

**Aanpak van intrafamiliaal geweld in de ziekenhuiscontext :  
vormingsacties voor zorgverleners 2011-2012**

**Actions de formation des professionnels hospitaliers à la  
problématique des violences intrafamiliales 2011-2012**

**SAMENVATTING – SYNTHÈSE**

**Onderzoeksgroep-ICRH U(Z)Gent**

*Dra Ines Keygnaert*

*Dra An-Sofie Van Parys*

*Mr. Bavo Verpoest*

*Prof. Dr. Marleen Temmerman*

**Equipe de recherche – Clinique St Luc - Bouge**

*Anne-Marie Offermans, sociologue*

*Dr. Annick Appart*

*Dr. Philippe Vanparijs*

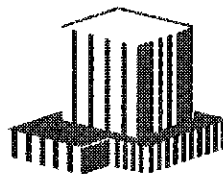
**Auteurs du rapport- Auteurs van het eindverslag**

*Dra. Ines Keygnaert*

*Dra. An-Sofie Van Parys*

*Mr. Bavo Verpoest*

*Anne-Marie Offermans*



CLINIQUE SAINT-LUC BOUGE

# **SAMENVATTING**

Dra. Ines Keygnaert  
Dra. An-Sofie Van Parys  
Mr. Bavo Verpoest  
Prof. Dr. Marleen Temmerman

## 1. PROJECTVOORSTELLING

Het project 'Aanpak van IFG in de ziekenhuiscontext' wordt gefinancierd door de FOD Volksgezondheid DG Gezondheidszorgvoorzieningen. Het beoogt de voortzetting van het pilootproject, dat in 2009 is gestart en in een concreet vervolg voorziet van de basisvormingen en het voortgezette traject dat in 2010-2011 aan ziekenhuizen in België is aangeboden.

Omwille van budgettaire redenen is het project dit jaar beperkt tot het aanbieden van een vervolgtraject aan de 18 ziekenhuizen die in 2010-2011 aan de basisvormingen deelnamen.

Het vervolgtraject bestaat uit 3 aspecten:

1. **Situatie- & behoefte-analyse** van het ziekenhuisbeleid inzake preventie, psychosociale opvang, zorgverlening en verwijzing van IFG binnen de eigen ziekenhuiscontext, afgenomen door de projectcoördinatoren en in het Nederlandstalige deel van dit project in samenwerking met de interne werkgroepen IFG in de ziekenhuizen zelf.
2. **Geaccrediteerde opleiding** van 24 à 28 uur aan maximum 4 ziekenhuispersoneelsleden per ziekenhuis dat deelnam aan de basisvorming IFG in 2011 (betrokken diensten: o.a. spoedgevallen, pediatrie, geriatrie, psychiatrie, gynaecologie, sociale dienst). De opleiding heeft als doel om:
  - De kennis over IFG met inbegrip van partnergeweld, seksueel geweld, kindermishandeling en oudermis(be)handeling op te frissen en te verdiepen;
  - De vaardigheden van participanten te verhogen om geweldsignalen/-symptomen te (h)erkennen, te kaderen en adequaat te beantwoorden;
  - Concrete instrumenten en handvatten aan te reiken om betere zorgverlening te verstrekken aan slachtoffers en/of plegers van IFG;
  - Concrete richtlijnen, instrumenten en voorbeelden aan te reiken als input voor de ontwikkeling van het IFG-actieplan op maat van het ziekenhuis;
  - Vaardigheden te verbeteren om efficiënt te verwijzen en samenwerkingsverbanden rond IFG op te zetten.
3. **Persoonlijke begeleiding en coaching** bij de ontwikkeling van een actieplan omtrent de concrete aanpak van IFG binnen de ziekenhuizen zelf. Dit actieplan bepaalt in het Nederlandstalige deel van dit project hoe en op welke termijn er tot IFG-protocollen zal gekomen. De protocolbegeleiding bestaat, bovenop de situatieanalyse, uit 2 in situ begeleidingsmomenten naast advies per mail en telefoon.

Dit jaar lag de administratieve coördinatie van het project bij ICRH- Universiteit Gent en is opnieuw een samenwerking aangegaan met het ziekenhuis St.-Luc Bouge. Van in het begin van het project zijn er uitwisselingen voorzien om enerzijds het gemeenschappelijk methodologisch kader van vorig jaar

te bestendigen als ook om de coherente uitvoering van het project aan de Nederlandstalige en Franstalige kant van het land te stroomlijnen. Hierna volgt een beschrijving van het conceptueel kader en de verschillende deelaspecten van het project per landsgedeelte.

## 2. SAMENVATTING EINDVERSLAG NEDERLANDSTALIG GEDEELTE

### 2.1 Conceptueel kader

De voortgezette opleiding en de protocolbegeleiding die dit jaar (2011-2012) in het Nederlandstalige landsgedeelte heeft plaatsgevonden, 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 van deze doelstellingen voor een specifieke aanpak hebben gekozen.

Deze specifieke aanpak is een reflectie van de wetenschappelijke conceptuele kaders die we binnen ICRH-Universiteit Gent hanteren. Deze conceptuele kaders omvatten ons inziens 2 theoretische modellen die in het kader van gezondheidspromotie en geweldspreventie intrinsiek aan elkaar verbonden zijn. Enerzijds gaat het om het socio-ecologisch model, toegepast 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. Zowel primaire, secundaire als tertiaire preventie kan zich tot elk van die niveaus richten, maar de centrale stelling in dit model is dat geen enkele van die niveaus in afzondering van de andere werkt. Daarom is het noodzakelijk om in preventie van geweld en dus ook zorg voor patiënten in een IFG-situatie tot een simultane synergie op deze niveaus te komen<sup>1</sup>. Dit wordt ook soms een holistische, geïntegreerde of inclusieve aanpak genoemd die onvermijdelijk inter- of multidisciplinair uitgevoerd moet worden.

Dit model wordt onder meer ondersteund door het concept "**Wenselijke Preventie**"<sup>2</sup>, dat 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.

