



CLINIQUE SAINT-LUC

Aanpak van intrafamiliaal geweld in de ziekenhuiscontext : sensibiliserings- en vormingsacties voor zorgverleners

– SAMENVATTING –

Onderzoeksgroep— Clinique St Luc - Bouge

Anne-Marie Offermans, projectcoördinator

Dr. Annick Appart

Dr. Philippe Vanparijs

Onderzoeksgroep-ICRH U(Z)Gent

Dra Ines Keygnaert, projectcoördinator

Dra An-Sofie Van Parys

Prof Dr Marleen Temmerman

Auteurs

Anne-Marie Offermans

Ines Keygnaert



INHOUDTAFEL

1. PROJECTDOELSTELLINGEN	3
2. EEN GEMEENSCHAPPELIJKE ONDERZOEKSKADER	3
2.1 BASISVORMING INTRAFAMILIAAL GEWELD IN DE ZIEKENHUISCONTEXT	3
2.1.1 Doel en inhoud van de module basisvorming	3
2.1.2 Toepassing van de module basisvorming in het ziekenhuis	4
2.1.3 Evaluatie van de module basisvorming	5
2.2 VOORTGEZETTE OPLEIDING INTRAFAMILIAAL GEWELD IN DE ZIEKENHUISCONTEXT	5
2.2.1 Doelstellingen en inhoud van de voortgezette opleiding	5
2.2.2 Implementatie van de voortgezette opleiding	7
2.2.3 Evaluatie van de voortgezette opleiding	8
3. BASISVORMING EN VOORTGEZETTE OPLEIDING – NEDERLANDSTALIG GEDEELTE	9
3.1 CONCEPTUEEL KADER	9
3.2 BASISVORMING	9
3.3 VOORTGEZETTE OPLEIDING	10
3.4 PROTOCOLBEGELEIDING	11
4. BASISVORMING EN VOORTGEZETTE OPLEIDING – FRANSTALIG GEDEELTE	13
4.1 CONCEPTUEEL KADER	13
4.2 BASISVORMING	14
4.3 VOORTGEZETTE OPLEIDING	15
4.4 ONTWIKKELING VAN DE ACTIEPLANNEN	15

1. PROJECTDOELSTELLINGEN

Het onderzoeksproject wordt gefinancierd door de FOD Volksgezondheid DG Gezondheidszorgvoorzieningen. Het beoogt de voortzetting van het pilootproject, dat in 2009 georganiseerd werd, over sensibiliseringsacties rond de problematiek van intrafamiliaal geweld (IFG) voor professionele zorgverleners.

Het ziekenhuis St.-Luc Bouge en de Universiteit Gent/Universitair Ziekenhuis Gent werken samen met het oog op het beantwoorden aan de twee doelstellingen, vastgelegd in de conventie inzake intrafamiliaal geweld:

- 1) Het organiseren van sensibiliseringsacties/basisvormingen rond de problematiek van IFG binnen een ziekenhuisomgeving. Deze acties richten zich tot een multidisciplinaire groep (artsen, verplegers/verpleegsters, vroedvrouwen, psychologen, sociaal assistenten/-es) die binnen het ziekenhuis werkzaam zijn op de dienst spoedgevallen, de psychiatrie, de pediatrie, de geriatrie, de gynaecologie/materniteit, de sociale dienst, ...
- 2) Het opzetten van een voortgezette opleiding omtrent de problematiek van IFG binnen een ziekenhuisomgeving. Deze opleiding is bedoeld voor het ziekenhuispersoneel dat eerder al deelgenomen heeft aan de sensibiliseringsacties in 2009 en mee stapt in de ontwikkeling van een IFG-protocol

Vertrekkende vanuit het federale perspectief, is een samenwerking vereist tussen de onderzoeksteams. Er zijn uitwisselingen voorzien om het methodologisch kader te bepalen alsook om te waken over de coherente uitvoering van het project aan de Nederlandstalige en Franstalige kant van het land.

2. EEN GEMEENSCHAPPELIJKE ONDERZOEKSKADER

Bij het begin van het project hebben beide onderzoeksgroepen een onderzoekskader vastgelegd betreffende de basisvorming en de voortgezette opleiding rond de problematiek van intrafamiliaal geweld in de ziekenhuisomgeving.

2.1 BASISVORMING INTRAFAMILIAAL GEWELD IN DE ZIEKENHUISCONTEXT

2.1.1 Doel en inhoud van de module basisvorming

Het doel van de basisvorming is het vroegtijdig opsporen van en het hulp bieden bij patiënten in een IFG-situatie. Met deze doelstelling in het achterhoofd is het ook de bedoeling een actieplan op te stellen rond deze materie.

De module is opgebouwd vanuit een federaal perspectief. De behandelde theoretische inhoud is dezelfde in beide landsdelen, alsook de richtlijnen wat betreft de opsporing, de hulpverlening en de doorverwijzing. Er werd tevens rekening gehouden met regionale en taalkundige bijzonderheden.

De module die in de loop van het voorgaande project op punt gesteld werd, dient als basis voor de nieuwe module. Ze werd aangevuld en gewijzigd op basis van de volgende elementen:

- de recente literatuur over partnergeweld, intrafamiliaal geweld, kinder- of ouderenmishandeling;
- de beschikbare nieuwe statistieken over dit onderwerp in België en wereldwijd;
- het advies van experts;
- de resultaten van de evaluatie die gedaan werd in het kader van het vorige project;
- de voorstellen voor actieplannen binnen de ziekenhuizen.

Er is rekening gehouden met de echte situatie op het terrein: er zijn casussen uit de klinische praktijk besproken in de loop van de sessies. De verworven kennis uit ervaringen tijdens eerdere vormen, vormt ook een nuttige aanvulling.

