# CHILD ABUSE: BOTTLENECKS AND THE ROLE OF THE GENERAL PRACTITIONER

Boussemaere Elien, KU Leuven

De Vos Pieter, KU Leuven

Hiremath Shravan, KU Leuven

Vandendriessche Cinzia, KU Leuven

Promotor: Professor Dr. Schoenmakers Birgitte

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2022 – 2023]

*Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.*
*Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.*

# Table of contents


ABSTRACT ..... 5
INTRODUCTION ..... 6
METHODOLOGY ..... 7
Study design ..... 7
Background of the interview and questionnaire ..... 7
General field study: questionnaire and interview ..... 8
Quantitative questionnaire ..... 8
Qualitative Interview ..... 9
Data processing ..... 9
Ethical considerations ..... 10
Approval ethics committee ..... 10
Informed consent ..... 10
Pseudo-anonymity ..... 10
Quantitative questionnaire ..... 10
Qualitative interviews ..... 11
Detection ..... 12
Management ..... 12
COVID-19 ..... 13
DISCUSSION ..... 13
Quantitative questionnaire ..... 13
Shortcomings caregivers ..... 14
Shortcomings health care system ..... 15
COVID ..... 15
Epidemiology of child abuse during the COVID-pandemic ..... 15
Isolation measures ..... 15
Changed workflow ..... 15
Interactions ..... 16
Agreement with the KCE report ..... 16
Strengths and weaknesses ..... 16
CONCLUSION ..... 16
REFERENCES ..... 16
Appendix ..... 19
Table 1: Demographic data of the quantitative questionnaire ..... 19
Table 2a: Results of the questionnaire: role of the GP in suspected child abuse ..... 19
Table 2b: Results of the questionnaire: role of the GP during clinical examination and medical documentation ..... 20

Table 2c: Results of the questionnaire: role of the GP to communicate the topic of child abuse ..... 20
Table 2d: Results of the questionnaire: role of the GP when collaborating with other authorities..... 21
Table 3: List of bottlenecks and improvements mentioned..... 22
Table 4: Condensed coding of bottlenecks and improvements ..... 32
Figure 1: Search Queries..... 33
Figure 2: Surveyed Guidelines ..... 33
Figure 3: Field Study Questionnaire ..... 34
Figure 4: Interview Protocol ..... 40
Figure 5: Interviewed Caregivers ..... 42
Figure 6: Approval Ethical Committee..... 43
Figure 7: Informed Consent ..... 48
Figure 8: Interaction mind map ..... 52
Zelfreflectie Masterpaper ..... 53

# ABSTRACT

Difficulties around detection, discussion and multidisciplinary approach to child abuse still challenge caregivers of all disciplines. Moreover, disturbance from the COVID-pandemic potentially aggravated or revealed new issues regarding the problem of child abuse. Therefore, this mixed quantitative and qualitative review was conducted, exploring the detection and management of child abuse, the responsibilities of general practitioners (GPs) and the effects of the COVID-pandemic.

A questionnaire was composed, gauging GPs opinions on their role in the management of child abuse. 76 GPs responded to the disseminated questionnaire providing insights on current bottlenecks, as well as GP's responsibilities concerning child abuse management.
Next, interviews were conducted with a varied group of caregivers exploring bottlenecks for the detection and management of child abuse, as well as the influence of the past COVID-pandemic on the management of child abuse. Transcripts were coded and pooled according to the most prevalent topics regarding child abuse: detection, approach of and the COVID-pandemic.

Despite abundant previous literature regarding potential improvements for child abuse management, this review suggests a largely unaltered caregiving environment when compared to similar research conducted 7 years ago.
Similar improvements to the detection, discussion and multidisciplinary approach to child abuse are once more stipulated, necessitating implementation.
Regarding COVID, this study reflects an unclear, yet worrisome epidemiology of child abuse during the pandemic. Issues concerning child abuse were aggravated or revealed following the pandemic. Improvements to these issues were specified and demanding implementation hereof. These findings could be applicable to other comparable situations of decreased caregiving-accessibility.

---

Zorgverleners uit diverse disciplines worden nog steeds geconfronteerd met moeilijkheden omtrent de detectie, bespreking en multidisciplinaire aanpak van kindermishandeling. Daarenboven heeft de COVID-pandemie er mogelijks voor gezorgd dat deze moeilijkheden toenamen, maar ook dat er nieuwe problemen verschenen. Hiervoor werd er een gemengd kwantitatief en kwalitatief onderzoek opgesteld, om zo de knelpunten bij kindermishandeling in Vlaanderen op te sporen, en hoe de COVID-pandemie hier verandering in bracht. Daarnaast werd ook de rol van de huisarts in dit proces onderzocht.

Er werd een vragenlijst opgesteld die bij huisartsen peilde wat volgens hen, hun rol is bij kindermishandeling. 76 Huisartsen beantwoordden deze vragenlijst en zorgden voor inzichten over de bestaande knelpunten en de verwachte verantwoordelijkheden van de huisarts met betrekking tot kindermishandeling.
Nadien werden er interviews afgenomen bij ervaringsdeskundigen binnen een gevarieerde groep van zorgverleners. Hier werd gezocht naar opinies over knelpunten in de detectie en aanpak van kindermishandeling, alsook naar het effect van de COVID-pandemie hierop. Transcripties werden nadien gecodeerd en gecategoriseerd binnen enkele hoofdthema's: detectie, aanpak en COVID-pandemie.

Ondanks reeds bestaande literatuur over mogelijke verbeteringen van kindermishandeling, suggereert dit overzicht grotendeels ongewijzigde problemen en aanbevelingen in vergelijking met vergelijkbaar onderzoek dat 7 jaar geleden werd uitgevoerd. Hieruit kan besloten worden dat de aangehaalde knelpunten nog steeds relevant zijn en de implementatie van aangehaalde verbeterpunten noodzakelijk zijn.

Met betrekking tot COVID weerspiegelt deze studie een onduidelijke, maar zorgwekkende epidemiologie van kindermishandeling tijdens de pandemie. Problemen met kindermishandeling namen toe na de pandemie of kwamen nadien pas aan het licht. Ook voor deze situatie werden verbeterpunten aangehaald met de noodzaak tot implementatie. Deze bevindingen kunnen van toepassing zijn voor andere vergelijkbare situaties van verminderde zorgtoegankelijkheid.

# INTRODUCTION

According to the World Health Organisation (WHO), child abuse is defined as abuse or neglect occurring to children under the age of 18, resulting in actual or potential harm to the child's health, survival, development or dignity[1]. Child abuse is generally divided into five categories depending on the nature of the abuse: physical abuse, emotional abuse, sexual abuse, neglect and exposure to intimate partner violence[2]. Current estimates mention that over half of all children globally experienced violence last year. In Flanders, approximately 7535 cases affecting 10070 children have been reported to the Child Abuse Trust Centre (Vertrouwenscentrum Kindermishandeling, VK) in 2021, which is an increase by 5% compared to the previous year[3].

Studies emphasize the potentially long-lasting, negative effects of child abuse on individuals and their surroundings. Just a few examples are: impaired psychological development, behavioural problems, chronic diseases, drug abuse, suicide attempts, sexually transmitted infections and early death[4]. Child abuse also rapidly raises economic costs due to a justifiably increased dependency on health care[5]. Due to these detrimental traits, child abuse management demands consideration from society.

Preventing, detecting or responding to child abuse generate many potential benefits, such as early detection and adequate intervention of child abuse[6]. Besides having a major impact on the physical and mental health of children, these benefits could have a significant positive economic impact by decreasing expenses of caregiving. Therefore, it is of paramount importance to optimally prevent, detect and correctly respond to child abuse in any form.

To fulfil these needs, most health care systems rely on collaboration among organisations, hospitals, doctors, community workers and caregivers each with their own responsibilities[7]. Flanders boasts various general practitioners (GPs), paediatricians, emergency physicians, psychiatrists, psychologists, nurses, midwives, child carers, student counsellors and police officers. Also, institutions such as the VK, Crisis Reporting Point (Crisismeldpunt), Juvenile Justice Department (kinderrechtbank), Centre for General Well-being (Centrum voor Algemeen Welzijn, CAW), Child and Family (Kind en Gezin, K&G), Centre of Support for Youth Care (Ondersteuningscentrum Jeugdzorg, OCJ), Centre for Student Counselling (Centrum Leerlingen Begeleiding, CLB) and more, play an important part in the battle against child abuse. However, despite this abundance of caregivers and funding resources dedicated to combat child abuse, there is ample room for improvement. The Belgian Federal Health Care Knowledge Centre (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, KCE) claims to have identified crucial bottlenecks, renouncing the current approaches[8].
During a pandemic, living conditions alter due to government emergency measures[9,10]. In the past pandemics have been associated with an increase in prevalence of child abuse[10], reflected in recent studies about the COVID-19 pandemic[11,12]. A possible dual explanation for this phenomenon is an increase in risk factors and a decrease in protective factors[9,10]. Examples of risk factors are: case history of child abuse or domestic violence, increased perceived stress by parents, less efficient reaction to child demands, unemployment, declined

income, symptoms of depression, decreased support of disabled children, parental burnout and intrafamilial discussions. Examples of reduced protective factors are: closing of schools, loss of key control figures, fewer medical interventions, less follow-up and the reduced accessibility of help for child abuse victims[9–12].

Furthermore, it has been hypothesised that GPs play a key role in increasing accessibility of help for child abuse victims. Likewise, GPs have been trusted with the responsibility of recognising, identifying, documenting, and reporting symptoms of child abuse[13,14]. These responsibilities of approaching child abuse recur in many guidelines and protocols[8,13]. Nevertheless, the question of how GPs themselves perceive these responsibilities sparks interest. Their eager attitude and professional aptitude while combatting child abuse could significantly alter the outcome. Another important aspect is the experience GPs have when dealing with child abuse.

This study is a mixed quantitative/qualitative review article, exploring two major topics.
Firstly, a quantitative questionnaire explores the role of the GP dealing with child abuse, specifically concerning the prevention, detection and response to the abuse. Simultaneously, the expectations or responsibilities between GPs and other healthcare providers regarding child abuse was explored.
Secondly, the research was supplemented by qualitative interviews conducted with a multitude of caregivers to explore the bottlenecks for detecting and dealing with child abuse. In addition, the influence of the COVID-19 pandemic regarding detecting and dealing with child abuse was explored.

# METHODOLOGY

## Study design

The aim of this study was to explore the following:

- **What is the role of a GP concerning prevention, efficient detection and response to child abuse?**

- **What are the bottlenecks for caregivers to detect and to deal with child abuse?**

    - What is the influence of the COVID-19 pandemic on these bottlenecks or the approach towards child abuse?
    - What are potential solutions or improvements to these bottlenecks?

## Background of the interview and questionnaire

Existing literature concerning the detection of child abuse or the response to it was studied to prepare the questionnaire and the interview. Also, literature regarding the effect of the COVID-19 pandemic and other similar events reducing accessibility of healthcare was surveyed. This preparative literature search was conducted in the databases Pubmed[15] and LitCovid[16]. The search queries for the respective databases can be consulted in ***Figure 1***. Additionally, current Belgian, Dutch and English guidelines were reviewed regarding the detection and response for child abuse. A list of the surveyed guidelines can be viewed in ***Figure 2***.

# General field study: questionnaire and interview

A quantitative questionnaire was submitted to GPs followed by a qualitative interview aimed at all the relevant health care providers, including GPs.

## Quantitative questionnaire

*Development*

A questionnaire was composed of 32 questions in an online survey platform Qualtrics[17]. The questions were adapted from the following sources: Domus Medica child abuse (2013)[13], E-learning Domus Medica (2020)[13] and the KCE report 269As (2016)[31]. An empty copy of the field study can be viewed in ***Figure 3.***

*Items/subdivisions*

The questionnaire was subdivided into 4 categories, addressing the role of the GP: detection, clinical examination and registration, communication and collaboration with specialised organisations.

*Demography*

Demographic data of the participants were collected: age, gender, number of doctors present in the practice, rural/urban practice, years of general practitioner experience, average annual number of child abuse cases handled, number of child abuse cases handled during the entire medical career and relevant side-line activities.

*Rating scale*

Each question was answered using a modified Likert scale[18] (1: complete disagreement, 2: moderate disagreement, 3: moderate agreement, 4: complete agreement). The option for answering 'neutral' to an item was omitted to avoid regression to the mean. Afterwards, the enumerated options were associated for clearer discussion.

*Recruitment*

The participants were recruited by email through local GP networks by announcements in a common newsletter, websites or directly. Additionally, leaflets were distributed to public holiday clinics. After seven weeks, a reminder email was sent to every source previously reached out to, to maximize participation in the study.

*Inclusion criteria*

Dutch speaking GPs were digitally invited to complete the questionnaire, aiming for roughly 500 participants. The inclusion criteria for participants were the following: communication possible in Dutch, GPs or GP-trainees and currently practising medicine. Participants denying the informed consent forms couldn't complete the online form in Qualtrics[17]. Personal data from the participants was handled accordingly, conforming to the Privacy law (08-12-92). Participants were excluded if they did not meet the aforementioned inclusion criteria.

*Data processing*

The data supplied from Qualtrics was collected in a spreadsheet, using Microsoft Office Excel[19]. Firstly, the results were analysed by means of descriptive statistics.

## Qualitative Interview

*Development*

An interview protocol was assembled based on the aims of the study and the preceding literature search. A semi-structured framework[20] was opted for, promoting both guided conversation and conversational aspects between the researcher and the participant. An empty copy of the interview protocol can be viewed in ***Figure 4***.

*Items/subdivisions*

Open and non-suggestive questions were chosen over closed and suggestive questions to prevent bias and stimulate freedom of sincere responses[21].

*Recruitment*

A broad variety of caregivers was contacted to achieve a heterogeneous sample of Dutch speaking healthcare providers aiming for variability in the following criteria: age (ranging from recently graduated to older experienced healthcare providers), gender, hospital vs peripheral setting and urban vs rural practices. Candidates were all contacted to confirm further participation.

*Population recruitment*

A variety of health care providers were invited to partake in the questionnaire, including but not limited to: GPs, paediatricians, emergency physicians, psychiatrists, psychologists, nurses, midwives, child carers, student counsellors and police officers. Caregivers were also invited from institutions such as the VK, Crisis Reporting Point (Crisismeldpunt), Juvenile Justice Department (kinderrechtbank), CAW, K&G, OCJ, CLB.

*Inclusion criteria*

The inclusion criteria for participants were the following: communication possible in Dutch, workers with exposure to child abuse cases and currently in active duty. This study aimed to recruit at least one caregiver from each profession. A list of approached types of caregivers can be viewed in ***Figure 5***.

*Exclusion criteria*

Participants were excluded if they did not meet the previous inclusion criteria or didn't complete the informed consent. Empty or incomplete submissions were omitted from the study. Personal data not respecting the privacy of the healthcare providers were not tolerated in our investigation in accordance with the law of privacy (08-12-92).

