



EINDRAPPORT AANPAK VAN SEKSUEEL GEWELD IN DE OOST-VLAAMSE ZIEKENHUIZEN

NAAR EEN HOLISTISCHE AANPAK VAN SEKSUEEL GEWELD: ZIJN REFERENTIE- ZIEKENHUIZEN SEKSUEEL GEWELD IN DE PROVINCIE OOST-VLAANDEREN EEN HAALBAAR EN WENSELIJK MODEL?

PROVINCIAAL PROJECT GEWELD 2014: BESCHRIJVEND ONDERZOEKSRAPPORT

EEN SAMENWERKING VAN DE PROVINCIE OOST-VLAANDEREN
MET ICRH-UNIVERSITEIT GENT

**TABLE OF CONTENTS**

1.	INLEIDING RAPPORT.....	3
2.	ACHTERGROND EN PROBLEEMSTELLING ONDERZOEKSPROJECT	4
3.	PROJECTDOELSTELLING EN DOELGROEP	6
4.	PARTNERSCHAP.....	9
5.	PROJECTRESULTATEN.....	10
5.1	TOEGEPASTE METHODE EN VERLOOP ONDERZOEK	10
5.2	PROFIEL VAN DE BEVRAAGDE ZIEKENHUIZEN EN ZORGVERLENERS.....	12
5.3	HUIDIG BELEID INZAKE GEWELD IN OOST-VLAAMSE ZIEKENHUIZEN	15
5.3.1	ALGEMEEN BELEID INZAKE GEWELD	15
5.3.2	GEWELDSPROTOCOLLEN.....	15
5.3.3	COORDINATIE GEWELDSPROTOCOL	18
5.3.4	VORMING EN ONDERSTEUNING PERSONEEL.....	18
5.4	HUIDIGE AANPAK VAN SEKSUEEL GEWELD IN DE OOST-VLAAMSE ZIEKENHUIZEN	18
5.4.1	TOEGANKELIJKHEID	18
5.4.2	PRIVACY.....	19
5.4.3	UITRUSTING EN GEBRUIK ONDERZOEKSRUIMTE	20
5.4.4	TESTEN SEKSUEEL OVERDRAAGBARE INFECTIES EN ZWANGERSCHAP	20
5.4.5	AFNAME SEKSUEEL AGRESSIE SET (SAS)	20
5.4.6	BEHANDELING	21
5.4.7	RAPPORTERING SEKSUEEL GEWELD.....	22
5.4.8	FOLLOW-UP VAN SLACHTOFFERS VAN SEKSUEEL GEWELD	22
5.5	KENNIS VAN OMVANG GEWELD EN INSCHATTING ERNST PROBLEMATIEK	23
5.5.1	OMVANG SEKSUEEL GEWELD	23
5.5.2	BESPREEKBAARHEID.....	26
5.5	EVALUATIE VAN DE HUIDIGE AANPAK VAN SEKSUEEL GEWELD IN HUN ZIEKENHUIS.....	27
5.5	WENSELIJKHEID EN HAALBAARHEID REFERENTIECENTRA SEKSUEEL GEWELD IN OOST-VLAANDEREN.....	30



5.6 ROL VAN EIGEN ZIEKENHUIS INDIEN ER REFERENTIECENTRA KOMEN	32
5.6 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	34
6. CONTACTGEGEVENS VERANTWOORDELIJEN.....	43
7. REFERENTIES	44

1. INLEIDING RAPPORT

Wat voorligt is het inhoudelijk rapport van een kortdurend project dat als doel had meer zicht te krijgen op de haalbaarheid en de wenselijkheid van het model “referentiecentrum seksueel geweld” in de provincie Oost-Vlaanderen.

Tussen midden mei en eind november 2014 werden die Oost-Vlaamse ziekenhuizen die beschikken over een spoeddienst en in de mogelijkheid zijn om medisch-forensische taken te verrichten bevestigd. Enerzijds peilden we via een schriftelijke vragenlijst naar hun huidige aanpak van seksueel geweld in hun ziekenhuis. Anderzijds gingen we via een telefonisch interview bij sleutelpersonen van de spoeddienst, gynaecologie, pediatrie, urologie, psychiatrie en sociale dienst na hoe zij de omvang van seksueel geweld inschatten, hoe ze het huidig beleid omtrent de aanpak van seksueel geweld in hun ziekenhuis evalueren en hoe zij tegenover het model van referentiecentra seksueel geweld staan.