2.1.2 Toepassing van de module basisvorming in het ziekenhuis

De toepassing van de module basisvorming verliep als volgt:

- Contacteren van de provinciale coördinatoren/ Steunpunt en Centra Algemeen Welzijnswerk om hen uit te nodigen deel te nemen aan de basisvorming. Zij zijn namelijk sleutelactoren in het netwerk van bestaande hulpverlening rond IFG.
- Werkwijze in de ziekenhuizen:
 1. **Selectie**
 - A. Rekening houden met de geografische spreiding (provincies), met hun lokale situering (stad/platteland) en hun hoedanigheid (universitair/niet-universitair)
 - B. Indien nodig dient men voorrang te geven aan ziekenhuizen die belangstelling hebben voor de problematiek (bijvoorbeeld de instellingen die in 2008 al deelnamen aan de studie ter registratie van deze vormen van geweld)¹.
 2. **Contact opnemen en intekenen op vrijwillige basis**
 3. **Opstellen van een basisvormingskalender: periode van april tot midden september**
- Praktische voorzieningen
 1. **Duur:** een halve dag per ziekenhuis
 2. **Aantal deelnemers:** minimum 20 personen om de interactie en het leerproces te bevorderen
 3. **Betrokken diensten:** spoedgevallen, pediatrie, geriatrie, gynaecologie/materniteit, sociale dienst, psychiatrie en andere om een dynamiek te creëren binnen het ziekenhuis (multidisciplinair aspect en interne en externe doorverwijzing)
 4. **Doelgroep:** artsen, verplegers/verpleegsters, vroedvrouwen, psychologen, sociaal assistenten/-es, onthaal, ...
 5. **Plaats:** in het ziekenhuis
 6. **Door het ziekenhuis gevraagde accreditatie van de sensibilisering qua ethiek/economie**
 7. **Evaluatie:** een papieren formulier wordt op het einde van de sessie uitgedeeld aan de deelnemers

¹ Voor het Nederlandstalig landsgedeelte is de selectie enkel gebeurd op basis van de criteria opgenoemd onder A.

- 8. Organisatie:** het ziekenhuis verstuurt de uitnodigingen en verwerkt de inschrijvingen. Het stelt ook een lokaal ter beschikkingen en zorgt voor de catering volgens de huisregels inzake vorming & catering.

2.1.3 Evaluatie van de module basisvorming

De evaluatie van de basisvorming gebeurt volgens de evaluatietool die uitgewerkt werd tijdens het vorige project. Deze tool baseert zich op het gevalideerde meetinstrument PREMIS (Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey)², dat vertaald werd naar en aangepast aan de Belgische context van de gezondheidszorg.

Omwille van de doelstellingen van het project hebben we gekozen voor de analyse van de tevredenheid van de deelnemers over de basisvorming. De analyse grijpt terug naar volgende variabelen:

- het profiel van de deelnemers (geslacht, leeftijd, beroep, dienst en anciënniteit op die dienst)
- de benoeming van het geweld door de deelnemers (aantal patiënten gezien per maand, aantal patiënten dat zelf spontaan over ondergaan geweld spreekt, aantal gevallen waarin men geweld vermoedt)
- de bestaande netwerken binnen het ziekenhuis (sensibilisering/opleiding, protocollen voor screening en opvang, overlegtafels, diensten/hulpverlening voor slachtoffers, vertrouwenspersonen)
- de interesse in de problematiek van intrafamiliaal geweld
- eerder gevolgde trainingen rond dit thema
- de verwachtingen tegenover de basisvorming
- de evaluatie van de basisvorming (theoretische inhoud, didactische instrumenten, toepasbaarheid in de praktijk, animatie)
- de voornaamste zaken die de deelnemers uit de sessie geleerd hebben
- de noodzaak aan een verdere vorming
- de elementen die beter kunnen

De verwerking en de analyse van de voorgecodeerde vragen is gebeurd met behulp van het programma SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

2. 2 VOORTGEZETTE OPLEIDING INTRAFAMILIAAL GEWELD IN DE ZIEKENHUISCONTEXT

2.2.1 Doelstellingen en inhoud van de voortgezette opleiding

De voortgezette opleiding wil leden van het ziekenhuispersoneel vertrouwd maken met de problematiek van intrafamiliaal geweld. Zij worden binnen de instelling hulpverleners voor intrafamiliaal geweld en zullen een actieplan over deze materie opzetten.

De voortgezette opleiding bestaat uit volgende fases:

- a. een voorafgaande analyse van de context en de noden op het vlak van IFG;

² SHORT L.M., ALPERT E., HARRIS J., SURPRENANT Z.J., *A tool for measuring physician readiness to manage intimate partner violence*, American Journal of Preventive Medicine 2006; 30(2): 173-180.

- b. de vorming:
 - over de problematiek van IFG
 - over het opmaken van actieplannen
- c. een intervisie;
- d. een gepersonaliseerde begeleiding en opvolging van de acties in het ziekenhuis.

A. Analyse van de context

Met het oog op de opstelling van actieplannen in de ziekenhuizen (3), is een situatie-analyse en behoeftepeiling gemaakt om per ziekenhuis de huidige aanpak, diensten, de noden en de behoeften op het vlak van aanpak van IFG op te lijsten.

Een voorafgaand gesprek volgens een afgesproken schema behandelde volgende thema's:

- de processen die reeds werkzaam zijn binnen het ziekenhuis op vlak van IFG
- de processen of praktijken die het ziekenhuis in de nabije toekomst wenst te ontwikkelen
- de diensten of personen die deze acties kunnen toepassen
- het soort ondersteuning dat nodig is om deze processen en praktijken toe te passen.

Dit onderhoud is na afspraak doorgegaan met de vertegenwoordigers van de directie van het ziekenhuis en met de verantwoordelijke artsen/verplegers van de betrokken diensten. Om deze ontmoeting voor te bereiden is hen gevraagd een formulier met enkele kernvragen in te vullen en dit enkele dagen vóór het gesprek terug te bezorgen. De resultaten van deze analyse is meegenomen in de opleiding en tijdens de uitwerking van het preventieplan en van de persoonlijke begeleiding in het ziekenhuis.

B. Vormingssessies in de voortgezette opleiding

Evenals de basisvorming, is de voortgezette opleiding opgebouwd vanuit een federaal perspectief. De behandelde theoretische inhoud is dezelfde in beide landsdelen, alsook de richtlijnen wat betreft de opsporing, de hulpverlening en de doorverwijzing.

Ze zijn gebaseerd op de wetenschappelijke literatuur over partnergeweld, intrafamiliaal geweld, kinder- en ouderenmishandeling en op de literatuur over geweldplegers. De ervaringen, opgedaan tijdens eerdere vormingen, vormt een aanvulling hierop.

Ze houden in het bijzonder rekening met de verscheidenheid van het ziekenhuislandschap, vooral tijdens de opstelling van actieplannen in een ziekenhuis. Uit de evaluatie van het vorige project blijkt trouwens dat de ziekenhuizen die toen deelnamen aan de sensibiliseringssessies op een erg verschillende manier omgaan met hulpverlening in geval van IFG. Sommige hebben al een algemeen protocol ontwikkeld voor het hele ziekenhuis, terwijl andere enkel over een specifieke procedure beschikken voor de dienst spoedgevallen wanneer zich daar een slachtoffer van seksuele agressie aandient (SAS).