## Data processing

For the data analysis we used the qualitative Guide of Leuven (QUAGOL)[22]. QUAGOL is a tool enabling a qualitative data analysis and interpretation founded on a grounded theory approach[23]. While handling the data, extra codes were created, altered or joined if need be. Each interview was analysed by two researchers. This resulted in a tree structure with different layers arranging the descriptive themes. The output of this procedure yielded the themes and subjects of discussion for the researchers. This method of working minimized a possible impact of personal opinions or prejudiced background in the interpretation.

# Ethical considerations

## Approval ethics committee

This study was approved by the research ethics committee of the KU Leuven (MP MP018427) (***Figure 6***). All participating healthcare providers were informed about the objectives and the methods of the study. No remuneration was provided for the participants. This also accounts for all the other components of this study.

## Informed consent

A copy of the informed consent form can be consulted in ***Figure 7***.

## Pseudo-anonymity

Personal information of the participants provided by the field study, interview and discussion form was treated appropriately, conforming to the EU General Data Protection Regulation (GDPR)[24]. Furthermore, anonymity of the participants was guaranteed. By separating the identification data from the data-analysis, a pseudo-anonymity was reached. Reviewers analysed the collected interview-submissions without any knowledge of the origin of the data, masking the privacy of the participant. Personal information was collected - with the participant's approval - regarding their continued participation in the study.

# RESULTS

# Quantitative questionnaire

Comprehensive tables of the results from the quantitative questionnaire can be consulted in ***Tables 2a, 2b, 2c*** and ***2d***. A condensed summary of the main results from the respective tables from the questionnaire, is mentioned below.

*Demographic data*
76 doctors completed the questionnaire. As being portrayed in ***Table 1***, 69.57% (48) work in a group practice, 24.64% (27) in a solo practice. Most of the practices were rural (47). 50.72% of the GPs had been working less than 5 years as a GP. 90.00% of the GPs (58) reported fewer than 5 cases of child abuse during their entire career.

*Role of the GP in suspected child abuse*
Regarding the role of the GP in suspected child abuse, most GPs agree that they bear responsibility. More than 90% of the participating GPs agree that alertness is necessary from them to detect symptoms of child abuse, to assess the well-being of the child and to report abuse with possible referral to specialized centres.
70.27% find that GPs should take measures to protect the child. If the parents are among the GPs patientbase, this percentage rises to 75.68% and if the child isn't among the GPs patientbase, this reduces to 69.33%.

*Child-check*
The opinions vary more regarding the value of child-check, which is a mentality of caregivers to be constantly on the alert for potentially harming environmental factors around children[25]. 34.67% Convey importance for performing a child-check with the parents; increasing to 47.30% when they themselves must perform a child-check. Parents with psychiatric comorbidity increase GP's willingness for child-checks to 49.34%.

*Role of the GP during clinical examination and medical documentation*
In suspected child abuse cases 86.30% of GPs approve top to toe clinical examination of the child. Three GPs mention an age dependent distinction. Only 41.10% of the GPs would have the children undress completely for clinical examination, disregarding the nature of child abuse. 80.41% of GPs approve a target-oriented clinical examination, based on the type of child abuse. 76.71% of the GPs endorse diagnostic aid from a multidisciplinary team. More than 98% of the GPs think it is their duty to register all symptoms of child abuse as objectively as possible. 79.46% of GPs agree that uniform electronic Patient Health Record (e-PHR) registration would provide a better scope of child abuse.

*Role of the GP to communicate the topic of child abuse*
68.11% of the GPs acknowledge responsibility for directly discussing child abuse with the perpetrators. This reduces to 44.93% when simultaneously discussing child abuse with the child and parents, increasing to 65.21% when the parents are absent.
If age and safety are deemed adequate, the 94.20% of GPs recommend discussion with just the child.
The higher the child's age and linguistic capacity, the higher percentage of GPs agree for discussing child abuse with the victims or perpetrators. 97.01% of GPs endorse the necessity for communication training regarding discussion of child abuse cases.

*Role of the GP when collaborating with other authorities*
When informed of a potential case of child abuse by a third party, 76.82% of the GPs agree with referral to the VK. This is 53.62% when GPs are themselves confronted with possible signs of child abuse and rises to 97.11% when clear signs are present. We note a slight drop to 94,12% if parents object to referral. 85.29% agree that too few cases of child abuse are reported to further caregivers.

Only 64.70% of the GPs agree that with insufficient help or urgency, they should report the case to the public prosecutor themselves.
61.77% of GPs find necessity for the existence of 'duty to report', forcing caregivers to report child abuse.
92.76% of GPs find that cases of sexual abuse should be referred to an emergency department with access to a "Sexual Aggression Set", within 24 hours.
77.94% of GPs endorse adaptation of patient confidentiality, allowing caregiving, the public prosecutor and the police to better collaborate for child abuse management.

# Qualitative interviews

In total, 29 interviews were conducted and transcribed by four researchers, with caregivers potentially encountering child abuse. A list of covered caregiving landscapes can be found in ***Figure 5***. Reviewing all interviews according to the QUAGOL methodology initially generated 410 separate codes, which can be consulted in ***Table 3***. All interviews were reviewed and coded for these 410 codes using NVIVO software. Subsequently, these codes were condensed based on overlapping (sub)themes, enabling a comprehensive overview of the data collected. Refer to ***Table 4*** for an overview of final codes and interview references.
The major results from themes and subthemes relating to detection, management of child abuse and effect of the COVID pandemic on child abuse management are further discussed below.

## Detection

Codes relating to the theme detection of child abuse were pooled.
Codes pertaining to the subthemes of detection of child abuse were analogously pooled, resulting in the following:

- Interpretation of signs
    - Interpretation of signs of potential child abuse was mentioned as a bottleneck.
    - Certain examples: inadequate awareness, knowledge or experience in detecting child abuse and difficult to detect signs of child abuse.
- Communication
    - The communication around potential child abuse was mentioned as a bottleneck.
    - Certain examples: child abuse as a difficult topic to discuss, vulnerability of children and perpetrators, inadequate caregiver communication skills.
- Medical shopping
    - The phenomenon that perpetrators of child abuse deliberately vary caregiving to hinder the detection of child abuse.
    - Certain examples: restarting caregiving procedures and free choice of caregiving by patients.
- Improvements
    - Many possible improvements to the aforementioned bottlenecks were mentioned by the interviewers.
    - Certain examples: training of caregivers for communicating and detecting child abuse, implementation of collaboration among caregivers and promoting non-judgemental, inclusive care instead of accusation.

## Management

Codes relating to the theme management of child abuse were pooled.
Codes pertaining to the subthemes of management of child abuse were analogously pooled, resulting in the following:

- Shortage of reporting
    - Caregivers not adequately reporting child abuse cases to other caregivers was mentioned as a bottleneck.
    - Certain examples: lack of cooperation from perpetrators or victims, requisite of adequate caregivers' communication skills, patient confidentiality and fears of caregivers

- Disorganised care
    - The current organisation of caregiving instances was mentioned as a bottleneck.
    - Certain examples: caregivers are difficult to contact, or it is unclear which caregiver needs to be contacted.

- Insufficient care capacity
    - Certain interviews mention that current caregiving capacity for child abuse is insufficient.
    - Certain examples: shortage of staff or time for caregivers and lack of safe caregiving facilities.

- Improvements
    - Many possible improvements to the aforementioned bottlenecks were mentioned by the interviewers.
    - Certain examples: education of caregivers of existing guidelines and network of caregivers, necessity of less workload and a clear social network for child abuse management and changes in patient confidentiality.

### COVID-19

Codes relating to the theme effect of the COVID pandemic on detection or management of child abuse were pooled.
Codes pertaining to the subthemes of effect of the COVID pandemic on detection or management of child abuse were analogously pooled, resulting in the following:

- Epidemiology
    - Differing viewpoints were presented regarding the effect of the COVID pandemic on detection and management of child abuse.
    - Certain examples: worse detection or inconclusive or insignificant changes during the COVID-pandemic.

- Isolation
    - Isolation due to the COVID-pandemic was as mentioned as a bottleneck for the detection or management of child abuse.
    - Certain examples: potential candidates of child abuse no longer able to be monitored by caregivers or more psychiatric frailty due to changed living conditions during the COVID-pandemic.

- Changed workflow
    - Changed workflow of caregiving instances was mentioned as a bottleneck of the detection and management of child abuse.
    - Certain examples: digital caregiving not providing a limited perspective of potential candidates of child abuse and shortage of caregiving for the detection and management of child abuse during the COVID-pandemic.

- Improvements:
    - Many possible improvements to the aforementioned bottlenecks were mentioned by the interviewers.
    - Certain examples: necessity of allowing caregiving work unhindered or more care capacity and implementation of proactive screening or digital tools to detect and manage child abuse.

# DISCUSSION

## Quantitative questionnaire

Comparable to the Delphi-study, the interviewed GPs acknowledge an important responsibility in the management of child abuse[13]. This sense of responsibility increases when the patients are well-known to the GPs. A possible explanation for this phenomenon is the patient-doctor and doctor-family relationship[13].

Literature suggests that a child-check can be advantageous for detection of child abuse and is common practice in the Netherlands[25]. According to this study a child-check is particularly applicable in cases with psychiatric comorbidity of parents. Questionnaires exist relating to the concept of child-check such as ESCAPE[26] – a six-item checklist addressing risk factors for child abuse- and SPUTOVAMO[27] – a nine-item checklist, used in emergency departments in the Netherlands. In this study, the GPs state lack of promotion of these checklists during their training. They also doubt the pragmatic applicability of these checklists due to time shortage.

Moreover, studies prove that the combination of a checklist with a top-to-toe clinical examination yields the best results[13]. The interviewed GPs state that the child's age crucially influences the clinical examination. The older the child, the more responsibility and

preservation of autonomy assigned by the GPs. Most GPs advocate a uniform, low time-demanding, user-friendly medical documentation.

Although most GPs mention that discussing child abuse cases is paramount, they feel incompetent to do so adequately. It became very clear from the interviews and a review that there is a greater need for knowledge and experience, training though approaching a case playfully could play an important role in this[28]. A non-judgemental approach with emphasis on improvement is needed when discussing child abuse with parents[29].

When informed of suspected child abuse by a third party, most GPs feel responsible for referral to the VK. This however contradicts the VK's own protocols, recommending direct reporting to the 1712 hotline[13]. The certainty of child abuse signs greatly influences GP's chance of referral to the VK. Nevertheless, most of the GPs state that too few referrals are made, possibly from lack of experience. Though harder for GPs, referrals when parents directly object, patient confidentiality can be violated in a state of emergency - in presence of risk of physical harm - , still allowing referrals[13,30]. Therefore, 61.77% of GPs find there is a necessity for the existence of a "duty to report". Patient confidentiality prohibits collaboration with other caregivers in cases of child abuse, necessitating change. Even despite willingness, GPs have difficulties contacting the public prosecutor, not knowing which steps to take. Healthcare providers should preferably be able to ask anonymous advice to the VK.

# Qualitative interviews

For a coherent discussion of results from the qualitative interviews, the themes and subthemes relating to detection, management of child abuse and effect of the COVID pandemic were otherwise categorised. Themes and subthemes pertaining to shortcomings of caregivers, shortcomings of the care system and the COVID-pandemic as bottlenecks to child abuse management were pooled with their respective proposals of potential improvements. The discussion hereof is noted below.

## Shortcomings caregivers

Our study suggests that there is a shortage of reportings of child abuse to other care giving instances. Studies suggest that there are still many child abuse cases remaining undetected by caregivers with substantial long term negative impact[6].
One of the reasons, confirmed by literature could be that caregivers have a shortage in knowledge and experience in detecting signs of child abuse[31]. Education of caregivers regarding detection of child abuse could promote the reporting of child abuse[32].

Another reason, frequently mentioned throughout the interviews, is that caregivers experience difficulties navigating patient confidentiality guidelines, and a more user-friendly reformation seems needed. However, current legislation and guidelines state that caregivers should not be hindered by patient confidentiality[33,34]. The existence and application of a shared professional secrecy should benefit these sensitive cross-sectional collaborations. Further education of caregivers regarding this legislation and guideline were frequently mentioned and could therefore be useful.

This study also suggests that caregivers struggle with the course of action when potential signs of child abuse are present. One of the reasons could be insufficient skills to communicate this sensitive matter with children and parents[8]. Another reason could be that caregivers have a shortage in knowledge and experience in what course of action must be taken regarding child abuse[35].

## Shortcomings health care system

One of the reasons presented is insufficient care capacity in facilities to detect, report and manage child abuse[36]. Our study describes benefits for caregivers when accessible collaboration with other care facilities is possible[37]. Similarly, caregivers have insufficient time to perform crucial tasks to adequately manage child abuse[37]. There was also mention of shortage of staff and long waiting lists in caregiving facilities. Improvements to these bottlenecks would greatly benefit the management of child abuse.

Another reason could be that the current care system is disorganised, hindering the management of child abuse. For example, medical shopping causes delay and hinders both the detection and course of action in case of child abuse[31]. Adequate medical-documentation and collaboration of potential cases of child abuse could prevent this[31]. Another example is unclear caregiver tasks or responsibilities regarding child abuse within the care system.
Education of caregivers and team coordination sessions where care networks are explained could therefore greatly benefit the management of child abuse[37].
Similarly, there are unclear care protocols, leaving caregivers uncertain of the best course of action. Education of caregivers on the current protocols could relieve this bottleneck.
Also, creation of care protocols where they are absent or improvement of current protocols, could ameliorate caregivers for managing child abuse[37].

## COVID

### Epidemiology of child abuse during the COVID-pandemic

Our study provided a heterogeneity in opinions regarding epidemiology of child abuse around the COVID-pandemic, reflecting the findings of other studies[38]. Although, compared to 2020, a 5% increase in reportings of child abuse were recorded by the VK, of which a relative increase via non-physical contact (phone calls, online etc.)[39], in literature it still remains unclear whether incidence and reportings of child abuse changed around the COVID pandemic[11,12].
Further research must be conducted to assess if when caregiving is temporarily inaccessible child abuse increases or goes undetected[11,12].

### Isolation measures

Caregivers expressed difficulties arising from isolation during the COVID-pandemic[10]. They hypothesised that isolation not only hindered detection of child abuse, but also promoted compromised environments with higher incidence of child abuse[10].
Caregivers mention a rise of disruptive environments, where isolation measures lead to potential victims of child abuse to be locked down within proximity of their potential perpetrators[9,10].
Proactive screening and visits of compromised situations of families by caregivers was frequently mentioned as a potential solution to this problem[9,10].