Dit inhoudelijk rapport wil voornamelijk beschrijven hoe het korte onderzoeksproject is verlopen en wat de eerste bevindingen en aanbevelingen zijn. Na deze inleiding, schetsen we eerst een achtergrond van waarom we het aangewezen vonden om de haalbaarheid en wenselijkheid van het model referentiecentra seksueel geweld in de Provincie Oost-Vlaanderen wilden onder de loep te nemen (hoofdstuk 2). Vervolgens beschrijven we de doelstelling en doelgroep van het project (hoofdstuk 3) alsook het partnerschap (hoofdstuk 4).

In hoofdstuk 5 geven we eerst weer hoe de bevraging concreet in elkaar stak en welke de verschillende stappen waren die we ondernomen hebben. Vervolgens bespreken we de resultaten van een beschrijvende analyse. De belangrijkste resultaten vatten we in hoofdstuk 6 samen en formuleren eerste aanbevelingen. Tenslotte sluiten we af met nog enkele administratieve gegevens.

2. ACHTERGROND EN PROBLEEMSTELLING ONDERZOEKSPROJECT

Seksueel geweld is een volksgezondheidsprobleem op wereldschaal dat ook vele mensen in België en dus ook in de provincie Oost-Vlaanderen treft. Zo stelt de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in haar rapport van 2013 dat 25.4% van vrouwen en meisjes uit de WHO Europese regio seksueel geweld door (ex)partners meemaakt en 5.2% door niet-partners [1].

Page | 4

De prevalentie van seksueel geweld op mannen in Europa wordt tussen 1-7% geschat [2-4]. Voor België gaf een nationale studie uit 2010 cijfers van 1.4% van de volwassenen die met seksueel geweld te maken krijgen (2.3% vrouwen – 0.7% mannen) [5]. Voor Vlaanderen, stelde de Sexpert-studie uit 2012 vast dat 16.6% van de jongeren onder de 18 jaar met seksueel geweld te maken hebben (22.3% van de meisjes - 10.7% van de jongens) en 8.1% van de volwassenen (13.8% vrouwen – 2.4% mannen) [4]. Onderzoek van ICRH-UGent toonde aan dat vrouwelijke en mannelijke migranten van alle leeftijden nog meer kwetsbaar zijn voor seksueel geweld en noteerde percentages van 56.6% in België en Nederland [6,7].

Internationaal wordt aangenomen dat het wenselijk is om seksueel geweld holistisch en multidisciplinair aan te pakken [8-11]. Dit houdt in dat de politionele en juridische respons samen dient te gaan met een medisch en psychosociaal luik en dat elk van deze componenten maximaal op elkaar afgestemd zijn. Onderzoek heeft aangetoond dat dit de beste garanties biedt voor een positieve uitkomst op elk van de deelgebieden alsook voor kwaliteit van zorg, sneller herstel van het slachtoffer en preventie van opnieuw slachtoffer worden of opnieuw plegen [11-20].

Zowel de WHO als andere toonaangevende internationale gezondheidsorganisaties en internationale vakbladen hebben richtlijnen en adviezen uitgevaardigd rond de rol van de gezondheidssector in de aanpak van seksueel geweld [8,10,21-25]. Vandaag wordt het model “Sexual Assault Reference Centre” (SARC) of referentiecentrum seksueel geweld genaamd, gepromoot als het meest efficiënte in aanpak en het beste voor de patiënt omdat alle nodige zorg (politieel, medisch, psychosociaal, juridisch) in 1 keten of in 1 centrum wordt voorzien. [8,10,14-25]

Anderzijds wordt gesteld dat elk ziekenhuis in staat zou moeten zijn om alvast slachtoffers van seksueel geweld een kwalitatieve eerste zorg te bieden en hen daarna adequaat door te verwijzen. Er bestaat dus een spectrum aan modellen en de toepassing ervan hangt onder meer af van de organisatie van de sociale kaart.