Ze steunen op de realiteit op het terrein. De deelnemers kunnen tijdens rollenspellen of groepsworkjes ook klinische gevallen naar voren brengen uit hun eigen praktijkervaring. Ze zorgen ook voor voldoende afwisseling tussen theorie en praktijk.

C. Intervisie

We hebben intervisie aangewend om op een meer interactieve manier de theoretische kennis te herhalen die tijdens de vorming is opgedaan en om elke deelnemer duidelijk te maken hoe hij/zij met de eigen capaciteiten positief kan reageren op de IFG-problematiek. Intervisie is ook gebruikt om de actieplannen van de verschillende ziekenhuizen met elkaar in overeenstemming te brengen. De deelnemers dachten samen na over oplossingen voor de noden en problemen

die kunnen ontstaan bij de implementatie van deze plannen. Ze wisselden ook ideeën uit over de doelen die zij met hun plannen/protocollen willen bereiken.

D. Individuele opvolging van de actieplannen in het ziekenhuis

De deelnemers aan de vorming ontwikkelden zelf de actieplannen in hun ziekenhuis. Er is echter een monitoring van de actieplannen voorzien om het implementatieproces te ondersteunen in de verschillende betrokken ziekenhuizen. Daartoe zijn er per ziekenhuis drie opvolgingsmomenten voorzien. Dit kon zowel onder de vorm van overleg ter plaatse in het ziekenhuis, via telefonisch contact en e-mailverkeer.

2.2.2 Implementatie van de voortgezette opleiding

De implementatie van de voortgezette opleiding verloopt op de volgende manier:

- Contacteren

Het vormingsproject is voorgesteld aan de ziekenhuizen die deelgenomen hebben aan de sensibiliseringsactie, georganiseerd door de FOD Volksgezondheid in 2009. Voorafgaandelijk is er contact per post en e-mail of telefoon opgenomen om:

- hen op de hoogte te brengen van een synthese van de resultaten van het voorgaande project;
- het nieuwe pilotproject voor te stellen aan de directie van het ziekenhuis en aan de verantwoordelijken op de betrokken diensten;
- hun principiële goedkeuring te verkrijgen.

Er is hen gevraagd hun deelname aan het pilotproject schriftelijk te bevestigen alsook om het middenkader en/of de directie te betrekken. Wanneer zij weigerden, is hen gevraagd schriftelijk te motiveren waarom ze niet wensten deel te nemen aan dit pilotproject.

- Praktische voorzieningen

1. Duur: 5 dagen, als volgt ingedeeld:

- ½ dag voor analyse van context en noden
- 2,5 dagen opleiding
- ½ dag intervisie
- 3 x ½ dag monitoring en ondersteuning

2. Aantal deelnemers : *minimum 2 per ziekenhuis*

3. Betrokken diensten: spoedgevallen, psychiatrie, pediatrie, geriatrie, gynaecologie/materniteit, sociale dienst, directie en kader

4. Doelgroep: artsen, verpleging, vroedvrouwen, psychologen, sociaal assistenten/-es, middenkaderleden, directieleden

5. Plaats: de opleiding wordt gecentraliseerd op een gemakkelijk bereikbare plaats

6. Door het ziekenhuis gevraagde accreditatie van de sensibilisering qua ethiek/economie

7. Evaluatie: een mondelinge evaluatie is gemaakt bij de afsluiting van elke dag van de opleiding; op het einde van de opleiding hebben de deelnemers twee papieren formulieren in te vullen: 1 voor de evaluatie van de opleiding en 1 voor de protocolbegeleiding

8. Organisatie: de onderzoeksteams stelden een lokaal ter beschikking en zorgden voor de lunch en de catering

2.2.3 Evaluatie van de voortgezette opleiding

De evaluatie van de voortgezette opleiding gebeurde eveneens met het gevalideerde meetinstrument PREMIS (Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey)³, dat vertaald werd naar en aangepast aan de Belgische context van de gezondheidszorg.

Ze is gebruikt op twee niveaus: dat van de vormingssessies over de problematiek en dat van de implementatie van de actieplannen in de ziekenhuisomgeving.

De evaluatie van de vormingssessies gebeurde volgens de volgende variabelen:

- het profiel van de deelnemers (geslacht, leeftijd, beroep, dienst en anciënniteit binnen de dienst)
- de benoeming van het geweld door de deelnemers (aantal patiënten gezien per maand, aantal patiënten die zelf spontaan over ondergaan geweld vertellen, aantal gevallen waarin geweld vermoed wordt)
- de eerdere vormingen die al over dit thema werden gevolgd, daarbij in het bijzonder de sensibiliseringssessie die gefinancierd werd door de FOD Volksgezondheid in 2009
- de tevredenheid van de deelnemers over de theoretische inhoud en de didactische aspecten
- de evaluatie -door henzelf- van hun vaardigheden om gevallen van intrafamiliaal geweld op te sporen, de gepaste begeleiding te bieden en een hulpverlener te zijn op dit domein
- de noodzaak van verdere vorming
- de elementen die beter kunnen

De evaluatie van de actieplannen stoelt ook op de hierboven opgesomde variabelen, al is het gedeelte van de zelfevaluatie wel aangepast. In deze evaluatie moeten de deelnemers hun vaardigheden inschatten om een actieplan uit te werken, toe te passen en te finaliseren binnen de ziekenhuisomgeving en om een begeleider te worden wat deze materie betreft. Hierbij komen nog twee variabelen:

- één over de noodzakelijke elementen om actieplannen in werking te stellen binnen de ziekenhuisomgeving
- een andere over enige bekommernissen of opmerkingen die aan de FOD doorgegeven kunnen worden wat betreft de hulpverlening bij intrafamiliaal geweld.

Bovendien is aan de deelnemers ondersteunend materieel ter opvolging van de actieplannen meegegeven. Het betreft onder meer een boordtabel, en een SWOT-analyse die de volgende elementen omvat: de sterke punten, de te verbeteren punten, de noden en de moeilijkheden van het IFG-protocol.

³ SHORT L.M., ALPERT E., HARRIS J., SURPRENANT Z.J., *A tool for measuring physician readiness to manage intimate partner violence*, American Journal of Preventive Medicine 2006; 30(2): 173-180.