Deze kaders hebben ons geïnspireerd in de inhoudelijke en praktische uitwerking van de voortgezette opleiding en de protocolbegeleiding. We ambiëren dan ook deze visie door te geven

---

<sup>1</sup> DiClemente, Salazar, Crosby et al, 2005

<sup>2</sup> Vettenburg, Burssens, Melis, Goris, Van Gils, Verdonck & Walgrave, 2003

aan de ziekenhuizen tijdens de voortgezette opleiding en in hun ontwikkeling van actieplannen omtrent de aanpak van IFG in de eigen ziekenhuissettings.

## 2.2 Voortgezette opleiding

### 2.2.1 Inhoud opleiding

De voortgezette opleiding in het Nederlandstalig landsgedeelte omvatte dit jaar een pakket van 28 uur vorming gespreid over 4 dagen met elk een specifieke inhoud. De eerste dag spitste zich toe op de definities van IFG, risico's, gevolgen, signalen en symptomen herkennen, screenen, vragen stellen & reageren en oudermis(be)handeling. De tweede dag ging dieper in op kindermishandeling, adequaat verwijzen, daderhulp, intern debat geweldsprotocol & agressie/geweld tegen zorgverleners. De derde dag omvatte een simulatie van het UZGent protocol waarna we de IFG tools voor professionals, de ontwikkeling en implementatie van de IFG-actieplan bespraken. De vierde dag omvatte een lezing over het juridisch kader en een intervisiemoment waarbij de ziekenhuizen de kans kregen hun actieplan in wording voor te stellen en dit met de andere ziekenhuizen te bespreken.

In tegenstelling tot vorig jaar, namen er dit jaar slechts 4 van de 10 ziekenhuizen die de basisvorming volgden, deel aan het voortgezette traject. De voornaamste reden hiervoor is dat de gevraagde inspanning te groot blijkt voor de ziekenhuizen, zeker in het licht van de nakende accreditering. De ziekenhuizen in Vlaanderen geven aan overbevraagd te zijn door verschillende Federale en Gewestelijke instellingen en hebben, door gebrek aan financiële compensatie voor de geleverde inspanningen in het kader van dit project, andere prioriteiten vooropgesteld.

3

### 2.2.2 Evaluatie

#### *Profiel van de deelnemers*

Het aantal personen die deelnamen aan de voortgezette opleiding en de evaluatie invulden schommelde licht, verspreid over de 4 vormingsdagen. Op dag 1 vulden alle **21 deelnemers** het evaluatieformulier in en op dag 2, 3 en 4 respectievelijk 18 deelnemers van 4 verschillende ziekenhuizen. Qua gender namen grotendeels vrouwen aan de opleiding deel met een verhouding van **17 vrouwen en 4 mannen**. De meeste deelnemers waren tussen de **26 en de 50 jaar**, waarvan 6 deelnemers tussen de 26 en 30 jaar, 6 deelnemers tussen 31 en 40 jaar en ook 6 deelnemers tussen 41 en 50 jaar.

**Verpleegkundigen** (9) en hoofdverpleegkundigen (2) waren het meest vertegenwoordigd, gevolgd door **maatschappelijk assistenten** (3) en psychologen (3). Er namen eveneens 2 vroedvrouwen, 1 gynaecologe en 1 ergotherapeute aan de voortgezette opleiding deel. Het aantal diensten die deze groep beslaat is vrij divers. Er waren 4 mensen van de pediatrie, 3 van de materniteit & 1 van de gynaecologie, 3 van de spoeddienst, 3 van de geriatrie. Vier mensen gaven weer op verschillende diensten tewerkgesteld te zijn, 1 persoon op de patiënten begeleiding, 1 op de sociale dienst, 1 in het supportteam en 1 op de psychiatrie (PAAZ). De groep van maatschappelijk assistenten en verpleegkundigen werken zowel qua functie als transversaal op de meest verscheidene diensten. Zij

zijn dus ook dit jaar sleutelfiguren bij uitstek. Ook qua ervaring is de groep vrij divers, 3 mensen hebben minder dan 1 jaar ervaring en 4 mensen hebben meer dan 20 jaar ervaring. Globaal genomen kunnen we stellen dat iets minder dan de helft tussen de 6 tot 20 jaar ervaring heeft, met het merendeel 1 à 5 jaar ervaring.

#### *Ervaring van de deelnemers met IFG*

De meeste deelnemers geven aan dat slecht een minderheid van de patiënten (minder dan 10/maand) zelf spontaan begint te praten over IFG. In de evaluaties van de verschillende dagen van de opleiding komt wel duidelijk naar voor dat de deelnemers bij meer patiënten een vermoeden hebben van geweld, wat erop wijst dat ze alerter zijn voor de problematiek en meer casussen identificeren. Doorheen de opleiding geven de deelnemers ook aan bij vermoedens van IFG zelf meer actie te durven ondernemen en het bespreekbaar te maken (zowel met de patiënten zelf als binnen het team), waar het bij de start van de opleiding voornamelijk bij doorverwijzen, luisteren en informeren bleef. De belangrijkste redenen om in actie te komen bij vermoeden van IFG was het welzijn en de veiligheid van de patiënt en zijn/haar kinderen.

Een opvallende vaststelling bij deze vragen is dat bijzonder veel deelnemers deze vragen niet of slechts gedeeltelijk invulden. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de deelnemers het enerzijds moeilijk vonden om de gevraagde inschattingen te maken. Anderzijds is het ook mogelijk dat de mensen die deze vragen wel invulden, net diegene zijn die (reeds) een proactieve houding aannamen tegenover IFG en ook gemakkelijker gegevens hieromtrent konden invullen. De interpretatie van deze resultaten dient dan ook met de nodige omzichtigheid te gebeuren, daarom vermelden we ook de ruwe aantallen van de (ontbrekende) gegevens.

4

#### *Appreciatie van de voortgezette opleiding*

Het overgrote merendeel van de deelnemers van dag 1 scoren zowel de theoretische inhoud als de didactiek en het onthaal **goed à zeer goed**. Geen enkel onderdeel kreeg een slechte of zeer slechte score.

