerd aan het aantal eerdere episoden, de ernst, verwaarlozing, ouderlijke conflicten en geestelijke gezondheidsproblemen bij de ouders (8). Voor vele kinderen blijft het niet bij één incident maar wordt de kindermishandeling een chronische situatie (1).

2.2 Factoren die de gevolgen bepalen

De ernst van de gevolgen en impact van kindermishandeling zijn afhankelijk van de leeftijd waarop de mishandeling aanvat (hoe jonger, hoe groter), de context (hoe nauwer de verwantschap, hoe desastreuzer), de duur en ernst van de mishandeling.
Het is niet omdat het kind traumatische omstandigheden meemaakt dat het automatisch blijvende schade op lange termijn zal ondervinden. Sommige kinderen blijken weerbaarder te zijn dan anderen. Ze verschillen onderling van elkaar in aanleg, draagkracht, zelfrespect en zelfvertrouwen.
Daarnaast zijn er ook beschermende factoren, zoals het kind dat steun ervaart van stabiele affectieve personen uit de directe omgeving (broer, vriend(in), grootouder, leerkracht,…), het deelnemen aan goedgeorganiseerde veilige jeugdactiviteiten en een directe (professionele) opvang of interventie, kort na de traumatische gebeurtenis. Deze factoren kunnen erg belangrijk zijn voor het vermijden van ernstige langetermijngevolgen (2, 3, 7, 9).

2.3 Langetermijngevolgen

De langetermijngevolgen van kindermishandeling en -verwaarlozing zijn veelvuldig en uiteenlopend, maar nefast. Het heeft een enorme impact op de algemene gezondheid en de ontwikkeling van het kind (8). Wat voor het 5° tot 6° levensjaar begint, grijpt in op de ontwikkeling van een kind op een ogenblik dat er heel belangrijke fundamenten gelegd worden. De basisveiligheid wordt aangetast. Om geweld te overleven offert het kind door dissociatie, zelfbeschuldiging en zich verantwoordelijk voelen, zijn normale ontwikkelingskansen op (2). Dit geldt zowel voor fysieke en emotionele mishandeling, seksueel misbruik maar ook alle vormen van verwaarlozing.
De langetermijngevolgen zijn op verschillende vlakken:

- **School**

Een prospectieve longitudinale studie toonde consequent aan dat mishandelde kinderen lagere schoolprestaties hebben en meer in aanmerking komen voor bijzonder onderwijs. Het verschil is aanzienlijk: slechts 42% van de mishandelde kinderen kan de middelbare school afmaken, dit in vergelijking met 66% in de controlegroep. Deze associatie persisteert na afstemming op familiale en sociale eigenschappen: zoals etnische origine, leeftijd, geslacht en socio-economische status (1).

- **Psychisch welzijn**

Mishandelde kinderen hebben een verhoogd risico op depressie (odds ratio 1.3-2.4) die zich kan ontwikkelen in de adolescentie of op volwassen leeftijd. Ongeveer 25-33% van de mishandelde kinderen ontwikkelen een majeure depressie tegen hun 20ste verjaardag.

In een prospectieve studie stelde men vast dat 23% van de kinderen na seksueel misbruik, 19% na fysieke mishandeling en 17% na verwaarlozing, allen vóór 12 jaar, gediagnosticeerd werden op 29 jarige leeftijd met een post traumatische stressstoornis (PTSS). In de controlegroep was dit 10%. Het levenslang risico op een PTSS is groter dan in de controlegroep.
Het verband tussen kindermishandeling en het ontwikkelen van een psychose of een persoonlijkheidsstoornis is twijfelachtig.
Psychologische mishandeling en seksueel misbruik zijn gerelateerd aan een 2 maal hoger risico op zelfmoord bij jongvolwassenen. Deze gevolgen persisteren na afstemming voor familiale en individuele variabelen.
Er is ook een associatie met alcoholproblemen in de adolescentie of op volwassen leeftijd. In de studies beperkt zich het verband tot de meisjes. De link tussen kindermishandeling en drugafhankelijkheid is niet rechtlijnig (1).

- **Lichamelijke gezondheid**

Er zijn studies die een sterk verband aantonen tussen kindermishandeling en het ontwikkelen van obesitas. Retrospectieve studies suggereren ook een verband tussen seksueel misbruik op kinderleeftijd en het ontwikkelen van een eetstoornis, zoals boulemia en anorexia nervosa. Ook voor hart- en vaatziekten op latere leeftijd vindt men een associatie doch hierbij is een grote hoeveelheid ander beïnvloedende variabelen aanwezig (1).

- **Agressie, geweld en criminaliteit**

Naast het feit dat kindermishandeling veel pijn en lijden veroorzaakt bij de kinderen zelf, hebben ze een verhoogd risico op agressief gedrag, het veroorzaken van pijn en lijden bij anderen en het plegen van geweld en misdrijven. Systematische reviews van retrospectieve studies tonen dat fysieke mishandeling en seksueel misbruik gewelddadig gedrag voorspelt bij jongens en meisjes. Fysieke mishandeling is het meest gerelateerd met geweld door tienermeisjes. Er is een cumulatief effect op het geweld door tieners wanneer kindermishandeling persisteert tijdens de adolescentie (1).

De gevolgen van kindermishandeling betekenen dus een belangrijke impact en ook kost voor de maatschappij (8).

2.4 Mortaliteit

De WHO schat dat elk jaar 155 000 kinderen jonger dan 15 jaar sterven ten gevolge van kindermishandeling of -verwaarlozing. Dit komt overeen met 0.6% van alle doodsoorzaken bij kinderen en 12.7% van alle doodsoorzaken door om het even welk letsel of verwonding bij kinderen jonger dan 15 jaar. In Engeland zijn 35% van de dodelijke slachtoffers ten gevolge van kindermishandeling jonger dan 1 jaar (1). Mortaliteit door kindermishandeling in de Verenigde Staten in 2008 bedraagt 1740 kinderen per jaar of 2.33 per 100.000 (11). In Nederland is dit ongeveer 50 kinderen per jaar (20).

3. De rol van de huisarts

De huisarts kan een centrale rol opnemen bij kindermishandeling. Als vertrouwenspersoon van een gezin is de huisarts goed geplaatst om de familiedynamiek en de evolutie ervan te observeren, ook op momenten van kwetsbaarheid (3, 10).

De huisarts heeft de verantwoordelijkheid om risicofactoren en eventuele signalen van intrafamiliaal geweld te herkennen en op te nemen in zijn differentiaal diagnostisch landschap. Huisartsen dienen niet zelf een volledige diagnostische (zoals zoeken naar bewijzen) en psychologische evaluatie uit te voeren bij een vermoeden van kindermishandeling. Het adequaat en vroegtijdig ingrijpen bij vermoeden van kindermishandeling is wel essentieel. Het is aanbevolen om niet alleen, maar wel in een multidisciplinair team te werken om het geweld te voorkomen of te laten ophouden en de opvolging van het kind en zijn familie vervolgens te verzekeren. De taak van de huisarts omvat een integrale begeleiding van het gezin in het kluwen van voorzieningen en hulpverlening. Het is belangrijk het kind en zijn ouders op de hoogte te stellen van elke stap die hen betreft en dit op een open, respectvolle en niet-veroordelende manier (3, 5, 10).

4. Herkennen de huisartsen kindermishandeling?

In een studie gepubliceerd in het tijdschrift Huisarts Nu in 2001, waar men 251 huisartsen geïnterviewd heeft, hebben 170 (of 68%) van de huisartsen ooit een vermoeden van kindermishandeling gehad. Van de 124 huisartsen met een vermoeden in de laatste 5 jaar hadden er 68 of 55% zelf aan kindermishandeling gedacht. In vergelijking met de problematiek die bij de vertrouwenscentra wordt gemeld, komt bij huisartsen het vermoeden van lichamelijke mishandeling veel voor: 59% tegenover 28% van de meldingen bij de vertrouwenscentra in 1999. Mogelijke verklaring is dat de diagnose van lichamelijke mishandeling voor de huisartsen eenvoudiger te stellen is en andere vormen van kindermishandeling minder herkennen of zich niet zeker genoeg voelen om hun vermoeden te verwoorden (12).
In een retrospectief statusonderzoek in de Nederlandse huisartswachtposten bleek dat kindermishandeling zelden herkend wordt door de huisartsen, terwijl 52 % van de kinderen, gemeld bij het AMK (Advies en Meldpunt Kindermishandeling), meerdere keren contact had met de huisartsenwachtpost de voorbije 5 jaar. De huisartsen onderkenden kindermishandeling alleen wanneer de patiënt of begeleiders het zelf benoemden. Bovendien leken huisartsen, op basis van wat wel geregistreerd werd, in de anamnese vaak onvoldoende door te vragen (23).

5. Welke drempels ondervinden de huisartsen?

Volgende redenen of barrières worden in de literatuur beschreven: gebrekkige kennis en opleiding en dus onzekerheid omtrent de signalen en klinische tekens, onwetendheid over hoe te handelen, gevoelens van machteloosheid, angst om de patiënten te beledigen, angst voor agressie of escalatie van de situatie, gebrek aan kennis over hulpverlening, verwijsmogelijkheden en meldingskanalen, bezorgdheid over het schenden van het beroepsgeheim, de perceptie dat men “meer kwaad dan goed zou kunnen doen”, de vertrouwensrelatie met het gezin en loyaliteitsconflicten, namelijk gewrongen zitten tussen belangen van ouder en kind (3, 4, 8, 12, 20, 24).

Dan is er ook het aspect tijdsdruk. In de studie gepubliceerd in de Huisarts Nu in 2001 blijkt dat 25% van de huisartsen die ooit een vermoeden van kindermishandeling hadden en 13% van de huisartsen zonder ervaring met kindermishandeling, geen tijd hebben voor dit probleem. Echter de meeste huisartsen waren het niet eens met de uitspraken dat “huisartsen geen tijd hebben voor dit probleem” en dat “huisartsen de betrokken patiënt niet goed genoeg kennen”(12).

Sommige huisartsen die zeer betrokken zijn en een band hebben met het gezin, de gemeenschap of de wijk hebben angst voor afwijzing of nadelige gevolgen voor hun praktijk wanneer ze het probleem melden of bespreken met de ouders. Nochtans moeten artsen en hulpverleners het taboe doorbreken: de discrepantie tussen het aantal geregistreerde gevallen en het aantal vermoedelijke gevallen op basis van de internationale literatuur wijst op een grote onderrapportering (3).

Om deze drempels te voorkomen zou het thema kindermishandeling dan ook een structurele en gedegen plaats in medische faculteiten en de huisartsopleidingen moeten krijgen om de artsen te sensibiliseren, op te leiden en attent te maken op hun verantwoordelijkheid (20).

6. De aanpak bij een vermoeden van kindermishandeling

Durven starten met slechts een vermoeden is leren werken met onzekerheden en zonder garantie op een positieve uitkomst, maar met het geloof in de mogelijkheden op verandering. Het inschatten van de veiligheid van kinderen en ondertussen toch rekening houden met hun ritme en verlangens is een belangrijke basis voor het op gang brengen van de hulpverlening. De aanpak en de hulpverlening bij kindermishandeling is een langzaam proces en heeft een langetermijndoelstelling. Broers en zussen zijn de betrokken partij die door de hulpverleners het meest verwaarloosd wordt. De aandacht gaat naar de rechtstreeks betrokkenen en men vergeet de andere leden van het systeem in het hulpverleningsproces te betrekken (2).
Het blijft belangrijk als hulpverlener te kijken naar verantwoordelijkheid en niet naar schuld. Vanuit de visie dat kindermishandeling een signaal is van het disfunctioneren van een gezin en vanuit de wetenschap dat veel van deze ouders zelf een mishandeling- of verwaarlozinggeschiedenis hebben, kunnen we hier niet van schuld spreken. Alleen vanuit morele en relationele verantwoordelijkheid kunnen we ouders vragen te zoeken naar verandering voor hun gezin. Het kan dat zijzelf heel wat moeilijkheden hebben, maar zij zijn ook verantwoordelijk voor hun kinderen (2).

Internationaal zijn er 2 benaderingen bij kindermishandeling. Ofwel is er nadruk op integrale welzijnsbevordering, ofwel ligt de focus op veiligheid van het kind met meestal meldingsplicht. In België en Nederland combineert men aandacht voor welzijn van het gezin mét gespecialiseerde meldingspunten voor kindermishandeling (VK en AMK). In België is er geen meldingsplicht (24).

Voor een beschrijving van de aanpak en de stappen die de huisarts bij een vermoeden van kindermishandeling kan nemen, verwijs ik naar het laatste deel van deze masterproef. Hier kan men een voorstel van stappenplan bij een vermoeden of probleem van kindermishandeling terugvinden. Dit protocol heeft als doel een houvast te bieden voor de huisartsen in het UGC Nieuw Gent. Om tot dit protocol te komen werd o.a. volgende bronnen geraadpleegd, waar o.a. de aanpak bij een vermoeden van kindermishandeling besproken wordt (2, 4, 5, 10, 16, 25-27).

7. Doorverwijzing en samenwerking met externe hulpverlening

Het is van belang om een complex probleem als kindermishandeling als huisarts niet alleen aan te pakken. De benadering van kindermishandeling is best multidisciplinair via een gesprek en samenwerking met (al dan niet reeds betrokken) gezinsgerichte hulpverlening. Overleg is nodig om de hulpverlening op elkaar af te stemmen, maar ook om elkaar te ondersteunen. Het laat anderzijds de arts toe niet alleen de verantwoordelijkheid te dragen. Andere hulpverleners kunnen hun evaluatie en

specifieke competenties ten dienste stellen (10). Huisarts Nu 2001 publiceerde een studie waarin duidelijk werd dat de meeste (72%) van de huisartsen doorverwijzen naar een deskundige, meestal een pediater, of een voorziening zoals het vertrouwenscentrum kindermishandeling (12).

In bijlage 1 vindt men een lijst met contacten van externe hulpverlening die eventueel kunnen worden ingezet bij een vermoeden van kindermishandeling.

8. De werking van een vertrouwenscentrum kindermishandeling

In elke Vlaamse provincie en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bevindt zich een vertrouwenscentrum kindermishandeling (VK). Het VK bestaat uit een multidisciplinair team van een vertrouwensarts, maatschappelijke assistenten en psychologen, die instaan voor hulpverlening binnen een niet-justitieel kader. De VK 's zijn een meldpunt voor alle mogelijke situaties van geweld op kinderen. Iedereen (zowel hulpverleners als mensen uit de omgeving van een kind) die een vermoeden of een ongerustheid heeft over verwaarlozing of mishandeling van een kind, kan (ook anoniem) contact opnemen met een VK. Na een melding heeft het VK het mandaat om in het kader van het gedeeld beroepsgeheim te exploreren, d.w.z. contact opnemen met mensen die vanuit hun professionele bezigheden een beeld kunnen schetsen van het kind en zijn leefsituatie: een huisarts, een CLB, K&G, enz. Anderzijds kan het VK ook de minderjarige, de ouders en/of andere rechtstreeks betrokkenen uitnodigen voor een gesprek om het probleem bespreekbaar te maken.
Na exploratie volgt een risico-inschatting en een onderhandeling over zorgverantwoordelijkheid. Het VK neemt zorgverantwoordelijkheid op als het gaat over een situatie waarbij er nog ruimte is om te werken binnen de vrijwilligheid. Er dient wel overwogen welke meerwaarde versus risico's een tussenkomst van het VK inhoudt. Het kan ook wenselijk zijn dat de betrokken hulpverlening eerst zelf nog acties onderneemt als blijkt dat daar nog kansen liggen. Het VK blijft als professionele organisatie aanspreekbaar, actief en/of ondersteunend in alle stadia van de hulpverlening. Naast het initiëren en coördineren van adequate hulp kan men het VK ook consulteren voor deskundig advies (28).

Het hulpverleningsaanbod van een VK is een vrijwillige hulpverlening, waarin uitgegaan wordt van een vraag van de omgeving of hulpverleners van een gezin. Maar het niet-vrijblijvend karakter van deze hulpverlening is echter ook een realiteit. De teamleden van het VK nemen een aanklampende houding aan en blijven ouders contacteren in belang van het kind. Als ouders niet ingaan op het aanbod van hulverlening en als daardoor het kind of jongere in gevaar blijft, wordt bekeken hoe de situatie aangemeld kan worden bij het Comité Bijzondere Jeugdzorg (CBJ). Hier wordt dan de thuissituatie verder opgevolgd. Indien de ernst toeneemt en de nood groot is, kan de situatie aangemeld worden bij de bemiddelingscommissie en eventueel later bij de jeugdrechtbank die het kind in bescherming neemt. Er moet dus een heel traject afgelegd worden, vooraleer een gezinssituatie vanuit het VK bij de jeugdrechtbank terechtkomt, tenzij de situatie levensbedreigend is voor het kind (2).

9. Is screening naar intrafamiliaal geweld zinvol?

Alle ontworpen screeningsinstrumenten naar kindermishandeling en -verwaarlozing in de huisartssetting zijn gericht op ouders, voornamelijk zwangere vrouwen. Deze zijn vaak toepast op hoog risicogezinnen en zijn niet getest in andere populaties. Deze instrumenten hebben een hoge sensitiviteit maar een lage specificiteit. Screeningstesten moeten zowel een hoge sensitiviteit als hoge

specificiteit hebben, omdat het vals beschuldigen van kindermishandeling ernstige gevolgen kunnen hebben (29).