De praktijk in België leert ons echter dat vele ziekenhuizen nog onvoldoende kennis hebben over hoe deze problematiek efficiënt en holistisch aan te pakken en nog niet over geweldsprotocollen beschikken. Ook bij de toewijzing en doorverwijzing lopen zaken soms spaak. Zo is de afstemming met de politie niet overal optimaal, zijn er vaak lange wachtlijsten voor psychische begeleiding en weten de artsen en verpleegkundigen niet altijd welke juridische en sociale dienstverlening er voor deze problematiek in de regio voor handen is [26]. Op de verbetering van deze verschillende sporen zet ICRH-Ugent al vele jaren in.

Om de aanpak van intrafamiliaal, partnergeweld, seksueel geweld, kinder- en oudermishandeling op niveau van de ziekenhuizen te verbeteren, organiseerde ICRH-UGent tussen 2009-2012 in het kader van het Nationaal Actieplan Intrafamiliaal Geweld (NAP IFG) en in opdracht van de FOD Volksgezondheid voor Belgische ziekenhuizen basisvormingen en voortgezette opleidingen. Daarnaast namen we bij hen een situatieanalyse af en zijn zij begeleid om geweldsprotocollen te ontwikkelen. Als goede praktijk werd verwezen naar het geweldsprotocol van het UZ Gent, dat sinds 2004 in partnerschap met de provincie Oost-Vlaanderen pioniert op het gebied van een multidisciplinaire aanpak van geweld.

Hoewel dit in het NAP IFG zo voorzien was, en de ziekenhuizen in de eindevaluatie van de vormingen in 2012 ook benadrukten hoe noodzakelijk verdere begeleiding was [26], is er door bevrozing van de uitgaven, pas eind 2014 een verdere financiering geboden. Deze maakt het mogelijk om aan ziekenhuizen die eerder al een voortgezette opleiding volgden, een 5-daagse verdiepingsopleiding (2014-2015) rond intrafamiliaal en seksueel geweld te bieden, een train the trainersmodule en een checklist voor optimale zorg aan slachtoffers van seksueel geweld. Op de eerste vormingsdag, op 25 november 2014, bleek dan ook dat de meeste van deze ziekenhuizen op vandaag nog geen uitgewerkt protocol rond de aanpak van seksueel geweld hebben ontwikkeld of implementeren.

Om op regionaal en nationaal vlak bij te dragen aan een meer gecoördineerde holistische aanpak van slachtoffers van seksueel geweld die in lijn is met de internationale richtlijnen, organiseren ICRH-UGent en UZ Gent sinds 2013 ook regelmatig multidisciplinaire overlegtafels waar justitie, politie, politici en zorgverleners aan deelnemen. Ook op deze overlegtafel is het model referentieziekenhuis als na te streven praktijk geopperd. In België bestaat deze praktijk nog niet, maar het UZ Gent model en dat van het Sint Pieters Ziekenhuis in Brussel komen er dichtbij in de buurt.



De Belgische regering ondertekende ondertussen ook de Conventie van Istanbul die stipuleert dat inzake opvang van slachtoffers van seksueel geweld, de landen die deze Conventie ratificeren moeten voorzien in voldoende aangepaste en toegankelijke seksueel geweld referentiecentra voor medisch en forensisch onderzoek en medische, trauma en psychische hulpverlening (art.25) [27]. België heeft eind mei 2015 de Conventie nog niet geratificeerd maar de bevoegde staatssecretaris heeft wel al publiekelijk gecommuniceerd –na afloop van dit onderzoeksproject- dit binnen de huidige legislatuur te willen doen.

Het is wetenschappelijk aangetoond dat werken met referentieziekenhuizen duidelijke voordelen voor patiënt en zorgverlening biedt [14-20] en het model krijgt dan ook heel wat steun op regionaal, nationaal en internationaal vlak. Of zo een model echter haalbaar en wenselijk is, en op welke manier het best georganiseerd zou kunnen worden, was tot voor dit project nog onvoldoende onderzocht.