### Changed workflow

The Covid-19 pandemic not only introduced new bottlenecks but also highlighted existing ones due to a changed workflow of caregivers and caregiving instances[9–12].
Caregivers mention that focus on limiting the pandemic, issued inadequate remaining caregiving capacity to manage child abuse[9–12]. Improvement of caregiving capacity in general was requested to alleviate this issue in the future[11,12].
Telemedicine was implemented by caregivers to conserve continuity of care. However, caregivers believe that telemedicine is not as promising, providing a potentially fabricated and limited perspective of patients' lives, hindering the management of child abuse[9–12]. Therefore, caregivers advocate foregoing isolation measures in similar future events, not relying on telemedicine.

## Interactions

All the aforementioned bottlenecks were discussed to provide an overview of the resulting subtopics. However, there is evidence that most of the bottlenecks and solutions are interlinked and influence one another.
For example, education of caregivers would not only directly increase reports of child abuse but would also improve interpretation of signs (benefitting detection), inadvertently increasing reports of child abuse. For a brief summary of the interactions, consult the mind map presented in ***Figure 8***.

## Agreement with the KCE report

When comparing our study results with the existing literature, congruence of all the findings were found with the earlier KCE report[8].
This congruence does provide valuable insights. The KCE report mentions all the same bottlenecks and potential improvements, however, this was already published in 2016. Therefore, one can conclude that the solutions were ineffective, inadequately implemented or not detected by our study.
Therefore, more studies need to be conducted, to confirm our findings and potentially propose different or better implementation of improvements to the bottlenecks in child abuse management.

## Strengths and weaknesses

Conducting interviews from a heterogenous group of caregivers, provided broad and varied viewpoints on the topic of child abuse. Combining a qualitative interview and a quantitative questionnaire, provided us with incomparable outcome measures.
The interviews were concurrently conducted by four researchers, provoking interpersonal differences between the interviews as well as further application of the QUAQOL methodology. Consequently, despite implementation of a peer review process, additional heterogeneity of results could be present.
Furthermore, a lower response rate for the disseminated questionnaire provided a small sample size. Hereby limiting the power for statistical research, only allowing for descriptive statistics. The majority of questionnaire responders were young GPs, presumably because of dissemination through digital platforms.

# CONCLUSION

The main take home messages for GPs are the implementation of child-check, certainly when dealing with compromised family environments. There is a necessity for sufficient education about detecting signs, management protocols, social networks and communication techniques. Multidisciplinary teams should be accessible, and the current patient confidentiality should not prevent adequate collaboration.

# REFERENCES


1. Child Maltreament WHO. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment.
2. Bérubé A et al. How societal responses to COVID-19 could contribute to child neglect. *Child Abus*. 2021;116.
3. Kindermishandeling, Opgroeien. https://www.opgroeien.be/cijfers-en-publicaties/kindermishandeling.
4. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health

Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. Tomlinson M, ed. *PLoS Med*. 2012;9(11):e1001349. doi:10.1371/journal.pmed.1001349
5. Fang X, Brown DS, Florence CS, Mercy JA. The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse Negl*. 2012;36(2):156-165. doi:10.1016/j.chiabu.2011.10.006
6. Bailhache M, Leroy V, Pillet P, Salmi L-R. Is early detection of abused children possible?: a systematic review of the diagnostic accuracy of the identification of abused children. *BMC Pediatr*. 2013;13(1):202. doi:10.1186/1471-2431-13-202
7. van Toledo A, Seymour F. Caregiver Needs Following Disclosure of Child Sexual Abuse. *J Child Sex Abus*. 2016;25(4):403-414. doi:10.1080/10538712.2016.1156206
8. Vinck I et al. Hoe de detectie van kindermishandeling verbeteren? *KCE Rep*.
9. Garner JB, Self-Brown S, Emery V, Wootten K, Tiwari A. COVID-19 and Caregiver Risk Factors for Child Maltreatment: The Pandemic in Review. *Trauma, Violence, Abus*. March 2023:152483802311586. doi:10.1177/15248380231158609
10. Meherali S, Punjani N, Louie-Poon S, et al. Mental Health of Children and Adolescents Amidst COVID-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(7):3432. doi:10.3390/ijerph18073432
11. Huang N, Yang F, Liu X, Bai Y, Guo J, Riem MME. The prevalences, changes, and related factors of child maltreatment during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Child Abuse Negl*. 2023;135:105992. doi:10.1016/j.chiabu.2022.105992
12. Marmor A, Cohen N, Katz C. Child Maltreatment During COVID-19: Key Conclusions and Future Directions Based on a Systematic Literature Review. *Trauma, Violence, Abus*. 2023;24(2):760-775. doi:10.1177/15248380211043818
13. N. Dekker, K. Smets, K. Kaïret LP, met medewerking van L. Pas, N. Claes, J. Vanschoenbeek MD. Aanpak van vermoeden kindermishandeling. *Domus Medica*. 2014.
14. Lupton C, North N, Khan P. What role for the general practitioner in child protection? *Br J Gen Pract*. 2000;50(461):977-981. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11224970.
15. PubMed. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/.
16. LitCovid - NCBI - NLM - NIH. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/research/coronavirus/.
17. Qualtrics.
18. Allen, I.E. and Seaman CA. Likert Scales and Data Analyses. *Qual Prog*. 2007;40(7):64-65.
19. Microsoft Corporation. Microsoft Excel. 2018.
20. Saks M, Allsop J. *Researching Health: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods (3rd Edition)*.; 2019.
21. Turner D. Qualitative Interview Design: A Practical Guide for Novice Investigators. *Qual Rep*. November 2014. doi:10.46743/2160-3715/2010.1178
22. Dierckx de Casterlé B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(3):360-371. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.09.012
23. Heath H, Cowley S. Developing a grounded theory approach: a comparison of Glaser and Strauss. *Int J Nurs Stud*. 2004;41(2):141-150. doi:10.1016/S0020-7489(03)00113-5
24. Murphy JFA. The General Data Protection Regulation (GDPR). *Ir Med J*. 2018;111(5):747. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30489707.
25. Kindcheck AUGEO foundation. https://www.augeo.nl/nl-nl/kindcheck/.
26. Pavone V, Vescio A, Lucenti L, et al. Diagnostic Tools in the Detection of Physical Child Abuse: A Systematic Review. *Children*. 2022;9(8):1257. doi:10.3390/children9081257
27. Teeuw AH, Kraan RBJ, van Rijn RR, Bossuyt PMM, Heymans HSA. Screening for child abuse using a checklist and physical examinations in the emergency department led to the detection of more cases. *Acta Paediatr*. 2019;108(2):300-313. doi:10.1111/apa.14495
28. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. Child abuse and neglect: diagnosis and management. *Dtsch Arztebl Int*. 2010;107(13):231-239; quiz

240. doi:10.3238/arztebl.2010.0231
29. Reid B, Long A. Suspected child abuse: Communicating with a child and her mother. *J Pediatr Nurs*. 2002;17(3):229-235. doi:10.1053/jpdn.2002.123524
30. Strafwetboek. *Art. 458 Bis*.
31. Steenackers K, Deveugele M. De rol van de huisarts bij kindermishandeling : van vermoeden tot benoemen, registratie en adequate aanpak. Een kwaliteitsbevorderend praktijkproject. 2012.
32. Walsh K, Eggins E, Hine L, et al. Child protection training for professionals to improve reporting of child abuse and neglect. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;2022(7). doi:10.1002/14651858.CD011775.pub2
33. M.B. Décret relatif à l'Aide aux enfants victimes de maltraitance. 2004.
34. Medical deontological code. *Natl Order Physicians*.
35. Altieri MF. Child abuse. *Postgrad Med*. 1990;87(2):153-162. doi:10.1080/00325481.1990.11704562
36. Maier A, Rassenhofer M, Hoffmann U, Fegert JM. Possibilities of dissemination of specialist knowledge and acting capacity in the field of child protection in medicine: a qualitative survey. *GMS J Med Educ*. 2020;37(1):Doc10. doi:10.3205/zma001303
37. Flaherty EG, Jones R, Sege R. Telling their stories: primary care practitioners' experience evaluating and reporting injuries caused by child abuse. *Child Abuse Negl*. 2004;28(9):939-945. doi:10.1016/j.chiabu.2004.03.013
38. Rapp A, Fall G, Radomsky AC, Santarossa S. Child Maltreatment During the COVID-19 Pandemic. *Pediatr Clin North Am*. 2021;68(5):991-1009. doi:10.1016/j.pcl.2021.05.006
39. Vertrouwenscentrum Kindermishandeling. https://www.vertrouwenscentrum-kindermishandeling.be.

# Appendix

*Table 1: Demographic data of the quantitative questionnaire*

| Demographic data quantitative questionnaire | Percentages of responses |
|---|---|
| **Type of GP practice** | |
| Solo practice | 24,64% (17) |
| Group practice | 69,57% (48) |
| Medical home | 2,90% (2) |
| Community health centre | 2,90% (2) |
| **Location of GP practice** | |
| Rural | 69,12% (47) |
| Urban | 30,88% (21) |
| **Activity as GP in years** | |
| 0 – 5 years | 50,72% (35) |
| 5 – 10 years | 14,49% (10) |
| 10 – 20 years | 15,94% (11) |
| 20 – 30 years | 7,2% (5) |
| > 30 years | 11,59% (8) |
| **Career child abuse cases handled** | |
| 0 – 5 | 90,6% (58) |
| 5 – 10 | 6,25% (4) |
| > 10 | 2,88% (2) |

*Table 2a: Results of the questionnaire: role of the GP in suspected child abuse*

| Quantitative questionnaire: role of the GP in suspected child abuse | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **It is the GPs duty to …** | **Absolutely disagree** | **Disagree** | **Agree** | **Absolutely agree** | **Total** |
| 1. … be alert for symptoms of child abuse | 1,33% (1) | 0,00% (0) | 36,00% (27) | 62,27% (47) | 75 |
| 2. … not judge but to assess whether there are worrisome signs (physical, relational, psychological symptoms) | 0,00% (0) | 1,35% (1) | 40,54% (30) | 58,11% (43) | 74 |
| 3. ... alarm and report child abuse | 0,00% (0) | 6,67% (5) | 53,33% (40) | 40,00% (30) | 75 |
| 4. … take measures to protect the child | 5,41% (4) | 24,32% (18) | 48,65% (36) | 21,62% (16) | 74 |
| 5. … take measures to protect the child, even when the perpetrators are under the GP's care. | 6,76% (5) | 17,57% (13) | 47,30% (35) | 28,38% (21) | 74 |
| 6. … take measures to protect the child, even when the child is not one of his patients, but belongs to a patient's family | 4,00% (3) | 26,67% (20) | 50,67% (38) | 18,67% (14) | 75 |
| 8. … report to or cooperate with specialized authorities, if necessary | 1,33% (1) | 0,00% (0) | 49,33% (37) | 49,33% (37) | 75 |
| 9. … carry out a child-check with the parents (how are the children, are there any problems or concerns about the children) during every consultation | 10,67% (8) | 54,67% (41) | 30,67% (23) | 4,00% (3) | 75 |
| 10. … do a child-check during every consultation with parents suffering from a psychiatric complaint | 8,00% (6) | 42,67% (32) | 42,67% (32) | 6,67% (5) | 75 |
| 11. … carry out a child-check with the children themselves during every consultation | 5,41% (4) | 47,30% (35) | 37,84% (28) | 9,46% (7) | 74 |

*Table 2b: Results of the questionnaire: role of the GP during clinical examination and medical documentation*

| Quantitative questionnaire: role of the GP during clinical examination and medical documentation | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **When suspecting child abuse, the GP must …** | **Absolutely disagree** | **Disagree** | **Agree** | **Absolutely agree** | **Total** |
| *1. … examine the child thoroughly from top to toe* | *0,00% (0)* | *13,70% (10)* | *58,90% (43)* | *27,40% (20)* | *73* |
| *2. … examine the child completely undressed, without regard for the type of suspected child abuse* | *6,85% (5)* | *52,05% (38)* | *32,88% (24)* | *8,22% (6)* | *73* |
| *3. … carry out a target oriented clinical examination, relying on the type of child abuse* | *0,00% (0)* | *9,59% (7)* | *72,60% (53)* | *17,81% (13)* | *73* |
| *5. … register possible symptoms of child abuse as objectively as possible in the e-PHR* | *0,00% (0)* | *1,37% (1)* | *41,10% (30)* | *57,53% (42)* | *73* |
| 5. The diagnostic examination must be carried out by a multidisciplinary team | 0,00% (0) | 23,29 % (17) | 50,68% (37) | 26,03 % (19) | 73 |
| *6. A uniform e-PHR documentation of child abuse, from clinical examination, should improve the ability to scope child abuse.* | *0,00% (0)* | *20,55% (15)* | *54,79% (40)* | *24,66% (18)* | *73* |

*Table 2c: Results of the questionnaire: role of the GP to communicate the topic of child abuse*

| Quantitative questionnaire: role of the GP to communicate the topic of child abuse | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **The GPs feel responsible to discuss child abuse with …** | **Absolutely disagree** | **Disagree** | **Agree** | **Absolutely agree** | **Total** |
| 1. … the perpetrators | 4,35% (3) | 27,54% (19) | 56,52% (39) | 11,59% (8) | 69 |
| 2. … the child itself, in the presence of the parents | 7,25% (5) | 47,83% (33) | 37,68% (26) | 7,25% (5) | 69 |
| 3. … the child itself, when the parents are absent | 1,45% (1) | 33,33% (23) | 52,17% (36) | 13,04% (9) | 69 |
| 4. …the child itself, but only if the safety of the child is guaranteed and the child's age allows it | 0,00 % (0) | 5,80% (4) | 50,72% (35) | 43,48% (30) | 69 |
| 5. There is a need for more communication skills, trainings and conversation techniques concerning the subject of child abuse. | 0,00% (0) | 2,99% (2) | 41,79% (28) | 55,22% (37) | 67 |

*Table 2d: Results of the questionnaire: role of the GP when collaborating with other authorities*

| Quantitative questionnaire: role of the GP when collaborating with other authorities | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Absolutely disagree** | **Disagree** | **Agree** | **Absolutely agree** | **Total** |
| 1. If a third party informs a GP about suspected child abuse, the doctor should contact a Child Abuse Trust Centre (VK) | 1,45% (1) | 21,74% (15) | 47,83% (33) | 28,99% (20) | 69 |
| 2. It is the GP's duty to report a case to the public investigator himself in an emergency or when other caregiving is inadequate. | 5,88% (4) | 29,41% (20) | 55,88% (38) | 8,82% (6) | 68 |
| 3. In cases of sexual abuse, the GP should refer the patients to an emergency department that disposes of a "Sexual Aggression Set" within 24 hours. | 0,00% (0) | 7,25% (5) | 47,83% (33) | 44,93% (31) | 69 |
| 4. Every physician has to report possible symptoms of child abuse to the VK. | 0,00 % (0) | 46,38% (32) | 40,58% (28) | 13,04% (9) | 69 |
| 5. Every physician has to report clear symptoms of child abuse to the VK. | 0,00% (0) | 2,90% (2) | 47,83% (33) | 49,28% (34) | 69 |
| 6. The GP goes through with reportings, even if parents object (after having been informed) | 0,00% (0) | 5,88% (4) | 63,24% (43) | 30,88% (21) | 68 |
| 7. GPs don' t report enough cases of (suspected) child abuse | 2,94% (2) | 11,76% (8) | 57,35% (39) | 27,94% (19) | 68 |
| 8. There is necessity for a "duty to report" | 2,94% (2) | 35,29% (24) | 41,18% (28) | 20,599% (14) | 68 |
| 9. The current form of patient-confidentiality should be adapted so that caregiving, the public prosecutor and the police can better collaborate for managing child abuse. | 2,94% (2) | 19,12% (13) | 50,00% (34) | 27,94% (19) | 68 |