Op basis van de huidige wetenschappelijke kennis is er onvoldoende bewijs en onderzoek over de bruikbaarheid, de efficiëntie en de veiligheid van een routinematige algemene screening op intrafamiliaal geweld door gezondheidswerkers (4, 18, 21, 24, 29, 30).

Geweld tijdens de zwangerschap komt vaak voor. In het jaar van de zwangerschap en ervoor onderging 3.4% van de vrouwen partnergeweld en 10.1% van de zwangere vrouwen gaf aan dat dit ooit plaatsgevonden had (30, 31). 95% van de vrouwen die geweld tijdens het eerste trimester van de zwangerschap ondergingen, meldden dat het geweld escaleerde na de geboorte van het kind (18). Geweld tijdens de zwangerschap heeft mogelijke ernstige gevolgen voor moeder (zoals depressie, alcohol en druggebruik,…) en kind (zoals foetale nood, laag geboorte gewicht…) (18, 30, 32, 33). Zwangere vrouwen moeten systematisch en duidelijk gevraagd worden naar geweld, omdat het identificeren van het geweld en de daarbij aansluitende interventie, namelijk informatie en adviezen om de veiligheid te verbeteren, wel geholpen hebben om het geweld te doen verminderen in de periode (6-12 maanden) na de bevalling (18, 30, 32, 33). Daarom wordt het belang van screenen naar geweld bij zwangere vrouwen benadrukt (4, 30). Andere zijn van mening dat het vragen naar geweld theoretisch geen screening kan genoemd worden. De vrouwen zijn zich bewust van het probleem en zijn dus niet asymptomatisch. Onthulling van het geweld is vrijwillig en is niet gelijkwaardig aan een abnormaal resultaat van een test, zoals bv. een cervixuitstrijkje of mammografie. Daarnaast heeft het slachtoffer de aan- of afwezigheid van het geweld niet altijd onder controle (18).

10.Preventie

10.1 Primaire preventie

In het kader van primaire preventie worden “early childhood home visitation programs” en multidisciplinaire interventies beschouwd als de enige potentiële effectieve interventies voor de preventie van fysieke mishandeling en verwaarlozing (34). Intensieve pedagogische thuisbegeleidingen door professionele hulpverleners blijken succesvol, triple P (Positive Parenting Program) – een oudertrainingsprogramma waarmee ook Kind en Gezin en CKG werkt – is beloftevol (8, 34). Een gerandomiseerde gecontroleerde studie met een 15 jaar follow up toonde aan dat huisbezoeken gedurende de prenatale periode en 2 jaar postpartum bij gezinnen met een laag inkomen een positief effect heeft op korte en lange termijn (29). “Early childhood home visitation programs”, vergelijkbaar met huisbezoeken van Kind &Gezin, zijn aanbevolen om kindermishandeling bij hoog risicogezinnen te verminderen (21, 29). Een systematische review toonde een gemiddelde daling van ongeveer 40% in het aantal episodes van kindermishandeling (Grade A: strong evidence of effectiveness) (21). Vermoedelijk is deze uitkomst onderhevig aan interpretatie- en registratiebias.

10.2 Secundaire preventie

De nadruk bij interventies voor secundaire preventie van kindermishandeling ligt bij het verminderen van het mishandelend en verwaarlozend gedrag van de ouders, vaak binnen de context van een problematisch opvoedingssituatie. De preventie van de mishandeling kan opgenomen worden door het vertrouwen aan de ouders terug te geven en hen te ondersteunen in hun educatieve aanpak. Een

gehele familiale aanpak is van belang met het vaststellen van risicofactoren (zoals psychiatrische ziekten, alcohol en drugsverslaving) en beschermende factoren (zoals sociale omkadering en ondersteuning). Ook het in kaart brengen van de adequate bestaande hulpverleners en diensten is van belang (34).

Kindgerichte interventies zoals speltherapie voor verwaarloosde kinderen blijken zinvol (8). Voor slachtoffers van seksueel misbruik blijkt traumafocused cognitive behavorial therapy de beste resultaten te hebben in het voorkomen van een posttraumatische stressstoornis (8, 34).

Uithuisplaatsing bij familie, verwanten, pleeggezin of in een instelling is een interventie voor secundaire preventie en heeft als doel recidieven van alle vormen van kindermishandeling te vermijden (34). Ondanks een mogelijks verhoogd risico, rapporteren verschillende studies dat mishandelde kinderen, waarvoor uithuisplaatsing goed overwogen werd en noodzakelijk werd geacht, het later beter treffen dan mishandelde kinderen die thuisblijven en dit op vlak van seksuele activiteit, aanwezigheid op school, schoolprestaties, sociaal gedrag en levenskwaliteit. Eens dat kinderen geplaatst worden in een pleeggezin of andere, is er vaak de veronderstelling dat hereniging met de biologische ouders het optimale doel is waarnaar gestreefd moet worden. Slechts 50-75% van de kinderen worden na plaatsing herenigd met hun gezin, hiervan worden 20-40% opnieuw geplaatst. Hereniging na langdurige plaatsing blijkt op lange termijn meestal een negatief effect te hebben op de ontwikkeling van de kinderen (8, 22, 34).

11. Het wettelijk kader

11.1 De huisarts heeft hulpverleningsplicht

Artikel 61 Code van geneeskundig plichtenleer (laatst gewijzigd op 16/11/2002)

Als een geneesheer vermoedt dat een kind wordt mishandeld, seksueel wordt misbruikt of ernstig wordt verwaarloosd dient hij te opteren voor een multidisciplinaire benadering zoals bijvoorbeeld de inschakeling van een voor die problematiek opgerichte specifieke voorziening. Indien een geneesheer vaststelt dat een kind in ernstig gevaar verkeert dient hij onmiddellijk het nodige te doen om het kind te beschermen. Indien het gevaar dreigend is en er geen andere middelen zijn om het kind te beschermen, kan de geneesheer de procureur des Konings in kennis stellen van zijn bevindingen. De ouders of de voogd van het kind zullen door de geneesheer geïnformeerd worden over zijn bevindingen en de initiatieven die hij wenst te nemen tenzij dit de belangen van het kind kan schaden. Alvorens om het even welk initiatief te nemen, dient de geneesheer voorafgaandelijk met het kind te overleggen in de mate dat zijn onderscheidingsvermogen dit toelaat (35).

11.2 Beroepsgeheim

Artikel. 458 van het Strafwetboek

Geneesheren, heelkundigen, officieren van gezondheid, apothekers, vroedvrouwen en alle andere personen die uit hoofde van hun staat of beroep kennis dragen van geheimen die hun zijn toevertrouwd en deze bekendmaken buiten het geval dat zij opgeroepen worden om in rechte of voor een parlementaire onderzoekscommissie getuigenis af te leggen en buiten het geval dat de wet hen verplicht die geheimen bekend te maken, worden gestraft met gevangenisstraf van 8 dagen tot 6 maanden en met een geldboete van 100 euro tot 500 euro.

Artikel 458 bis van het Strafwetboek, met recente aanpassing 1/2/2012.

Eenieder die uit hoofde van zijn staat of beroep houder van geheimen en hierdoor kennis heeft van een misdrijf omschreven in de artikelen 372-377 (seks en eerbaarheid), 392-394 (lichamelijk geweld), 396-405 (kindermishandeling), 423, 425 en 426, gepleegd op een minderjarige of een persoon die kwetsbaar is tgv leeftijd, zwangerschap, een ziekte dan wel een lichamelijke of geestelijk gebrek of onvolwaardigheid kan, onverminderd de verplichtingen hem opgelegd door artikel 422 bis, het misdrijf ter kennis brengen van de procureur des Konings, hetzij wanneer er een ernstig en dreigend gevaar bestaat voor de fysieke of psychische integriteit van de minderjarige of de bedoelde kwetsbare persoon en hij deze integriteit niet zelf of met hulp van anderen kan beschermen, hetzij wanneer er aanwijzingen zijn van een gewichtig en reëel gevaar dat andere minderjarigen of bedoelde kwetsbare personen het slachtoffer worden van de in voormelde artikelen bedoelde misdrijven en hij deze integriteit niet zelf of met hulp van anderen kan beschermen (3, 36).

De aanpassing van Art. 458bis Sw. maakt dat er een uitbreiding is van het spreek- en meldingsrecht, namelijk een aantal voorwaarden werden geschrapt. Het is niet meer enkel t.a.v. de minderjarige, maar ook t.a.v. elke kwetsbare persoon. Het is niet enkel als de beroepsoefenaar het slachtoffer heeft onderzocht of door deze in vertrouwen is genomen, maar ook wanneer hij op de hoogte gebracht werd door een derde persoon. Niet enkel als er een ernstig en dreigend gevaar bestaat voor de fysieke en psychische integriteit, maar ook als er aanwijzingen zijn van een gewichtig en reëel gevaar (36).

De term "*kan*" is in het artikel uiterst belangrijk. In België, in tegenstelling tot verschillende omliggende landen, bestaat meldingsrecht, maar geen meldingsplicht van kindermishandeling aan de bevoegde overheid. De meldingsplicht heeft als voordeel dat een arts die een mishandeling wil aangeven, kan terugvallen op een wettelijk kader. Het nadeel is dan weer dat mishandelende ouders niet naar een arts zullen gaan omdat ze weten dat deze arts elke mishandeling moet aangeven. Ook kan meldingsplicht leiden tot defensief melden: zonder afweging alles melden wat maar enigszins lijkt op kindermishandeling om zichzelf veilig te stellen (3).

In de literatuur erkent men dat huisartsen kindermishandeling vaak niet rapporteren of melden. De voornaamste redenen hiervoor zijn enerzijds dat de huisartsen onzeker zijn of het wel echt om kindermishandeling gaat en willen niet vals beschuldigen. Anderzijds denken sommige huisartsen dat ze efficiënter kunnen ingrijpen dan via bevoegde diensten, vaak op basis van negatieve ervaringen na of bij melding (37).

11.3 Het gedeeld en gezamenlijk beroepsgeheim

Het gedeeld en gezamenlijk beroepsgeheim zijn rechtsfiguren die mogelijk maken dat, onder bepaalde voorwaarden, informatie over een patiënt tussen dragers van het beroepsgeheim kan worden uitgewisseld zonder dat er sprake is van een schending van het beroepsgeheim.

Het gedeeld beroepsgeheim voorziet een mogelijkheid om met externe hulpverleners die eveneens betrokken zijn bij een casus, informatie uit te wisselen over een patiënt. Opdat dit niet roekeloos zou gebeuren, moet aan een aantal voorwaarden voldaan zijn eer het toegelaten is om gegevens uit te wisselen. Deze voorwaarden zijn:

1. De informatie-uitwisseling vindt plaats tussen dragers van het beroepsgeheim. Hiertoe behoren artsen, medewerkers binnen IJH, CLB, CAW, CBJ, OCMW, CGG, e.a. Informatie-uitwisseling tussen hulpverlening en gezondheidszorg enerzijds en onderwijs anderzijds kan in principe niet, tenzij in geval van wettelijke noodtoestand. Relevante informatie-uitwisseling tussen CLB medewerker en schoolleerkracht kan na schriftelijke toestemming van de patiënt.
2. Betrokkenheid bij de hulpverlening. Er moet dus reeds sprake zijn van een hulpverleningsrelatie tussen de patiënt en de hulpverlener aan wie informatie wordt doorgegeven.
3. Hulpverlenende finaliteit.
4. Noodzakelijkheidcriterium. De informatie die wordt uitgewisseld moet noodzakelijk zijn in functie van de kwaliteit en de continuïteit van de hulpverlening. Hier spreekt men van een afweging tussen “need to know” en “nice to know”.
5. In het belang van de hulpverlening, meer bepaald in het belang van de kwaliteit en de continuïteit ervan.
6. De geïnformeerde patiënt. Hij moet op de hoogte gebracht worden van de informatiestromen en de inhoud ervan. Ook het doel van de communicatie en de identiteit van de andere hulpverleners moeten worden meegedeeld. Indien de patiënt zich verzet tegen de overdracht, dan kunnen de gegevens niet uitgewisseld worden. Een meerderheid van de rechtsgeleerden voegen er de voorwaarde aan toe dat de patiënt zijn toestemming moet geven met de vooropgestelde communicatie. Andere, zoals Prof. Dr. Johan Put, menen dat er vanuit strikt juridisch standpunt een expliciete instemming van de patiënt geen noodzakelijke toepassingsvoorwaarde is voor het gedeeld beroepsgeheim en dat bij expliciete toestemming de hulpverlener ontslaan wordt van zijn geheimhoudingsplicht. Hij heeft dan namelijk geen rechtsfiguur nodig, zoals het gedeeld beroepsgeheim, om de scheiding van zijn geheim te verantwoorden (38). Er bestaat nog veel discussie over het feit of de patiënt wettelijk kan instemmen met het doorgeven van vertrouwelijke informatie en zo de hulpverlener van zijn beroepsgeheim kan ontslaan. Zolang men dit niet met zekerheid kan aannemen, moet men hiermee met de nodige voorzichtigheid omgaan (36).

Het gezamenlijk beroepsgeheim vormt een aanvulling op het gedeeld beroepsgeheim. Deze aanpassing laat toe dat leden binnen een multidisciplinair team kunnen overleggen over een gemeenschappelijke patiënt. Niet alleen het strikt nodige, maar ook het relevante of nuttige kan gedeeld worden binnen het team. Uiteraard moet men steeds in het achterhoofd houden dat met het spreken het beroepsgeheim doorbroken wordt. Het gezamenlijk beroepsgeheim werd ingevoerd met het oog op een gezamenlijke verantwoordelijkheid in functie van een betere hulpverlening. De patiënt wordt best op de hoogte gebracht van het bestaan van het team en het overleg. Toestemming van de patiënt is niet verplicht, wat betekent dat dit overleg in teamverband niet tot schending van het beroepsgeheim leidt (36, 38, 39).

11.4 Het beroepsgeheim t.a.v. minderjarige patiënten

Ouders hebben vanuit hun ouderlijk gezag recht om fundamentele opvoedingsbeslissingen te nemen over hun minderjarige kinderen omdat minderjarigen als principieel handelingsonbekwaam worden beschouwd. Ouders hebben dan ook nood aan, en recht op informatie over hun kinderen om goede beslissingen te kunnen nemen. Uiteraard is bij vermoeden van kindermishandeling enige

voorzichtigheid aangewezen. Ouders en kind kunnen binnen deze problematiek tegengestelde belangen hebben. Dit is zeker het geval wanneer ouders een dubbele rol vervullen: enerzijds de ouder van het mishandelde kind, maar anderzijds een mogelijke dader van de mishandeling. De Wet op Patiëntenrechten voorziet een belangrijke uitzondering: bekwame minderjarige patiënten kunnen zelfstandig beslissingen nemen over hun gezondheidszorg. Hierdoor hebben ouders van bekwame minderjarigen geen nood meer aan informatie om beslissingen te kunnen nemen m.b.t. de gezondheidszorg van hun kinderen en geldt het beroepsgeheim tegenover ouders van bekwame, minderjarige patiënten op dezelfde manier als voor meerderjarigen.
De Wet op Patiëntenrechten voorziet geen leeftijd waarop de minderjarige bekwaam wordt geacht. Het is de betrokken beroepsoefenaar die in een concrete situatie zal kunnen/moeten inschatten of de minderjarige patiënt bekwaam is. Dit betekent: voldoende in staat zijn om in te schatten wat in zijn/haar belang is en voldoende in staat zijn om de gevolgen van zijn/haar beslissingen en daden in te schatten (36).

12. Medisch dossier en medisch certificaat bij intrafamiliaal geweld

Op wettelijk en administratief vlak bestaat er geen consensus over de inhoud van het medisch dossier. Vanuit klinisch standpunt kan men de gangbare klinische indeling van gegevens gebruiken: anamnese (subjectieve informatie), klinisch onderzoek (objectieve vaststellingen), diagnostische hypotheses met probleemomschrijving, inschatting van de ernst, urgentiegraad en veiligheid, psychische indruk die de arts heeft over het slachtoffer, geboden hulp (medische zorgen, veiligheidsplan), voorgestelde bijkomende onderzoeken en hun resultaten. Elke interventie moet nauwkeurig gedocumenteerd en genoteerd worden in het dossier van het kind.
Het medisch dossier moet natuurlijk alle elementen bevatten die op het medisch certificaat voorkomen. Zie bijlage 2 “medisch getuigschrift bij intrafamiliaal geweld” (10, 31).

In het certificaat mag de identiteit van de dader niet vermeld worden. Men kan wel het relaas van het slachtoffer vermelden, dit wordt trouwens ook stellig aangeraden, hierbij kan de relatie tot de dader beschreven worden (patiënt verklaart dat moeder/vader/oom/…) maar niet de letterlijke identiteit van de dader. De reden hiervoor is vooral juridisch te zoeken, want de arts is geen getuige geweest.
Een medisch certificaat wordt niet noodzakelijkerwijs tijdens de raadpleging van vaststelling of bij verzorging gevraagd. Het opstellen ervan moet niet noodzakelijk samengaan met het noteren van de vaststellingen in het medisch dossier. Dit certificaat wordt opgemaakt naar aanleiding van een contact met de patiënt en op zijn/haar aanvraag. Ook op zijn/haar aanvraag kan het persoonlijk overhandigd worden en dit altijd in eigen handen. Indien men het niet direct denkt te gebruiken en het thuis bijhoudt dan is het belangrijk tijdens de raadpleging de risico’s te bekijken die het slachtoffer loopt indien de vaststelling of het certificaat ontdekt wordt door de dader van het geweld. Bij wilsonbekwame minderjarige patiënten wordt het attest overhandigd aan de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt, tenzij er aanwijzingen zijn dat deze wettelijke vertegenwoordiger in negatieve zin betrokken is. Het certificaat kan dan in het dossier blijven totdat het slachtoffer vraagt het te krijgen. Om verkeerde interpretatie te vermijden wordt het certificaat best getypt. De arts mag het certificaat en/of het medisch dossier niet zelf doorgeven aan de gerechtelijke of politieoverheid. Het kan enkel op uitdrukkelijk bevel van de onderzoeksrechter en in aanwezigheid van iemand van de Orde der Geneesheren (4, 27).