De tweede vormingsdag werd gefragmenteerder gevalueerd. Twee sessies (namelijk sessie 1: kindermishandeling & sessie 4: agressie tegen zorgverleners) werden heel goed bevonden, één sessie werd als slecht (sessie 2: efficiënt verwijzen) beoordeeld en één als middelmatig (sessie 3: daderhulp).

In de evaluatie van dag 3 springt de sessie waar het UZ Gent protocol gesimuleerd werd eruit, 66,% beoordeelt deze sessie als zeer goed en 33,3% als goed. De andere sessies van die dag werden door de meeste deelnemers ook erg gesmaakt.

Ook de extra dag 4, met de lezing over het juridisch kader en de intervisie, bleek erg interessant te zijn geweest voor de deelnemers.

#### *Effect voortgezette opleiding op ingeschatte capaciteiten*

Eén van de belangrijkste doelstellingen van de voortgezette opleiding is dat de deelnemers zich **gesterkt voelen om effectief aan de slag te gaan met IFG** (screenen, detecteren, opvang en

doorverwijzen) en de nodige stappen kunnen zetten in het ontwikkelen van een actieplan in hun eigen setting.

Uit de evaluatie van dag 1 komt naar voor dat de deelnemers zich perfect in staat voelen om uit te leggen wat IFG is en te wijzen op mogelijke risico's en gevolgen, alsook vragen te stellen over IFG. Signalen en symptomen herkennen, zowel bij slachtoffers als bij daders, en slachtoffers opvangen zijn ook vaardigheden die ze onder de knie lijken te hebben. Om geweld correct te documenteren voelen ze zich minder goed voorbereid. Dit kan mogelijk te maken hebben met het feit dat alle deelnemende ziekenhuizen momenteel de overgang van papieren naar elektronische dossiers aan het maken zijn en met het feit dat het merendeel van de deelnemers geen arts was en daarom ook minder verantwoordelijkheden heeft op dit vlak.

Uit de evaluatieformulieren van dag 2, 3 en 4 bleek dat in het algemeen over de drie dagen, de overgrote meerderheid van de deelnemers zich eerder goed tot zeer goed in staat voelt om de verschillende onderdelen in de praktijk om te zetten. Slechts een minderheid geeft aan zich eerder weinig in staat te voelen om dit te doen. Met betrekking tot de evolutie over de drie dagen zien we bij de meeste onderdelen een duidelijke stijgende lijn aan de 'eerder goed tot zeer goed'-zijde. Dit betekent dat de deelnemers zich beter en beter in staat voelen om aan de slag te gaan met IFG en het actieplan. Onderdelen die erg hoog scoren zijn uitleggen wat IFG is, vragen stellen en signalen en symptomen herkennen bij alle doelgroepen, maar iets moeilijker voor ouderen en plegers. Opmerkelijk is dat ondanks de negatieve evaluatie van de sessie betreffende het doorverwijzen, de deelnemers zich wel goed in staat achten om door te verwijzen voor slachtoffers en in iets mindere mate voor daders. Omgaan met agressie tegen zorgverleners, is een item waartoe de deelnemers zich nog niet helemaal in staat voelden. Het opvangen van slachtoffers en adequate zorg bieden, daarentegen heeft over de drie dagen een grote evolutie gemaakt met iedereen die zich goed in staat voelt om dat te doen op het einde van het traject. Ook het gevoel een sleutelfiguur te kunnen zijn en het actieplan te implementeren is sterk geëvolueerd, met een hoge score op de verschillende onderdelen op het einde. Ook de samenwerking met politie en justitie en aandacht voor deze aspecten binnen het protocol zijn aspecten waartoe de deelnemers zich maximaal in staat achten.

5

#### *Suggesties voor de toekomst*

Elke vormingsdag lieten de deelnemers ons zowel schriftelijk als mondeling weten dat er (te) veel informatie was om te verwerken op korte tijd. Dit is, ook dit jaar, een constante en is reeds ettelijke malen gecommuniceerd naar de bevoegde instanties. Opnieuw is er duidelijk gevraagd naar meer tijd om bepaalde aspecten verder uit te diepen (interviews en casussen). Sommige deelnemers gaven aan nood te hebben aan meer praktijkgericht werken en zaten op hun honger om aan de slag te gaan voor het actieplan. Enkele deelnemers hadden graag ook nog wat meer aandacht gehad voor de rol van de verschillende niveaus van betrokkenen in het IFG ziekenhuisbeleid.

De absolute meerderheid van de deelnemers, geeft aan dat een **vervolg** op de voortgezette opleiding hen **nuttig** lijkt. Op dag 3 vond 91,7% een vervolg nuttige en op dag 4 80%.

## 2.3 Protocolbegeleiding

### 2.3.1 Beschrijving van de protocolbegeleiding en actieplannen

In vergelijking met vorig jaar waren er minder Nederlandstalige ziekenhuizen bereid om in het vervolgtraject te stappen. De aangegeven redenen liggen allen in dezelfde lijn: het ziekenhuis wordt overstelpt door externe vragen die een overbelasting van het personeel met zich meebrengt, het project past niet in de planning op de gevraagde korte termijn, het betreft een té groot engagement zonder dat hiervoor middelen in de plaats komen en het ziekenhuis heeft op dit moment meer prangende prioriteiten.

De vier ziekenhuizen die wel op het aanbod tot vervolgtraject hebben ingetekend, hebben in de protocolbegeleiding verschillende stappen doorlopen. Zij zijn hierin zowel ter plaatse als per telefoon en per mail met het nodige advies, handleidingen, richtlijnen en instrumenten ondersteund. Vertrekkend van een situatieanalyse en behoeftepeiling met een interne werkgroep IFG per ziekenhuis in februari of maart 2012, zijn we tot een eerste zicht op de huidige en uiteindelijke gewenste situatie gekomen.

Daarna is er tijdens de eerste 3 vormingsdagen in maart, april en mei concrete input gegeven om een inhoudelijk protocol uit te werken en daartoe een actieplan op te stellen. Na de derde vormingsdag hebben de deelnemers met hun interne werkgroep een SWOT-analyse gemaakt. Op basis van de SWOT en met behulp van een praktische handleiding in het opstellen van een IFG-actieplan en twee interviews van de projectcoördinatoren ter plaatse tussen juni en september, hebben zij een eerste voorstel tot actieplan uitgewerkt. Dit hebben zij op de vierde vormingsdag in september aan de volledige groep ter feedback en interview voorgelegd.