Gezien de provincie Oost-Vlaanderen en het ICRH-Ugent sinds vele jaren samen aan de aanpak van geweld werken en wij vaak als voortrekkers worden gepercipieerd, en ook naar ons werk wordt gerefereerd, vonden wij het opportuun om dit momentum in Oost-Vlaanderen en België aan te grijpen om de haalbaarheid en wenselijkheid van dit model alvast op niveau van de Oost-Vlaamse ziekenhuizen te bekijken.

3. PROJECTDOELSTELLING EN DOELGROEP

Met dit projectvoorstel wilden we meer zicht krijgen op de haalbaarheid en de wenselijkheid van het model “referentiecentra seksueel geweld” in de provincie Oost-Vlaanderen. Gezien zo’n centrum heel vaak in een ziekenhuis gevestigd is, leek het ons dan ook essentieel dat er eerst bij de Oost-Vlaamse ziekenhuizen werd nagegaan hoe zij seksueel geweld vandaag aanpakken en hoe zij tegenover diverse modellen staan. De doelstelling van dit projectvoorstel was dan ook driedelig:

- 1) Nagaan wat de huidige aanpak van slachtoffers en plegers van seksueel geweld is in de algemene ziekenhuizen en het universitair ziekenhuis van de Provincie Oost-Vlaanderen.
- 2) De haalbaarheid en wenselijkheid van het model van referentiecentrum bevragen bij de algemene ziekenhuizen en het universitair ziekenhuis van de Provincie Oost-Vlaanderen

- 3) Conclusie en aanbevelingen formuleren rond een wenselijk/haalbaar model voor aanpak van SG in Oost-Vlaamse ziekenhuizen.

De prioritaire thema's van de oproep waarop dit projectvoorstel aansloot, waren:

- 1) Verzekeren van hulp aan slachtoffers van partner- en seksueel geweld (PSG) en aangepaste opvolging van daders van PSG.
- 2) In kaart brengen van en samenwerking bevorderen met referentiepersonen bij politie, justitie en de hulpverlening -en gezondheidssector.
- 3) Bevorderen van multidisciplinaire en multisectoriële werking en ontwikkeling van samenwerkingsprotocollen tussen politie, justitie en hulpverleningssector.

Page | 7

Als doelgroep stelden we die ziekenhuizen in de provincie Oost-Vlaanderen voorop waar minstens twee kernopdrachten van een referentieziekenhuis kunnen plaats grijpen, namelijk: na seksueel geweld medisch urgente zorgen kunnen bieden en medisch-forensische activiteiten kunnen stellen. Dit betekent dat we de algemene en universitaire ziekenhuizen kunnen includeren.

De Provincie Oost-Vlaanderen telt 13 algemene ziekenhuizen en 1 universitair ziekenhuis. Het betreft:

- 1) OLVZ, Aalst (*)
- 2) AZ St Vincentius, Deinze (*)
- 3) AZ, Oudenaarde (*)
- 4) AZ, Lokeren (*)
- 5) AZ Sint-Elisabeth, Zottegem
- 6) AZ Alma, Eeklo
- 7) ASZ, Aalst
- 8) AZ St Glorieux Ronse
- 9) AZ St Blasius, Dendermonde
- 10) AZ Nikolaas, Sint-Niklaas
- 11) AZ Sint Lucas, Gent
- 12) AZ Jan Palfijn, Gent
- 13) AZ Maria Middelaars, Gent
- 14) UZ Gent, Gent (*)



De ziekenhuizen met een asterisk volgden al eerder de basisvorming, de voortgezette opleiding en protocolbegeleiding. Of zij bij aanvang van het project ook effectief een protocol seksueel geweld implementeerden was echter onduidelijk.

Daarnaast telt de provincie Oost-Vlaanderen ook 7 psychiatrische ziekenhuizen. Zij hebben echter geen spoeddienst noch medisch-forensische component. Vandaar opteerden wij ervoor om hen niet in deze studie op te nemen.