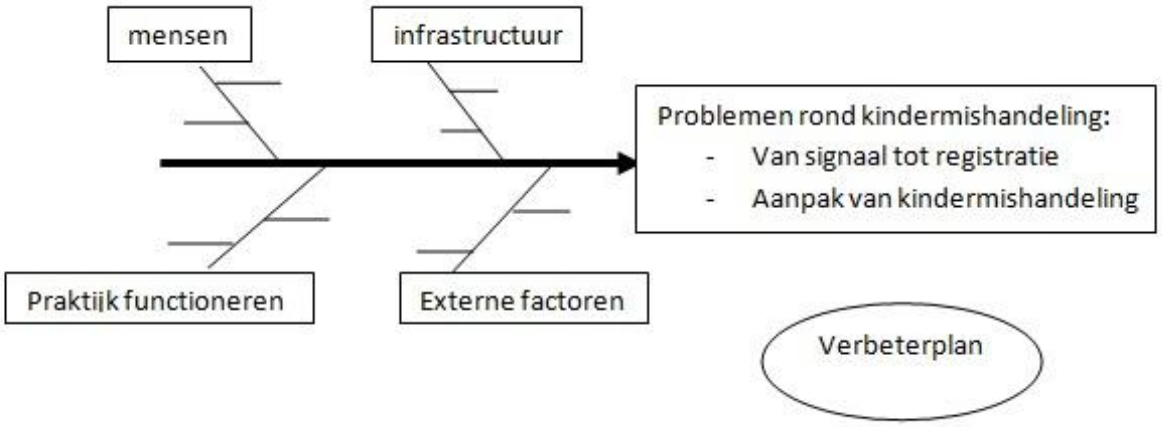
PROBLEEMANALYSE

Een focusgroep met de 6 huisartsen uit het universitair gezondheidscentrum Nieuw Gent werd georganiseerd. Elke arts werd gevraagd om aan de hand van 2 casussen te illustreren welke problemen hij/zij ondervindt rond kindermishandeling en -verwaarlozing in de praktijk.
Voorbeeld: een moeder komt op consult voor een banale klacht en meldt tussendoor dat haar man de kinderen schopt en terroriseert. Ze wil elders gaan wonen, maar ze wil niet dat haar man haar plannen te weten zou komen. Moeilijkheden voor arts: hoe hard moet je de moeder duwen om iets te ondernemen? Moet dit gemeld worden aan het vertrouwenscentrum? Hoe registeren we dit in het dossier en in welke andere relevantie dossiers van het gezin?

Aan de hand van de verschillende besproken casussen werden volgende problemen geformuleerd:

- Gebrek aan tijd en knowhow.
- Kindermishandeling komt meer voor dan we denken.
- Welke zijn de signalen? Wanneer een vermoeden?
- Hoe een onderscheid maken tussen opvoedkundige bedoelde strafsituaties en geweld binnen een problematische gezinssituatie?
- Hoe registreren we in het dossier van de patiënt?
- Moet registratie ook gebeuren in de dossiers van de andere gezinsleden?
- Aanpak: wat doen we met een vermoeden? Wanneer verwijzen we door naar het vertrouwenscentrum kindermishandeling?

Een tweede focusgroep vond plaats om de problemen rond kindermishandeling in de huisartsenpraktijk te verwerken in een visgraatanalyse. Hierbij werden alle mogelijke oorzaken op vlak van mensen, praktijk functioneren, infrastructuur en externe factoren geformuleerd.



Visgraatanalyse: van signaal tot registratie.

Mensen	Praktijk functioneren	Infrastructuur	Externe factoren
Te weinig vorming en kennis van signalen	Gebrek aan tijd Werkdrukte	Vaak bestaande ICPC codes niet van toepassing of meteen stempel	Maatschappelijk taboe/stempel
Onvoldoende maar adequate alertheid Eigen waarden & normen	Vaak geen vaste arts Kennis gezin ?	Dossier: per kind , broer/zus en ouders te noteren	Spoed en wachtposten
HA= gezinsarts, zowel kwetsbare als strategische positie, delicaat en confronterend onderwerp, schaamte	Geen afspraken rond uniforme registratie en procedure/protocol		We zien maar een fractie van de gevallen: vaak geen medische zorg noodzakelijk
Ouders houden informatie achter, minimaliseren en "shoppen"	Forfaitair (eerder beveiligend voor ouders die shoppen)		We krijgen weinig signalen vanuit CLB/school
Interpretatie: moeilijke grens tussen straf en problematische situatie	Open houding naar eerste lijn hulpverleners		
Patiëntenpopulatie: taal, opvoedingsmodel, cultuur	Multidisciplinair (beveiligend indien overleg)		
Kind: loyaal			

Visgraatanalyse: aanpak van kindermishandeling.

Mensen	Praktijk functioneren	Infrastructuur	Externe factoren
Te weinig kennis aanpak + doorverwijsmogelijkheden en hun werking. Kennis wettelijk kader?	Voor dit probleem weinig samenwerking met school/CLB/ K&G/VK.	Dossier: apart noteren in relevante dossiers	Maatschappelijke stempel
Schaamte bij HA, loyaal,moeilijk over aanspreken, timing opvolging, inschatten ernst, aanpak andere hulpverleners in vraag stellen. Frequentie signalen.	Geen afspraken rond protocol/stappenplan/ wanneer in AO brengen, beroepsgeheim.	Dossier: opmerkingen komen vaak in "commentaar" terecht, gaan mogelijks verloren.	Drempel contact met VK, werking diverse diensten, loyaliteit van alle externe hulpverleners
Ouders weigerachtig om situatie te verbeteren, appel/initiatief, taal	Bereikbaarheid arts/patiënt.		Co-ouderschappen
Kind: leeftijd, thuissituatie, loyaal, mondigheid, taal	Opvolging door arts of maatschappelijk werk ?? Welke coördinerende rol?Continuïteit?		Signaal andere hulpverleners (+/-) Team?overleg? coördinatie?
Groot engagement van HA noodzakelijk.	Tijd: telefonische contacten met familie, externe hulpverleners, vergaderingen		Lang proces. Geen korte termijneffecten.

Uit de probleemanalyse kwam men tot het besluit dat er in het UGC Nieuw Gent nood is aan een goed werkbaar protocol rond de aanpak van een vermoeden van kindermishandeling met adviezen voor een uniforme registratie. Daarnaast is er ook nood aan regelmatige besprekingen van casussen in het artsenoverleg om meer vertrouwd te geraken met de registratie en de aanpak van deze problematiek.

RETROSPECTIEF ONDERZOEK

Binnen de problematiek van kindermishandeling is het belangrijk dat elk signaal bewaakt wordt en niet verloren gaat. Daarom is een goed dossierbeheer van groot belang, zeker binnen een huisartsengroepspraktijk. Het doel van dit retrospectief onderzoek is een beschrijvende studie van de kwaliteit van het dossierbeheer rond registratie en aanpak door de huisartsen van het UGC Nieuw Gent bij de problematiek van kindermishandeling.

I. Methode van selectie van patiënten

1. Selectie van de ICPC codes

De International Classification of Primary Care (ICPC) is een standaard voor het coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartspraktijk. De ICPC kent een internationaal vastgelegd niveau met hoofdstukken en rubrieken. Het beheer hiervan valt onder de WONCA (World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practices/Family Physicians).

De diagnoses die wijzen op kindermishandeling werden met de bijhorende ICPC codes opgelijst.

Beschrijving/labels	**ICPC code**
Familiale anamnese met gewelddadig gedrag Persoonlijke anamnese met mishandeling	**A23 = Risicofactor nao**
Observatie bij verdenking van slachtoffer van mishandeling	**A99 = ziekte/toestand van niet-gespecificeerde aard/lokalisatie**
Lichamelijke mishandeling Niet gespecificeerd kindermishandelingsyndroom Mishandelingsyndroom bij kind Syndroom als gevolg van niet gespecificeerd kindermishandeling Ondervoeding door gebrek aan voeding of verwaarlozing Seksueel misbruik Seksuele aanranding Kindermishandelingssyndroom	**Z25 = aanranding/ andere schadelijke gebeurtenis**
Sociale deprivatie als mishandeling bij zuigeling of kind Emotionele deprivatie als mishandeling bij zuigeling of kind Probleem met fysieke mishandeling op kinderleeftijd Probleem met seksueel misbruik door familielid op kinderleeftijd Probleem met incest op kinderleeftijd Psychisch misbruik als kind Fysiek kindmisbruik Onjuiste zorg voor kind/ verkeerde zorg voor kind Verkeerde behandeling of verwaarlozing als kind Kindverwaarlozing Emotionele deprivatie Verwaarlozing na geboorte Emotionele kindverwaarlozing Verwaarlozing als kind	**Z16 = relatieprobleem met kind**
Onjuiste zorg door ouders of familie Verkeerde zorg door ouders of familie Verkeerde behandeling of verwaarlozing door ouders of familie	**Z20 = relatieprobleem met ouders/familie**

Opmerkingen:

- Voor elke ICPC code in bovenstaand tabel bestaan er verschillende beschrijvingen of labels van diagnoses of zorgepisodes. Deze hebben niet alleen met kindermishandeling te maken. Bijvoorbeeld ICPC code A23 of "risicofactor nao" is een zeer breed begrip. Naast de 2 beschrijvingen van diagnoses die kunnen wijzen op kindermishandeling (zie tabel), heb je bijvoorbeeld voor de ICPC code A23 ook: contact met tuberculose, gebrek aan lichaamsbeweging, tabaksgebruik, persoonlijk anamnese met allergie voor analgetica, e.a.

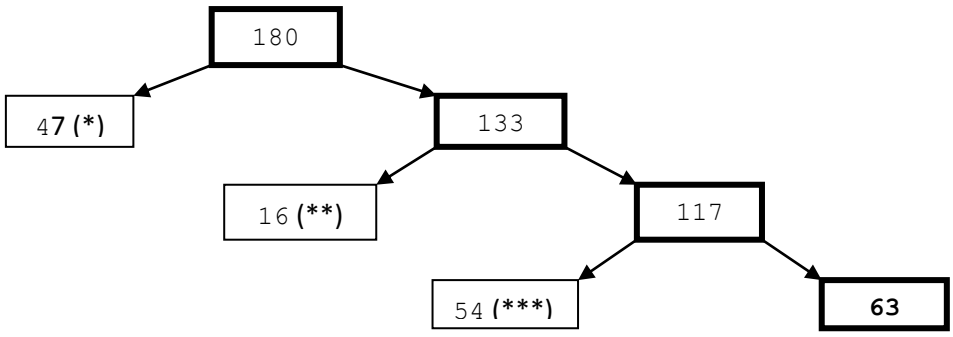
- Anderzijds bestaan er verschillende ICPC codes voor eenzelfde probleem. Neem nu bijvoorbeeld een kind dat slachtoffer was van lichamelijk geweld. Hiervoor zou je als diagnose "probleem met fysieke mishandeling op kinderleeftijd" of "lichamelijke mishandeling" kunnen kiezen. Dit leidt tot 2 verschillende ICPC codes, respectievelijk Z16 en Z25.

- Voorafgaand aan het retrospectief onderzoek bleek uit besprekingen van casussen tijdens het artsenoverleg dat soms een verkeerde ICPC code gebruikt wordt. Bijvoorbeeld ICPC code **P04 of "lichamelijke gewelddadigheid"**. Eigenlijk betekent dit dat het kind zelf lichamelijk gewelddadig is, terwijl de arts eigenlijk bedoelde dat het kind slachtoffer is van lichamelijk geweld of mishandeling. Daarnaast werd ook opgemerkt dat men wel eens de ICPC code **Z29 of "sociaal probleem"** gebruikt. Het is weliswaar een weinig specifieke en veel omvattende beschrijving. Vermoedelijk wordt deze code gekozen, wanneer enerzijds de situatie van een kind nog onduidelijk is, maar dat men anderzijds belangrijke informatie niet wil laten verloren gaan. Een andere mogelijkheid is dat de arts op het moment zelf geen gepaste ICPC code kon vinden. Omwille van deze vaststellingen werden, naast de ICPC codes in bovenstaand tabel, ook de bijkomende ICPC codes P04 en Z29 opgenomen in de selectielijst.

2. Inclusiecriteria

- Patiënten geboren tussen: 17/12/1993-17/12/2011. Dit zijn alle kinderen jonger dan 18 jaar op het moment van patiëntenselectie en de start van de dossierstudie, namelijk 17/12/2011.
- Enkel deze patiënten gekoppeld aan de bovenvermelde zorgepisodes. (zie ICPC codes)
- Er werd gekozen om zowel actieve als uitgeschreven patiënten te includeren in de dossierstudie, omdat men ook op basis van de analyse van de kwaliteit van het dossierbeheer bij uitgeschreven patiënten interessante adviezen zouden kunnen formuleren ter verbetering.

3. Resultaat patiëntenselectie



(*) Een aantal beschrijvingen of labels die tot de bovenvermelde ICPC codes behoren, passen niet in de lijst van kinderen met een vermoeden van kindermishandeling. Deze werden nog vóór de dossierstudie van start ging uit de lijst geschrapt. Bijvoorbeeld: contact met tuberculose (A23), piercing (A99), hechtingverwijdering (A99), blootstelling aan lawaai (Z29), observatie bij verkeersongeval (A99), persoonlijk anamnese met penicilline allergie (A23), circumcisie (A99), voedingsvoorlichting (A99).
(**) 16 kinderen komen dubbel of driedubbel voor in de lijst, omdat verschillende geselecteerde ICPC-codes geregistreerd zijn in hun elektronisch medisch dossier.
(***) Een grote groep, 54 patiënten, bleken tijdens de dossierstudie een ICPC code te hebben waarbij een risicofactor geregistreerd werd, maar dat er op dat moment geen signaal van kindermishandeling aanwezig was. Bijvoorbeeld: zwak sociaal milieu (Z29), alleenstaande papa (Z16). Deze kinderen werden niet opgenomen in de selectiegroep.

Besluit: bij 63 (van de 1728) -18 jarige patiënten werd een vermoeden of een probleem van kindermishandeling geregistreerd in het elektronisch medisch dossier. Deze 63 patiënten werden geselecteerd voor de retrospectieve dossierstudie.

4. Aantal bedenkingen vóór de start van de dossierstudie

- Wat doen we bijvoorbeeld met seksueel grensoverschrijdend gedrag?
  Zo kwam tijdens een artsenoverleg een casus ter sprake van een 14 jarige jongen met gonorroe urethritis. De diagnose werd in het dossier gecodeerd als Y71 of “gonorroe urethritis”. Hoewel de artsen hierbij oorspronkelijk een niet-pluis gevoel hadden en een vermoeden van seksueel misbruik nog niet meteen kon worden uitgesloten, werd deze casus, weliswaar onterecht, niet in de studie geïncludeerd omdat het probleem met zijn klinische manifestatie, namelijk de gonorroe (Y71), gecodeerd werd. De optie om de lijst van geselecteerde ICPC-codes uit te breiden naar genitale en urologische problemen bij kinderen jonger dan 18 jaar werd overwogen maar daarna verworpen. Want indien deze redenering gevolgd zou worden, zouden ook andere klinische manifestaties die mogelijk het gevolg kunnen zijn van kindermishandeling, zoals bv. hematoom, fractuur of brandwonde bij kinderen geïncludeerd moeten worden. Ongetwijfeld zijn bij sommige kinderen de beschreven klinische manifestaties effectief het gevolg van gewelddadig gedrag (‘true positives’), maar bij veel kinderen zal dit niet het geval zijn (‘false positives’). Inclusie van deze codes zou zorgen voor een sterke toename van het aantal te screenen dossiers, waarbij de sterk vermoedelijke of echte cases van kindermishandeling riskeren te verzinken in het grote aantal niet-mishandeling-cases. Een tweede reden om deze codes niet te includeren is dat de arts op het moment van noteren – al dan niet bewust – niet gekozen heeft om een extra code te gebruiken die risico op kindermishandeling aangeeft. Het vermoeden is er mogelijks onterecht (door bv. gebrek aan kennis van signalen) niet geweest op het moment dat de arts de klinische manifestatie als diagnose noteerde. Het doel van deze thesis is om de kwaliteit van het dossierbeheer bij (vermoeden van) kindermishandeling te evalueren.

- Een andere casus die tijdens de probleemanalyse besproken werd door een collega ging over een zuigeling met een oppervlakkig hematoom op de rug, waarbij mama vertelt dat ze ongerust is dat er mishandeling in de crèche plaatsvond. Deze zorgepisode werd geregistreerd onder de

code S16 of “oppervlakkig hematoom van de rug”. Hierdoor is deze casus, weliswaar onterecht, niet in de geselecteerde patiëntengroep opgenomen.