Na afronding van de voortgezette opleiding en protocolbegeleiding hadden de ziekenhuizen nog een week de tijd om hun actieplan te finaliseren en eind september door te geven. Het actieplan reflecteert de visie op het uiteindelijke protocol en geeft aan welke stappen zij intern en extern zullen ondernemen om tot de vooropgestelde IFG-protocols te komen.

Drie van de vier ziekenhuizen staan in deze actieplannen achter een multidisciplinaire en holistische/inclusieve aanpak van IFG en wil uiteindelijk dat ze met hun IFG-protocollen - onafhankelijk van het feit of die enkel voor enkele geweldsvormen, diensten of net ziekenhuisbreed zijn uitgewerkt- stapsgewijs ingebed raken in een efficiënt netwerk van IFG-sleutelactoren in de regio. Een ziekenhuis stelt zich in de komende jaren in hoofdzaak op slachtoffers te willen richten en niet voor een holistische/inclusieve aanpak van geweld te gaan.

De concrete actieplannen verschillen ook van ziekenhuis tot ziekenhuis. Dit is zeker zo voor de aanpak: sommige starten met enkele sleuteldiensten zoals moeder & kind, spoed, geriatrie, pediatrie en/of psychiatrie en verkiezen pas na grondige evaluatie om naar een ruime implementatie te evolueren. Andere ziekenhuizen opteren om onmiddellijk ziekenhuisbreed, evenwel gefaseerd qua deelprotocol te werk willen gaan. Ook op het gebied van voorziene timing verschillen ze: van een korte intensieve uitrol tegenover gefaseerde meerjarige uitrol. Toch voorziet elk ziekenhuis in 2013 de implementatie van één of meerdere IFG-protocollen.



### 2.3.2 Evaluatie van de protocolbegeleiding

Ook de protocolbegeleiding is bij elk fysiek, schriftelijk of telefonisch contact kort geëvalueerd. Daarnaast is op het einde van het project gevraagd een evaluatieformulier in te vullen en af te geven op de laatste vormingsdag. In overeenstemming met de voortgezette opleiding is eerst gepeild naar het profiel van de evaluatoren. Daarna hebben we hun appreciatie voor de specifieke onderdelen van de protocolbegeleiding bevraagd. In een derde luik peilden we naar het effect die zij van de begeleiding ondervinden wanneer ze nu rond IFG in hun eigen ziekenhuis protocols ontwikkelen. We hebben daarbij ook nagegaan welke randvoorwaarden hen noodzakelijk lijken om een IFG-protocol te implementeren. Tenslotte hebben we gepeild naar hoe zij de toekomst zien in termen van het nut van vervolg, suggesties voor verbeteringen voor de voortgezette opleiding en aandachtspunten die zij graag naar de overheid willen communiceren inzake IFG-aanpak in de ziekenhuizen.

De protocolbegeleiding is zowel globaal als per deelaspect als erg positief geëvalueerd. Globaal genomen hadden de 86% van de antwoorden "goed" of "zeer goed" als evaluatiescore. Deze spreiding weerspiegelt zich ook per deelaspect. Dit neemt niet weg dat net zoals vorig jaar tijdens de intervisie op de laatste vormingsdag is aangegeven dat niet iedereen zich in zijn huidige functie op zijn of haar plaats voelt om ook actieplannen en protocollen uit te werken. Verschillende onder hen hebben aangegeven dat ondanks de duidelijke beschrijving in de uitnodigingsbrief, dit bij de aanvang van het project door hun management niet in die duidelijke bewoording naar hen is gecommuniceerd. Dit is ook iets wat de projectcoördinatoren zelf opmerkten tijdens de protocolbegeleiding en daarom onderstrepen we opnieuw dat naar de toekomst toe meer tijd moet uitgetrokken worden om de ziekenhuizen goed te informeren over het gevraagde engagement en hen daarop begeleiden in de juiste keuze van mensen die zullen deelnemen aan de voortgezette opleiding als ook de protocolbegeleiding. Dit lijkt ons ook een essentiële voorwaarde om de implementatie van het actieplan te kunnen garanderen. In de huidige voorziene tijdspanne en budget van het project is dit onvoldoende haalbaar.

Tenslotte is ook de projectduur in vraag gesteld en aangegeven dat de hoofdmoot van het project, namelijk het ontwikkelen van het actieplan in de zomervakantie valt wat het proces niet ten goede komt. Dit onderstreept opnieuw de stelling die we ook bij de evaluatie van het project vorig jaar hebben geponereerd, namelijk dat de duur van het project langer dan 10 maanden moet zijn om te vermijden dat de zomermaanden het moment zijn waarop de actieplannen gemaakt moeten worden alsook om de persoonlijke begeleiding in aantal te verhogen zodat de kwaliteit en gedragenheid van het actieplan verhoogt.

De globale inschatting van het effect van de protocolbegeleiding op hun capaciteiten om nu met het actieplan en de protocolontwikkeling aan de slag te gaan is bij het leeuwendeel van de deelnemers positief met enkele mensen die wat voorzichtiger zijn in het definiëren van hun eigen mogelijkheden. Niemand geeft echter aan dat ze dit niet zouden kunnen.

### 2.3.3 Randvoorwaarden voor implementatie

Alle evaluatoren waren het unaniem eens dat het engagement van het ziekenhuismanagement, de artsen en de verpleegkundigen absoluut noodzakelijke voorwaarden waren voor de implementatie van het protocol. Voor iets minder dan een derde van de evaluatoren is het uitgesproken engagement van het management reeds aanwezig. Dit betekent dat dit voor zo'n 72% nog niet het geval is en daar eerst aan het creëren van voldoende draagvlak moet gewerkt worden. Dit geldt ook voor dringende sensibilisering van artsen, verpleegkundigen en ondersteunend personeel op de cruciale diensten die het meest in contact komen met patiënten en/of medewerkers in geweldssituaties, maar uiteindelijk ook in het volledige ziekenhuis.