*Table 3: List of bottlenecks and improvements mentioned*

| QUALITATIVE INTERVIEWS: PRELIMINARY CODING | Ref. |
|---|---|
| **COVID INCIDENTIE** | |
| Weinig verandering in epidemiologie | 13 |
| Stijging kindermishandeling pas na COVID pandemie | 7 |
| Meer meldingen geweld na lockdownperiode | 2 |
| Minder meldingen door scholen en CLB | 5 |
| Meer meldingen door scholen en CLB | 1 |
| Literatuur niet conclusief | 0 |
| Data moeilijk te interpreteren | 1 |
| Weinig ervaring of gegevens hierover | 2 |
| Lang en situatie gebonden cijfers | 1 |
| **COVID KNELPUNTEN AANPAK** | |
| Veranderde werking diensten | 3 |
| ! Nood aan minder strikte lockdown voor zorgberoepen | 5 |
| ! Nood aan geen onderbreking zorg | 5 |
| Bezoek onmogelijk | 3 |
| Continuiteit in gedrang | 2 |
| Logistieke problemen | 2 |
| Achterstallig werk | 3 |
| Minder beschikbaarheid zorgverleners | 4 |
| Tekort aan middelen | 3 |
| Personeelsverloop en tekort in jeugdzorg | 1 |
| Moeite inzetten tegen kindermishandeling | 2 |
| Sluiting delen van ziekenhuis door COVID-zorg | 1 |
| Minder zorgcapaciteit | 2 |
| ! Implementatie van regelmatige controles | 1 |
| Overleg | 1 |
| Minder teamgesprekken | 5 |
| Minder fysieke contact met andere diensten | 4 |
| Telemedicine | 2 |
| Moeilijke aanpak via telemedicine | 6 |
| ! Implementatie telemedicine | 2 |
| Lage drempel verbreken door opvolging via telemedicine | 4 |
| ! Implementatie fysieke zorgverlening | 1 |
| Weigering zorg door angst voor covid besmetting (als excuus) | 2 |
| Verpleegkundigen in samenspraak met psychologen | 1 |
| **COVID KNELPUNTEN OPSPORING** | |
| Isolatie | 4 |
| Minder fysieke consultaties | 7 |
| Meer potentiële gemiste casussen | 8 |

| | |
|---|---|
| Meer telemedicine | 6 |
| Mensen uit laag sociale klassen geen middel voor telemedicine | 2 |
| Geeft een oppervlakkig beeld | 6 |
| Minder sociale controle | 8 |
| ! Nood aan meer sociale controles | 1 |
| Schoolsluiting | 5 |
| ! Implementatie scholen openhouden | 7 |
| Leerkrachten kunnen kinderen niet opvolgen | 7 |
| Geen zicht op verwaarlozing | 2 |
| Geen zicht op nieuwe partners van de ouders | 1 |
| Online lessen zonder fysiek contact | 1 |
| Sommige kinderen onbereikbaar | 4 |
| Meer psychiatrische problematiek | 4 |
| Minder beschikbaarheid zorgverleners | 3 |
| Minder huisbezoeken mogelijk | 3 |
| ! Nood aan stoepbezoek | 1 |
| Lagere toestroom ziekenhuizen | 2 |
| Onzekerheid of andere signalen door huisartsen werden opgemerkt | 1 |
| Minder consultaties | 1 |
| Algemeen negatief effect | 4 |
| ! Nood aan netwerking via buren | 4 |
| ! Nood aan sensibiliseringscampagnes | 3 |
| ! Nood aan algemeen minder strikte lockdown | 3 |
| Contact met leeftijdsgenoten cruciaal | 1 |
| ! Nood aan buiten spelen | 2 |
| ! Nood aan jongeren apart te kunnen aanspreken | 1 |
| Luxerende situaties | 3 |
| Moeilijke thuissituaties | 9 |
| Meer psychische problemen | 5 |
| Stresssituatie gezin | 5 |
| Druk op ouders | 8 |
| Informatienood over hoe opvoeden en omgaan met kinderen | 2 |
| ! Nood aan definiëren kwetsbare gezinnen en opvolgen | 3 |
| ! Nood aan proactief kwetsbare gezinnen opbellen | 3 |
| Kwetsbaren gezinnen kregen gedwongen gevoel om kinderen naar opvang te brengen | 2 |
| Meer echtscheidingen | 2 |
| Weinig opvolging | 2 |
| Druk op kind | 1 |
| Meer onderliggende problemen zichtbaar | 1 |
| ! Nood aan veilige plaats | 3 |
| Meer mensen blijven thuis | 2 |

| | |
|---|---|
| Luxerende factor van kinderen opgesloten met daders | 7 |
| Financieel besparing op kinderopvang | 1 |
| Toename kindslachtoffers | 3 |
| Meer familiaal geweld | 2 |
| Niets veranderd sinds COVID | 2 |
| Veranderde werking diensten | 2 |
| ! Nood aan geen onderbreking zorg | 5 |
| ! Nood aan minder strikte lockdown voor zorgberoepen | 3 |
| Focus op urgente zorg | 3 |
| Focus op inperken COVID pandemie | 1 |
| Geplande campagnes en protocollen on hold door COVID pandemie | 1 |
| Meer tijd tussen overlegmomenten | 2 |
| Minder zorgverleners beschikbaar | 3 |
| Veel diensten bleven gesloten | 2 |
| Opstapeling achterstallig werk | 1 |
| Minder aandacht of hulp voor kindermishandeling | 1 |
| Weigering zorg | 1 |
| Angst voor COVID besmetting | 1 |
| Angst om buiten te komen | 1 |
| **COVID POSITIEVE PUNTEN** | |
| Zorgverlener meer tijd | 2 |
| Grotere toegankelijkheid door digitale middelen | 2 |
| Afstandsonderwijs met extra sociale controle | 2 |
| Inzage omgeving van slachtoffer | 2 |
| Ontwikkelen telemedicine | 1 |
| Veilige omgeving voor slachtoffer creëren met COVID als excuus | 2 |
| Verborgen problemen boven water door toename ernst | 2 |
| Mediabelang | 1 |
| Gebrek aan sociaal contact | 1 |
| Meer openheid voor problemen | 3 |
| Meer rust thuis, wegvallen van sociale druk | 1 |
| Meer betrokkenheid van ouders tav kinderen | 1 |
| Meer tijd | 1 |
| Verlaging drempel naar zorgverlening | 2 |
| Meer meldingen door omgeving van kind in tegenstelling tot scholen | 1 |
| **KNELPUNTEN AANPAK** | |
| Er gaat weinig fout | 4 |
| Voldoende snelle werking zorgverlening | 2 |
| Verhaal | 5 |
| Contextafhankelijk | 2 |
| ! Nood aan identificatie en opvolging bij kwetsbare gezinnen | 7 |

| | |
|---|---|
| Psychiatrisch | 2 |
| Emotionele problemen | 3 |
| Onveilige hechting | 2 |
| Middelenmisbruik | 1 |
| Zwangerschap | 1 |
| Diversiteit | 0 |
| Andere culturen | 1 |
| ! Implementatie GBO | 1 |
| Allochtone ouders | 1 |
| Familiaal | 0 |
| Echtscheiding | 4 |
| Beschuldigingscultuur | 2 |
| ! Nood aan betrekking ouders bij zorg | 8 |
| ! Nood aan verbeterproces ipv schuldcultuur | 6 |
| ! Nood aan niet criminaliseren | 5 |
| Signalen | 0 |
| Moeilijk differentiatie verschillende types kindermishandeling | 6 |
| Niet pathognomisch of onduidelijke signalen | 4 |
| ! Opleiding herkennen signalen | 1 |
| Enkel heteroanamnestisch gegevens | 3 |
| Preventie | 2 |
| ! Implementatie aanklampende, vrijwillige zorg | 5 |
| ! Implementatie straathoekwerkers | 3 |
| Kinderen of slachtoffers | 1 |
| Veilige omgeving vereist | 7 |
| Moeilijke creatie hiervan | 1 |
| Moet initiatief zelf nemen | 7 |
| Bewaren autonomie | 1 |
| Coöperatie vereist | 2 |
| Multidisciplinair | 1 |
| Noodzaak vertrouwen andere zorgverleners | 4 |
| Beroepsgeheim | 5 |
| Schrik schending bij melding naar andere zorgverlener | 10 |
| Angst strafwetboek | 2 |
| ! Nood aan garantie anonimiteit | 3 |
| ! Nood aan gedeelde beroepsgeheim | 3 |
| Anonimiteit niet gegarandeerd | 3 |
| Nood aan informed consent | 2 |
| ! Opleiding beroepsgeheim en 484bis | 2 |
| ! Implementatie meldingsplicht | 1 |
| Zwijgrecht | 1 |

| | |
|---|---|
| Te weinig meldingen | 6 |
| ! Implementatie interdisciplinair overleg | 5 |
| Te laat ingeschakeld | 3 |
| Juridisch systeem | 4 |
| Weinig terugkoppeling | 5 |
| Enkel op vrijwillige basis | 3 |
| Trage werking | 2 |
| Onvoldoende strafmaat | 2 |
| Franstalig België andere werking | 1 |
| Onzekerheid kwaliteit zorg | 1 |
| Recht ouders primeert nog op recht kind | 1 |
| Onbereikbaar | 5 |
| Slechts bij kantooruren bereikbaar | 3 |
| Slechts telefonisch contact mogelijk | 3 |
| ! Implementatie email als tussenoplossing | 2 |
| Noodzaak temporiseren | 4 |
| Inschatten ernst | 3 |
| Eenmalig vs recurrerend kindermishandeling | 1 |
| Tekort aan snelle zorgverlening | 3 |
| ! Nood aan snelle zorgverlening | 2 |
| Documentatie | 2 |
| Geen notitie in het dossier | 3 |
| Slechte dossieroverdracht | 3 |
| ! Opleiding bijscholing wat mag op attest | 1 |
| Ouders hebben ook inzage | 1 |
| Instanties kunnen niets doen | 2 |
| Situatie verergering door melding | 2 |
| Situatie kan zich herhalen | 2 |
| Nieuwe kinderen kunnen opnieuw mishandeld worden | 1 |
| Onduidelijk | 2 |
| Wat is de werking | 6 |
| ! Opleiding werking zorgverleners | 4 |
| ! Nood aan duidelijkheid, bekendmaking zorginstanties | 3 |
| Drempel melding omgeving naar instantie | 4 |
| Geen vaste zorgverlener | 1 |
| Ongeorganiseerd | 2 |
| Instanties werken apart | 8 |
| ! Nood aan samenwerking met andere diensten | 11 |
| ! Nood aan mogelijkheid laagdrempelig overleg | 4 |
| ! Nood aan netwerk of creatie van sociale kaart | 1 |
| ! Nood aan overzicht van wat er bestaat | 3 |

| | |
|---|---|
| ! Implementatie ketenaanpak | 1 |
| ! Nood aan bekendmakingsacties | 1 |
| ! Opleiding infoavond met alle zorgverleners | 1 |
| Meerdere spelers | 8 |
| Geen duidelijk protocol | 4 |
| ! Nood aan duidelijke richtlijnen | 3 |
| ! Opleiding verduidelijking diverse stappen | 3 |
| Geen centraal meldpunt | 4 |
| ! Nood aan centraal orgaan | 1 |
| ! Nood aan centrale poele forensische artsen | 1 |
| ! Nood aan medische expertise op verplaatsing | 1 |
| ! Nood aan provinciale bundeling expertise | 1 |
| Op politiek niveau | 1 |
| Geen duidelijk verantwoordelijkheid van de instantie | 1 |
| Verwijzen naar andere instantie | 1 |
| Capaciteiten zorg | 1 |
| Wachtlijsten | 7 |
| Beperkte zorgplaatsen | 5 |
| Geen opvang buiten gezin | 4 |
| ! Nood aan minder werkdruk | 5 |
| Hoge werkdruk | 4 |
| Geen veilige thuissituatie | 2 |
| Opvolging te weinig mankracht | 3 |
| Onvoldoende jeugdzorg | 2 |
| ! Nood aan uitbreiding jeugd en sociale dienst | 2 |
| Ouders of daders | 1 |
| Coöperatie vereist of weigering | 7 |
| Toestemming ouders nodig tot instakelen zorgverlening | 4 |
| Gaan niet in op uitnodiging zorgverlening | 4 |
| Moeten zelf initiatief nemen | 5 |
| Financieel kost zorgverlening | 5 |
| Begrip vereist | 2 |
| Meekrijgen in het verhaal | 6 |
| Gebrek aan zelfreflectie | 4 |
| Bewustzijn van daden | 4 |
| Belang partner boven welzijn kind | 1 |
| Zorgverlener of melder | 0 |
| Tijdsgebrek | 5 |
| Gebrek in kennis of ervaring | 5 |
| Te hoge verwachtingspatroon | 3 |
| Nood aan ervaring | 3 |

| | |
|---|---|
| ! Opleiding kennis of ervaring van ernstige gevallen | 4 |
| Nood aan opleiding | 3 |
| Hoe handelen of welke stappen nemen | 11 |
| ! Opleiding wanneer ingrijpen | 4 |
| Wie doet wat bij hulpverleners | 6 |
| ! Opleiding wie, wanneer contacteren | 7 |
| Vermogen om via spel emoties te achterhalen | 2 |
| ! Opleiding via spel emoties achterhalen | 2 |
| ! Opleiding expertise gesprek met daders | 2 |
| Expertise gesprek met kinderen | 2 |
| Juridisch systeem | 1 |
| Wettelijk kader | 1 |
| Afgeven mandaat of verantwoordelijkheid aan andere zorgverlener | 5 |
| Te weinig feedback | 4 |
| Onvoldoende terugkoppeling | 4 |
| Onvoldoende betrekking na verwijzing | 4 |
| ! Nood aan terugkoppeling casussen | 2 |
| Angst of drempel voor | 3 |
| Onjuiste verdenkingen | 5 |
| Confrontatie | 3 |
| Fysiek geweld | 2 |
| Daders | 1 |
| Miscommunicatie | 1 |
| ! Opleiding communicatievaardigheden | 1 |
| ! Implementatie bezorgdheid kind centraal | 1 |
| Niet aux serieux genomen worden | 1 |
| Sociale ladder | 1 |
| Schaamte | 1 |
| Vertrouwensverlies | 1 |
| Daders of ouders | 4 |
| Kind of slachtoffer | 1 |
| Te arbeidsintensief | 2 |
| ! Implementatie van 1207 | 1 |
| ! Nood aan minder werkdruk | 1 |
| Noodzaak | 0 |
| Gehele context in rekening houden | 8 |
| Transparante communicatie met ouders | 5 |
| Eerst spreken met de ouders | 8 |
| Initiatief te nemen | 2 |
| ! Implementatie initiatief nemen | 1 |
| Verantwoordelijkheid opnemen | 1 |