- Zo zijn er vermoedelijk meerdere situaties waardoor een aantal kinderen niet in de selectiegroep zijn opgenomen. De 63 patiënten zijn dus enkel “het topje van de ijsberg”, namelijk de kinderen waarbij relatief gezien de kans op een vermoeden of vorm van kindermishandeling dusdanig groot is, dat de arts het nodig vond om dit expliciet te noteren. Het aantal (63 patiënten) is vermoedelijk een onderschatting van het aantal kinderen waarbij ooit aan een signaal of vermoeden van kindermishandeling gedacht werd. Vóór het onderzoek van start ging, kwamen we samen met de artsen na verschillende besprekingen en probleemanalyse in de praktijk tot het besluit dat we vermoeden dat het dossierbeheer van de artsen, zelfs bij het “topje van de ijsberg” nog niet optimaal gebeurt. De focus van deze masterproef is de evaluatie van de kwaliteit van het dossierbeheer te beginnen bij die kinderen met het grootste risico.

II. Checklist

De op deze manier geselecteerde 63 patiëntendossiers werden gescreend met een korte checklist, die u kan terugvinden in bijlage 3. Deze checklist bevat items over de kwaliteit van het dossierbeheer door de huisarts rond de problematiek van kindermishandeling. Er bestaat geen consensus over de inhoud van het medisch dossier. Deze items werden zelf samengesteld op basis van gegevens uit de literatuurstudie. Hieronder zijn alle items opgelijst met verduidelijking van de reden tot keuze ervan.

Item	**Waarom wordt dit item gekozen?**
Geslacht/ actief of uitgeschreven/leeftijd	Epidemiologisch.
Heeft het kind een vaste arts?	Het beschreven fenomeen van “medical shopping” bij mishandelende ouders. Vaak hebben hun kinderen geen vaste arts. Is dit ook zo in deze praktijk?
Valt er bij het openen van het dossier meteen iets op over dit onderwerp?	Om alert te zijn voor een belangrijk probleem moet het opvallen in het dossier.
Welke ICPC code werd gebruikt?	Diagnoses of zorgepisodes worden in het EMD programma gecodeerd volgens ICPC.
Is de kindermishandeling- en/of verwaarlozing intra - of extrafamiliaal?	Meer dan 80% vindt plaats binnen familiale context. Is dit ook zo in deze praktijk?
Heeft het betrekking tot het kind zelf of is het een risico bij broer/zus of beide?	Het is van belang dat deze beide items duidelijk in het dossier terug te vinden zijn, om misverstanden in communicatie naar de patiënt of de ouders toe te vermijden.
Is het een bezorgdheid van de arts, externe hulpverlener of uit de primaire omgeving?	
Is de vorm van kindermishandeling bij het gecodeerd signaal /vermoeden duidelijk?	Er bestaan verschillende vormen of combinatie ervan. Het moet duidelijk zijn onder de artsen over welke vorm het gaat.
Heeft de arts de (hetero)anamnese in het EMD genoteerd?	Bij kindermishandeling is een gericht en grondige anamnese door de arts zeer belangrijk.

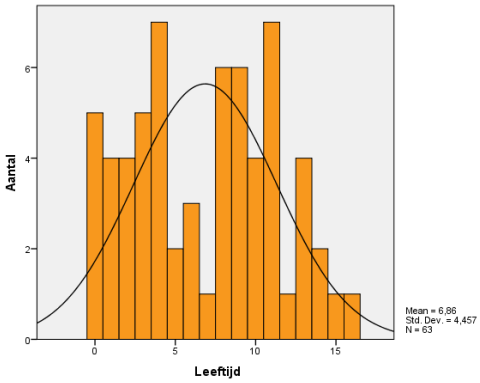
Was het vermoeden van kindermishandeling o.b.v. een objectieve (letsel of gedrag) of subjectieve (heteroanamnese) bevinding?	Het onderscheid moet duidelijk zijn in het dossier voor het medisch attest en is ook van belang voor de inschatting van een verband tussen letsel/gedrag en het verhaal in de (hetero)anamnese.
Werd het klinisch onderzoek, de algemene indruk of het gedrag van het kind en/of de ouders dat bij de arts opvalt, beschreven?	Een zorgvuldige documentatie van de letsels en/of het gedrag van het kind/ouders is van belang voor de opvolging en voor een eventueel medisch attest.
Is er een opvolging gepland rond deze zorgepisode?	Het probleem kindermishandeling heeft absoluut opvolging nodig. Dit om telkens opnieuw de ernst in te schatten of het vermoeden te nuanceren. Ook in het kader van de begeleiding en ondersteuning van ouders en kind is opvolging en nazorg noodzakelijk.
Is de (al dan niet geplande) opvolging uitgevoerd?	
Casus besproken in het artsenoverleg?	Overleg met collega's is van belang om informatie of indrukken over het gezin uit te wisselen. Artsen zullen ook alerter zijn wanneer het probleem over een kind/gezin besproken wordt.
Werd het risico geregistreerd in het dossier van alle broers en/of zussen?	Broers/zussen leven in dezelfde problematische thuissituatie en hebben op die manier een groot risico om ook slachtoffer te zijn. Maar ook als kind getuige zijn van geweld naar een ouder, broer of zus toe, is ook een vorm van kindermishandeling dat in het EMD geregistreerd moet worden.
Zijn andere hulpverleners betrokken en werd er samen overlegd? Is er verdere opvolging?	Het is van belang om een kindermishandeling als arts niet alleen aan te pakken. Om overleg en samenwerking met hulpverleners mogelijk te maken, moet de arts weten welke hulpverleners betrokken zijn in het gezin.
Is het document met een overzicht van de hulpverleners in het EMD aanwezig?	
Advies en/of melding bij vertrouwenscentrum? Is er verdere opvolging na contact met het VK?	Het VK is een gespecialiseerde hulpverlener binnen deze context. Zij bieden ook advies en ondersteuning. Hoe vaak werd op het VK beroep gedaan?
Dossier meer in detail bekijken. Zijn er nog aanwijzingen in de andere contacten voor signalen of kleine incidenten rond andere vormen van kindermishandeling?	Het diagnosticeren van kindermishandeling betekent het samenbrengen van diverse signalen of puzzelstukken die een beeld kunnen geven van het gezins(dis)functioneren.
Aantal contacten met huisartsenwachtpost en/of spoed?	Het fenomeen van "medical shopping" bij mishandelende ouders. Vaak veranderen ze van ziekenhuis/spoeddienst/wachtpost. Een arts van wacht ziet waarschijnlijk meer kindermishandeling dan hij vermoedt.

III. Resultaten van de dossierstudie

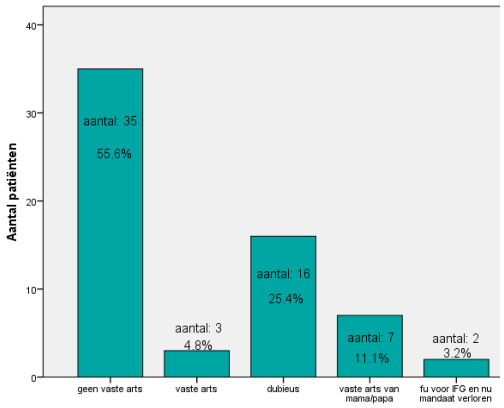
Bij 63 patiënten werd een vermoeden of probleem van kindermishandeling geregistreerd. Het gaat om 48 gezinnen. Er zijn 46 van de 63 geselecteerde patiënten actief of ingeschreven in ons wijkgezondheidscentrum. Het gaat om 36 meisjes en 27 jongens.

De leeftijdsdistributie op moment van de codering van de zorgepisode rond kindermishandeling.

Uit dit histogram valt op dat in het UGC Nieuw Gent een vermoeden of probleem van kindermishandeling het meeste voorkomt in de leeftijdsgroepen van 0-4 jaar en van 8-13 jaar.



Heeft het kind een vaste arts?



De lijst van de geselecteerde patiënten werd door alle artsen overlopen. Er werd gevraagd om aan te duiden wie zich als vaste arts beschouwt of beschouwde van 1 of meerdere van deze patiënten.

Voor slechts 3 patiënten beschouwt een arts zich als vaste arts, terwijl voor 35 patiënten geen enkele arts zich als vaste arts beschouwt. Bij 7 patiënten beschouwt de arts zich als vaste arts van mama/papa of beide. Bij 16 patiënten is de situatie (vaste arts of niet) eerder “dubieus”. Hier volgen de verschillende commentaren of indrukken van de arts voor deze 16 patiënten:

- Een beetje vaste arts.
- Op een bepaald moment kwamen ze zeer vaak bij mij. In de gesprekken met de ouders ging het vaak over de kinderen.
- Vroeger kwam de patiënt regelmatig bij mij, nu niet meer.
- Komt bij iedereen, ik zie de patiënt nu vaker.
- Komt bij iedereen, maar ik weet van de situatie af en deed de follow-up van het intrafamiliaal geweld (IFG) t.e.m. de verdere opvolging door het vertrouwenscentrum, nu minder intensief.
- Ken ik nog niet lang, kwam enkele consulten i.v.m. IFG.
- Komt bij iedereen, ik weet van de situatie af, aantal consulten rond IFG met mama.

Bij 2 patiënten, maar dit gaat om broer en zus uit hetzelfde gezin, heeft de arts het gezin opgevolgd voor intrafamiliaal geweld. Deze arts heeft nu de indruk het mandaat verloren te hebben en merkt op dat het gezin bij alle artsen consulteert, behalve bij zichzelf.

Valt er bij het openen van het dossier meteen iets op over dit onderwerp?

Bij het openen van het elektronisch medisch dossier valt er bij 57 op 63 patiënten meteen iets op rond het probleem kindermishandeling. Vaak betekent dit dat de zorgepisode als "belangrijk" werd geregistreerd bij codering en op die manier in het medisch overzicht wordt opgenomen. Het medisch overzicht is vaak het eerste wat een arts overloopt vooraleer men de patiënt in de consultatieruimte uitnodigt. Naast het medisch overzicht, is er ook "de planning" waarbij o.a. opvolgcontacten kunnen worden gepland. Deze verschijnen in het rood wanneer de datum waarop de opvolging gepland was, verstreken is. Op deze manier springt een opvolging dat nog niet werd uitgevoerd, meteen in het oog.

De verdeling van de zorgepisodes, ingedeeld per ICPC code.

ICPC code	Beschrijving	Frequentie	
Risicofactor nao (A23)	Familiale anamnese met gewelddadig gedrag	7	11.1%
	Familie anamnese met gespecificeerde aandoening	1	1.6%
	Persoonlijk anamnese met fysiek trauma	2	3.2%
Ziekte/toestand van niet-gespecificeerde aard/lokalisatie (A99)	Observatie bij verdenking van slachtoffer van mishandeling	1	1.6%
Relatieprobleem met kind (Z16)	Opvoedingsprobleem/probleem verband houdend met opvoeding	4	6.3%
	Gedrag van kinderen als oorzaak van bezorgdheid	1	1.6%
	Niet gespecificeerde ouder-kindprobleem	1	1.6%
	Psychisch trauma op kinderleeftijd	2	3.2%
	Verwaarlozing na geboorte	1	1.6%
	Onjuiste zorg voor kind/verkeerde zorg voor kind	7	11.1%
	Seksueel kindmisbruik door persoon buiten familie	1	1.6%
	Probleem met seksueel misbruik	1	1.6%
Relatieprobleem met ouders/familie (Z20)	Onjuiste zorg door ouders of familie	6	9.5%
	Verkeerde behandeling of verwaarlozing door ouders of familie	2	3.2%
	Relatieprobleem met ouder	2	3.2%
Aanranding/ andere schadelijke gebeurtenis (Z25)	Lichamelijke mishandeling	12	19%
	Seksueel misbruik/verkrachting	3	4.8%
Sociaal probleem (Z29)	Sociaal probleem	9	14.3%
Totaal		63	100%

Z16 of "relatieprobleem met kind" en Z25 "aanranding/schadelijke gebeurtenis" zijn de meest voorkomende ICPC codes. Lichamelijke mishandeling, sociaal probleem, onjuiste zorg voor kind, onjuiste zorg door ouders/familie en familiale anamnese van gewelddadig gedrag zijn de beschrijvingen of ICPC labels die het meest geregistreerd werden.

Opmerkingen:

1. Familiale anamnese met gewelddadig gedrag werd vaak gebruikt om aan te geven dat het kind getuige was van geweld tussen ouders of binnen het gezin naar broers of zussen toe.
2. De ICPC code P04 of "lichamelijke gewelddadigheid" werd bij 4 patiënten verkeerd gebruikt en dus gewijzigd in Z25 of "lichamelijke mishandeling" (zie bovenstaande uitleg).

Is de kindermishandeling en/of -verwaarlozing intra- of extrafamiliaal?

Bij 59 van 63 patiëntjes vindt een vermoeden of vorm van kindermishandeling en/of -verwaarlozing plaats binnen familiale context. Intrafamiaal betekent binnen het gezin of familie tot de 3°graad van verwantschap: ouders (1°graad), grootouders en broer/zus (2°graad), oom/tante en neef/nicht (3°graad). Ook "stief-", "pleeg-" of "adoptie-" is intrafamiliaal. Bij de resterende 4 patiënten gaat het om een extrafamiliale vorm van kindermishandeling.

Heeft de geregistreerde zorgepisode betrekking tot het kind zelf of is het een risicosignaal bij broer/zus?

Bij 61 patiënten heeft de geregistreerde zorgepisode betrekking tot het kind zelf. Deze 61 patiënten zijn de index cases. Bij 25 van de 61 patiënten heeft de zorgepisode betrekking tot alle kinderen van het gezin. Bij 2 patiënten gaat het om een geregistreerde zorgepisode dat verwijst naar een risico/signaal opgemerkt bij de broer of zus van de patiënt.

Was het een bezorgdheid van de huisarts, een externe hulpverlener of een persoon uit de primaire omgeving van het kind?

Bij 23 patiënten had de huisarts zelf een bezorgdheid of vermoeden van kindermishandeling. Van de resterende 40, werd bij de meeste (27) patiënten een zorgepisode geregistreerd op basis van een bezorgdheid uit de primaire omgeving. Er zijn 5 kinderen/adolescenten die het probleem zelf aanhaalde bij de arts. Bij 8 patiënten was een externe hulpverlener die zijn/haar bezorgdheid uitte bij de arts of het multidisciplinair team.

Is de vorm van kindermishandeling- en/of verwaarlozing duidelijk?

Bij 59 van de 63 patiënten is het duidelijk over welke vorm van kindermishandeling het gaat.

Heeft de arts de (hetero)anamnese genoteerd in het EMD?

	Aantal	Percentage (%)
Ja	43	68.3
Niet bij het kind zelf, wel bij ouders, broers/zussen	6	9.5
Niet genoteerd	8	12.7
Niet van toepassing (*)	6	9.5
Totaal	63	100

(*) bijvoorbeeld: een bezorgdheid van een externe hulpverlener

Was het vermoeden van kindermishandeling op basis van een letsel of gedrag dat vastgesteld werd (objectieve bevinding) door de arts zelf of een gegeven uit (hetero)anamnese (subjectieve bevinding)?

	Aantal	Percentage (%)
Objectief	21	33.3
Subjectief	37	58.7
Niet genoteerd	4	6.3
Niet van toepassing	1	1.6
Totaal	63	100

Werd het klinisch onderzoek of algemene indruk/gedrag van het kind genoteerd?

Wanneer het kind wel aanwezig is tijdens het consult, blijkt uit deze dossierstudie dat men bijna evenveel het klinisch onderzoek of het gedrag van het kind noteert (bij 18 patiënten), als niet noteert (bij 15 patiënten). In bijna 50% van de gevallen (of bij 30 patiënten) gaat het om contacten waarbij de patiënt zelf, het kind dus, niet aanwezig is op het consult en er dus uiteraard ook geen klinisch onderzoek genoteerd werd. Mogelijke omstandigheden: het kan gaan om een risico of signaal dat bij de broer of zus opgemerkt wordt of het gaat om een bezorgdheid van de primaire omgeving of van externe hulpverleners zonder dat het kind op raadpleging gezien wordt.

Is er een opvolging gepland en is deze dan ook uitgevoerd?

Met een "opvolging" wordt bedoeld of de arts gepland heeft om bij een volgend consult het probleem verder op te nemen of om even te polsen hoe de thuissituatie is of verder evolueert. Deze opvolging kan actief (een nieuwe afspraak geven aan de patiënt of de ouders) of passief (bij een volgend en ander reden tot consult) zijn. In onderstaand tabel kan men besluiten dat de artsen bij 27 op de 63 patiënten een opvolging gepland hebben en bij 36 patiënten niet.

Het is niet omdat de opvolging niet gepland werd, dat de arts bij alle 36 patiënten het probleem niet opnieuw heeft opgenomen bij een volgend consult. Andersom geldt ook niet dat alle 27 geplande opvolgingen uitgevoerd werden. (zie onderstaand tabel).