Wat het financiële luik betreft is er ook bijzondere eensgezindheid: zowel interne als externe financiële ondersteuning voor de ontwikkeling en de implementatie van het protocol zijn absolute randvoorwaarden voor 94% van de evaluatoren. Interne financiële ondersteuning is onder meer nodig om meer vorming en opleiding te kunnen bieden inzake de aanpak van IFG en extra personeel voor IFG-screening. Wat echter niet in rekening is gebracht, maar wel door iedereen is aangegeven in de mondelinge evaluatie, is dat het volgen van de voortgezette opleiding, de protocolbegeleiding en het ontwikkelen van het actieplan ook heel wat tijd heeft gekost bovenop het gewone werk, zonder dat daar een compensatie of vrijstelling is voor gekregen. Dat is dus ook interne bijdrage die reeds is geleverd.

**Zonder externe financiële ondersteuning** vinden de ziekenhuizen het moeilijk om de IFG-protocollen te ontwikkelen en onmogelijk om die te implementeren. In de mondelinge evaluatie is daar ook aan toegevoegd dat ziekenhuizen nu erg veel externe vragen tot medewerking krijgen. Dit gaat van vragen van gewestelijke en federale overheden, al dan niet inzake accreditering, maar ook over allerlei projecten en onderzoeken. Dit brengt met zich mee dat zij niet langer op elke vraag of elk aanbod kunnen ingaan en meer en meer een kosten-baten analyse opmaken van de vragen en voorstellen en hieruit kiezen in functie van de eigen ziekenhuisprioriteiten. Dit is een aspect dat niet uit het oog verloren mag worden in de verdere uitwerking van toekomstige IFG-projecten en ondersteuning van de ziekenhuizen.

Uiteindelijk gaf ook 94% van de evaluatoren aan dat **verdere externe begeleiding** een noodzakelijke randvoorwaarde is om hun IFG-protocols te kunnen implementeren en het draagvlak mee te creëren en/of behouden. 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 extra begeleiding van sleutelfiguren.

### 2.3.4 Suggesties voor de toekomst

Het leeuwendeel (17/18 of **94%**) van de evaluatoren geeft aan dat een **vervolg op deze protocolbegeleiding** hen **nuttig tot noodzakelijk** lijkt. Zowat 3/4 van de evaluatoren motiveert dit als noodzakelijk om de uitwerking en nazorg te controleren en garanderen. Anderen geven aan dat dit nodig is om de motivatie brandend te houden en om te kunnen vergelijken met het proces in de andere ziekenhuizen.

De helft van de evaluatoren gaf ook suggestie om de protocolbegeleiding in de toekomst te optimaliseren. Enerzijds gaat dit om tips of vragen om een grotere ploeg per ziekenhuis te mobiliseren. In lijn met wat in de voorwaarden is gesteld, vraagt stelt men duidelijk dat enkele functies als kaderleden, stafmedewerkers en artsen meer betrokken moeten zijn. Anderzijds vraagt men om in de toekomst de protocolbegeleiding uit te diepen zowel qua frequentie, qua duur als qua praktische interventie. Dit betekent dus dat de projectcoördinatoren meer op een coachende in plaats van de huidige meer adviserende wijze zouden moeten kunnen meedraaien in de betrokken ziekenhuizen.

### 2.3.5 Aandachtspunten voor de overheid

De meest onderstreepte aandachtspunten liggen in de lijn van wat reeds eerder is aangehaald:

1. Het is noodzakelijk om **financiële ondersteuning** toe te kennen aan de ziekenhuizen die hun actieplannen implementeren en IFG-protocols ontwikkelen en toepassen. Sommigen geven aan dat dit zou moeten overeenstemmen met 1 full time equivalent per ziekenhuis. Een ander ziekenhuis maakte de berekening dat het uitvoeren van het actieplan in de eerstvolgende jaren al minimum 30.000€ per jaar kost, een bedrag die het ziekenhuis niet alleen kan dragen. Zeker niet indien daar geen verdere begeleiding tegenover staat. Hierbij dient ook nogmaals onderstreept te worden dat de ziekenhuizen vandaag de dag in een andere positie zitten en overstelpt worden door vragen en voorstellen. Zij kunnen niet op alles ingaan en zijn dus genoodzaakt om een keuze te maken in functie van interne prioriteiten en financiële middelen die daar tegenover staan.
2. In die zin lijkt het de deelnemers cruciaal dat er niet alleen financiële middelen tegenover staan maar dat er ook specifieke maatregelen ontwikkeld te worden om het **management** beter van de problematiek te **overtuigen** alsook van de noodzaak dat zij mee participeren, voldoende ondersteuning bieden en de juiste mensen in het ziekenhuis motiveren en mogelijk maken om er zich voor in te zetten. Zoals eerder aangegeven zou dit zowel op andere kaderleden, stafmedewerkers, artsen, verpleegkundigen en ondersteunend personeel gericht moeten zijn.
3. Voor ziekenhuizen die zich in de toekomst in het voortgezette traject van opleiding en protocolontwikkeling inschrijven zou een **langere tijdspanne** moeten voorzien worden met een meer permanente afwisseling tussen begeleiding, opleiding, en ontwikkeling van het actieplan. De huidige projectduur is veel te kort en de zomermaanden zijn nu de periode waarin de actieplannen ontwikkeld moeten worden, wat het proces niet faciliteert.
4. Daarnaast is door verschillende deelnemers aangehaald dat de overheid meer oog moet hebben voor **geweld tegen zorgverleners** en dit ook als essentieel onderdeel van het project mee opnemen.
5. Verder lijkt het de evaluatoren noodzakelijk om ook de **verwijsdiensten** meer te stimuleren om mee te werken, te zoeken naar manieren om hun wachtlijsten te verkorten en de

mogelijkheid tot doorstroming en afstemming te maximaliseren. Nu is het dagelijkse praktijk dat ze binnen een ziekenhuis een patiënt of medewerker willen doorverwijzen maar dat dit niet lukt omwille van te lange wachtlijsten, onbereikbaarheid tijdens piekmomenten, fusies enzovoort.