| | |
|---|---|
| Kind vertegenwoordigen | 4 |
| Weerbaarheid | 2 |
| ! Nood aan ruimte om te ventileren | 1 |
| Beschikbaarheid betrokken partijen | 1 |
| **KNELPUNTEN OPSPORING** | |
| Shopgedrag van patiënten of regie in eigen handen | 4 |
| Vrije keuze hulpverlening door patiënt | 2 |
| ! Nood contact tussen sociale diensten van ziekenhuizen | 2 |
| ! Nood meer samenwerking tussen ziekenhuizen | 2 |
| Herstarten van procedures bij nieuwe zorgverleners | 2 |
| ! Implementatie casusoverleg | 1 |
| ! Implementatie GMD-houdende arts als vaste huisarts | 1 |
| ! Nood toegang tot verslag ander ziekenhuis | 1 |
| Bespreekbaarheid of communicatie | 4 |
| Taboe | 7 |
| ! Nood debatten over seksuele of emotionele misbruik | 1 |
| ! Nood sensibilisatie op website | 4 |
| ! Nood sensibilisatie in wachtzaal | 3 |
| Met ouders of daders | 7 |
| Psychiatrie bij de ouders | 9 |
| Agressie naar zorgverleners | 3 |
| Moeilijke communicatie | 3 |
| Zelf een slachtoffer | 5 |
| Onvoldoende communicatiemogelijkheden | 6 |
| Schaamtegevoel bij daders | 3 |
| Ontkenning | 3 |
| Angst gevolgen | 2 |
| Relationeel met zorgverlener | 4 |
| Relationeel met partner of dader | 3 |
| Strafrechtelijk | 2 |
| Munchausen by proxy | 2 |
| Verwaarlozing | 1 |
| Van zorgverlener | 1 |
| Te weinig intercollegiaal overleg | 11 |
| ! Implementatie laagdrempelig overleg | 8 |
| Tijdgebrek | 7 |
| Vertrouwensbreuk na het benoemen | 9 |
| Resulteert vaak in vluchtgedrag | 2 |
| Beperkte kennis | 7 |
| Te weinig kennis van mogelijke hulpinstanties | 9 |
| ! Opleiding wie, wanneer contacteren | 4 |

| | |
|---|---|
| ! Opleiding in HAIO-traject | 2 |
| Onvoldoende communicatiemogelijkheden | 8 |
| ! Opleiding communicatievaardigheden | 3 |
| ! Implementeren directe communicatie | 3 |
| ! Opleiding hoe aankaarten bij daders | 4 |
| Personeelstekort | 3 |
| Prioriteit naar ernstigere gevallen kindermishandeling | 2 |
| Confrontatie willen vermijden | 5 |
| Beperkte ervaring | 4 |
| ! Nood aan meer ervaring | 3 |
| Vanzelfsprekendheid in probleemgezinnen met groot prevalentie kindermishandeling | 4 |
| Te weinig consulten met patiënten in het verleden | 3 |
| Minder sterke vertrouwensrelatie | 2 |
| Angst | 3 |
| Onjuiste verdenking | 9 |
| Represailles dader | 3 |
| Valse attributie van signalen | 3 |
| Represailles gerecht | 3 |
| Ongekende | 1 |
| Geen duidelijke richtlijnen | 3 |
| ! Nood aan kenniscentrum | 1 |
| ! Nood aan verduidelijking richtlijnen | 1 |
| Met kinderen of slachtoffers | 1 |
| Onvoldoende communicatievaardigheid | 7 |
| Betrouwbaarheid anamnese betwistbaar | 6 |
| Onvoldoende maturiteit | 6 |
| Loyaliteit naar ouders of daders | 6 |
| Aanwezigheid ouders | 3 |
| Druk door ouders of daders om te zwijgen | 4 |
| Angst | 1 |
| Represaille dader | 2 |
| Verergering (thuis)situatie | 3 |
| Mogelijkheid om ouder te verliezen | 1 |
| Toestand achterblijvende familieleden | 1 |
| Van andere partner ten opzichte van dader | 1 |
| Vertrouwensband | 1 |
| Van omgeving of melders | 1 |
| Confrontatie vermijdend gedrag | 4 |
| Struisvogelpolitiek | 2 |
| Onvoldoende kennis | 1 |
| Beschuldigingscultuur | 3 |

| | |
|---|---|
| ! Nood verbeterproces ipv beschuldiging | 7 |
| ! Nood begrip of empathie voor daders | 4 |
| Stijgend aantal beschuldigingen voor kinderopvang | 2 |
| Drempel notitie in EMD | 2 |
| ! Opleiding verslag schrijven, wat wel, wat niet | 2 |
| ! Opleiding wat mag op attest | 1 |
| Ouders inzage in EMD | 2 |
| Angst onjuiste verdenking te noteren | 1 |
| Suggestief voor volgende zorgverleners | 1 |
| Signalen | 0 |
| Interpretatie | 3 |
| ! Opleiding herkennen signalen | 12 |
| Te weinig aandacht voor gehele context | 10 |
| Verkeerde interpretatie signalen | 8 |
| Onvoldoende kennis of ervaring voor herkenning | 8 |
| Geen opleiding tot herkenning | 1 |
| ! Nood alertheid | 8 |
| ! Nood alertheid in alle milieus | 5 |
| ! Nood alertheid groei | 2 |
| ! Nood alertheid leerproblemen | 2 |
| ! Opleiding kennis of ervaring ernstige gevallen | 8 |
| Te weinig alertheid | 9 |
| Onvoldoende alertheid in sommige milieus | 1 |
| Niet willen zien | 6 |
| Moeilijk op te sporen | 6 |
| Verdoken signalen | 7 |
| Gemiste signalen | 7 |
| Te weinig aandacht voor kindermishandeling | 6 |
| ! Implementatie kindreflex | 2 |
| ! Nood hogere detectiekans | 3 |
| Etiologie onduidelijk | 2 |
| Geen expliciete melding signalen | 2 |
| Maturiteitsgebrek zorgverleners | 1 |
| ! Implementatie signs of safety | 1 |
| ! Nood adviesorgaan somatisch vlak | 1 |
| Specifieke gevallen | 2 |
| Echtscheiding | 7 |
| Sociaal kwetsbare groepen | 5 |
| Extra-familiaal geweld gemakkelijker | 2 |
| Extra-familiaal geweld moeilijker | 1 |

*Table 4: Condensed coding of bottlenecks and improvements*

| Qualitative interviews: aggregated codes | | |
|---|---|---|
| **Themes and subthemes** | **Number of references** | **Referred interviews: see appendix** |
| **DETECTION** | | |
| **Potential improvements** | 24 | CG-1, CG-2, CG-4, CG-5, CG-6, CG-7, CG-8, CG-10, CG-11, CG-12, CG-13, CG-14, CG-15, CG-17, CG-20, CG-21, CG-22, CG-23, CG-24, CG-25, CG-26, CG-27, CG-28, CG-29 |
| **Medical shopping** | 5 | CG-1, CG-10, CG-12, CG-18, CG-19 |
| **Interpretation of signs** | 24 | CG-1, CG-2, CG-4, CG-5, CG-6, CG-7, CG-8, CG-9, CG-10, CG-11, CG-12, CG-13, CG-15, CG-16, CG-17, CG-19, CG-20, CG-21, CG-23, CG-24, CG-25, CG-26, CG-27, CG-28 |
| **Communication or negotiability** | 29 | All interviews |
| **MANAGEMENT** | | |
| **Potential improvements** | 27 | All interviews, except CG-3 and CG-16 |
| **Insufficient reportage** | 29 | All interviews |
| **Disorganisation of care** | 27 | All interviews, except CG-9 and CG-1 |
| **Care capacity insufficient** | 19 | CG-1, CG-3, CG-5, CG-6, CG-7, CG-9, CG-10, CG-12, CG-13, CG-14, CG-15, CG-16, CG-21, CG-23, CG-24, CG-25, CG-26, CG-27, CG-29 |
| **COVID** | | |
| **Potential improvements** | 21 | CG-1, CG-4, CG-6, CG-10, CG-11, CG-12, CG-13, CG-14, CG-15, CG-16, CG-18, CG-19, CG-21, CG-22, CG-23, CG-24, CG-25, CG-26, CG-27, CG-28, CG-29 |
| **Isolation** | 24 | CG-1, CG-2, CG-5, CG-6, CG-7, CG-10, CG-11, CG-12, CG-13, CG-14, CG-15, CG-17, CG-18, CG-19, CG-20, CG-21, CG-22, CG-23, CG-24, CG-25, CG-26, CG-27, CG-28, CG-29 |
| **Epidemiology** | 18 | CG-1, CG-2, CG-7, CG-9, CG-10, CG-11, CG-13, CG-14, CG-15, CG-16, CG-18, CG-19, CG-21, CG-25, CG-26, CG-27, CG-29 |
| **Changed workflow** | 22 | CG-1, CG-2, CG-4, CG-5, CG-6, CG-7, CG-9, CG-10, CG-11, CG-12, CG-14, CG-18, CG-19, CG-20, CG-21, CG-22, CG-23, CG-24, CG-25, CG-26, CG-27, CG-28 |

*Figure 1: Search Queries*

| *Database* | *Search queries* | *Results* |
|---|---|---|
| *Pubmed* | ("SARS-CoV-2"[Mesh] OR "Pandemics"[Mesh]) AND "Child Abuse"[Mesh] | 54 articles, first screened by title and abstract. After which 32 were read with peer review. |
| *Litcovid* | "child abuse" | 65 articles which were all read with peer review. |

*Figure 2: Surveyed Guidelines*

- Guideline from Domus Medica regarding the approach of child abuse: https://www.domusmedica.be/richtlijnen/aanpak-van-vermoeden-van-kindermishandeling
- E-learning module of Domus Medica, offering support to general practitioners for the approach to child abuse: https://www.domusmedica.be/actueel/e-learning-ondersteunt-huisartsen-bij-aanpak-van-kindermishandeling
- Published article from the Federal Knowledge center for Health care (KCE) suggesting improvement of detection of child: https://kce.fgov.be/nl/press-release/hoe-de-detectie-van-kindermishandeling-verbeteren

*Figure 3: Field Study Questionnaire*

# STUDIE NAAR DE ROL VAN DE HUISARTS BIJ HET OPSPOREN EN/OF AANPAK VAN KINDERMISHANDELING

Welkom,

Kindermishandeling is een taboeonderwerp dat volgens de literatuur een veel grotere prevalentie heeft dan gepresenteerd wordt in de huisartsenpraktijken. Ook bestaan er weinig EBM-gebaseerde protocollen die beschrijven hoe een huisarts moet reageren als er vermoeden is van kindermishandeling.

Via deze survey wordt er onderzocht wat de rol van de huisarts is bij het opsporen en/of de aanpak van kindermishandeling in België.

Vervolgens zal u ook uitgenodigd worden voor een interview. Dit interview wordt ook afgenomen bij andere betrokken zorgverleners (leerlingenbegeleiders, psychologen, pediaters, verpleegkundigen, etc).

*Wie wordt er uitgenodigd?*

Huisartsen/ huisartsen in opleiding, worden per mail uitgenodigd. Iedereen die uitgenodigd wordt, kan de bevraging invullen. Het invullen van de vragenlijst neemt maximaal 10 minuten in beslag.

*Indeling?*

Initieel wordt er informatie verzameld om de demografie van de deelnemers in kaart te brengen.

Verder volgt een vragenlijst, samengesteld en gebaseerd op de huidige richtlijnen omtrent de opsporing/aanpak van kindermishandeling in België.

U krijgt thematisch verschillende vragen of stellingen die bedoeld zijn als peiling van uw mening als hulpverlener.

Op het einde van elk thema is het mogelijk om bijkomende opmerkingen toe te voegen.

Deze vragenlijst wordt volledig anoniem verwerkt.

*Technische problemen?*

Indien u technische problemen ervaart tijdens het invullen van de survey, kan u steeds de vragenlijst verder invullen door de link te raadplegen die u per mail ontvangen hebt.

Deze studie wordt uitgevoerd onder begeleiding van Prof. Dr. Schoenmakers en werd goedgekeurd door ethisch commissie onderzoek UZ/KU Leuven. MP018427-nummer.
Alvast hartelijk bedankt voor uw tijd en medewerking,

Prof. Dr. Schoenmakers,
Dr. Boussemaere Elien
Dr. De Vos Pieter
Dr. Hiremath Shravan
Dr. Vandendriessche Cinzia

E-mail: knelpuntenkindermishandeling@gmail.com

DEMOGRAFISCHE GEGEVENS DEELNEMER

*Onderstaande gegevens worden met het nodige respect en discretie behandeld en slechts gebruikt voor academische doeleinden binnen dit studieverband.*

1. Wat is uw geslacht?

2. Zit u in een solopraktijk, groepspraktijk, medisch huis of wijkgezondheidscentrum?

3. Waar is uw praktijk gelegen: ruraal of stedelijk?

4. Hoeveel jaar bent u werkzaam als huisarts/huisarts in opleiding?

5. Hoeveel casussen met kindermishandeling behandelt u gemiddeld per jaar?

6. Hoeveel casussen met kindermishandeling hebt u in uw carrière behandeld?

7. Heeft u nevenactiviteiten/functies in de psychiatrische sector of specifiek voor aanpak van kindermishandeling?

8. Met welke instanties werkt u samen omtrent kindermishandeling?

| **Instantie** | **Ja/Nee** | **Indien Ja, nuttig? / Aan te raden?** |
|---|---|---|
| Crisismeldpunt (1712) | Ja/Nee | |
| Vertrouwenscentrum | Ja/Nee | |
| Yuneco | Ja/Nee | |
| 1 gezin 1 plan | Ja/Nee | |
| CAW | Ja/Nee | |
| CLB | Ja/Nee | |
| Procureur des konings | Ja/Nee | |
| WINGG | Ja/Nee | |
| Andere? | ### | |

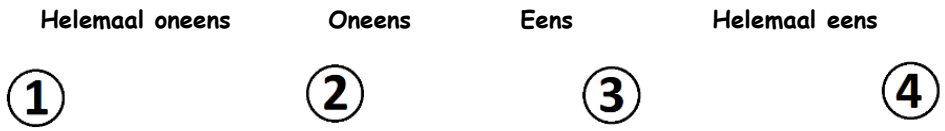
9. Welke hulpmiddelen/cursussen heeft u al gebruikt?

| **Hulpmiddelen/cursussen** | **Ja/Nee** | **Indien Ja, nuttig? / Aan te raden?** |
|---|---|---|
| E-learning domus medica | Ja/Nee | |

| | | |
|---|---|---|
| Richtlijnen domus medica | Ja/Nee | |
| KCE-richtlijnen | Ja/Nee | |
| NHG-dossier kindermishandeling | Ja/Nee | |
| Andere? | Ja/nee | |

Hebt u opmerkingen, toevoegingen, commentaar bij deze topic, gelieve hieronder te noteren:

Gelieve onderstaande vragen/stellingen te lezen en te beantwoorden
*Alle vragen/stellingen die hieronder gepresenteerd worden zullen beantwoord worden volgens de aangepast Likert schaal van 1 tot 4 (1 = helemaal oneens, 2 = oneens, 3 = eens, 4 = helemaal eens):*




*Belangrijk is dat u de onderstaande elementen **niet als juist/fout** vragen beschouwt, het zijn geen plichtplegingen. Het doel is echter om uw **persoonlijke mening als arts** over de elementen te peilen.*

De stellingen werden gebaseerd op volgende bronnen

- Richtlijn van Domus Medica omtrent de aanpak van vermoeden van kindermishandeling (https://www.domusmedica.be/richtlijnen/aanpak-van-vermoeden-van-kindermishandeling).
- E-learning module van Domus Medica, deze is bedoeld om huisartsen te ondersteunen bij aanpak van kindermishandeling (https://www.domusmedica.be/actueel/e-learning-ondersteunt-huisartsen-bij-aanpak-van-kindermishandeling)
- Gepubliceerde artikel van de Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg omtrent hoe de detectie van kindermishandeling kan verbeterd worden (https://kce.fgov.be/nl/press-release/hoe-de-detectie-van-kindermishandeling-verbeteren)

**Wat is de rol van de huisarts bij het <u>vermoeden</u> van kindermishandeling?**

Het is de rol van de huisarts om ...