	Opvolging uitgevoerd **Aantal patiënten** (Aantal gezinnen)		Totaal
	Ja	Nee	
Opvolging gepland	**14** (10)	**13** (8)	**27** (18)
Opvolging niet gepland	**15** (15)	**21** (15)	**36** (30)
Totaal	**29** (25)	**34** (23)	**63** (48)

Bespreking: Bij 29 van de 63 patiënten was er een opvolging uitgevoerd. Bij 14 patiënten was een opvolging gepland en ook uitgevoerd. Bij 15 andere patiënten was er geen opvolging gepland door de arts, maar heeft de arts toch het probleem opnieuw besproken tijdens een volgend consult al dan niet met een andere reden tot consult. Bij iets meer dan de helft (34) van de 63 patiënten werd er geen opvolging uitgevoerd rond het probleem kindermishandeling of was het onduidelijk in het dossier. Bij

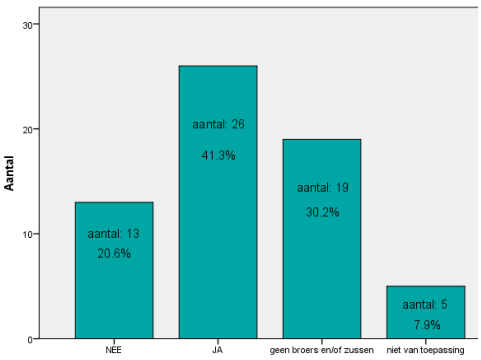
13 van de 34 patiënten werd wel een opvolging gepland, maar toch niet uitgevoerd. 4 van deze 13 patiënten kwam niet meer op consult of werd uitgeschreven wegens bijvoorbeeld verhuis. Bij 3 van de 13 patiënten ging het om een recent aangemaakte zorgepisode rond kindermishandeling, kwam de patiënt 1 of 2 keer nog op consult en is dan uitgeschreven. Bij 6 van de 13 patiënten kwam de patiënt nog vaak op consult maar was het onduidelijk in het dossier van het kind of het probleem rond kindermishandeling opnieuw werd besproken. Bij 4 van deze 6 kinderen was er wel een opvolging van een vermoeden of probleem van kindermishandeling terug te vinden in de dossiers van 1 van de ouders. Dit betekent dat bij 2 patiënten een opvolging gepland werd dat niet verder werd opgenomen in een volgend consult, noch tijdens een consult met de ouders noch tijdens een consult met het kind.

Werd de casus in het artsenoverleg besproken?

Bijna 2/3 (of 40/63) van de patiënten of 27 op 48 gezinnen, waar een probleem of signaal van kindermishandeling aan het licht kwam, werden besproken in het artsenoverleg. De resterende 1/3 patiënten of 21 gezinnen werden ofwel niet besproken in het artsenoverleg ofwel was het onduidelijk, nl. niet in het dossier terug te vinden.

Werd het risico geregistreerd in het dossier van alle broers en/of zussen?

Bij 26 patiënten werd dit effectief gedaan. 19 patiënten zijn enig kind. Bij 5 patiënten was deze item niet van toepassing. Bijvoorbeeld als het gaat om extrafamiliaal geweld of wanneer de mishandelende vader niet meer thuis woont bij moeder, halfbroer – of zus en patiënt. Bij 13 patiënten zijn er geen notities in de dossiers van de broers en zussen van hetzelfde gezin.



Zijn er externe hulpverleners betrokken in het gezin? Werd er contact opgenomen of overlegd met de externe hulpverleners? Hoe was de opvolging?

	Aantal patiënten (Aantal gezinnen)	%	Opvolging	
			Ja	Nee
Betrokken, geen overleg	**9** (7)	14.3	**7**	**2**
Betrokken en overleg (notitie in EMD kind)	**25** (21)	39.7	**18**	**7**
Betrokken en overleg (notitie in EMD ouders)	**4** (2)	6.3	**1**	**3**
Totaal aantal met betrokken hulpverleners	**38** (30)	60.3	**26** (22)	**12** (8)
Geen externe hulpverleners of niet gekend	**25** (18)	39.7	**3** (3)	**22** (15)
Totaal	**63** (48)	100	**29** (25)	**34** (23)

Is het document "overzicht hulpverleners" terug te vinden in het dossier?

Dit document bestaat uit een overzicht van de externe hulpverleners en/of school van een patiënt. Hierin worden naam, functie, dienst en contactgegevens per hulpverlener vermeld. Het document kan in het EMD geïmporteerd worden en op die manier kan men heel snel en efficiënt een overzicht van de contactgegevens van de betrokken hulpverleners van een patiënt raadplegen.

Slechts bij 6 kinderen is er in het elektronisch medisch dossier het document met een overzicht van de hulpverleners terug te vinden. Bij 25 patiënten zijn er geen externe hulpverleners betrokken of is het niet genoteerd en dus niet gekend. Ook de naam van de school kon niet worden teruggevonden. Bij de resterende 32 patiënten was dit document slechts bij 3 patiënten (van hetzelfde gezin) terug te vinden in het dossier van de ouder(s). Bij 29 van de 32 patiënten was er geen document "overzicht hulpverleners" maar kon men wel in de contacten de vermelding van school en/of andere reeds betrokken externe hulpverleners (al dan niet met contactgegevens) terugvinden.

Heeft men contact opgenomen met het vertrouwenscentrum kindermishandeling?
En hoe loopt de verdere opvolging in de huisartspraktijk (al dan niet) <u>na</u> contact met het VK?

	Oorsprong van bezorgdheid				**Aantal patiënten** (Aantal gezinnen)	Verdere opvolging <u>Na</u> contact met VK	
	Arts	Extern	Primair	Kind		Ja	Nee
Advies bij VK	4	0	5	0	**9** (5)	1	8
Melding bij VK	2	2	6	0	**10** (7)	6	4
Exploratie door VK bij HA	0	2	0	0	**2** (2)	0	2
Totaal contact met VK	6	4	11	0	**21** (14)	**7** (4)	**14** (10)
Geen contact met VK of niet duidelijk in EMD	17	4	16	5	**42** (34)	**20** (19)	**22** (15)
Totaal	23	8	27	5	**63** (48)	**27** (23)	**36** (25)

Bij 14 patiënten was er geen verder opvolging in ons centrum na contact met het vertrouwenscentrum. 6 van de 14 patiënten kwam niet meer op consult of zijn uitgeschreven wegens bijvoorbeeld verhuis. Bij 3 van de 14 patiënten ging het om een recent aangemaakte zorgepisode rond kindermishandeling, kwam de patiënt 1 of 2 keer nog op consult en is dan uitgeschreven. Bij 5 van de 14 patiënten kwam de patiënt nog vaak op consult maar was het onduidelijk of niet geregistreerd in het dossier van het kind of het probleem rond kindermishandeling verder werd besproken. Bij 3 van deze 5 kinderen was er wel een opvolgcontact rond kindermishandeling terug te vinden in de dossiers van 1 van de ouders. Bij 22 patiënten was er geen verdere opvolging en ook geen contact met het vertrouwenscentrum. 2 van de 22 patiënten kwam niet meer op consult. 1 patiënt is nog 1 of 2 keer nog op consult gekomen en is dan uitgeschreven. Bij 19 van de 22 patiënten kwam de patiënt nog vaak op consult maar was het niet geregistreerd in het dossier van het kind of het probleem rond kindermishandeling opnieuw werd besproken. Bij 5 van deze 19 kinderen was er wel een opvolgcontact rond kindermishandeling terug te vinden in de dossiers van 1 van de ouders.

Het dossier werd dan nog verder meer in detail bestudeerd. Zijn er nog andere contacten geweest waarbij een vermoeden van kindermishandeling tot een extra ICPC code geleid hebben?
Bij 17 patiënten was dit het geval, waarvan bij 11 patiënten nog 1 extra signaal en bij 1 patiënt 4 extra signalen. Bij 6 van deze 17 patiënten ging het om een "probleem met achterblijven op school" als een vorm van verwaarlozing. Bijvoorbeeld: ouders houden de oudste broer of zus op een schooldag thuis om op de zieke broer of zus te passen, terwijl zij gaan werken.

Aantal keer bezoek op een Gentse huisartsenwachtpost (enkel in het weekend) of op een spoeddienst zonder voorafgaande doorverwijzing van de huisarts?
Dit werd bepaald op basis van de ontvangen verslag- en/of ontslagbrieven. Bij iets meer dan de helft (35) van de patiënten werd geen enkele brief van de spoedgevallen of de huisartsenwachtpost ontvangen. Bij 2 patiënten werden reeds 7 bezoeken op spoed en/of wachtpost geregistreerd.

IV. Discussie

Bespreking van de belangrijkste resultaten

Uit de dossierstudie valt op dat de meeste kinderen/gezinnen geen vaste huisarts of vertrouwenspersoon hebben. Dit komt overeen met de literatuur (3, 7, 8, 10, 23). Dit kan enerzijds verklaard worden door het beschreven "medisch shoppen" van mishandelende ouders tussen de huisartsen binnen dezelfde praktijk om een repetitiepatroon van bv. verwondingen te camoufleren. Maar louter op intuïtieve basis, lijkt het meer een algemeen fenomeen te zijn in deze praktijk, ook buiten de problematiek van kindermishandeling. Heel veel kinderen hebben gewoon geen vaste arts. Dit benadrukt het belang van een goede registratie in het dossier om zo de communicatie tussen de artsen via het EMD goed te laten verlopen, zeker in het kader van een complexe en gevoelige problematiek zoals kindermishandeling en - verwaarlozing.
Het "medisch shoppen" door beroep te doen op wachtartsen of spoeddiensten daarentegen, valt minder op uit dit onderzoek. Dit is tegenstrijdig met de literatuur (3, 7, 8, 10, 23). Een mogelijke verklaring hiervoor is enerzijds de werking van een wijkgezondheidscentrum met laagdrempeligheid als belangrijk kenmerk. Anderzijds wordt dit resultaat beïnvloed door onvolledige verslaggeving, zoals de ouder die op spoed 1 van de artsen van het UGC Nieuw Gent niet als vaste arts vermeldt waardoor men ook geen verslag ontvangt. Daarnaast krijgt men van de huisartsen van wacht in de week niet standaard een verslag, dit in tegenstelling tot de huisartsen van wacht in 1 van de huisartsenwachtposten van Gent in het weekend, op voorwaarde dat de ouder de vaste arts vermeldt.

Het literatuurgegeven dat kindermishandeling en -verwaarlozing meestal plaatsvindt binnen familiale context (1-3, 10), vindt men ook terug in deze dossierstudie. Namelijk bij 59 van 63 patiënten (of bij 94%) gaat het om een intrafamiliale vorm van kindermishandeling. Men moet wel rekening houden met het feit dat een aantal gevallen waarbij men ongerust is over (extrafamiliale) mishandeling (cfr de eerder vermelde casus van de "hematoom op de rug" en de bezorgdheid van mama dat kindermishandeling in de crèche zou hebben plaatsgevonden), niet in de selectiegroep zijn opgenomen, wegens codering volgens klinische manifestatie. Desondanks komt kindermishandeling en -verwaarlozing bij de patiënten in deze praktijk ook vermoedelijk meer voor binnen familiale context.

In deze dossierstudie kreeg de huisarts bij iets minder dan 2/3 van de gevallen (of 40/63) een melding van een vermoeden of probleem van kindermishandeling. Meestal deed een lid van het kerngezin (primaire omgeving) een melding aan de huisarts, namelijk bij 27 van de 40 patiënten. Op de tweede plaats komen externe hulpverleners of voorzieningen (8/40). Dit komt overeen met de bevinding uit de studie in Huisarts Nu in 2001 (12). Het slachtoffer of kind meldt zelden zelf het probleem. Dit blijkt zowel uit deze dossierstudie (< 1%) als uit de literatuur (9).
Bij iets meer dan 1/3 van de gevallen (of 23/63) kwam de bezorgdheid rond een vermoeden of een probleem van kindermishandeling of -verwaarlozing van de huisarts zelf. Dit is minder in vergelijking met de bevinding uit de studie in Huisarts Nu in 2001 waarbij in ongeveer 55% van de gevallen de huisarts zelf aan kindermishandeling gedacht had (12).
Mogelijke verklaringen voor dit verschil is:

- De studie-opzet is verschillend. In de studie uit Huisarts Nu ging het om een interview van huisartsen en niet om een dossierstudie.
- Gaat een niet-pluis gevoel tijdens een consult bij de huisarts verloren en is er dus een onderregistratie van een vermoeden van kindermishandeling door de huisarts zelf?
- Denken de huisartsen in deze praktijk te weinig aan kindermishandeling?
  Op intuïtieve basis lijkt het dat er sinds de keuze van het masterproject onderwerp (begin december 2010) een proces van start is gegaan waarbij het onderwerp toch meer “leeft” in de praktijk en de artsen op die manier meer (on)bewust alerter zijn voor de problematiek. Dit blijkt ook uit de registraties tijdens deze dossierstudie. (zie tabel)

	tijdsspanne	**Aantal patiënten** (Aantal gezinnen)	Arts zelf een vermoeden	Arts krijgt melding
Start EMD (2005) tem nov 2010	5 jaar	**25** (22)	8 (8)	17 (13)
Start masterproef (dec 2010) tem dec 2011	1 jaar	**38** (26)	15 (12)	23 (15)
Totaal	6 jaar	**63** (48)	23 (20)	40 (28)

Uit deze tabel kan men afleiden dat, sinds de start van de masterproef, niet alleen de huisarts zelf meer aan kindermishandeling denkt. Ook meldingen vanuit de primaire omgeving of van externe hulpverleners worden door de huisarts meer geregistreerd.
Gaat het om een toevallige vondst of heeft de keuze van dit onderwerp in de praktijk toch veranderingen teweeggebracht op vlak van alertheid van de artsen en het registeren in het EMD?

Uit de dossierstudie blijkt dat de artsen redelijk consequent de (hetero)anamnese noteren in het EMD. De literatuur maakt duidelijk dat een grondige anamnese cruciaal is (3, 4, 7, 8, 23) en het blijkt ook uit deze analyse van het dossierbeheer dat de artsen hier belang aan hechten. Dit in tegenstelling tot het klinisch onderzoek of de algemene indruk van de patiënt, terwijl de literatuur aangeeft dat dit wel essentieel is (8, 10, 31). Het klinisch onderzoek of gedrag van het kind wordt slechts in 50% van de gevallen genoteerd in het EMD. Hier is een mogelijkheid tot verbetering.

De dossierstudie geeft aan dat de huisarts bij 1 op 3 patiënten een vermoeden van kindermishandeling in het EMD geregistreerd heeft op basis van een objectieve bevinding en bij 59% op basis van een subjectieve bevinding. In een studie gepubliceerd in het tijdschrift Huisarts Nu in 2001 vond men een

omgekeerd resultaat, namelijk bij 59% was het vermoeden gebaseerd op een waarneembaar teken bij het kind (12). Een mogelijke verklaring is dat bijna 50% van de kinderen in deze dossierstudie niet aanwezig waren tijdens het consult en een vermoeden van kindermishandeling vaker geregistreerd werd op basis van een (hetero)anamnese of een risico opgemerkt bij broer/zus.

De opvolging van een vermoeden of een probleem van kindermishandeling gebeurt te weinig (slechts bij 29 van de 63 patiënten). De literatuur geeft nochtans aan dat opvolging en betrokken blijven als huisarts van groot belang is (2, 3, 5, 8-10), gezien het samenbrengen van verschillende signalen pas een beeld kunnen geven van een problematische gezinssituatie. Mogelijke verklaringen voor het niet opvolgen van het probleem of vermoeden van kindermishandeling, al dan niet na contact met het VK of andere externe hulpverleners, worden hier verder beschreven.

- Het opvolgen hangt mogelijks af van de ernst van het probleem.
- Ouders en kinderen zijn verhuisd.
- Onderregistratie, namelijk er was opvolging, maar het werd niet genoteerd in het EMD.
- De huisarts heeft het vertrouwen of het mandaat voor follow-up verloren.
- Zonder geplande opvolging, die in het EMD in het rood verschijnt wanneer de datum verstreken is, is er minder stimulans om het probleem weer op te nemen in een volgend consult.
- Er is niet voldoende tijd tijdens een drukke raadpleging.
- De arts is van mening dat het niet aan hem/haar is om het probleem op te volgen, maar wel aan de arts die de zorgepisode aangemaakt heeft in het EMD. De arts twijfelt of hij/zij mandaat heeft om het probleem met de patiënt of de ouders verder te bespreken.
- Het vermoeden werd niet bevestigd of (deels) ontkracht tijdens een nieuw consult dat geruststellende informatie gaf. Toch is het dán ook belangrijk om dit duidelijk te maken in het dossier via een commentaar dat gekoppeld wordt aan de zorgepisode om zo misverstanden in communicatie tussen de artsen en naar ouders toe te vermijden.
- Er was wel een opvolging tijdens een consult met de ouders, zonder notitie in het dossier van het kind. Het is goed dat het probleem wordt opgevolgd tijdens het consult bij 1 van de ouders, maar dan is het ook van belang deze notitie te kopiëren in het dossier van het kind.

Bij 15 van de 63 patiënten was er geen opvolging gepland door de arts, maar heeft de arts toch het probleem opnieuw besproken tijdens een volgend consult al dan niet met een andere reden tot consult. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn divers.

- De arts maakt in het algemeen weinig gebruik van de mogelijkheid in het EMD programma om een opvolging te plannen maar is zich wel bewust van het probleem en volgt het verder op.
- Het probleem is ernstig genoeg waardoor de arts, zelfs al is er geen opvolging gepland, meer alert is om het probleem opnieuw op te nemen.
- De zorgepisode op zich valt voldoende op in het dossier.
- Het kan ook gaan om (nieuwe) elementen die in het EMD worden aangebracht na contact met andere hulpverleners of na een consult met broers/zussen/ouders.