6. Tenslotte is nog aangegeven dat de evaluatie van de ziekenhuizen eerder op de **processen** dan op de resultaten gericht zou moeten zijn, gezien de trage maar zekere veranderingen. Elke deelnemer heeft aangegeven dat niet alleen zichzelf maar ook binnen het ziekenhuis – bij het ene ziekenhuis is dit al algemener dan het andere- een dynamiek is tot stand gekomen waar men meer oog heeft voor IFG, beter weet hoe men het zou kunnen aanpakken, maar dat de voorwaarden noodzakelijk zijn om een kwaliteitsvolle implementatie te garanderen.

### 3. SAMENVATTING EINDVERSLAG FRANSTALIG GEDEELTE

#### 3.1 Conceptueel kader

Voor de opleiding hebben we ons, net als bij het voorgaande project, gebaseerd op het schema dat wordt gebruikt in de Transactionele Analyse, de miskenningsmatrix<sup>3</sup>, naast het gemeenschappelijk onderzoekskader en -methodologie zoals door de verschillende onderzoeksgroepen werd vastgelegd. Dit analytisch schema benadrukt de voorgaande, noodzakelijke stappen voor elke gedragswijziging. Ze steunt op de waarneming dat een gedragswijziging een opheffing van miskenningen impliceert, of, anders gesteld, dat er een bewustwording moet komen van verschillende elementen, in de volgorde waarin ze hierna worden gesteld:

1° Het bestaan van het probleem

2° De ernst van het probleem

3° Het bestaan van oplossingen

4° Het vermogen om deze oplossingen te implementeren

Dit conceptueel kader blijft nog steeds relevant aangezien de voortgezette opleiding in vele opzichten op termijn een gedragswijziging bij het ziekenhuispersoneel beoogt in de begeleiding van patiënten die het slachtoffer zijn van geweld.

Tijdens de voortgezette opleiding werd een eerste fase gewijd aan het verkennen van de problematiek en het benadrukken van de ernst ervan op vlak van gezondheid (punten 1° en 2° in het schema). Vervolgens kwamen de verschillende aspecten aan bod van de rol die het ziekenhuispersoneel kan spelen wanneer het met deze problematiek wordt geconfronteerd. Daarbij worden een aantal aanbevelingen gemaakt voor de vroegtijdige opsporing, de begeleiding en de doorverwijzing van de patiënten. Ook wordt informatie gegeven over actieplannen die in een ziekenhuisomgeving worden uitgevoerd (punt 3° van het schema).

Ten slotte werd het vermogen om deze oplossingen te implementeren (punt 4°) uitgediept a.d.h.v. verschillende opleidingstechnieken die zowel tijdens de voortgezette opleiding als tijdens de protocolbegeleiding in een ziekenhuisomgeving aan bod kwamen. Zo hadden de deelnemers de gelegenheid om het nodige zelfvertrouwen op te bouwen om de voorgestelde aanpak toe te passen.

Voor het luik "gezondheid bij geweld" hebben we ons gebaseerd op:

- het WHO-rapport en meer bepaald op het socio-ecologisch model<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> STEWART I., JOINES V., *Manuel d'Analyse Transactionnelle*, Intereditions, Paris, 2000.

<sup>4</sup> OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, 2002, p.13

- het onderzoek waarvoor we hebben samengewerkt met de *Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG)*, namelijk de aanbevelingen voor goede praktijken bij huiselijk geweld<sup>5</sup> en de juridische consensus die parallel met deze aanbevelingen werd ontwikkeld<sup>6</sup>;
- Het werk dat we momenteel in samenwerking met de *SSMG* uitvoeren m.b.t. de mishandeling van ouderen en het risicobeheer bij huiselijk geweld.

Om het rendement van de sessies in termen van efficiëntie te optimaliseren, hebben we rekening gehouden met de evaluatieresultaten van het vorige project. Door het vooraf vastgelegde werkkader, konden we niet ingaan op het verzoek van de deelnemers om de opleidingstijd, gezien de dichtheid van de behandelde onderwerpen, te verhogen. De belangrijkste aanpassing bestond er dan ook in om de tijd besteed aan intervisie van de actieplannen te reduceren ten voordele van oefeningen rond de opsporing en de begeleiding van patiënten die het slachtoffer zijn van geweld. Bovendien hebben we, bij de uitwerking van de actieplannen, gekozen voor een gastlezing van een deelnemer aan de vorige opleiding, over zijn ervaringen op het terrein, wat meer motiveert dan een theoretische lezing.

## 3.2 De voortgezette opleiding

### 3.2.1 Inhoud van de voortgezette opleiding

De voortgezette opleiding omvat twee thema's: intrafamiliaal geweld (IFG) en de ontwikkeling van actieplannen binnen de ziekenhuiscontext. Ze beslaat drie dagen waarvan er twee (17u) zijn toegespitst op de opsporing en de ondersteuning van het IFG, met bijkomende aandacht voor kinderen die getuige zijn van geweld en geweldplegers. Deze opleiding is zowel theoretisch als praktisch aangezien ze, in functie van de literatuur en de tussenkomst van externe sprekers uit verscheidene disciplines (gerechtsarts, psychologen, geriater, pediater, jurist), grotendeels bestaat uit situatieschetsen in de vorm van rollenspelen en andere besprekingen van concrete casussen. Eén opleidingsdag (7u) is gewijd aan de uitwerking van de actieplannen en uitwisselingen tussen de Belgische en buitenlandse (Zwitserland, Engeland, Duitsland) deelnemers. Binnen dit kader kunnen de deelnemers nadien voordeel halen uit een gepersonaliseerde *in situ* follow-up in hun ziekenhuis, via mail of telefonisch, om hen te helpen bij de implementatie van hun eigen actieplan.

---

<sup>5</sup> 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

<sup>6</sup> 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.