3. BASISVORMING EN VOORTGEZETTE OPLEIDING – NEDERLANDSTALIG GEDEELTE

3.1 CONCEPTUEEL KADER

De basisvorming, de voortgezette opleiding en de protocolbegeleiding die in het Nederlandstalige landsgedeelte heeft plaats gehad, kent dezelfde globale opzet en beoogt de doelstellingen zoals beschreven in het algemene inleidende luik van dit project. Dit neemt niet weg dat wij in de concrete vertaling voor een specifieke aanpak hebben gekozen.

Deze specifieke aanpak is een reflectie van het wetenschappelijk conceptueel kader dat we binnen ICRH-Universiteit Gent hanteren. Dit conceptueel kader omvat 2 theoretische modellen die wij in het kader van gezondheidspromotie en geweldspreventie intrinsiek aan elkaar verbonden hebben. Enerzijds gaat het om het socio-ecologisch model op gezondheid en geweld zoals ook de WHO dit gebruikt en anderzijds om het concept van “Wenselijke Preventie” van Professor Vettenburg en collegae.

Het socio-ecologisch model stelt dat gezondheid bepaald wordt door en geweld het resultaat is van een samenspel van determinanten op zowel individueel, interpersoonlijk, gemeenschaps- als op het samenlevingsniveau vlak. Gezien geen enkele van die niveaus in afzondering van de andere werkt, is het noodzakelijk om in primaire, secundaire en tertiaire preventie van geweld en dus ook zorg voor patiënten in een IFG-situatie tot een simultane synergie op deze niveaus te komen⁴. Dit hebben wij ook een holistische aanpak genoemd.

Het concept “Wenselijke Preventie⁵”, stelt dat “preventie-initiatieven die op een doelbewuste en systematische manier op risicofactoren anticiperen “wenselijk” zijn, wanneer ze om de gezondheid en het welzijn van de doelgroep te verbeteren of te beschermen, steeds eerder op risicofactoren anticiperen, maximaal “of-fensief” zijn, een integrale aanpak kennen, participatief werken en van democratische aard zijn.

Dit conceptueel kader heeft ons geïnspireerd in de inhoudelijke en praktische uitwerking van zowel de basisvorming, de voortgezette opleiding als de protocolbegeleiding. Het is ook de visie die we hebben proberen mee te geven aan de ziekenhuizen in hun ontwikkeling van IFG-protocols.

3.2 BASISVORMING

De basisvorming omvatte twee luiken. Een eerste luik besprak vanuit een interactieve maar wetenschappelijk insteek wat IFG is en hoe je het kan herkennen en een tweede luik reikte de deelnemers handvatten aan in het omgaan met IFG als zorgverlener in de ziekenhuiscontext.

In totaal zijn er 10 basisvormingen gehouden in 9 ziekenhuizen en hebben 279 zorgverleners de basisvorming gevolgd. Het gemiddeld aantal deelnemers was 28 per basisvorming en 31 per ziekenhuis. Het exact aantal deelnemers varieerde echter sterk van ziekenhuis tot ziekenhuis: van 80 deelnemers in het ZNA Middelheim in Antwerpen tot 8 deelnemers in het AZ Klina in Brasschaat. Die variatie is voornamelijk te wijten aan de grootte van het

⁴ DiClemente, Salazar, Crosby et al, 2005

⁵ Vettenburg, Burssens, Melis, Goris, Van Gils, Verdonck & Walgrave, 2003

ziekenhuis, hoe de oproep intern in de ziekenhuizen is aangepakt en de datum waarop de basisvorming was gepland.

De deelnemers hebben een gevarieerd profiel qua functie. Toch springen er 3 functies in aantal uit: verpleegkundigen, vroedvrouwen en psychosociale hulpverleners. In overeenstemming met wat vooropgesteld was, zijn er 5 diensten die in aantal prominenter aanwezig waren dan andere. Het gaat om: materniteit & gynaecologie, geriatrie, spoedgevallen, pediatrie en psychiatrie. Het is evenwel opmerkelijk dat in aanvulling op deze diensten heel wat andere specialismen en diensten aanwezig waren, wat aangeeft dat de omnivalentie van IFG en de nood aan een ziekenhuisbrede aanpak ingang begint te vinden.

De basisvorming is zowel mondeling (plenair) als schriftelijk(individueel) gehouden. Globaal genomen is de basisvorming erg positief geapprecieerd en gaven de deelnemers aan dat zij hadden bijgeleerd en zich beter gewapend voelden om met patiënten in een IFG-situatie aan de slag te gaan. Zo'n 82% van de deelnemers die een evaluatieformulier invulden (226/279 of 81% van het totaal aantal deelnemers) gaf aan dat de basisvorming grotendeels (61%) tot volledig (21%) aan hun verwachtingen heeft voldaan. In de ziekenhuizen waar ook gastsprekers nog een inhoudelijke bijdrage kwamen geven en de oefening/het rollenspel rond vragen stellen is vervangen, is wel aangegeven dat het pakket inhoudelijk zwaar werd om in 3 uur te behappen. Suggesties tot verbetering lagen voornamelijk in de wens om nog meer praktijkoefeningen en casuïstiek in te brengen, eventueel door middel van uitbreiding van tijdsduur. Tenslotte gaf 89% van de deelnemers die het evaluatieformulier invulden aan dat een vervolg op deze basisvorming hen nuttig leek.

3.3 VOORTGEZETTE OPLEIDING

De voortgezette opleiding in het Nederlandstalig landsgedeelte omvatte een pakket van 24 uur vorming gespreid over 3 dagen met elk een specifieke inhoud. Dag 1 spitte zich toe op IFG & zorg voor patiënten in een IFG-situatie, Dag 2 richtte zich op IFG-beleid en ondersteunende instrumenten en Dag 3 ging dieper in op de rol van ziekenhuizen in daderhulp, de holistische aanpak van IFG en intervisie op de actieplannen.

Er namen 36 zorgverleners deel uit 8 verschillende ziekenhuizen. De verpleegkundigen (11) en sociaal assistenten (9) waren de twee functies die in aantal de kroon spanden. In mindere mate waren er ook artsen, vroedvrouwen, psychologen, managers en orthopedagogen aanwezig. Het aantal diensten die deze groep beslaat is echter heel divers. In overeenstemming met wat als IFG-sleuteldiensten beschouwd worden, zijn moeder & kind, pediatrie, geriatrie en psychiatrie iets meer aanwezig, maar de verschillen zijn klein. Het is opnieuw de groep van sociaal assistenten en verpleegkundigen die qua functie zowel transversaal als op de meest verscheidene diensten werken. Zij zijn dus IFG-sleutelfiguren bij uitstek.