1. Alert te zijn voor signalen van kindermishandeling.
   ① ② ③ ④
2. Niet te oordelen, wel om in te schatten of er redenen (fysieke, relationele, psychologische signalen) zijn om je zorgen te maken over een kind.
   ① ② ③ ④
3. Kindermishandeling te signaleren en melden.
   ① ② ③ ④
4. Maatregelen te nemen om het kind te beschermen.
   ① ② ③ ④
5. Maatregelen te nemen om het kind te beschermen, ook als de huisarts naast het kind ook de daders (ouders of andere) als patiënt heeft.
   ① ② ③ ④
6. Maatregelen te nemen om het kind te beschermen, ook als het kind niet zijn patiënt is maar wel deel uitmaakt van het gezin van een patiënt.

① ② ③ ④

7. Te verwijzen naar of samenwerken met gespecialiseerde hulpverlenende instanties, zo nodig.

① ② ③ ④

8. Bij elke consultatie een “kindcheck” *(hoe gaat het met de kinderen, zijn er soms moeilijkheden of bezorgdheden rond de kinderen)* te doen bij de ouders.

① ② ③ ④

9. Bij elke consultatie een “kindcheck” te doen bij de ouders met psychiatrische problematiek.

① ② ③ ④

10. Bij elke consultatie een “kindcheck” te doen bij de kinderen zelf.

① ② ③ ④

Hebt u opmerkingen, toevoegingen, commentaar bij deze topic, gelieve hieronder te noteren:

**Wat is de rol van de huisarts tijdens het <u>klinisch onderzoek en de registratie</u> in het globaal medisch dossier?**

11. Bij een vermoeden van mishandeling moet het kind van kop tot teen onderzocht worden.

① ② ③ ④

12. De huisarts moet het kind volledig laten uitkleden, onafhankelijk van de soort kindermishandeling.

① ② ③ ④

13. De huisarts moet een gericht klinisch onderzoek uitvoeren bij het overwegen/vermoeden van kindermishandeling, afhankelijk van het soort kindermishandeling.

① ② ③ ④

14. Het diagnostisch onderzoek moet door een multidisciplinair team uitgevoerd worden.

① ② ③ ④

15. De huisarts moet in het elektronisch medisch dossier (EMD) zo objectief mogelijk aanwijzingen voor kindermishandeling noteren die bij lichamelijk onderzoek werden gevonden.

① ② ③ ④

16. Een uniforme registratie in het EMD, zou de omvang van kindermishandeling beter in kaart brengen.

① ② ③ ④

Hebt u opmerkingen, toevoegingen, commentaar bij deze topic, gelieve hieronder te noteren:

**Met <u>wie</u> dient de huisarts kindermishandeling <u>bespreekbaar</u> te maken?**

Het is de rol van de huisarts om kindermishandeling bespreekbaar te maken…en zijn/haar bezorgdheid te uiten.

17. Met de daders.

① ② ③ ④

18. Met het kind zelf, in bijzijn van de ouders.

① ② ③ ④

19. Met het kind zelf, zonder bijzijn van de ouders.

① ② ③ ④

20. Met het kind zelf conform het taalniveau van het kind (hetzij via gesprek, spel, tekening of andere…).

Baby (0-1 jaar)

① ② ③ ④

Dreumes (1-2 jaar)

① ② ③ ④

Peuter (2-4 jaar)

① ② ③ ④

Kleuter (4-6 jaar)

① ② ③ ④

Schoolkind (6-12 jaar)

① ② ③ ④

Puber (12-16 jaar)

① ② ③ ④

Adolescent (16-21 jaar)

① ② ③ ④

21. Met het kind zelf, maar enkel wanneer de veiligheid van het kind dit toelaat en wanneer de leeftijd van het kind dit toelaat.

① ② ③ ④

22. Er is nood aan meer communicatievaardigheden/trainingen en gesprekstechnieken rond het thema kindermishandeling.

① ② ③ ④

Hebt u opmerkingen, toevoegingen, commentaar bij deze topic, gelieve hieronder te noteren:

**Op welke manier dient een huisarts samen te werken met <u>andere gespecialiseerde instanties</u>, in dringende situaties en niet-dringende situaties?**

23. Als een vermoeden van kindermishandeling door derden aan de arts geuit wordt, dan moet de huisarts deze persoon verwijzen naar het centraal meldpunt 1712.

① ② ③ ④

24. Als een vermoeden van kindermishandeling door derden aan de arts geuit wordt, dan moet de huisarts contact opnemen met het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (VK).

① ② ③ ④

25. Het is de taak van de huisarts om bij onvoldoende hulp of dringendheid de situatie zelf melden aan de procureur des Konings.

① ② ③ ④

26. De huisarts moet bij seksueel misbruik binnen de 24 uur verwijzen naar een spoedafdeling die beschikt over een Set Seksuele Agressie.

① ② ③ ④

27. Iedere arts moet <u>mogelijke</u> signalen van kindermishandeling melden bij de Vertrouwenscentra Kindermishandeling.

① ② ③ ④

28. Iedere arts moet <u>duidelijke</u> signalen van kindermishandeling melden bij de Vertrouwenscentra Kindermishandeling.

① ② ③ ④

29. De arts zet zijn melding ook door als de ouders hiertegen bezwaar maken (na hen geïnformeerd te hebben).

① ② ③ ④

30. Huisartsen melden te weinig gevallen van (vermoeden) kindermishandeling.

① ② ③ ④

31. Er is nood aan een meldingsplicht.

① ② ③ ④

32. Het huidige kader van het beroepsgeheim moet worden aangepast zodat hulpverlening, parket en politie overleg kunnen plegen om sneller/efficiënter aangifte/inschatting te vragen bij parket.

① ② ③ ④

Hebt u opmerkingen, toevoegingen, commentaar bij deze topic, gelieve hieronder te noteren:

U hebt de vragenlijst succesvol afgewerkt!
Wij willen u van hartelijk bedanken uit naam van alle teamgenoten!

De studie kan mogelijks persoonlijke of professionele ervaringen oproepen. Indien deelnemers nood hebben aan een gesprek kunnen zij terecht bij volgende instanties:

- CAW (centrum algemeen welzijn) – https://www.caw.be
- CGG (centrum geestelijke gezondheid) - https://www.centrageestelijkegezondheidszorg.be
- Tele-onthaal - https://www.tele-onthaal.be
- Arts in nood - https://www.artsinnood.be

Voor het vervolg van onze studie hebben wij jullie nog steeds nodig! Wij zoeken mensen die bereid zijn om interview te doen, gevolgd door een discussieforum. Indien u gemotiveerd bent om hieraan deel te nemen, laat dan hier uw gegevens achter.

- Naam:
- Telefoonnummer:
- E-mailadres:

*Figure 4: Interview Protocol*

# Interview protocol:
# "Child abuse: bottlenecks and the role of the general practitioner."

**Achtergrond:**

DEMOGRAFISCHE GEGEVENS DEELNEMER:

*(Navragen indien toepasbaar)*

1. Wat is uw functie?

2. Wat is uw leeftijd?

3. Wat is uw geslacht?

4. Hoeveel jaar bent u werkzaam in deze organisatie?

5. Hoeveel casussen omtrent kindermishandeling behandelt u gemiddeld per jaar?

6. Hoeveel casussen omtrent kindermishandeling hebt u in uw carrière behandeld?

KORTE UITLEG OMTRENT DEZE ORGANISATIE DOOR DEELNEMER:

**Studie:**

1. **Wat zijn bij de zorgverleners (huisartsen, pediaters, kinderpsychologen, VK-medewerkers, CLB-medewerkers…) de knelpunten van het opsporen en aanpak van kindermishandeling?**
    a. Hoe ervaart u het opsporen van kindermishandeling binnen uw discipline?
        i. Waar liggen voor u momenteel de knelpunten bij de opsporing van kindermishandeling?
        ii. En voor andere disciplines?
    b. Hoe verloopt de aanpak van kindermishandeling binnen uw discipline?
        i. Waar liggen voor u momenteel de knelpunten bij de aanpak van kindermishandeling?
        ii. En voor andere disciplines?
    c. Wat zou er volgens u concreet kunnen veranderen om de opsporing/aanpak van kindermishandeling te verbeteren?

2. **Hoe zou de aanpak in tijden van de COVID-19 pandemie verschillen?**
    a. Hoe verloopt/verliep volgens u de opsporing van kindermishandeling tijdens de COVID-19 pandemie, in vergelijk met voordien?

        i. *Waar liggen voor u momenteel de knelpunten bij de opsporing van kindermishandeling tijdens COVID-19?*
    b. Hoe verloopt/verliep volgens u de aanpak van kindermishandeling tijdens de COVID-19 pandemie, in vergelijking met voordien?
        i. *Waar liggen voor u momenteel de knelpunten bij de aanpak van kindermishandeling tijdens COVID-19?*
    c. De literatuur suggereert dat er bij isolatie meer kindermishandeling ondergronds blijft. Wat moet veranderen om deze knelpunten weg te werken in zulke periodes.
    d. Hoe ervaart u de aanpak van kindermishandeling tijdens de COVID-19 pandemie als zorgverlener X?

3. **Wie speelt er volgens u de meest actieve rol in de aanpak van kindermishandeling?**
4. **Wat zijn de drempels in de samenwerking met andere zorgverleners omtrent kindermishandeling?**
5. **Zijn er nog zaken dat u wenst toe te voegen omtrent kindermishandeling?**

U hebt het interview succesvol afgewerkt!

Wij willen u van hartelijk bedanken uit naam van alle teamgenoten!

De studie kan mogelijks persoonlijke of professionele ervaringen oproepen. Indien deelnemers nood hebben aan een gesprek kunnen zij terecht bij volgende instanties:

- CAW (centrum algemeen welzijn) – https://www.caw.be
- CGG (centrum geestelijke gezondheid) - https://www.centrageestelijkegezondheidszorg.be
- Tele-onthaal - https://www.tele-onthaal.be
- Arts in nood - https://www.artsinnood.be

Voor het vervolg van onze studie hebben wij jullie nog steeds nodig! Na analyse van deze data wensen wij een discussieforum te organiseren om de interactie tussen verschillende zorgverleners in kaart te brengen. Deze zal online doorgaan en slecht 15 minuten in beslag nemen. Indien u gemotiveerd bent om hieraan deel te nemen, laat dan hier uw gegevens achter.

- Naam:
- Telefoonnummer:
- E-mailadres:

Referentie:

*Qualitative interview design: A practical guide for novice investigators (DW Turner III - The qualitative report, 2010 – Citeseer)*

*Figure 5: Interviewed Caregivers*

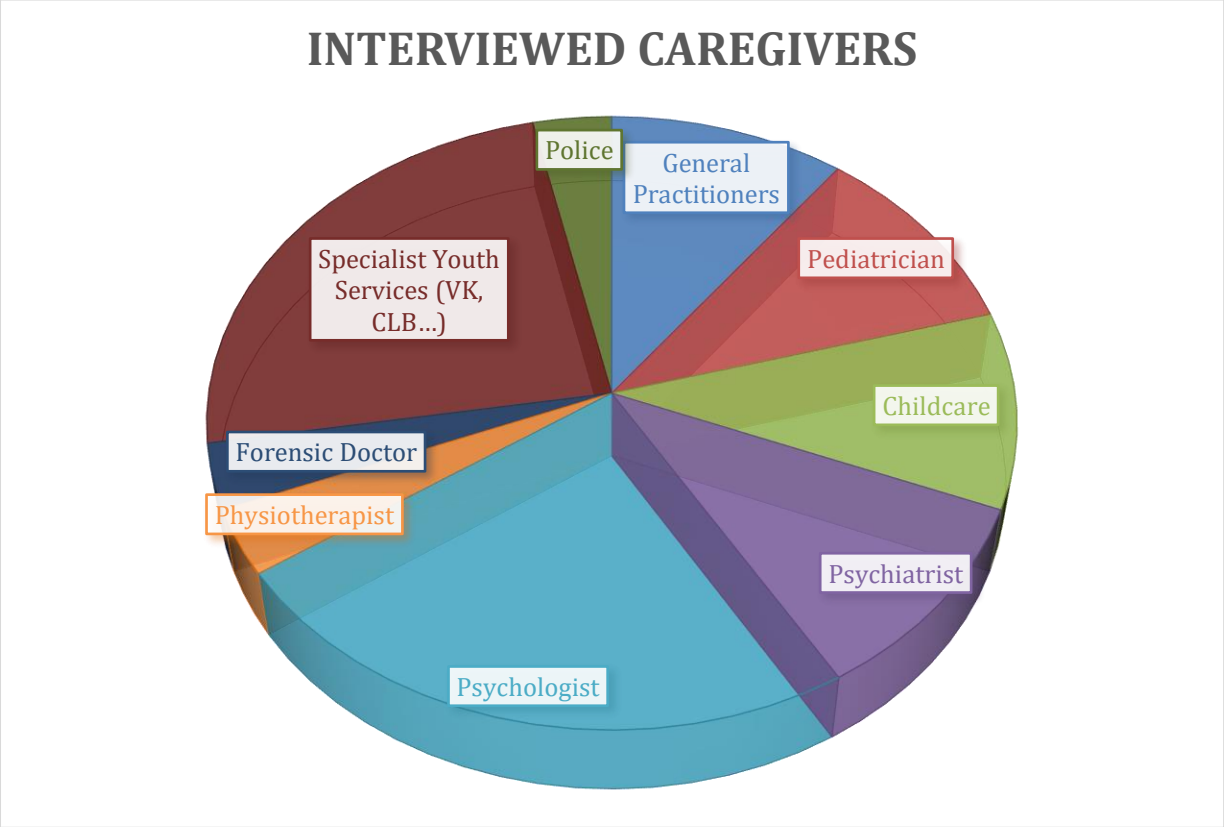


*Figure 6: Approval Ethical Committee*

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

**Ons kenmerk:** MP018427
**Uw kenmerk:** Masterproef studie: Een studie naar de rol van de huisarts bij het opsporen en/of aanpak van kindermishandeling.
**Leuven,** 23-11-2021

# DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Professor Birgitte Schoenmakers
Geachte XXX Shravan Karibasavaswamy Hiremath, Elien Boussemaere, Cinzia Vandendriessche, Pieter De Vos

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 23-11-2021

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

(Goedkeuring) Deze aanvraag betreft de masterproef van 4 studenten die als doel heeft te onderzoeken wat de rol is van de huisarts in de preventie, detectie en aanpak van kindermishandeling, wat andere zorgverleners verwachten van de huisarts en wat de knelpunten zijn in de preventie, detectie en aanpak van kindermishandeling. Daartoe plannen de studenten (a) een anonieme online bevraging van 500 huisartsen en Haio's, dan (b) een interview met een 40-tal diverse zorgverstrekkers ((kinderpsychologen, kinderpsychiaters, kinderartsen, spoedartsen,...) en tenslotte (c) een discussieforum/enquête met alle zorgverstrekkers en huisartsen. Voor (b) en (c) zal eerst een ondertekend informed consent gevraagd worden. Tekst van uitnodigingen, informatiebrief, anonieme bevraging, het interview, het discussieforum en ICF zijn toegevoegd en zijn inhouderlijk in orde. De opgenomen interviews en de notities daarbij worden vernietigd na transcriptie. Er worden geen persoonlijke gegevens die identificatie zouden toelaten gevraagd en alle gegevens worden gepseudonimiseerd. De enige opmerking is dat er een groot aantal storende taal- en schrijffouten staan in de teksten voor de deelnemers. Deze teksten moeten zeker nog eens gondig nagelezen worden. Enkele (maar zeker niet alle) voorbeelden: - "wij ondergetekende" = "wij ondergetekenden" - "onafhankelijke ethische comité" = "onafhankelijk ethisch comité" - "gepubliceerde artikel = gepubliceerd artikel" - "de situatie zelf melden = de situatie zelf te melden" - "in vergelijk met voordien" = "in vergelijking met voordien" - "Voor het vervolg van onze studie zijn wij jullie nog steeds nodig! Na analyse van deze data wensen bij een discussieforum te organiseren om de interactie tussen verschillende zorgverleners in kaart te brengen. Deze zal online doorgaan en slecht 15 minuten in beslag nemen": in deze zinnen staan verschillende fouten. We gaan ervan uit dat alle documenten voor de deelnemers grondig zullen worden nagelezen en verbeterd. Hiervoor moet geen herwerking van de aanvraag worden ingediend. Geen overige bedenkingen.

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 09-11-2021 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

---

**Aandachtspunten (indien van toepassing)**

*De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).*

*Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.*

*Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.*

*Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie*

*Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.*

*Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen*

*Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk.*
*Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.*

*U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.*

---

**Our reference:** MP018427
**Your reference:** Master's thesis study: Een studie naar de rol van de huisarts bij het opsporen en/of aanpak van kindermishandeling.
**Leuven,** 23-11-2021

# DEFINITIVE FAVOURABLE ADVICE

Dear Professor Birgitte Schoenmakers
Dear XXX Shravan Karibasavaswamy Hiremath, Elien Boussemaere, Cinzia Vandendriessche, Pieter De Vos

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven hereby grants favourable advice to the proposed study, as it was described in the protocol. The Commission is of the opinion that from an ethical standpoint there are no objections to the proposed study. The study was approved on 23-11-2021

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

(Goedkeuring) Deze aanvraag betreft de masterproef van 4 studenten die als doel heeft te onderzoeken wat de rol is van de huisarts in de preventie, detectie en aanpak van kindermishandeling, wat andere zorgverleners verwachten van de huisarts en wat de knelpunten zijn in de preventie, detectie en aanpak van kindermishandeling. Daartoe plannen de studenten (a) een anonieme online bevraging van 500 huisartsen en Haio's, dan (b) een interview met een 40-tal diverse zorgverstrekkers ((kinderpsychologen, kinderpsychiaters, kinderartsen, spoedartsen,...) en tenslotte (c) een discussieforum/enquête met alle zorgverstrekkers en huisartsen. Voor (b) en (c) zal eerst een ondertekend informed consent gevraagd worden. Tekst van uitnodigingen, informatiebrief, anonieme bevraging, het interview, het discussieforum en ICF zijn toegevoegd en zijn inhouderlijk in orde. De opgenomen interviews en de notities daarbij worden vernietigd na transcriptie. Er worden geen persoonlijke gegevens die identificatie zouden toelaten gevraagd en alle gegevens worden

gepseudonimiseerd. De enige opmerking is dat er een groot aantal storende taal- en schrijffouten staan in de teksten voor de deelnemers. Deze teksten moeten zeker nog eens gondig nagelezen worden. Enkele (maar zeker niet alle) voorbeelden: - "wij ondergetekende" = "wij ondergetekenden" - "onafhankelijke ethische comité" =  "onafhankelijk ethisch comité" - "gepubliceerde artikel = gepubliceerd artikel" - "de situatie zelf melden = de situatie zelf te melden" - "in vergelijk met voordien" = "in vergelijking met voordien" - "Voor het vervolg van onze studie zijn wij jullie nog steeds nodig! Na analyse van deze data wensen bij een discussieforum te organiseren om de interactie tussen verschillende zorgverleners in kaart te brengen. Deze zal online doorgaan en slecht 15 minuten in beslag nemen": in deze zinnen staan verschillende fouten. We gaan ervan uit dat alle documenten voor de deelnemers grondig zullen worden nagelezen en verbeterd. Hiervoor moet geen herwerking van de aanvraag worden ingediend. Geen overige bedenkingen.

Given that the study takes the form of a Master's thesis within the Group Biomedical Science, the application to the Research Ethics Committee UZ/KU Leuven was submitted to the Educational-Support Committee.

The Committee has no objection to the project on the basis of confidential treatment of the data and compliance with the Belgian legislation concerning privacy. The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsibilities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students.

This favorable advice concerns the submission of 09-11-2021 and is given for the duration of the Master's thesis of the student(s) concerned. Any amendment to the protocol will invalidate this favorable advice. In that case, you must submit an amendment for advice to the committee that previously approved your file.

The Committee confirms that they work in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonisation Guidelines on Good Clinical Practice), with the most recent verison of the Helsinki Declaration, and with applicable laws and regulations.

The Committee confirms that in case of a conflict of interest, the members concerned have not participated in decision regarding the study.

Kind regards,

Prof. dr. Minne Casteels
President / Chairperson
Research Ethics Committee UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
President / Chairperson
Education-Support Committee for Medical Ethics KU Leuven

---

**Points of Interests (if applicable)**

*The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsiblities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records,*

*including the correct implementation by employees and students. The Ethics Committee refers to the guidelines of the ICH/GCP here on the website, and emphasises that GCP-training is expected from every head-researcher for studies that come under the Law on Medical Experimentation. The Ethics Committee refers at the same time to the Belgian legislation (Law from 8/12/1992 for the protection of personal privacy and Law from 22/8/2002 regarding the rights of the patient), and the General Data Protection Regulation (which comes into effect on May 25th 2018).*

*For use of electronic medical data, a formal agreement from the clinical board is required. The study promotor is responsible for the conformity of foreign language documents with the Dutch language version.*

*In vitro research on embryos comes under the Law of 11 May 2003. For such research, besides positive approval from the Ethics Committee, approval by the Federal Committee for Medical and Scientific Research on Embryos In Vitro is also necessary before a project can commence.*

*Before you may commence animal experimentation, approval is required from the Animal Ethics Committee. You must register with this committee for the animal testing component and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.*

*Research on human cadavers requires approval of the Care and Support Ethics Committee. You must therefore register with this committee and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.*

*This favorable opinion from the Commission does not mean that it takes responsibility for the planned study. You remain responsible for this yourself. In addition, as the principal investigator, you must ensure that the results of this research are correctly displayed in publications, reports for the government, etc.*

*You are reminded that any serious complication you observe must be reported immediately to both the study promotor (if applicable, the producer) and the Ethics Committee, even if the causal link with the study is unclear.*

*Figure 7: Informed Consent*

**"Child abuse: bottlenecks and the role of the general practitioner."**

**"Kindermishandeling: knelpunten en de rol van de huisarts."**

Onderzoeksinstelling: KU Leuven

Ethisch comité: EC Onderzoek UZ/KU Leuven

Onderzoekers:

Boussemaere Elien (HAIO), elien.boussemaere@student.kuleuven.be

Pieter De Vos (HAIO), pieter.devos4@student.kuleuven.be, 0499245135

Shravan Hiremath (HAIO), shravan.hiremath@student.kuleuven.be

Cinzia Vandendriessche (HAIO), cinzia.vandendriessche@student.kuleuven.be

Promotor: Dr. Prof. Schoenmakers Birgitte, Huisarts, birgitte.schoenmakers@kuleuven.be

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

**Inleiding**

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar de knelpunten in preventie, detectie en aanpak van kindermishandeling en welke rol de huisarts hierin heeft. Om u te helpen beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen, willen we u vragen even de tijd te nemen om onderstaande informatie voor deelnemers door te nemen, zodat u een welbewuste beslissing kunt nemen. Dit wordt een "geïnformeerde toestemming" genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina's met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoeker.

Dit document bestaat uit essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en eventuele bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

**Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:**

Deze studie is opgesteld na evaluatie door de Ethische Commissie (EC) Onderzoek UZ/KU Leuven.

Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten zonder hiervoor een reden op te geven.

De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.

Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers.

**Doelstellingen en verloop van de studie**

De World Health Organisation (WHO) definieert kindermishandeling als misbruik en verwaarlozing van kinderen jongeren dan 18 jaar, dit resulteert in feitelijk of mogelijke potentiële schade betreffende de gezondheid, de overleving, de ontwikkeling en de waardigheid van het kind. Kindermishandeling wordt opgesplitst in vijf categorieën: fysieke, emotionele, seksuele mishandeling, verwaarlozing en blootstelling aan partnergeweld. Heel wat studies benadrukken de mogelijk, langdurige, negatieve effecten van kindermishandeling op de slachtoffers en hun omgeving. Daarnaast resulteert kindermishandeling in oplopende kosten voor de maatschappij te wijten aan de toenemende nood aan professionele hulp, arbeidsongeschiktheid... Gedurende de COVID-19 pandemie is er mogelijks een toename van risicofactoren en een afname van protectieve factoren.

In deze studie wordt het volgende onderzocht

Wat zijn de knelpunten in de preventie, detectie en aanpak van kindermishandeling?

Wat is de rol van de huisarts in de preventie, detectie en aanpak van kindermishandeling en wat verwachten andere zorgverleners van de huisarts?

**Studieopzet**

Het algemene opzet van deze studie bestaat uit twee luiken:

Via een vragenlijst voor de huisartsen onderzoeken we welke de rol is van de huisarts in de preventie, de efficiënte opsporing en de aanpak van kindermishandeling. Daarnaast onderzoeken we welke de verwachtingen zijn van de huisartsen ten aanzien van de andere zorgverstrekkers betrokken bij deze problematiek.

Via interviews met diverse zorgverstrekkers (kinderpsychologen, kinderpsychiaters, kinderartsen, spoedartsen, vroedvrouwen, verpleegkundigen, kind en gezin, kinderopvang, leerkrachten/leerlingbegeleiders, CLB, vertrouwenscentra, jeugdrechtbank, crisismeldpunt) en een discussie-enquête forum achteraf met alle zorgverstrekkers en huisartsen onderzoeken we eveneens de knelpunten bij zorgverstrekkers in het opsporen en opvolgen van kindermishandeling, alsook wat hun verwachtingen zijn van een huisarts. Bij dit onderzoek gaan we ook dieper in op de invloed van de COVID-19 pandemie op deze knelpunten.

Om de studie-opzet duidelijk te maken zal hieronder op een systematische manier worden beschreven uit welke deelelementen de studie bestaat en hoe verwacht wordt deze in te vullen. De resultaten zullen op het einde van de studie een antwoord geven op onze onderzoeksvraag.

De onderzoeker zal u vragen om een vragenlijst (enkel voor huisartsen of huisartsen in opleiding) in te vullen die peilt naar de rol van de huisarts en de knelpunten in de preventie, opsporing en aanpak van kindermishandeling. Hierbij krijgt u stellingen, die gebaseerd zijn op huidige richtlijnen, waarbij u aangeeft in welke mate u het eens of oneens bent. Dit zal gescoord worden op een gemodificeerde Likert schaal. Daarnaast zullen er demografische gegevens worden gevraagd. Het invullen van deze vragenlijsten zal ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag nemen en zal online doorgaan.

De onderzoeker zal u vragen om deel te nemen aan een interview dat bestemd is voor diverse zorgverleners (pediaters, kinderpsychologen, CLB…). Dit interview peilt naar de knelpunten bij de preventie, opsporing en aanpak van kindermishandeling, alsook naar de rol hierin van zorgverleners in verschillende functies. Hierbij gaan we ook dieper in op de moeilijkheden die de COVID-pandemie mogelijks met zich meebracht. Deelname aan het interview zal ongeveer 45 minuten van uw tijd in beslag nemen en het interview zal online of live afgenomen worden, afhankelijk van uw voorkeur en in samenspraak met u.

De onderzoeker zal u vragen deel te nemen aan een discussieforum om feedback te geven op de resultaten die zijn voortgevloeid uit de vragenlijsten en de interviews. Op deze manier willen we de interactie tussen de verschillende zorgverstrekkers in kaart brengen. Dit laatste deel van het onderzoek zal beschikbaar gemaakt worden wanneer de analyses van voorgaande onderzoeken afgerond zijn. Dit zal ongeveer 15 minuten van uw tijd in beslag nemen, afhankelijk van de interacties.