### 3.2.2 Profiel van de deelnemers

De deelnemers van de voortgezette opleiding kwamen uit de zeven ziekenhuizen die de basisopleiding in 2010 reeds hadden gevolgd (2010). Dit jaar heeft één ziekenhuis besloten het project niet verder te zetten, niet wegens gebrek aan interesse voor het programma, maar louter omwille van interne organisatorische redenen. De groep bestond uit **21 vrouwen** en 2 mannen, hoofdzakelijk binnen de leeftijdsgroepen 35-39 jaar en 50-54 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 40 jaar. Aan de opleiding namen vooral **verpleegkundigen** en **vroedvrouwen**, waaronder twee studenten, deel. Daarnaast telde de groep drie artsen, drie maatschappelijk assistenten en twee psychologen. De best vertegenwoordigde diensten waren de gynaecologie en de spoed. Deze keer vervoegde ook de geriatrie het panel van de deelnemende diensten, met dezelfde participatiegraad als de psychiatrie, die vroeger reeds deelnamen.

### 3.2.3 Evaluatie van de voortgezette opleiding

Een schriftelijk, geüniformeerd en anoniem evaluatieformulier werd aan het einde van de laatste dag van de opleiding aan de deelnemers voorgelegd. Deze schriftelijke evaluatie werd bovendien aan het einde van elke opleidingsdag ondersteund door een mondelinge feedback. De resultaten zijn in vergelijking met vorig jaar nauwelijks veranderd aangezien de deelnemers ook dit jaar opnieuw stellen dat de opleiding in grote lijnen, en zelfs helemaal, beantwoordt aan hun verwachtingen. De meesten zijn tevreden over de behandelde thema's. Het juridisch kader lijkt moeilijk toegankelijk, voornamelijk door de densiteit van de inhoud t.o.v. de beschikbare tijd. Ook de gebruikte pedagogische middelen, het opleidingsmateriaal en de manier waarop ze werden verwelkomd droegen bij tot deze tevredenheid. Zowel bij de mondelinge als bij de schriftelijke evaluaties, blijkt opnieuw dat de deelnemers een reële verandering hebben ondergaan wat betreft de bewustwording van de omvang van de problematiek, meer bepaald ten aanzien van het toenemende aantal vermoedens m.b.t. IFG. en een stijgende mate van zelfvertrouwen ten aanzien van de aan te nemen houding tijdens de consultatie. De deelnemers bevestigen dat ze de voorgestelde instrumenten gebruiken bij een meer specifieke ondersteuning van dergelijke gevallen. Ze voelen zich ook klaar om hun collega's aan te spreken over en te sensibiliseren voor de problematiek.

Wat betreft de zelf-evaluatie van de eigen competenties t.o.v. de problematiek van geweld, acht het merendeel van de deelnemers zich in eerste instantie voldoende in staat om de patiënten die slachtoffer zijn te detecteren en te verwijzen. Niettemin **achten ze zich eveneens in staat om, weliswaar op een lager niveau, een betere begeleiding te bieden aan het slachtoffer en een betere inschatting van de risico's van de situatie te garanderen.** Het documenteren van de situaties blijft moeilijker. Evenals het verworven vertrouwen in de begeleiding en het risicomanagement, wordt in de uitwerking van een concreet actieplan overwogen. Geen enkele deelnemer heeft aangegeven zich weinig bekwaam, of zelfs onbekwaam, te voelen op dit domein.

Op één onthouding na, uitten de deelnemers de wens dat de opleiding zou worden voortgezet, aan de hand van intervisie over de uitgewerkte actieplannen, parallel met herhaalde supervisiesessies, intensieve seminaries, ja zelfs sessies om sensibiliseringsinstrumenten te creëren bedoeld voor het ziekenhuispersoneel.

### 3.3 Ontwikkeling van de actieplannen in een ziekenhuisomgeving

#### 3.3.1 Opbouw van de protocolbegeleiding

De **ontwikkeling van een actieplan in de eigen ziekenhuiscontext** verliep in vijf opeenvolgende stappen.

De eerste stap bestond uit het contacteren van de Medische Directie van elk centrum met het oog op een gerichte situatie- en behoeftanalyse en van de vereisten met betrekking tot preventie van IFG.

Vervolgens werden tijdens de voortgezette opleiding een aantal aanbevelingen aangeboden voor goede praktijken, evenals reeds toegepaste detectietools en begeleidingsprotocollen, ondersteund door ooggetuigenverslagen.

Op basis hiervan werd, onder gepersonaliseerde begeleiding van Mevr. Offermans (St Luc Bouge) een actieplan uitgewerkt. Dit was gebaseerd op overleg met de Directie en verliep gefaseerd beginnend met een pretest, aanpassingen en goedkeuring van het plan door de oversten, zonder het aspect sensibilisering (collega's, dienst(en), ziekenhuis) te vergeten.

Ten slotte werd elk actieplan aan een auto-evaluatie onderworpen aan de hand van een SWOT-analyse (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats), m.a.w. een raming van de sterke punten, de te verbeteren punten, de gebruikte kansen en de knelpunten van het plan.

#### 3.3.2 De actieplannen

**In het bijzonder werden fase per fase de volgende resultaten genoteerd.**

Wat het luik van de **situatie- en behoeftenanalyse** betreft, is de investering over het algemeen beperkt. Slechts één van de zeven ziekenhuizen beschikt, voor de spoedafdeling, al over een protocol voor de ondersteuning van slachtoffers van geweld. Boveniden wordt enkel de set seksuele agressie (SSA) algemeen gebruikt. In sommige instellingen wordt gebruik gemaakt van een certificaat van het type IFG. Eén centrum biedt bovendien een opleidingsprogramma aan voor de aanpak van agressiviteit bij patiënten.

Voor de **uitvoering van elk actieplan**, werden, rekening houdend met het feit dat uit sommige centra twee diensten deelnamen, zes screeningstools ontwikkeld (geriatrie, prenatale consultaties, psychiatrie), evenals drie protocollen voor ondersteuning in de spoedafdeling.

Op het gebied van de **detectie**(routinematig twee of drie vragen stellen uit gevalideerde instrument (geriatrie)), waren de deelnemers getroffen door de prevalentiecijfers gebaseerd op de concrete toepassing van hun respectievelijke instrumenten, dewelke overeenstemmen met de gegevens uit de literatuur.