Drieëntwintig van de 26 deelnemers die een evaluatieformulier achter lieten (90%) hebben aangegeven dat de voortgezette opleiding grotendeels tot volledig aan hun verwachtingen voldeed. Tijdens de begeleiding- en intervisiemomenten na Dag 2 en tijdens de mondelinge evaluatie op Dag 3 is aangegeven dat de deelnemers merken dat ze veel meer IFG-casussen onder hun patiënten opmerken en dat ze ook het gevoel hebben dat zij dit veel effectiever en adequater kunnen aanpakken.

Ook in het evaluatieformulier hebben we naar 'capacity building' gepeild. Globaal genomen kunnen we stellen dat de deelnemers zich gesterkt voelden om na de voortgezette opleiding met patiënten in een IFG-situatie aan de slag te gaan. Op de vragen of zij zich na de vorming in staat achtten om 1) de risico's en gevolgen van IFG te duiden en 2) gericht vragen te stellen over IFG, antwoordden alle deelnemers uitsluitend positief.

Enige onzekerheid treedt op bij de vragen of zij zich na de vorming in staat achten om IFG signalen en symptomen bij slachtoffers en daders te herkennen en te kaderen. Ook op de vraag of zij zich na de vorming in staat achten om IFG slachtoffers op te vangen en adequate zorg te bieden, het geweld correct te documenteren, slachtoffers en daders gepast door te verwijzen, zijn de inschattingen gevarieerd. Op elk van deze vragen zijn er deelnemers die antwoorden dat zij hiertoe “zeer goed” in staat zijn en de grootste groep denkt dit toch wel “goed” of “eerder goed” te zullen kunnen. Enkeligen geven aan dit “eerder weinig” te kunnen of het niet te weten.

Tenslotte peilden wij of zij zich na de vorming in staat voelden om in hun ziekenhuis een sleutelfiguur te worden in het ontwikkelen en de implementatie van het IFG-protocol en daar geeft een derde toch aan dit eerder weinig, weinig, tot niet te zien zitten. Zo'n 70% ziet dit echter wel zitten.

De absolute meerderheid stelt dat een vervolg op de voortgezette opleiding hen nuttig lijkt. Zij geven aan dat dit voornamelijk onder de vorm van intervisie wenselijk is en dit zowel voor het ontwikkelen en implementeren van de verschillende protocollen, als de op het gebied van aanpak van IFG-casussen. De deelnemers geven ook aan dat het aangewezen is om op geregelde tijdstippen terugkomdagen te organiseren waar een update wordt gegeven van de laatste ontwikkelingen zowel inhoudelijk als technisch. Zij zien dit bijvoorbeeld onder de vorm van themadagen, waar men naar gelang hun specialisme of dienst op kunnen inschrijven.

Als verbeteringspunten voor de voortgezette opleiding geeft een grote groep aan dat de opleiding beter in aantal dagen wordt uitgebreid. Dit zou het mogelijk maken om nog meer praktijkoefeningen en aan casuïstiek te doen in afwisseling met de theoretische luiken. Op die manier zou ook nog meer intervisie rond protocolontwikkeling met de verschillende ziekenhuizen samen kunnen worden voorzien.

3.4 PROTOCOLBEGELEIDING

De acht ziekenhuizen die op het aanbod tot voortgezet traject hebben ingetekend, hebben verschillende stappen doorlopen waarin zij zowel ter plaatse als per telefoon en per mail ondersteund werden met het nodige advies, handleidingen, richtlijnen en instrumenten.

Vertrekkend van een situatie-analyse en behoeftepeiling is een eerste zicht bekomen op de huidige en uiteindelijke gewenste situatie. Daarna zijn tijdens de eerste 2 vormingsdagen concrete input gegeven om een inhoudelijk protocol uit te werken en daartoe een actieplan op te stellen. Na de tweede vormingsdag hebben de deelnemers een interne werkgroep opgesteld en hebben ze daarmee een SWOT-analyse gemaakt. Op basis van de SWOT en met behulp van een praktische handleiding in het opstellen van een IFG-actieplan en intervisie ter plaatse hebben zij een eerste voorstel tot actieplan uitgewerkt die zij zowel aan de projectcoördinator als aan de volledige groep ter feedback en intervisie hebben voorgelegd. Uiteindelijk hebben zij een actieplan ingediend.

De evaluatie van de protocolbegeleiding bestond bij elk fysiek, schriftelijk of telefonisch contact uit een korte evaluatie. Daarnaast is op het einde van het project gevraagd een evaluatieformulier in te vullen. Globaal genomen is de protocolbegeleiding als doorslaggevend positief geëvalueerd. Bij elk onderdeel gaven er verschillende mensen de score “zeer goed”, “goed” en “neutraal”, met een balans van meer dan het dubbel aantal positieve evaluaties tegenover de neutrale (128/62). Er is op geen enkel deelaspect een negatieve evaluatie gegeven.

Zo'n 80% geeft aan door de protocolbegeleiding goed tot zeer goed in staat te zijn om bij te dragen aan de ontwikkeling van het IFG-actieplan. De andere 20% stelt dat zij dit “gematigd” kunnen doen. Een meer genuanceerd beeld krijgen we echter wanneer we peilen naar de

capaciteit om na de begeleiding bij te dragen tot de implementatie van het actieplan alsook het uittesten en het finaliseren van de uiteindelijke protocols. Daar geeft de helft aan dit gematigd tot beperkt te kunnen en de ander helft dit goed tot zeer goed te kunnen.

Ook de inschatting in welke mate zij zelf in staat zijn om een sleutelfiguur te worden in het ziekenhuis bij de implementatie van het protocol alsook om collegae in IFG en een adequate ziekenhuisaanpak in te wijden is erg variabel van zeer goed tot beperkt. Niemand gaf echter aan dat dit ze dit niet zouden kunnen.

De deelnemers formuleerden echter ook noodzakelijke randvoorwaarden om hun actieplannen te kunnen uitvoeren en uiteindelijk de IFG-protocols te implementeren. Zij waren het unaniem eens dat het engagement van het ziekenhuismanagement, de artsen en de verpleegkundigen absoluut noodzakelijke voorwaarden waren. Voor de helft van de evaluatoren is het uitgesproken engagement van het management reeds aanwezig. Dit betekent dat dit in voor de andere helft dit nog niet het geval is en daar eerst aan het creëren van voldoende draagvlak moet gewerkt worden.

Ook interne en externe financiële ondersteuning lijkt hen onontbeerlijk. Alle ziekenhuizen de mening dat externe financiering zich bij voorkeur uit in een financiële ondersteuning van de sociale dienst die dan als IFG case-managers transversaal ingezet kunnen worden.