Bij bijna 70% (26/38) van de patiënten of 75% (22/30) van de gezinnen waar externe hulpverleners betrokken zijn, is er door de huisarts een verdere opvolging van het vermoeden of het probleem van kindermishandeling. Dit gaat vaak over thuis- of gezinsbegeleiding georganiseerd door K&G, CLB, CBJ,

CKG, e.a. Dit is tegenstrijdig met een studie gepubliceerd in Huisarts Nu 2001 waarbij 70% van de huisartsen die contact hadden met een andere deskundige of voorziening helemaal niet of vrij weinig betrokken waren bij de opvolging van het probleem (12). Daarnaast geeft dit retrospectief onderzoek in het UGC Nieuw Gent aan dat bijna 90% (22/25) van de kinderen of 85% (15/18) van de gezinnen, waar geen externe hulpverleners betrokken zijn, ook niet voor dit probleem door de huisarts verder worden opgevolgd. Uit deze dossierstudie stelt men vast dat de huisarts het probleem of vermoeden van kindermishandeling meer opvolgt in de gezinnen waar externe hulpverleners betrokken zijn. Mogelijke verklaringen:

- Gaat het om kwetsbare gezinnen waar de nood aan hulp groot is, dus meer externe hulpverleners betrokken zijn en ook meer aandacht en opvolging door de huisarts noodzakelijk is?
- Is de situatie bij deze gezinnen ernstiger, waardoor de huisarts meer alert is om het probleem op te volgen?
- Of is de betrokkenheid van externe hulpverleners een stimulans voor de huisarts om het probleem verder op te volgen?

Ook bij gezinnen met een vermoeden van kindermishandeling waar nog geen externe hulpverleners betrokken zijn, is de aandacht en opvolging van de huisarts nodig. Hier is mogelijkheid tot verbetering.

Om overleg en samenwerking met externe hulpverleners mogelijk te maken, moet de arts weten welke hulpverleners betrokken zijn in het gezin. Hierbij is het efficiënt als men ook de contactgegevens snel kan terugvinden, zeker bij een acuut of ernstig incident. Slechts bij 6 kinderen is er in het elektronisch medisch dossier het document met een overzicht van de hulpverleners terug te vinden. Toch blijkt uit de literatuur dat samenwerking en overleg, dus ook een overzicht van de hulpverleners (al is het enkel de vermelding van de school) van groot belang is bij alle kinderen waar een vermoeden van kindermishandeling bestaat (10). Hier is een mogelijkheid tot verbetering.

In deze dossierstudie werd in totaal bij 19 van de 63 patiënten (of bij 30%) door de huisarts contact (advies/melding) opgenomen met het VK. Wanneer de registratie gebaseerd was op een vermoeden of bezorgdheid van de arts zelf werd bij 6/23 patiënten (of in 26% van de gevallen) door de arts contact opgenomen met het VK. Voor 4 patiënten of 3 gezinnen werd advies gevraagd, voor 2 patiënten uit verschillende gezinnen werd een melding gedaan. Dit resultaat geeft aan dat men in deze praktijk minder contact opneemt met het VK in vergelijking met de huisartsen uit een studie gepubliceerd in het tijdschrift Huisarts Nu 2001. Hier werd in 40% van de gevallen contact opgenomen met het VK wanner de huisarts zelf aan kindermishandeling gedacht had (12). Bedenkingen hierbij zijn dat de studie-opzet verschillend is, namelijk een dossierstudie versus interview en dat de studiepopulatie in deze dossierstudie te klein is om correcte besluiten te trekken.

Bij 1 op 3 patiënten (7/21) volgde de huisarts het probleem verder mee op na contact met het VK. Bij bijna de helft (20/42) van de patiënten waar geen contact werd opgenomen met het VK, was er toch een verdere opvolging door de arts(en). Tijdens de dossierstudie was duidelijk dat met een paar uitzonderingen na, bij de meeste van deze laatst vernoemde kinderen nog externe (excl. het VK) hulpverleners betrokken zijn. Hieruit stelt men vast dat de huisarts een vermoeden of probleem van kindermishandeling meer opvolgt wanneer er geen contact werd opgenomen met het VK en andere externe hulpverleners betrokken zijn. Bij 2 op 3 patiënten (14/21) volgde de huisarts het probleem niet

verder op na contact met het VK. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat eens dat een gespecialiseerde voorziening, zoals het VK betrokken is, de huisarts de neiging heeft om de opvolging verder over te laten aan het VK. Een andere verklaring kan zijn dat de arts, na contact met het VK, het mandaat voor follow-up of het vertrouwen van het gezin verloren heeft. Anderzijds is de studiepopulatie veel te klein om hieruit besluiten te trekken en zijn sommige patiënten recent bij het VK gemeld of werd recent advies gevraagd en heeft de gelegenheid zich nog niet voorgedaan om als huisarts het probleem verder op te volgen.

Bijna 2/3 (40/63) van de patiënten of 27 van de 48 gezinnen, waar een probleem of signaal van kindermishandeling aan het licht kwam, werden besproken in het artsenoverleg. Dit komt overeen met de literatuur die het belang van overleg met collega's onderstreept (10). Een mogelijke verklaring voor dit resultaat is dat op basis van de keuze van het masterproject onderwerp een proces van start is gegaan, waar snel duidelijk werd dat de bespreking van een casus rond een vermoeden van kindermishandeling in het artsenoverleg van groot belang is. (zie verder)

Uit deze dossierstudie stelt men vast dat bij 26 van de 63 patiënten het risico ook geregistreerd werd bij de broers en zussen. Het belang van registratie bij de broers en zussen van slachtoffers van kindermishandeling kan men afleiden uit de literatuur (2) en het blijkt uit de dossierstudie dat de artsen hier ook redelijk alert voor zijn. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het bovenvermeld proces, waarbij artsen (on)bewust meer alert waren dankzij besprekingen van casussen in het artsenoverleg, een positieve invloed heeft op de registratie van een risicosignaal bij de broers en zussen van een patiënt waar een vermoeden gecodeerd werd. Anderzijds zijn bij 13 patiënten geen notities in de dossiers van de broers en zussen van hetzelfde gezin. Hierdoor zijn er een aantal kinderen niet in de selectielijst opgenomen, omdat er geen zorgepisode aangemaakt werd, hoewel ze wel minderjarig zijn en ook slachtoffer zijn van bijvoorbeeld een inadequate toezicht van de ouders en een onveilige thuissituatie.

Bij 17 patiënten hebben andere contacten met een signaal of vermoeden van kindermishandeling tot een extra ICPC code of zorgepisode geleid. Er werd tijdens de dossierstudie opgemerkt dat niet alle nieuwe signalen als een aparte of extra ICPC code geregistreerd wordt. Vaak worden deze signalen of indrukken gekoppeld aan de reeds bestaande zorgepisode. Dit resultaat komt overeen met het literatuurgegeven dat de diagnose van kindermishandeling een procesdiagnose is, waar het samenbrengen van diverse signalen of puzzelstukken een beeld kunnen geven van het gezins(dis)functioneren (2, 3, 8-10).

Bedenkingen tijdens de dossierstudie

De labels bij de ICPC codes geven geen logische indruk. Dit is partieel een taal- en technisch probleem. De meeste ICPC-labels komen ook heel stigmatiserend over. Er is weinig plaats voor nuancering. Dit kan een weerstand zijn bij de arts om te registreren en dergelijke stigmatiserende ICPC codes te gebruiken wanneer het bijvoorbeeld gaat om een eerste signaal of vermoeden van kindermishandeling, zonder objectivering of bevestiging van het vermoeden. Een ICPC label zoals "vermoeden van kindermishandeling" bestaat niet. Dit is een beperking in de ICPC-codering voor wat betreft de problematiek van kindermishandeling.

Bij 4 patiënten is het onduidelijk om welke vorm van kindermishandeling het gaat. Bijvoorbeeld: een zorgepisode werd aangemaakt waarin een vorm van kindermishandeling beschreven staat zoals “verwaarlozing”, zonder verdere uitleg. Dit is onduidelijk voor de arts die niet van de situatie afweet en de patiënt op een volgende raadpleging voor het eerst ziet. “Verwaarlozing”: waar gaat het juist over? Gaat het om emotionele of fysieke verwaarlozing? Is het een probleem voor de patiënt? Van wie komt de bezorgdheid? Een ander voorbeeld is een zorgepisode dat werd aangemaakt tijdens een dossiercontact bij het kind zonder verdere informatie. Bij het openen van het dossier van de moeder wordt het dan wel duidelijk waarover het gaat. Indien de arts de tijd heeft om dit te doen, heeft hij meer zicht op het probleem, maar vermoedelijk zal de onduidelijkheid in het EMD van het kind een drempel zijn om het probleem verder op te nemen. Daarom is het belangrijk en ook efficiënt dat de informatie ook in het EMD van het kind genoteerd of gekopieerd wordt.

Tijdens de dossierstudie bleek dat soms interessante informatie uit (ook recente) verslagbrieven niet in het elektronisch medisch dossier genoteerd staat, waardoor het niet duidelijk is voor de andere artsen wat er juist in het verleden gebeurd is met de patiënt en welke impact dat kan hebben op de gezinssituatie nu.

Bij de meeste (53 van 63) patiënten staan de zorgepisodes rond kindermishandeling als “actief” aangeduid, terwijl het soms niet duidelijk is of deze zorgepisode nog steeds actief is en het dus nog als probleem voor het kind of het gezin kan beschouwd worden. Vaak zijn er weinig opvolgcontacten rond het onderwerp waardoor het onduidelijk is of de zorgepisode al dan niet kan afgesloten worden en/of de arts wel op de hoogte is van het verdere verloop van de situatie.

V. Beperkingen van de studie

- Het gaat om een kleine studiepopulatie van 63 patiënten, waaronder 48 gezinnen.

- De artsfactor speelt een grote rol. In dit retrospectief onderzoek kan men alleen een analyse geven van wat de huisarts geregistreerd heeft in het EMD.

- Voor wat de leeftijdsdistributie betreft moet men rekening houden dat men bij dit onderzoek de leeftijd geregistreerd heeft op het moment van codering in het elektronisch medisch dossier. Vaak is kindermishandeling al een hele tijd aan de gang vooraleer dit opgemerkt wordt door de arts of gemeld wordt. Daarom is de leeftijdsdistributie waarschijnlijk niet correct.
  Andere bedenkingen hierbij zijn:
  - Is de studiepopulatie niet te klein voor een representatieve leeftijdsdistributie?
  - Verschilt deze leeftijdsdistributie bij een vermoeden van kindermishandeling van de leeftijdsdistributie voor alle redenen tot consulten bij kinderen < 18 jaar in deze praktijk? Dit werd niet onderzocht.

VI. Conclusies uit de retrospectieve dossierstudie voor het protocol

1. De bespreking van casussen in het artsenoverleg hebben een grote meerwaarde, zowel voor de alertheid bij de artsen als voor de registratie in het EMD.

2. De meeste kinderen, waarbij men een probleem van kindermishandeling vermoedt, hebben geen vaste huisarts. Dit benadrukt het belang van een goede registratie in het dossier om zo de communicatie tussen de artsen via het EMD goed te laten verlopen, zeker in het kader van een complexe en gevoelige problematiek zoals kindermishandeling en -verwaarlozing. Zo kan een volgende arts weten wanneer hij of zij zich ongerust moet maken of niet. Het is van belang dat de notities duidelijk zijn en niet voor een andere interpretatie vatbaar zijn om misverstanden naar kind of ouders toe, maar ook tussen de artsen onderling te vermijden.

3. Er is nood aan meer aandacht voor het noteren van het klinisch onderzoek en/of gedrag van het kind. Opvolging van een vermoeden of probleem van kindermishandeling gebeurt te weinig, maar gebeurt meer wanneer externe hulpverleners betrokken zijn. Ook bij gezinnen met een vermoeden van kindermishandeling waar nog geen externe hulpverleners betrokken zijn, is onze aandacht en opvolging nodig.

4. Uit dit onderzoek blijkt dat volgende elementen in het dossier onmisbaar lijken:
   - Duidelijkheid over welke vorm van kindermishandeling het gaat.
   - Is het een bezorgdheid van de arts, primaire omgeving van het kind of externe hulpverlener?
   - De (hetero)anamnese
   - Een klinisch onderzoek of algemene indruk van het kind.
   - Plannen van een opvolging, actief of passief.
   - Het document “overzicht hulpverleners” aanmaken.
   - Belangrijke informatie uit een consult bij de ouders moet gekopieerd worden in het EMD van het betrokken kind.
   - Notitie van risicosignaal in het dossier van broers en zussen.

Deze bovengenoemde elementen zijn belangrijk om tot een goed werkbaar protocol te komen rond registratie en aanpak van kindermishandeling en -verwaarlozing in deze praktijk.

CONTINU PROCES IN DE PRAKTIJK VIA BESPREKINGEN IN HET ARTSENOVERLEG

Overleggen met praktijkcollega-artsen rond casussen waar een vermoeden of probleem van kindermishandeling bestaat, zorgt voor een continu (leer)proces. Elke bespreking is een nieuwe oefening, die waardevolle elementen aanbrengt om tot een werkbaar en haalbaar protocol te komen. Hieronder illustreer ik een aantal belangrijke besluiten uit dit continu proces.

- Eén signaal is vaak niet voldoende om conclusies te trekken, maar is wel voldoende om alert te zijn! En dat is juist het doel van een dergelijk signaal te coderen als een zorgepisode in het EMD, zeker in een groepspraktijk. Een combinatie van alertheid en zorgvuldigheid is de basis om te kunnen omgaan met signalen van kindermishandeling. Indien men een signaal enkel noteert in een commentaar, dan gaat (mogelijks) belangrijke informatie verloren.
- Het overleg kan ondersteunend zijn voor de arts die de bezorgdheid brengt.
- Het vermoeden kan benadrukt of genuanceerd worden dankzij aanvullende informatie of indrukken van andere artsen die al dan niet (meer) contact gehad hebben met het gezin. Alle meningen zijn van belang.
- Het overleg maakt dat elke arts op de hoogte is van de problematiek binnen een gezin en de alertheid en het handelen van de arts bij volgende consulten adequater is.
- Elke casusbespreking maakt dat de artsen meer vertrouwd geraken met de ICPC codering van een vermoeden of probleem van kindermishandeling. Zo kwam men tot een mogelijke oplossing voor het stigmatiserend karakter van de bestaande ICPC codes. Men ontdekte de ICPC codes “onjuiste zorg door ouders/familie” of “onjuiste zorg voor kind” respectievelijk Z20 en Z16. In de loop van de tijd zag men dat deze codes door elkaar gebruikt werden. Op zich betekenen deze beschrijvingen iets anders, maar binnen deze problematiek bedoelen de artsen hetzelfde, namelijk dat er een signaal was van onjuiste zorg voor het kind door de ouders. Als “onjuiste zorg voor kind” gecodeerd staat in het elektronisch dossier van een kind, dan heeft deze zorgepisode betrekking tot het kind zelf. Uiteraard betekent dit niet dat de patiënt, hier het kind, onjuiste zorg biedt voor een kind. Om correct te zijn, zouden alle beschrijvingen of labels met “onjuiste zorg voor kind”, gebruikt in het kader van deze problematiek van kindermishandeling en verwaarlozing, moeten vervangen worden door “onjuiste zorg door ouders/familie”. Op die manier is er geen verwarring meer mogelijk wanneer de patiënt, die op dit moment nog een kind is, op volwassen leeftijd misschien zelf kinderen heeft.
- Het is belangrijk om steeds bij codering te preciseren in de vrije tekst over bv. de vorm van kindermishandeling, zodat het naast de zorgepisode te voorschijn komt en duidelijk is.
- Dankzij discussie en reflectie krijgt men meer mogelijkheden om aangepaste hulp te kunnen aanreiken en loopt men dan veel minder risico dat er te strak gehandeld wordt.
- Voor enkele casussen werd anoniem advies gevraagd bij het vertrouwenscentrum kindermishandeling. Het advies werd dan besproken en een verder beleid werd afgesproken.
- Er werd voorgesteld om het besluit van de discussie rond een welbepaalde casus in het artsenoverleg te noteren in het dossier onder een dossiercontact dat “multidisciplinair overleg” wordt genoemd. Op basis van ervaring geven de artsen aan dat een dergelijk contact in het dossier hen meer alert maakt om het besluit opnieuw door te nemen bij een nieuw consult.

PROTOCOL

STAP 1: IDENTIFICEER

Ontstaan van een vermoeden van kindermishandeling/verwaarlozing.

- Vraag naar geweld, probeer het kind eventueel apart te zien.
- Vraag steeds bij partnergeweld of de kinderen op dat moment thuis en/of betrokken waren.