Voor de drie **begeleidingsprotocollen** van de spoedafdeling werd een specifieke anamnese fiche opgesteld met toelichting van de procedure, evenals een voorbeeld medisch certificaat en een richtlijn voor de doorverwijzing van het slachtoffer. Dit alles wordt op termijn geïnformatiseerd.



De SWOT-analyse benadrukt, in functie van de evaluatieniveaus, vooral:

- **de sterke punten:** een plan dat makkelijk te integreren is in de gangbare praktijken binnen de dienst en garant staat voor een betere kwaliteit van de aangeboden zorgverlening, het vernieuwend aspect van het behandelde onderwerp en van de ontwikkelde instrumenten, steun van de oversten;
- **de verbeterpunten:** voortzetting van het project door een grotere sensibilisering en permanente vorming;
- **de kansen** worden geconcretiseerd door de steun van de FOD Volksgezondheid en door het in contact brengen met andere geïnteresseerde ziekenhuizen;
- waar de uitwerking en de uitvoering van het actieplan een niet te verwaarlozen temporeel **knelpunt** vormen, is dit eveneens het geval voor de aanpak van elk individueel geval, zij het door het tijdverslindende aard van dergelijke gevallen, of door een gebrek aan gekwalificeerd personeel.

### 3.3.3 Evaluatie van de protocolbegeleiding

Na de vijf doorlopen fases in de ontwikkeling van de actieplannen, konden de deelnemers aan de hand van een geüniformeerde schriftelijke vragenlijst en een mondelinge evaluatie vrij hun mening uiten over hun mate van tevredenheid. Vooral de gepersonaliseerde opvolging kan op veel bijval rekenen. De deelnemers hadden niettemin graag de resultaten van de andere centra gekend om de eigen actieplannen te kunnen optimaliseren. Op één deelnemer na zijn allen vragende partij voor follow-up.

De auto-evaluatie die de deelnemers hebben opgesteld over hun bekwaamheid om een actieplan in een ziekenhuisomgeving te ontwikkelen, implementeren, testen en finaliseren, toont net als vorig jaar aan dat de deelnemers zichzelf redelijk tot goed voorbereid achten. Daarnaast denkt het merendeel ook in staat te zijn om actief deel te nemen aan het sensibiliseren van de collega's en, in mindere mate, aan de implementering van hun actieplannen. Opnieuw tonen sommige deelnemers zich heel enthousiast over de ontwikkeling van de actieplannen.

Op de vraag over de **noodzakelijke randvoorwaarden voor de implementatie van de actieplannen**, noteert men een aanzienlijk verschil in vergelijking met het vorig project. Alle deelnemers zijn **unaniem: een actieplan kan slechts op efficiënte manier geïmplementeerd worden als alle schakels van de keten** (directie, artsen, verpleegkundig personeel en leiding) zich, op hun respectieve niveaus, **betrokken voelen** bij intrafamiliaal geweld. Hoewel bepaalde ziekenhuizen, in verschillende mate, een zekere cohesie, of ten minste een zekere consensus, hebben ontwikkeld ten aanzien van het onderwerp, blijft de noodzaak aan sensibilisering van het verpleegkundig personeel bestaan. Deze personeelsgroep blijft nog relatief weerhoudend bij het idee betrokken te raken bij dit domein dat al snel in de psycho-sociale problematiek wordt geklasseerd eerder dan in de reële medische pathologie.

Met betrekking tot de financiering van een dergelijk project zijn de deelnemers overtuigd van het nut van regelmatig externe steun en dit aansluitend op het onderhavig project. Interne en externe

financiering blijven een *conditio sine qua non* voor de concretisering van een op lange termijn uitvoerbaar geïnstitutionaliseerd project.

De deelnemers stellen volgende wijzigingen voor aan het **huidig programma**:

- de continuïteit garanderen van reeds geïmplementeerde acties;
- een moment voorzien waarin de deelnemers hun ervaringen onderling kunnen delen, met het oog op een optimalisering van hun actieplannen en hun competenties;
- de voorziene tijd voor de uitwerking en de uitvoering van hun actieplan verhogen;
- de duur van de opleiding verlengen om bepaalde minder gekende noties (juridische en ethische) te verdiepen;
- een module ontwikkelen gewijd aan de sensibilisering van collega's ("train the trainer") aan de hand van een logistieke inbreng en technieken voor groepsfacilitatie, met als doel de weerstand tegen verandering op te heffen.

**Bovenop de bekommernissen eigen aan het programma:**

- een meer consequente aanwerving bevorderen van personeel dat belast wordt met de opvang van geweldsituaties, zodat er meer tijd beschikbaar is om naar de patiënt te luisteren en voor casemanagement, zonder afbreuk te doen aan de algemene werking van de dienst.
- hiervoor vervolgens meer middelen beschikbaar stellen;
- de implementering van het detectieprotocol en de ondersteuning bij geweldsituaties institutionaliseren en financieren;
- de studie over het registreren van gevallen van IFG herhalen bij ziekenhuizen die al een vorming kregen rond deze problematiek;
- een grotere mobiliteit bevorderen bij het ziekenhuispersoneel, waaronder ook de artsen;
- binnen eenzelfde structuur (centralisatie) beschikken over sensibiliserings- en oriëntatiemateriaal voor de patiënt;
- het aanbod voor opvang en (spoed)huisvesting verhogen.

Net als bij de resultaten van 2011 lijken de objectieven van de opleiding op verschillende niveaus gehaald, met name de verdieping van de kennis, de verwerving van nieuwe competenties en de implementering van actieplannen in een ziekenhuisomgeving. We stellen bovendien vast dat de betrokken ziekenhuizen hun houding echt hebben veranderd en zich eens te meer helemaal hebben

geëngageerd in een concrete benadering van de problematiek van intrafamiliaal geweld. Ze hebben de kaap van de puur theoretische aanpak, beperkt tot een aantal ex-cathedra toespraken, overschreden. Deze wens tot betrokkenheid wordt bevestigd door de spontane aanvragen vanuit de verschillende centra om dit type project verder te zetten.