Uiteindelijk gaf ook 96% aan dat verdere externe begeleiding een noodzakelijke randvoorwaarde is om hun IFG-protocols te kunnen implementeren. Zij zien dit voornamelijk onder de vorm van evaluatie en bijsturing van de ontwikkeling, regelmatige intervisie over de inhoud en aanpak van IFG-patiënten en mogelijkheid tot ziekenhuis-specifieke adaptaties.

Naar de toekomst toe raden de deelnemende ziekenhuizen dus aan om een langere tijdspanne te voorzien met een meer permanente afwisseling tussen begeleiding, opleiding, en ontwikkeling van het actieplan. Als organisatoren kunnen wij enkel beamen dat dit de kwaliteit, efficiëntie en effectiviteit enkel kan verhogen. Een ander verbeteringspunt dat verschillende mensen hebben aangehaald, bestaat in het voorstel om eerst tijd te investeren in het creëren van een draagvlak bij het ziekenhuismanagement waarbij er concreet wordt ingeschat wat de werklast zal zijn en hoe die zal verdeeld worden. In die zin is het ook aangewezen dat de zorgverleners die uiteindelijk het actieplan zullen ontwikkelen en de voortgezette opleiding zullen volgen, van in het begin door het ziekenhuis worden aangesteld, en in alle communicatie betrokken zijn.

Als aandachtspunten voor de overheid, wensen zij te onderstrepen dat financiële ondersteuning nodig is om de IFG-protocols te kunnen implementeren; dat gerichte acties als sensibilisering en verplichte vorming van artsen wenselijk is, en dat in de toekomst een langere tijdspanne van het project voorzien zou moeten worden met een meer permanente afwisseling tussen begeleiding, opleiding, en ontwikkeling van het actieplan. Verder geven zij aan dat de overheid ook de verwijstdiensten zou moeten stimuleren om mee te werken en de mogelijkheid tot doorstroming te maximaliseren.

Tenslotte is de erkenning en opname van de dringende sociale interventie binnen de ziekenhuiswetgeving een must, nog meer gezien alle deelnemende ziekenhuizen alsook de projectcoördinatoren in het Nederlandstalig landsgedeelte nu aanraden dat de sociale dienst de sleuteldienst wordt om transversaal IFG in de ziekenhuizen te gaan leiden.

4. BASISVORMING EN VOORTGEZETTE OPLEIDING – FRANSTALIG GEDEELTE

4.1 CONCEPTUEEL KADER

In aanvulling op de methodiek die door de beide onderzoekteams gezamenlijk is bepaald, hebben we voor de uitwerking van de basisvorming en de voortgezette opleiding een specifieke aanpak ontwikkeld. We hebben ons gebaseerd op het analytisch kader dat wordt gebruikt in de Transactionele Analyse –de tabel van miskenningen -. Dit kader benadrukt de voorafgaande en noodzakelijke stappen in elke gedragsverandering. Het is gebaseerd op de observatie van opheffingen van een miskenningen en hoe zij door een gedragsverandering gestuurd wordt of met andere woorden, de bewustwording van de verschillende elementen zoals in de volgorde hieronder vermeld:

1. Het bestaan van het probleem
2. De ernst van het probleem
3. Het bestaan van oplossingen
4. De bekwaamheid om deze oplossingen te implementeren

Het doel van dit kader is te komen tot een gedragsverandering bij het ziekenhuispersoneel in de begeleiding van patiënten die het slachtoffer zijn van geweld.

Zowel in de basisvorming als in de voortgezette opleiding is een eerste fase gewijd aan het verkennen van de problematiek en het blootleggen van de ernst ervan in de gezondheidszorg (punt 1 en 2 in het kader). Vervolgens behandelden we de verschillende aspecten van de mogelijke rol van het ziekenhuispersoneel wanneer zij met deze problematiek worden geconfronteerd. Daarna stelden we informatie en aanbevelingen voor vroegtijdige opsporing, begeleiding en doorverwijzing van patiënten voor (punt 3 in het kader). De vierde stap van het kader is voornamelijk ontwikkeld in het luik voortgezette opleiding. Door verschillende opleidingstechnieken, hadden de deelnemers de gelegenheid om het zelfvertrouwen te krijgen om de voorgestelde aanpak toe te passen.

Wat betreft "gezondheid bij geweld," hebben we ons gebaseerd op:

- het WHO-rapport, en meer bepaald specifiek op het socio-ecologisch model⁷
- het onderzoek waaraan we hebben meegewerkt met de *Société Scientifique de Médecine Générale* namelijk de aanbevelingen rond goede praktijken in partnergeweld en de juridische consensus ontwikkeld parallel met deze aanbevelingen .

Om het rendement van de sessies te optimaliseren in termen van efficiëntie, hebben we geprofiteerd van de wetenschappelijke inbreng van Belgische en buitenlandse experts uit diensten zoals forensisch pathologie-anatomie, spoedgevallen, gynaecologie, psychologie en sociologie.

⁶ Stewart I., Joines V., Manuel d'Analyse Transactionnelle, Interéditions, Paris, 2000.

⁷ OMS, Rapport mondial sur la violence et la santé, 2002, p.13

⁸ Vanhalewyn M., Offermans A-M, Recommandations de bonne pratique – détection des violences conjugales, SSMG, Service Public Fédéral Santé, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, 2010

⁹ Vanhalewyn M., Offermans A-M, Les violences conjugales : cadre juridique et déontologique, les aspects relatifs au dossier et certificat médical, SSMG-Domus Médica, Service Public Fédéral de la Santé, de la Sécurité de la chaîne alimentaire et de l'Environnement sous la supervision du Cebam, 2010

4.2 BASISVORMING

De basisvorming heeft tot doel meer kennis over prevalentie, risicofactoren en de gezondheidsgevolgen van de slachtoffers te verwerven en dit met het oog op een vroegtijdige detectie van intrafamiliaal geweld. Ze suggereert herkenningstekens die noodzakelijk zijn voor het begrijpen van de geweldsdynamiek en beschrijft de klinische symptomen om risicovolle situaties of huidig en / of meer gedateerd geweld te identificeren. Ze biedt een passende ondersteuning in een multidisciplinair perspectief.