Wij nodigen u uit om aan deze studie deel te nemen omdat u in het werkveld de reële knelpunten en verwachtingen naar andere zorgverleners ervaart.

Aan deze studie zullen ongeveer 500 huisartsen aan de vragenlijst en een 40-tal zorgverleners aan het interview/discussieforum deelnemen. Om aan deze studie te kunnen deelnemen, moet u de Nederlandse taal beheersen. Om te kunnen deelnemen aan de vragenlijst dient u actief te zijn als huisarts of huisarts in opleiding. Om te kunnen deelnemen aan het interview en het discussieforum dient u betrokken te zijn bij de zorg rond kinderen (hierbij denken we aan, pediaters, urgentieartsen, werknemers van het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling, crisismeldpunt, Centrum voor Algemeen Welzijn, Kind en Gezin…)

**Beschrijving van de risico's en van de voordelen**
U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek; u kan wel, door het delen van uw kennis en/of ervaringen, bijdragen aan het onderzoek omtrent kindermishandeling.

**Intrekking van uw toestemming**
U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.
Als u wel meedoet, kan u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft hiervoor geen reden te geven

**Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:**
Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.
*Contact*
Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoekers: Dr. Boussemaere Elien, Dr. De Vos Pieter, Dr. Hiremath Shravan en Dr. Vandendriessche Cinzia via (knelpuntenkindermishandeling@gmail.com) en de hoofdonderzoeker Dr. Prof. Schoenmakers Birgitte via het telefoonnummer +32 16 37 72 90
(werkuren) of via e-mail (birgitte.schoenmakers@kuleuven.be).
Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))

**“Child abuse: bottlenecks and the role of the general practitioner.”**
**“Kindermishandeling: knelpunten en de rol van de huisarts.”**
II Geïnformeerde toestemming
**Deelnemer**
Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico’s van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennisgenomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.
Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.
Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.
Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.
Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.
Ik wil graag/ Ik wil niet geïnformeerd worden over de algemene onderzoeksresultaten van de studie.
Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.
Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

**Onderzoeker**
Wij, ondergetekende, Elien Boussemaere (HAIO), Pieter De Vos (HAIO), Shravan Hiremath (HAIO), Cinzia Vandendriessche (HAIO) (Promotor: Dr. Prof. Schoenmakers Birgitte, Huisarts), onderzoekers, verklaren de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.
Wij bevestigen dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en wij zijn bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.
Wij bevestigen dat wij werken in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoekers
**“Child abuse: bottlenecks and the role of the general practitioner.”**
**“Kindermishandeling: knelpunten en de rol van de huisarts.”**
**III Aanvullende informatie**

**<u>1: Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer</u>**
*Ethisch comité*
Deze studie werd geëvalueerd door een onafhankelijk ethisch comité, namelijk EC Onderzoek UZ/KU Leuven, dat een gunstig advies heeft uitgebracht. De ethische comités hebben als taak de personen die aan studies deelnemen te beschermen.
U dient het positief advies van de Ethische Comités in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.
*Vrijwillige deelname*
Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.
U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen. Uw beslissing zal in geen geval nadelige gevolgen hebben voor u.
Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier. De onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.
***Kosten in verband met uw deelname***
U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.
***Vertrouwelijkheidgarantie***
Uw deelname aan de studie betekent dat de onderzoekers gegevens over u verzamelen en gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.
Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen

met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. KU Leuven is de verwerkingsverantwoordelijke voor uw gegevens.

U hebt het recht om aan de onderzoekers te vragen welke gegevens zij over u hebben verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn[1].
De onderzoekers zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.
Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie). De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren [2].
De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere onderzoekers en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm.
De opdrachtgever verbindt zich ertoe om de verzamelde gegevens enkel in het kader van deze studie te gebruiken.
Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

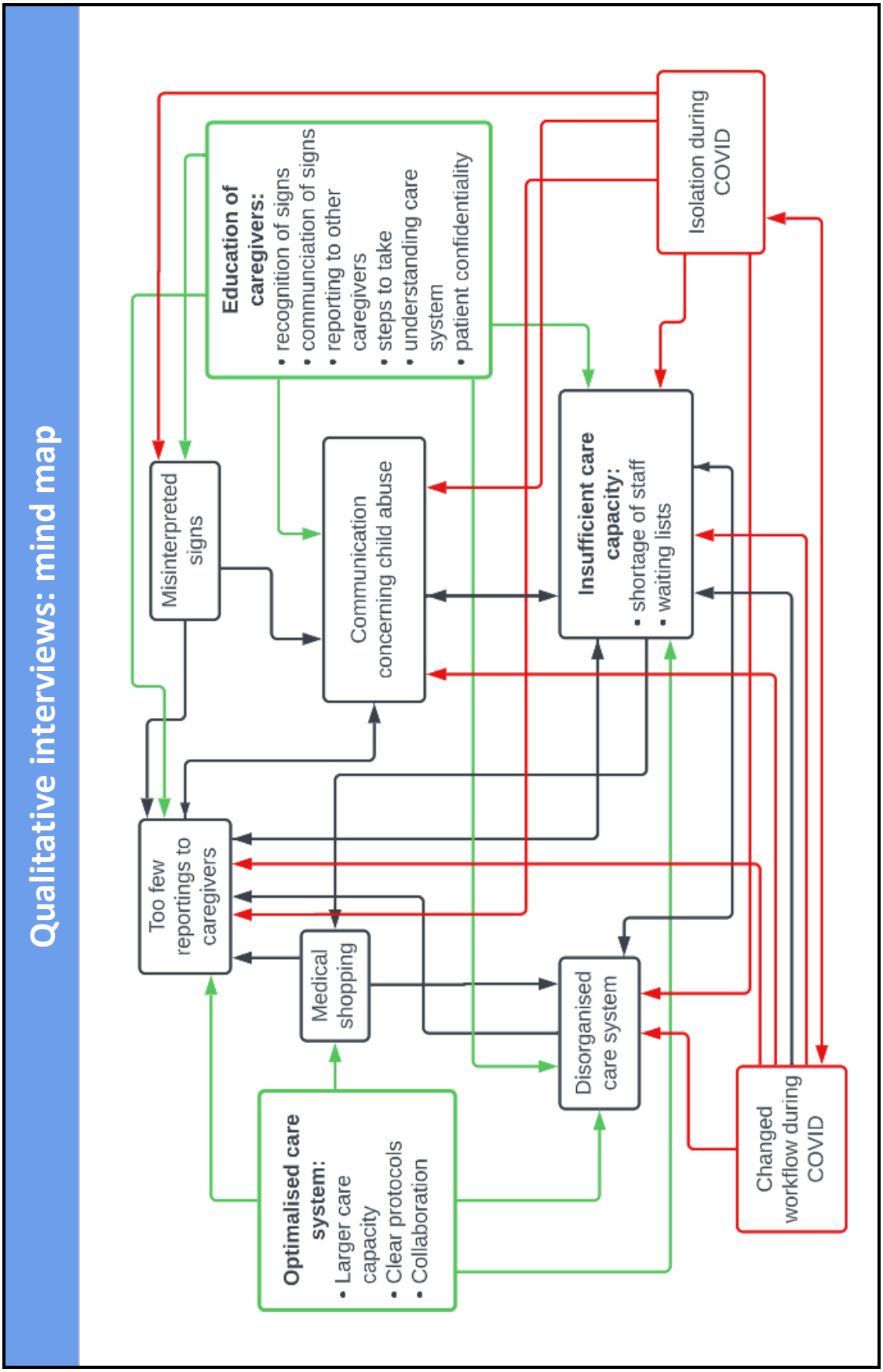
Indien u vragen hebt over hoe wij uw gegevens gebruiken of uw recht op inzage, correctie, eventueel stopzetting van de verdere verwerking wil uitoefenen, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw arts-onderzoeker op volgend contactadres: knelpuntenkindermishandeling@gmail.com. Indien u naderhand nog bijzondere aandachtspunten heeft of klacht wenst neer te leggen, kan u terecht bij het privacy team van de KU Leuven op privacy@kuleuven.be

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:
De Belgische toezichthoudende instantie heet:
Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35,
1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
E-mail: contact(at)apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

1 Deze rechten zijn bepaald door de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), door de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

2 De database met de resultaten van de studie zal dus geen elementen bevatten zoals uw initialen, uw geslacht en uw volledige geboortedatum (dd/mm/jjjj).

*Figure 8: Interaction mind map*



# Zelfreflectie Masterpaper Elien Boussemaere

In de voorbije 3 jaar hebben we met ons 4 koppige team stap voor stap deze masterpaper opgesteld. Het begon met de literatuurstudie over het onderwerp kindermishandeling en COVID. Over dit thema was het aantal artikels eerder beperkt terwijl we nu meer info vinden over de impact van covid-19 en familiaal geweld. Dus tijdens onze thesis is het landschap van de literatuur hieromtrent duidelijk veranderd. Ook in de media werd kindermishandeling een hot topic. Dus onze thesis is zeker niet minder relevant geworden in de voorbije 3 jaar. Elk lid van ons team zocht en besprak een deel van de literatuur en zo kwamen we gezamenlijk tot de onderzoeksvraag.

De inleiding van onze thesis schreven we samen via een google docs gebaseerd op onze literatuurstudie. Bij de methode had ik vooral een grote bijdrage bij het kwantitatieve gedeelte (het gedeelte over de interviews). Daarbij was één van mijn grote bijdragen de ervaring die ik al had van mijn vorige thesis master geneeskunde, die voor het kwalitatief deel gebaseerd was op dezelfde methodes als deze masterpaper. Zo werd ook de QUAGOL methode toegepast en werd voorts gebruikgemaakt van het programma NVIVO. Hierdoor kon ik ook beroep doen op de OCB-aanvraag van mijn vorige thesis voor dit gedeelte.

Om efficiënt te kunnen samenwerken splitsen we onze groep op in twee duo's. Zo stelde ik samen met Cinzia de infobrief op, de uitnodigingsmails in het kader van de vragenlijst en de interviews en de ruwe template van het interview. Telkens een deel klaar was, werd deze uiteraard nagelezen door de andere groep. Zo creëerden we een goeie wisselwerking en een constante feedback voor het gedane werk. De vragenlijst zelf werd opgesteld op basis van de huidige richtlijnen omtrent kindermishandeling. Mijn rol in deze fase was vooral het optimaliseren van de vragenlijst.

De concrete uitvoering van de vragenlijst hebben Cinzia en ik uitgetest op een bijlesavond te Veurne. Zo werden de laatste technische ongemakken en foutjes zorgvuldig weggewerkt. Zelf heb ik 9 interviews (vooropgestelde doel 40) afgenomen. Het uitschrijven van deze interviews was een arbeidsintensief werk. De vooropgestelde derde fase van onze masterpaper omtrent een discussieenquête werd omwille van tijdsgebrek niet uitgevoerd.. Hierdoor werd het deel over de samenwerking van zorgverleners onderbelicht, wat voor onze thesis wel een extra meerwaarde had kunnen opleveren.

Bij de resultaten heb ik vooral aan het kwantitatieve gedeelte (de vragenlijst) uitgeschreven en de discussie besproken. Voor de vragenlijst betreuren we de eerder beperkt feedback van de deelnemers. Ons vooropgestelde doel werd niet gehaald. Misschien hadden we op één of andere manier onze thesis nog meer in de verf moeten zetten. Toch werd onze thesis in de Domus Medica-brief gezet en door vele huisartsenkringen rondgestuurd via mail, maar blijkbaar was dit toch onvoldoende. Bij het kwalitatieve gedeelde hielp ik mee met de uitwerking van de interviews via de QUAGOL-methode en het uitvoeren van de analyse in nvivo. De eerste boomstructuur na het opstellen van de QUAGOL-methode werd door mij opgesteld. Deze is daarna nog verschillende malen verfijnd geweest door de collega's tot een echt werkbare tool. Hiervoor zaten we samen in verschillende zoomsessies. Dit werd verder nog verfijnd door de collega's die zich inzetten voor het kwantitatieve gedeelte.

Bij de discussie had ik vooral een aandeel bij de eerste twee delen van het kwantitatieve gedeelte, waarin een vergelijking gemaakt wordt van kindcheck met andere bestaande vragenlijsten omtrent kindermishandeling.

Samenwerken met 4 aan één masterpaper niet altijd voor de hand liggend. Zo waren er uiteraard af en toe meningsverschillen, maar met de nodige democratische stemrondes liep deze samenwerking toch vlot. We pasten onze shared decision making dus ook toe in ons groepswerk. Over het algemeen ben ik tevreden over de samenwerking en ik denk dat

iedereen in verhouding wel zijn steentje heeft bijgedragen aan deze thesis. De ene wat meer op inhoudelijk vlak, de andere wat meer naar zinsbouw en grammatica toe. Ik denk dat het grootste knelpunt in onze samenwerking de afstand was tussen Leuven en het verre West-Vlaanderen. Zo verliep onze samenwerking vooral online via zoom en dergelijk. Ik denk dat er hierdoor toch een deel van de interactie tussen de verschillende groepsleden verloren ging. Ook probeerde ik telkens de deadlines in de gaten te houden en verzamelde ik de nodige agendapunten voor de volgende bijeenkomst/zoomsessies.

Nu de thesis is afgewerkt, kan ik mij de vraag stellen of dit proefschrift ook enige praktische nut heeft. De vele problemen in de kinderopvang die de actualiteit geregeld overheersen, het heel recente vooral met de jongen Raul in Gent wijzen erop dat kindermishandeling jammer genoeg vaak voorkomt. In dit kader hoop ik dat ons eindwerk enkele knelpunten in de aanpak heeft blootgelegd en kan deze thesis eventueel bijdragen tot de optimalisering van de behandeling van het probleem. Bovendien hebben we vastgesteld dat COVID extra problemen genereerde. Hier bleek dat het sociale opvangnet uiterst belangrijk is. Concreet betekent dit dat bv. Het CLB toegankelijk moet blijven, dat de scholen ook moeten blijven functioneren. Met andere woorden de sociale controle moet blijven doorgaan ondanks COVID of andere pandemieën.

Zelf heb ik door het schrijven van dit werk kennis gemaakt met heel wat diensten, waarvan ik soms het bestaan niet van kende. Dit zal mij en ook vele collega – huisartsen- helpen in mijn praktijk. Wat betreft kindermishandeling zal ik in de toekomst de patiënten vele gerichter kunnen doorverwijzen naar de best passend dienst/aanpak van hun probleem.

Tot slot wil ik enkele mensen bedanken. Vooreerst wil ik Leo Pas bedanken voor het voorstel om samen te werken met hem. Dit ging uiteindelijk niet door omwille van de grote omvang van de opdracht in een te kort tijdsbestek. Ondanks de ontbrekende samenwerking kwam, heeft hij ons toch geholpen bij de eerste stapjes naar onze thesis toe. Uiteraard bedank ik ook Prof. Schoenmakers voor de snelle feedback en haar bereidheid tot overleg wanneer we dachten dat het even allemaal in het honderd liep.