STAP 2: EVALUEER

- **Inschatten veiligheid: Is het een nood- of levensbedreigende situatie voor het kind?**
- **Is er sprake van seksueel misbruik gedurende de laatste 72 uur?**

<table>
<tr><th colspan="3">Niet acute situatie</th><th>Acute levensbedreigende situatie</th></tr>
<tr><td colspan="3">Kan het kind autonoom spreken of is er een geschikte vertrouwenspersoon?</td><td rowspan="5">- Verwittig spoedgevallen
- Verwittig politie indien je zelf in gevaar bent of wanneer een interventie nodig is.
- Contacteer Parket/Procureur Des Konings om bescherming voor het kind te vragen.(Art 458bis) Dit kan eventueel na contact met het VK voor advies en ondersteuning hierbij.
- Ga na de acute situatie naar STAP 3</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ja</td><td>Nee</td></tr>
<tr><td colspan="2">Voelt het kind zich veilig thuis?</td><td rowspan="3">OVERLEG
- Collega-artsen/ MDO
- Externe hulpverleners
- VK
Daarna STAP 3</td></tr>
<tr><td>Ja</td><td>Nee →</td></tr>
<tr><td>STAP 3</td><td></td></tr>
</table>

STAP 3: ADVISEER. Benoem het geweld, het gedrag of je bezorgdheid.

STAP 4: REGISTREER. Benoemen, notities en (voorlopige) registratie in elektronisch medisch dossier.

STAP 5: OVERLEG. Artsenoverleg: bespreking gezinssituatie en verdere aanpak.

1. **Wie neemt het probleem verder op? Inschatting afhankelijk van:**
   - **Gevoel, vermogen en mandaat van de huisarts.**
   - **De ernst van de problematiek.**
2. **Aanpak bespreken?**

STAP 6: AANPAK

Situatie mogelijkheden	Aanpak
Huisarts voelt zich in staat het probleem verder op te nemen. Ouders willen meewerken en aanvaarden hulpverlening. Het kind kan en wil thuis blijven.	1. Doorverwijzing/opstart gezinsgerichte hulpverlening. Proberen drempel zo laag mogelijk te houden. K&G, CLB, CKG, CGG, CAW, CBJ, OCMW,… 2. VK contacteren voor advies , zodat men de opvolging deelt. Indien situatie ernstig wordt, is casus al bekend. 3. Mantelzorgers inschakelen na akkoord ouders.
Huisarts voelt zich niet in staat. Ouders aanvaarden geen hulpverlening.	Melding VK Opmerking: VK is ook een vrijwillige hulpverlener met een aanklampende houding (niet vrijblijvend).
Gevaar voor veiligheid van kind. En/of het kind wil niet thuis blijven. En er is geen veilig alternatief. Of ziekenhuisopname wordt niet aanvaard.	Contacteer parket/Procureur om bescherming van het kind te vragen met of zonder voorafgaand contact met het VK.

STAP 7: OPVOLGING EN NAZORG

Dit protocol werd samengesteld op basis van informatie uit het literatuuronderzoek, de analyse van de kwaliteit van het dossierbeheer, het continu (leer)proces in de praktijk via besprekingen in het artsenoverleg en expert opinie van het vertrouwenscentrum kindermishandeling.
Hier wordt elke stap meer verduidelijkt.

STAP 1: IDENTIFICEER

Ontstaan van een vermoeden van kindermishandeling/verwaarlozing.

Op basis van: fysieke letsels, gedragssignalen van het kind of de ouders, signalen uit omgeving of van externe hulpverleners, partnergeweld.

STAP 2: EVALUEER. Zie protocol boven.

STAP 3: ADVISEER

Benoem het geweld of het gedrag. Benoem en toon je bezorgdheid en beschikbaarheid voor alle betrokkenen. Exploreer verder. Bespreek welke ondersteuning je als huisarts kan bieden in deze situatie. Bespreek de mogelijkheid en het aanbod aan (gespecialiseerde) hulpverlening. Probeer een akkoord over zorg te bekomen of geef actief een vervolgafspraak voor verdere bespreking. Het termijn voor een vervolgafspraak is afhankelijk van de problematiek en de ernst van de situatie. Na het gesprek met de gezin moet de veiligheid voor het kind opnieuw worden ingeschat.

STAP 4: REGISTREER

Benoemen, notities en (voorlopige) registratie in elektronisch medisch dossier.

1. Welke vorm van kindermishandeling of een combinatie van vormen.
2. Subjectieve en objectieve bevindingen.
3. Is het een bezorgdheid van de arts, de primaire omgeving van het kind of een externe hulpverlener?
4. Beschrijf klinisch onderzoek, algemene indruk en/of gedrag van het kind of de ouders
5. Een zorgepisode registreren met steeds specificeren in de *vrije tekst!*

Een aantal voorstellen tot uniforme registratie van ICPC code/zorgepisode:

- Een kind is getuige van geweld tussen ouders of naar broer/zus toe
  - ICPC code A23 “Familieanamnese met gewelddadig gedrag”, *getuige*
- Onveilige thuissituatie of onvoldoende pedagogische vaardigheden van ouders
  - ICPC code Z16 “Inadequaat ouderlijk toezicht en leiding”
- Een signaal of vermoeden van kindermishandeling op basis van het gedrag van het kind
  - ICPC code Z16 “Gedrag van kinderen als oorzaak van bezorgdheid”
- Een niet-pluis gevoel zonder objectieve letsels of andere signalen. Men wil het bewaken.
  - ICPC code A23 “Risicofactor”, *met specificeren in vrije tekst*
- Vermoeden. Een stap verder in zekerheid dan “Risicofactor”. Meer aandacht nodig.
  - ICPC code Z20 “Onjuiste zorg door ouders/familie”, *met specificeren vorm*
- Fysiek geweld met objectieve letsels
  - ICPC code Z25 “Lichamelijke mishandeling”, *door…*

6. Medisch attest: enkel op vraag van de patiënt of vertrouwenspersoon. In EMD te bewaren of persoonlijk aan patiënt te overhandigen rekening houdend met mogelijke risico's (escalatie van geweld) die hieraan kunnen verbonden zijn.
7. Het document "overzicht hulpverleners" aanmaken met vermelding van de school en eventueel andere reeds betrokken hulpverleners.
8. Dossiercontact bij broers en zussen met notitie van het signaal. Niet onmiddellijk vanaf het eerste signaal, maar wel bij een aantal aanwijzingen of herhalingen van ongerustheid. De zorgepisode als belangrijk aanduiden, zo valt het voldoende op in het medisch overzicht.
9. Plannen van een opvolging (actief of passief) bij het betreffend kind, met specificeren in de *vrije tekst.* Geen opvolging plannen indien het gaat om een notitie bij broer en zus.
   - actief: Z63 "opvolgcontact sociaal probleem", *navragen thuissituatie*
   - passief Z45 "gesprek over een sociaal probleem", *alert voor geweld*

<u>STAP 5:</u> OVERLEG

Artsenoverleg en/of multidisciplinair overleg.

- Bespreken van casus/gezinssituatie met de collega's: subjectieve en objectieve bevindingen
- Indrukken en aanwijzingen uit vorige contacten uitwisselen.
- Vermoeden ondersteunen of nuanceren.
- Indien nodig, samen de oorspronkelijke geregistreerde zorgepisode aanpassen.
- Verdere aanpak bespreken.
  - **Wie neemt het probleem verder op? Inschatting afhankelijk van:**
    - **Gevoel, vermogen en mandaat van de huisarts.**
    - **De ernst van de problematiek.**
  - **Aanpak? (zie ook protocol schema).**
    Mogelijkheden van aanpak of een combinatie ervan:
    - Indien vermoeden nog te vaag: afwachten en alert zijn voor nieuwe signalen.
    - Bezorgdheid bespreken met ouders en/of kind, indien nog niet gebeurd in eerste contact en indien dit het kind niet in gevaar brengt.
    - Eventueel overleg met CLB en andere eventueel reeds betrokken hulpverleners, na informeren en toestemming van de ouders.
    - Indien nodig (anoniem) advies vragen bij het VK.
    - Wanneer ouders akkoord gaan met bijkomende hulpverlening: bespreken welke extra hulpverlening het best wordt ingezet, rekening houdend met de hulpvraag. Contact opnemen na overleg en toestemming van de ouders.
    - Melding bij VK wanneer de ouders geen hulpverlening aanvaarden of wanneer de huisarts zich niet in staat voelt om het probleem zelf op te nemen.
    - Bij acuut gevaar voor veiligheid van het kind: contact nemen met parket al dan niet met vooraf overleg met het VK.
- Contact "multidisciplinair overleg" in EMD aanmaken en besluit van artsenoverleg in contact noteren.
- Overzicht van hulpverleners aanmaken, indien in STAP 4 nog niet uitgevoerd.
- Notities van signaal in de dossiers van broer en zussen, indien in STAP 4 nog niet uitgevoerd.
- Opvolging plannen indien in STAP 4 nog niet uitgevoerd.

<u>STAP 6:</u> AAPAK

Zie protocol boven en mogelijkheden aanpak in STAP 5.

<u>STAP 7</u>: OPVOLGING EN NAZORG

- Betrokken en op de hoogte blijven: “Hoe is het thuis?”
- Tonen dat je achter de extra opgestarte hulpverlening staat.
- Ouders steunen en motiveren om de hulpverlening te (blijven) aanvaarden.
- Continuïteit: samenwerken met hulpverleners en situatie blijven opvolgen.
- Het functioneren van het kind en het gezin blijven observeren. Alert zijn voor nieuwe signalen.
- Wanneer een vermoeden ontkracht wordt of wanneer men vaststelt dat het om een foute inschatting ging, moet de zorgepisode worden afgesloten.
- Wanneer het probleem van kindermishandeling of kwetsbare periode in het gezin duidelijk voorbij is, moet de zorgepisode worden afgesloten maar wel duidelijk blijven in het medisch overzicht. De zorgepisode moet als “belangrijk, maar niet actief” worden aangeduid.

BELANGRIJK:
Dit protocol is enkel een houvast of leidraad. Er is niet altijd 1 standaardprocedure of -beleid.
Het vaststellen van kindermishandeling is een procesdiagnose waarbij verschillende signalen worden samengebracht. Elk gesprek met de ouders of het kind is een nieuwe exploratie.
Bespreking van elke casus in het artsenoverleg is essentieel voor de registratie en het verder beleid.
Elke casus of gezinssituatie is verschillend en vraagt een aangepaste en goed overwogen aanpak.
Bij elke nood aan advies/overleg i.v.m. diagnosestelling of beleid kan (ook anoniem) het vertrouwenscentrum kindermishandeling gecontacteerd worden.
Doe de begeleiding en opvolging van gezinnen met kindermishandeling als huisarts niet alleen!

Dit protocol werd in een focusgroep met de 6 huisartsen van het UGC Nieuw Gent voorgesteld en goedgekeurd.

BESLUIT

Kindermishandeling en -verwaarlozing is een frequent voorkomend, maar vaak onderschat maatschappelijk gezondheidsprobleem. Het komt in alle culturen en sociale lagen van de bevolking voor. Meestal speelt kindermishandeling zich af in de gezinssfeer van het kind. Kinderen blootgesteld aan 1 vorm van mishandeling of kinderen die getuige zijn van geweld, zijn vaak ook blootgesteld aan andere vormen, waarbij het zelden blijft bij 1 incident. Vaak wordt het een chronische problematische situatie. Het diagnosticeren van kindermishandeling is een procesdiagnose waarbij diverse signalen worden samengebracht tot een beeld van het gezins(dis)functioneren. De langetermijngevolgen van kindermishandeling en -verwaarlozing zijn veelvuldig en uiteenlopend, maar nefast. Het heeft een enorme impact op de algemene gezondheid en de ontwikkeling van het kind.

De huisarts kan een centrale rol opnemen bij kindermishandeling. Als vertrouwenspersoon van het gezin is de huisarts goed geplaatst om de gezinsdynamiek en de evolutie ervan te observeren, ook op momenten van kwetsbaarheid. Kennis over bepalende omstandigheden, verdachte elementen in de anamnese en klinische signalen helpen de huisarts om kindermishandeling te herkennen. Toch is dit niet altijd vanzelfsprekend en kan de huisarts op verschillende vlakken hinderpalen ondervinden die de opstart van hulpverlening kunnen vertragen. Het is aanbevolen om niet alleen, maar wel in een multidisciplinair team te werken om het geweld te voorkomen of te laten ophouden. De taak van de huisarts omvat een integrale begeleiding van het gezin in het kluwen van hulpverleningsvoorzieningen en de opvolging van het kind en zijn gezin vervolgens te verzekeren.

Uit de probleemanalyse kwam men tot het besluit dat er in het UGC Nieuw Gent nood is aan een goed werkbaar protocol rond de aanpak van kindermishandeling met adviezen voor een uniforme registratie. Daarnaast is er ook nood aan regelmatige besprekingen van casussen in het artsenoverleg om meer vertrouwd te geraken met deze problematiek.

Het retrospectief onderzoek toont aan dat de meeste kinderen, waar men een probleem van kindermishandeling vermoedt, geen vaste huisarts hebben. Dit benadrukt het belang van een goede registratie in het dossier om zo de communicatie tussen de artsen via het EMD goed te laten verlopen, zeker in het kader van een complexe en gevoelige problematiek zoals kindermishandeling en -verwaarlozing. Er is nood aan meer aandacht voor het noteren van het klinisch onderzoek en/of gedrag van het kind. Opvolging van een vermoeden of probleem van kindermishandeling gebeurt te weinig, maar gebeurt meer wanneer externe hulpverleners betrokken zijn. Ook bij gezinnen met een vermoeden van kindermishandeling waar nog geen externe hulpverleners betrokken zijn, is aandacht en opvolging van de huisarts nodig.

Omgaan met kindermishandeling is een continu (leer)proces. Overleggen met collega-artsen is essentieel en zorgt ervoor dat de bespreking van elke casus telkens een nieuwe oefening is.

Het voorgesteld protocol rond registratie en aanpak van een vermoeden van kindermishandeling kan een houvast bieden voor de huisarts, maar is geen standaardprocedure. Elke casus of gezinssituatie is verschillend en vraagt een aangepaste en goed overwogen aanpak.

RANDVOORWAARDEN OF SUGGESTIES VOOR EXTERNEN

- Het aanmaken van minder stigmatiserende labels bij de ICPC-codes rond kindermishandeling. Er is nood aan labels die voornamelijk ongerustheid van artsen of derden rond een vermoeden of probleem van kindermishandeling aangeven.
- Informatica-oplossingen in het EMD programma om snel gemeenschappelijke gegevens in een gezinsdossier te registreren, zonder de notities als x maal te hoeven kopiëren in de afzonderlijke EMD's.
- Het protocol, als houvast bij de registratie en de aanpak van een vermoeden of probleem van kindermishandeling, toepassen op toekomstige casussen en de ervaringen bij de huisartsen bevragen en analyseren.
- Het thema kindermishandeling en de rol van de huisarts moet een structurele en gedegen plaats in de huisartsopleidingen krijgen om de artsen te sensibiliseren, een houvast te geven, op te leiden en attent te maken op hun verantwoordelijkheid. Er zou bijvoorbeeld ook een ICHO-opleiding voor de HAIO's rond dit thema georganiseerd kunnen worden.

REFERENTIES

1. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet. 2009;373(9657):68-81.
2. Adriaenssens P, Smeyers L, Ivens C, Vanbeckevoort B. In vertrouwen genomen. Voor iedereen die met kinderen omgaat. Tielt: Lannoo, 2000: 368 blz.
3. Lagasse E, De Maesschalck S, Koole S. Vaststelling van kindermishandeling: wat kan en mag een arts doen? Tijdschr geneesk 2010;66(10):482-491.
4. Van Parys A-S, Temmerman M. Protocol voor de opvang van intrafamiliaal geweld in een ziekenhuis. Universitair ziekenhuis Gent. Met steun van de FOD Volksgezondheid. April 2009.
5. Domus Medica: Kindermishandeling - Aanpak - Synthesefiche.2010. http://www.domusmedica.be/onderzoek/psychosociale-problematieken/intrafamiliaal-geweld/aanpak-door-de-huisarts.html
6. Domus Medica: Kindermishandeling - Aanpak- Consensus.2010. http://www.domusmedica.be/onderzoek/psychosociale-problematieken/intrafamiliaal-geweld/aanpak-door-de-huisarts.html
7. Michiels M. Kindermishandeling, is er een rol voor de huisarts? Huisarts Nu. 2003;32(4):1-8.
8. Schillemans A. Wanneer denken aan kindermishandeling? Pediatrische pathologie tijdens de wachtdiensten in de eerste lijn. 2010.
9. www.kindermishandeling.be. De website van vertrouwenscentra voor kindermishandeling.
10. Pas L, Saliez V, Aertssen E, Caris Alias Reynders R, Leconte S. Intrafamiliaal geweld: aanzet tot een richtlijn voor huisartsen en personeel op spoedgevallendiensten. Deel 1: Kindermishandeling. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. Onderzoeksgroep: Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse huisartsen en Société Scientifique de Médecine Générale. 2005.
11. Genetello H, Marchand J: “Gezinsgeweld en de impact daarvan op de kinderen”. Een vorming georganiseerd door VIVA-SW in Brussel op 23/3/2011.
12. Boffin N, Maes R, Caris Alias Reynders R, Pas L. Huisartsen over kindermishandeling. Ervaringen en informatiebehoeften. Huisarts Nu. 2001;30(1):17-21.
13. WHO (World Health Organization): Child Maltreatment. http://www.who.int/topics/child_abuse/en/
14. ISCPAN (International Society for the Prevention of Child abuse and Neglect). http://www.ispcan.org/
15. Reading R, Bissell S, Goldhagen J, Harwin J, Masson J, Moynihan S, et al. Promotion of children's rights and prevention of child maltreatment. Lancet. 2009;373(9660):332-43.
16. CAW. Geweld in huis raakt kinderen. Informatie en advies voor de ouders. http://www.caw.be/Familiaalgeweld/tabid/290/Default.aspx
17. Gecoördineerde aanpak van geweld in de medische setting. Impressies rond intrafamiliaal geweld. Een minisymposium georganiseerd door UZ Gent op 29/9/2011.
18. Cherniak D, Grant L, Mason R, Moore B, Pellizzari R, Obstetricians IPVWGSo, et al. Intimate partner violence consensus statement. Journal of obstetrics and gynaecology Canada JOGC. 2005;27(4):365-418.
19. Domus Medica: Kindermishandeling- Aanpak- Bijlagen.2010. http://www.domusmedica.be/onderzoek/psychosociale-problematieken/intrafamiliaal-geweld/aanpak-door-de-huisarts.html
20. Lo Fo Wong SH. Huisartsen herkennen kindermishandeling zelden. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde. 2009;153:B127.
21. McDonald KC. Child abuse: approach and management. American family physician. 2007;75(2):221-8.