De basisvormingssessies werden van april tot september in acht ziekenhuizen gehouden: 7 in het Waalse Gewest en 1 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. We spraken in totaal 182 deelnemers aan, of gemiddeld 22 mensen per ziekenhuis. Het publiek was overwegend vrouwelijk (77,9% vrouwen voor 22,1% mannen), met een gemiddelde leeftijd van ongeveer 38 jaar. De deelnemers waren voornamelijk afkomstig uit de materniteit (21,5%) en de dienst spoedgevallen (19,1%). Deelnemers uit andere diensten, zoals de psychiatrie, geriatrie of de pediatrie hebben eveneens deelgenomen aan de sessies alsook, van tijd tot tijd, de leden van diensten die minder direct betrokken zijn, maar geïnteresseerd, zoals de operatiekamer, de sterilisatie of de afdeling beddenbeheer. Hun beroepen waren heel divers, terwijl de verplegers/verpleegsters (43,6%) het sterkst vertegenwoordigd waren. Daarop volgt 15,7% artsen, maar ook 12,2% vroedvrouwen en 11,6% sociaal-assistenten.

De basisvorming is beoordeeld op basis van een gestandaardiseerd en anoniem formulier dat de deelnemers op het einde van de sessie hebben ingevuld. Honderd tweeënzeventig deelnemers hebben geantwoord, wat neerkomt op een respons van 94,5%. Over het algemeen, was de meerderheid van de deelnemers (91,8%) van mening dat de basisvorming helemaal of in het algemeen aan hun verwachtingen voldeed. Rekening houdend met de behandelde inhoud, kon deze rekenen op de belangstelling van de deelnemers en kon hij in de praktijk toegepast worden. De opleidingsmethodieken alsook de gebruikte ondersteuning zijn op grote schaal gewaardeerd. Uit de analyse van de commentaren (vrije commentaar) volgt dat de deelnemers hun deelname als positief hebben beschouwd in de zin van bewustwording van de omvang en de ernst van het fenomeen, van de noodzaak om met de passende middelen tussen te komen op het gebied van opsporing maar ook van adequate doorverwijzing (multidisciplinair) van het slachtoffer. Sommigen benadrukten het voordeel dat ook juridische opmerkingen behandeld zijn in de basisvorming. Bovendien is de basisvorming ook anders benaderd door de deelnemers, hetzij als een opleiding, hetzij als een opfriscursus van hun kennis, of als ruimte voor uitwisseling en reflectie.

De beoogde doelstellingen van de basisvorming, namelijk de vroegtijdige diagnose van intrafamiliaal geweld en de bewustwording van het ziekenhuispersoneel en hun onvermijdelijke rol in deze problematiek, zijn duidelijk bereikt.

Zevenentachtig procent van de deelnemers wilde een vervolg op de basisvorming. Het is belangrijk op te merken dat de deelnemers extra informatie blijven vragen over verschillende aspecten, zoals het beroepsgeheim, de houding ten aanzien van de dader, de mishandeling van ouderen. De casuïstiek werd ook op prijs gesteld; de deelnemers betreurden dat er niet meer tijd werd aan besteed, zoals concrete situaties zouden welkom zijn geweest, in verhouding tot eventuele verlenging van de tijd voor animatie bijvoorbeeld. Ten slotte spraken de deelnemers de wens uit dat deze basisvorming zou worden uitgebreid naar het voltallig ziekenhuispersoneel. De basisvorming heeft dus zeker bij de deelnemers de belangstelling om het onderwerp uit te diepen gewekt; sommigen hebben zelfs het idee om een actieplan in hun ziekenhuis te implementeren.

4.3 VOORTGEZETTE OPLEIDING

De voortgezette opleiding heeft betrekking op twee onderwerpen, namelijk intrafamiliaal geweld en de ontwikkeling van actieplannen in een ziekenhuisomgeving. Ze omvat drie dagen waarvan twee en een halve dag gericht op de opsporing en de hulpverlening aan het slachtoffer, met een bijkomende focus op de geweldplegers. De voortgezette opleiding wordt georganiseerd op basis van theoretische bijdragen, concrete situaties in de vorm van rollenspellen, intervisie van gevallen en bijdragen van verschillende externe tussenpersonen (forensisch patholoog-anatoom, psychologen, geriater, pediater, jurist). Een halve dag is gericht op de uitwerking van actieplannen en de uitwisseling van ideeën tussen de deelnemers, op basis van ervaringen uit België en het buitenland (Zwitserland, Engeland, Duitsland). Vervolgens profiteerden de deelnemers van een gepersonaliseerde ondersteuning in een ziekenhuisomgeving, hetzij fysiek, per e-mail of per telefoon en internet, om hun actieplan in op te stellen of uit te voeren. Uiteindelijk bleef er nog een halve dag over van intervisie van de verschillende gerealiseerde plannen.

Het doelpubliek kwam van de acht ziekenhuizen die hun personeel al hadden ingeschreven voor de basisvorming (in 2009). Deze groep deelnemers bestond uit 18 vrouwen voor 4 mannen. Twee leeftijden overheersten, namelijk de 25-29-jarigen en verder de vijftigjarigen, met een gemiddelde leeftijd van 37 jaar. De voortgezette opleiding heeft vooral de verpleegkundigen uit spoeddiensten en psychiatrie aangesproken. Er waren ook twee artsen, twee psychologen, een vroedvrouw en een sociaal assistente.

Aan het einde van de opleiding is een gestandaardiseerd en anoniem evaluatieformulier aan de deelnemers gegeven. Daarnaast is aan het einde van elke opleidingsdag de schriftelijke evaluatie vergezeld van een mondelinge uitwisseling, type feedback. De deelnemers vonden dat de opleiding globaal gezien helemaal aan hun verwachtingen voldeed. De meesten zijn tevreden over de behandelde inhoud, de gebruikte pedagogische instrumenten alsook het opleidingsmateriaal en de ontvangst. Tijdens de mondelinge evaluaties bevestigden ze dat ze meer gevallen van geweld hadden kunnen opsporen en dat ze zich beter uitgerust voelen om optimalere hulp te verlenen in dergelijke gevallen.

Op de vraag van zelfevaluatie van hun vaardigheden, beschouwt de meerderheid van de deelnemers zich voldoende geschikt voor de opsporing en doorverwijzing van de slachtoffers. In mindere mate, beschouwen ze zich in staat het slachtoffer beter te begeleiden. Het documenteren van de IFG-situaties kan nog op enkele struikelblokken stoten. Geen enkele deelnemer meldde dat hij zich incompetent voelde.

Iedereen acht het nuttig om een vervolg te geven aan deze voortgezette opleiding, met name tijdens regelmatige sessies van praktijkuitwisseling en tijdens dagen voor verdere uitdieping van bepaalde punten die tijdens de voortgezette opleiding behandeld zijn.