22. Scott DA. The landscape of child maltreatment. Lancet. 2009;373(9658):101-2.
23. Goren SS, Raat AM, Broekhuijsen-van Henten DM, Russel IMB, van Stel HF, Schrijvers AJP. [Child abuse often not recognized in family practice. Retrospective study in abused kids]. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde. 2009;153(6):222-7. Kindermishandeling vaak niet herkend op huisartsenpost. Retrospectief statusonderzoek bij mishandelde kinderen.
24. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, et al. Recognising and responding to child maltreatment. Lancet. 2009;373(9658):167-80.
25. Doppegieter RM. Vermoedens van kindermishandeling. Huisarts en Wetenschap. 2011;54(2):96-100.
26. Klein Ikkink AJ, Boere-Boonekamp MM, De Bont, De Boer A, Duys H, Haasnoot R, Lo Fo Wong S, Sachse H, Van Sleuwen BE, Veraart-Schelfhout L, Vriezen JA, Westerveld MC. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Kindermishandeling. Huisarts Wet. 2010;58(8):S15-20.
27. http://www.ifgeweld.be. Synthese van de voorlopige consensus aanpak en een online interactieve beslissingsboom (Domus Medica)
28. Werkingsverslag 2009 vertrouwenscentrum kindermishandeling Oost-Vlaanderen
29. Nygren P, Nelson HD, Klein J. Screening children for family violence: a review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. Annals of family medicine. 2004;2(2):161-9.
30. De Deken L. PL, Hillemans K., Cornelis E., Van Royen P. Detectie van partnergeweld. Een aanbeveling voor de huisarts. Huisarts Nu 2010;39(3):S57-S63.
31. De Deken L, PAS L, Hillemans K, Cornelis E, Van Royen P. De huisarts in contact met partnergeweld. Een evidence-based onderbouwd werkmodel. Huisarts Nu 2010;39(9):339-45.
32. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Silva C, Reel S. Safety behaviors of abused women after an intervention during pregnancy. Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG. 1998;27(1):64-9.
33. Parker B, McFarlane J, Soeken K, Silva C, Reel S. Testing an intervention to prevent further abuse to pregnant women. Research in nursing & health. 1999;22(1):59-66.
34. Macmillan HL, Wathen CN, Barlow J, Fergusson DM, Leventhal JM, Taussig HN. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. Lancet. 2009;373(9659):250-66.
35. http://www.ordomedic.be/nl/adviezen/advies/aangifte-kindermishandeling-de-arts-tussen-wet-en-code. Aangifte kindermishandeling: de arts tussen wet en Code. Orde der Geneesheren.
36. Kinderrechtswinkel. Studiedag: De rechtspositie van de minderjarige patiënt. 10/3/2012. www.kinderrechtswinkel.be.
37. Flaherty EG, Sege RD, Griffith J, Price LL, Wasserman R, Slora E, et al. From suspicion of physical child abuse to reporting: primary care clinician decision-making. Pediatrics. 2008;122(3):611-9.
38. Van der Straete I, Put J. Beroepsgeheim en hulpverlening. Brugge: die Keure, 2005: 267 blz.
39. Verstraeten S. Blauwe plekken. Wat is hier aan de hand? Eindwerk tot het bekomen van de graad van bachelor in het sociaal werk (Artevelde Hogeschool Gent). 2009-2010.

BIJLAGE 1: Doorverwijzing en samenwerking met externe hulpverleners (5, 10)

1. **Centrum voor Leerlingen Begeleiding (CLB)**
   Elke school werkt samen met een Centrum voor Leerlingen Begeleiding. Equipes zijn samengesteld uit maatschappelijke assistenten, pedagogen, psychologen, verpleegkundigen en artsen (huisartsen of pediaters). Hun rol beperkt zich in principe tot een preventieve aanpak. Het is zinvol met hen contact op te nemen, na informeren van de ouders, om na te gaan in welke mate ze informatie hebben die de diagnose mee onderbouwt.

2. **Kind en Gezin (K&G)**
   De medewerkers van Kind en Gezin hebben een vorming van verpleegkundige of maatschappelijk werker. Zij volgen kinderen op van 0 tot 6 jaar. Hun rol is essentieel preventief en daarbij ondersteunen ze de meest kwetsbare gezinnen. Ze kunnen zich met akkoord van de gezinnen thuis begeven. Kind en Gezin-lijn: 078 150 100, elke werkdag van 8-20u.

3. **Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG)**
   Zij bieden hulp (max. 6 maanden) bij opvoedingsmoeilijkheden aan gezinnen met kinderen van nul tot twaalf jaar. Het is vanzelfsprekend dat de gezinnen zelf bereid moeten zijn om mee te werken. Het CKG biedt 3 werkvormen: mobiele thuisbegeleiding, ambulante en residentiële opvang en begeleiding. Het preventieve karakter van de hulpverlening is een bepalend kenmerk om escalatie of crisis binnen het gezin te voorkomen. Waar nodig wordt met de ouders, een netwerk uitgebouwd (steun van familie, vrienden, hulpverleners) rond het gezin om het gezin te ondersteunen naar de toekomst toe. Ook hulp aan gezinnen met kinderen in acute crisissituaties en bij maatregelen van hoogdringendheid, zijn een opdracht/doel voor het CKG. De doelstelling is hier de verdere toename van de gezinsproblemen te vermijden door vroegtijdig te werken aan het probleem. CKG's zijn dan ook 24 u/24 bereikbaar, elke dag van het jaar.
   Bv. In Gent: CKG 't kinderkasteeltje (Gentbrugge), CKG Sloeberhof (Brugse Poort)

4. **Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW)**
   Hier biedt men deskundige hulpverlening aan mensen met vragen en problemen. Aanbod: jongeren opvang, sociale steun, onderkomen, gezinsbegeleiding, dadertherapie, slachtofferhulp.
   Contact opnemen is zeer eenvoudig, want het CAW heeft een lage drempel, het is vlot bereikbaar, er zijn geen wachtlijsten en de eerste hulp is gratis. De hulpverlening is vertrouwelijk en vrijwillig. De CAW-hulpverleners ondersteunen in de eerste plaats de mogelijkheden die mensen zélf hebben.

5. **Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)**
   Zij verzekeren de opvang, luisteren en verstrekken geestelijke zorg aan personen in nood, ongeacht de leeftijd. Equipes zijn over het algemeen samengesteld uit (kinder)psychiaters, psychologen, maatschappelijk assistenten. Zij verzorgen raadplegingen op afspraak maar hebben ook een preventieve gemeenschapsaanpak.
   Bv. in Gent: Guidance centrum voor kinderen en adolescenten vestiging van v.z.w Eclips. Jef Vandermeulenstraat 59, 9050 Gentbrugge. Tel 09/233 91 42.

6. **Vertrouwenscentra Kindermishandeling (VK)**

   Voor werking: zie literatuuronderzoek.

   Voor contactgegevens per provincie: zie www.kindermishandeling.be.

7. **Comité Bijzondere Jeugdzorg (CBJ)**

   Jongeren en ouders kunnen vrijwillig hulp vragen aan het Comité voor Bijzondere jeugdzorg. Een consulent luistert naar hun verhaal en zoekt samen naar een oplossing.

   Er zijn drie grote doelstellingen met drie aanpakken op drie verschillende niveaus.

   Doelstellingen:

   1. Aanspreek- en meldpunt voor info, advies en aanzet tot hulpverlening in opvoedingssituaties die verontrustend zijn voor de vrijwaring van de rechten en de ontplooiingskansen van een individuele minderjarige.
   2. Informatie en advies verstrekken aan hulp- en zorgverstrekkers aangaande het omgaan met opvoedingssituaties die problematisch zijn voor de vrijwaring van de rechten en de ontplooiingskansen van een individuele minderjarige.
   3. Problematische opvoedingssituaties waarin de Jeugdrechter een hoogdringende maatregel heeft genomen. Zij onderzoeken en gaan de bereidheid van de betrokkenen na tot medewerking aan vrijwillige hulpverlening.

   Aanpak:

   1. Er wordt een inschatting gemaakt van “de maatschappelijke noodzaak”. Dit betekent dat in het exclusieve belang van de minderjarige, stappen kunnen gezet worden naar de bemiddelingscommissie teneinde de minimaal noodzakelijke hulp mogelijk te maken.
   2. Informeren, adviseren en ondersteunen van hulp – en zorgverstrekkers in hun hulpverlening vanuit de expertise bijzondere jeugdbijstand inzake problematische opvoedingssituaties.
   3. Binnen de voorziene termijn de bereidheid om hulp te aanvaarden toetsen, te stimuleren en te versterken. De aanklampende en motiverende attitude is hier een belangrijk kenmerk van het optreden van de consulent, het oog voor de maatschappelijke noodzaak is een intrinsieke voorwaarde.

   Aanmelding kan: op de dienst, telefonisch of schriftelijk.

   Toegang:

   1. De minderjarige, zijn ouders en leefomgeving.
   2. Hulp- en zorgverstrekkers en alle personen die zich betrokken voelen op een verontrustende situatie die bedreigend is voor de ontwikkeling van een minderjarige.

8. **Centra voor Integrale Jeugd- en Gezinszorg (CIJG)**

   Een centrum voor integrale gezinszorg zorgt voor de ambulante begeleiding of de residentiële of semi-residentiële opvang en begeleiding van ouders, kinderen en aanstaande ouders, gericht op het voorkomen van de gezinsdesintegratie, op het verhogen van de draagkracht en het verminderen van de draaglast van de gezinsleden, op relatiebekwaamheid, op emancipatie en op maatschappelijke integratie.

9. Jongeren en advies centrum (JAC)

Het JAC geeft informatie, advies en hulp aan jongeren van 12 tot 25 jaar. Jongeren kunnen bij het JAC aankloppen met al hun vragen rond relaties, school, vrije tijd, jongerenrechten, problemen thuis, seksualiteit, zelfstandig wonen, drugs, enz. Bij het JAC kunnen jongeren dus terecht met een gewone vraag om informatie, maar het JAC probeert ook jongeren te helpen met een ernstig probleem. Het JAC probeert bv. te bemiddelen tussen ouders en hun kinderen wanneer er problemen zijn thuis. Het JAC werkt niet met wachtlijsten, is gratis en waarborgt anonimiteit.

10. Opvoedingswinkel

In de opvoedingswinkel kan elke ouder terecht met vragen over het opvoeden van kinderen en jongeren. Sint-Margrietstraat 4, 9000 Gent,Tel.: 09 233 26 02

Er bestaat ook een opvoedingslijn: 078 15 00 10

11. De Kinderrechtswinkel

In deze winkels kan je heel veel informatie vinden over kinderrechten in het algemeen. Zoals: folders, brochures, affiches, enz. Daarnaast vind je in de Kinderrechtswinkels ook alle info over wat er in de wetten staat over minderjarigen (iedereen die jonger is dan 18 jaar). De jongeren kunnen er terecht met allerhande vragen, zowel na afspraak in de kinderrechtswinkel (Hoogstraat 81 , 9000 Gent), als via telefoon (070 / 21 00 71), de site (www.kinderrechtswinkel.be), e-mail of chatten.

Ook hulpverleners kunnen er terecht met hun vragen.

12. Andere diensten

- Kinder- en jongerentelefoon: tel 0800 15111
- Tele-Onthaal: tel 106
- Childfocus (tel 110) is het Europees centrum voor vermiste en seksueel misbruikte kinderen.
- Vluchthuizen

Verzorgen de opvang van moeders of aanstaande moeders en hun kinderen. Zij geven onderdak in noodsituaties (normaal maximum 9 maanden) en helpen hen hun autonomie terug te winnen en bevorderen maatschappelijke re-integratie.

BIJLAGE 2: Medisch getuigschrift bij intrafamiliaal geweld

Medisch getuigschrift bij intrafamiliaal geweld

Ik, ondertekende, dr. (naam en voornaam):

.....

te (plaats): ..... Rizivnr: .....

verklaar onderzocht te hebben op (datum): ...../...../.....

te (plaats): ..... om ..... uur.

Naam (patiënt): .....

Voornaam: .....

Geboortedatum: ...../...../.....

Woonende te: ..... Postcode: .....

Straat: .....

..... Nr: .....

Deze patiënt verklaart:

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

.....

.....

.....

.....

De actuele klachten zijn:

.....

.....

.....

.....

Lichamelijk onderzoek:

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

.....

.....

.....

.....

Psychische toestand op moment van vaststelling:

.....

.....

.....

Bijgevoegde foto's en schema's:

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

.....

.....

Bijkomende onderzoeken die dienen te worden uitgevoerd:

.....

.....

.....

Kunnen de letsels overeenkomen met de verklaringen van de patiënt?

.....

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

.....

.....

Voorgestelde behandeling:

.....

.....

.....

Als gevolg van het trauma werd een volledige voorlopige werkonbekwaamheid voorgesteld:

van: ...../...../..... tot: ...../...../..... (inbegrepen)

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

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

.....

.....

Dit certificaat wordt opgesteld onder voorbehoud van verwikkelingen en evolutie of advies van deskundigen (psychiater, gynaecoloog, pediater,...)

Voor echt verklaard op: ...../...../..... **te** .....

Handtekening

Stempel

© Domus Medica vzw - 2010

BIJLAGE 3: Checklist

Epidemiologisch:	Man / Vrouw	Leeftijd :	Actief / Uitgeschreven
Heeft het kind een vaste arts?	Ja		Nee
Valt er bij het openen van het dossier meteen iets op over dit onderwerp ?	Ja		Nee
Welke ICPC code werd gebruikt? Zonder vermelding van vrije tekst.	ICPC:		
Is het intra of extrafamiliale kindermishandeling? Heeft het betrekking tot het kind zelf of is het een risico bij broer/zus of beide? Een bezorgdheid van de vaste arts, een collega-arts, een externe hulpverlener of uit de primaire omgeving ? Is de vorm van kindermishandeling duidelijk? Het kan ook een combinatie zijn.	Intrafamiliaal		extrafamiliaal
	Kind zelf	Risico broer/zus	beide
	Arts	Externe hulpverlener	Primaire omgeving of kind
	Emotioneel Actief/Passief	Fysiek Actief/Passief	Seksueel
Heeft de arts de (hetero)anamnese in het EMD genoteerd?	Ja		Nee
Was het vermoeden van kindermishandeling o.b.v. een objectieve (letsel of gedrag) of subjectieve (heteroanamnese) bevinding?	Objectief		Subjectief
Werd het klinisch onderzoek, de algemene indruk of het gedrag van het kind en/of ouders dat bij de arts opvalt, beschreven?	Ja	Nee	Nvt of kind niet aanwezig op consult
Opvolgcontact in planning aangemaakt?	Ja		Nee
Opvolgcontact uitgevoerd?	Ja		Nee
Casus besproken in het artsenoverleg?	Ja	Nee	niet genoteerd
Werd het risico geregistreerd in het dossier van alle broers en/of zussen? (***)	Ja	Nee	Geen broers of zussen / Nvt of extrafamiliaal
Zijn andere hulpverleners betrokken in het gezin? Vond overleg plaats?	Betrokken geen overleg	Betrokken met overleg	Geen
Is er verdere opvolging?	Ja		Nee
Is het document “overzicht hulpverleners”aanwezig in het EMD?	Ja		Nee
Advies en/of melding bij vertrouwenscentrum?	Advies	Melding	Exploratie VK bij HA / Geen of niet Gekend
Is er verdere opvolging na contact met het VK?	Ja		Nee
Dossier meer in detail bekijken. Zijn er nog aanwijzingen in de andere contacten voor signalen of kleine incidenten rond andere vormen van kindermishandeling? Indien ja, hoeveel?	Ja Hoeveel keer?		Nee
Aantal contacten huisartsenwachtpost of spoed?	…….. keer		

- *(*)Het Shaken Infant Syndrome (SIS) en het Syndroom van Munchhausen by proxy zijn 2 speciale vormen van fysieke of lichamelijke mishandeling en dienen onder deze vorm gecodeerd of omcirkeld worden.*
- *(**) Onderscheid tussen actief en passief. Met passieve vorm van geweld wordt verwezen naar verwaarlozing.*
- *(***)Als kind getuige zijn van geweld tussen ouders of naar broer en/of zus toe, is een vorm van emotionele of psychische kindermishandeling en dienen onder deze vorm gecodeerd of omcirkeld worden.*