4.4 ONTWIKKELING VAN DE ACTIEPLANNEN

Voorafgaand aan de voortgezette opleiding, werd een analyse van de context en de behoeften in de preventie van intrafamiliaal geweld uitgevoerd in de acht ziekenhuizen die hadden deelgenomen aan de basisvorming in 2009.

Deze analyse heeft gewezen op de tekortkomingen in het beheer van geweldplegingen, alleen de SAS (Seksueel Agressie Set) was over het algemeen bekend en werd uitgevoerd. Voor sommige centra waren interne en externe contacten gelegd om met dit soort situaties om te gaan te soms alleen onder de vorm van folders om uit te delen aan patiënten.

Gezien het korte tijdsbestek voor de realisatie van het project, hebben de acht deelnemende ziekenhuizen besloten om hun actie te richten op één dienst of twee diensten (voor 3 ziekenhuizen) met als doel voor een aantal ziekenhuizen deze actie vervolgens uit te breiden naar het volledige ziekenhuis.

Vijf actieplannen met betrekking tot opsporingsmiddelen en vijf andere plannen voor het protocol van de hulpverlening zijn opgesteld. Over de opsporing, door middel van één of twee vragen, die systematisch gesteld zijn op de spoeddiensten, psychiatrie en gynaecologie, hebben de deelnemers een rijk resultaat behaald. Hoewel hen dit verbaasde, is dit nochtans verwant aan de gegevens uit de literatuur.

De protocollen van de hulpverlening op de spoeddiensten bestonden uit de uitwerking van een duidelijke beslissingsstructuur/beslissingsboom, een pockethandleiding voor de beoefenaars/voor het betrokken personeel, een anamneseformulier of nog de opstelling van een mnemotechnisch logo (acroniem); deze protocollen zijn vergezeld van een toelichting en een bronnenlijst. Ze zijn op strategische plaatsen in de dienst geplaatst, ter beschikking gesteld van het personeel en deels geïnformatiseerd. Eén van de centra heeft zelfs een brochure opgesteld voor de patiënt.

Opnieuw hebben we via een schriftelijk, gestandaardiseerd en anoniem formulier, alsook via mondelinge weg geëvalueerd. Dit laat de deelnemers toe om hun tevredenheid te uiten en de aandachtspunten waar rekening mee moet gehouden worden tijdens de uitvoering van de actieplannen te formuleren. Uit deze beoordeling blijkt dat de deelnemers vooral de gepersonaliseerde ondersteuning in hun instellingen en de intervisie van de verschillende uitgewerkte actieplannen waardeerden. Ze betreurden het tijdsgebrek om kennis te nemen van het geheel aan beschikbaar referentiemateriaal om hun eigen actieplan op te stellen.

De zelfevaluatie van de deelnemers over hun vermogen om een actieplan te ontwikkelen, te implementeren, te testen en af te ronden in een ziekenhuisomgeving, toont aan dat de deelnemers zich over het algemeen goed voorbereid achten om dit te doen. Afgezien hiervan, denken de meesten in staat te zijn om actief deel te nemen aan het opleiden van hun collega's en de implantatie van de actieplannen. Opnieuw bleef geen enkele deelnemer ongevoelig voor dit deel van de opleiding.

Op de vraag over noodzakelijke voorwaarden voor de uitvoering van de actieplannen voor intrafamiliaal geweld, is de noodzaak aan ondersteuning van de verpleegafdeling (al deels verworven), van de medische en ziekenhuisdirecties van cruciaal belang, maar ook en vooral van de artsen, die maar al te vaak moeilijk toegankelijk en gevoelig zijn voor deze problematiek, vaak door tijdsgebrek en gebrek aan investeringsmogelijkheden. Het gevoel van multidisciplinariteit in de ruimste zin van het woord, met inbegrip van satellietdiensten zoals de logistiek of informatica, komt duidelijk naar voren, zoals de geest van teamwork noodzakelijk is in de hulpverlening bij geweldplegingen.

Maar uiteraard rijst de vraag van de financiering van dit type projecten, waarbij de deelnemers aandringen op regelmatige externe ondersteuning bij de begeleiding van hun inspanningen en dit op korte termijn. Volgens hen is een interne en externe financiering ook belangrijk voor de opstelling van een duurzamer, geïnstitutionaliseerd plan. De creatie van een specifieke functie in de instelling zelf, in termen van experts kwam ook duidelijk aan bod in de mondelinge evaluatie.

De deelnemers stellen de volgende wijzigingen voor aan de huidige opleidingsmodule:

- de continuïteit verzekeren van de uitgewerkte projecten in het kader van deze actie;
- de tijdspannes tussen de basisvormingsfase en de opleidingsfase verkorten om de deelnemers gemotiveerd te houden;

- de tijd verlengen die aan de teams gegeven wordt om hun actieplan te ontwikkelen en de daarbij horende vereiste testperiode, door op regelmatige tijdstippen intervisiebijeenkomsten te voorzien, dit type bijeenkomsten tussen de verschillende deelnemende centra werd in het bijzonder gewaardeerd. ;
- de artsen verplicht erbij betrekken, die over het algemeen nog weinig gevoelig zijn voor de problematiek, alsook de ziekenhuisdirecties, misschien via een systeem van uitwisselingsplatform, van specifieke vormen (bijscholingen ?...).

Algemener:

- een overleg plannen met de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid om de gerealiseerde projecten en de actievoorzichten voor te stellen;
- institutionalisering en financiering van de implantatie van het opsporings- en hulpverleningsprotocol bij geweldsituaties ;
- ter beschikking stellen van sensibiliseringsmateriaal bestemd voor de patiënt;
- de informatie van de beschikbare bronnen centraliseren EN de hulp- en opvangstructuren coördineren (bijv. type CAW - Centrum Algemeen Welzijn) om de opvolging van geweldsituaties te vergemakkelijken en te verzekeren;
- het aanbod van opvang en onderdak verhogen, met name de noodaccommodatie.

Net als bij de basisvorming, schijnen de doelstellingen van de voortgezette opleiding duidelijk bereikt te zijn, namelijk het vergroten van de kennis, de verwerving van nieuwe vaardigheden en de implementatie van actieplannen in een ziekenhuisomgeving . Verder stellen we vast dat de betrokken ziekenhuizen actief hebben geïnvesteerd in de problematiek van intrafamiliaal geweld door verder te gaan dan het eenvoudige kader van