Het lijkt ons echter aangewezen dat zij in een tweede fase van deze haalbaarheidsstudie, -buiten dit projectvoorstel- samen met andere eerste, tweede en derde lijnsdiensten alsook sleutelactoren binnen politie, justitie en welzijnswerk bevroegd worden en voorstellen kunnen formuleren. Idealiter wordt er uiteindelijk samen naar een gemeenschappelijk gedragen model gewerkt.

Met het oog op het evalueren of de vooropgestelde projectdoelstellingen op een wetenschappelijke en ethisch verantwoorde wijze gerealiseerd zouden worden, werden er 6 indicatoren vooropgesteld.

Evaluatie- Indicatoren:

- 1) De 14 Oost-Vlaamse ziekenhuizen die aan de inclusiecriteria voldoen, zullen worden uitgenodigd om aan deze studie deel te nemen. (uitnodigingsbrief, maand 1-2)
- 2) Een vragenlijst omtrent de huidige aanpak, wenselijkheid en haalbaarheid van referentieziekenhuizen is opgesteld (vragenlijst, maand 1-2)
- 3) Ethische goedkeuring is aangevraagd en verkregen (maand 2)
- 4) De vragenlijst is met de sleuteldiensten binnen de deelnemende ziekenhuizen afgenomen: telefonisch of schriftelijk en de data zijn in een SPSS databank ingevoerd (databank met resultaten, maand 3-4)
- 5) De analyse van de resultaten is met de stuurgroep en experts geïnterpreteerd (verslag stuurgroep, rapport, maand 5-6)
- 6) De resultaten en aanbevelingen worden in een rapport beschreven (rapport, maand 5-6)



4. PARTNERSCHAP

Dit project kwam tot stand dankzij de nauwe samenwerking tussen ICRH-Ugent -met projectleider dr. Ines Keygnaert, Prof Dr Kristien Roelens en administratief directeur van ICRH-UGent, Dirk Van Braeckel- en de dienst Preventie, Hulpverlening en Zorg in casu de Geweldsconsulente van het Provinciebestuur Oost-Vlaanderen, mevrouw Chantal Van de Kerckhove en de beleidscoördinator Zorg mevrouw An De Kryger. Samen vormden zij de stuurgroep.

Page | 9

Daarnaast zijn bij de opstelling van de vragenlijst en de reflectie erover verschillende experts in de holistische aanpak van seksueel geweld in het ziekenhuiswezen betrokken. Zo is over de op te nemen items en formulering overleg geweest met Prof Dr Kristien Roelens (gynaecologie & obstetrie), Prof Dr Peter De Paepe en spoedverpleegkundige Mona Clauwaert (urgentie), Dr Bea Van de Gucht (Aids Referentie Centrum), Prof Dr Frédéric Declercq (forensische psychologie) en traumapsycholoog onmiddellijke psychische bijstand Koen van Praet (Rode Kruis).

De evolutie van het project is tevens opgevolgd door het provinciaal begeleidingscomité Geweld, bestaande uit actoren uit medische, politionele, juridische en psychosociale voorzieningen in Oost-Vlaanderen, alsook een vertegenwoordiging van de Artevelde Hogeschool (vanuit de richting sociaal werk).

5. PROJECTRESULTATEN

5.1 TOEGEPASTE METHODE EN VERLOOP ONDERZOEK

Bij aanvang van het project (mei 2014) is een korte literatuurstudie uitgevoerd naar richtlijnen rond medische aanpak van seksueel geweld en “Sexual Assault Reference Centres”(=SARCs). Gezien men sinds kort ook het model van SARC piloteert in Nederland, is beslist om met verschillende actoren binnen de organisatie van deze referentiecentra contact op te nemen, een interview af te nemen en rapporten en documenten op te vragen. De verkenning van deze Nederlandse ervaring met SARCs is uitgevoerd door een Nederlandse juridisch stagiaire aan ICRH.

Page | 10

De bevindingen van de literatuurstudie en de ervaring met SARCs in Nederland vormde de basis om een eerste versie tot vragenlijst te ontwikkelen. Deze drie elementen (literatuurstudie, ervaring Nederland en draft vragenlijst) vormden dan ook de belangrijkste inhoudelijke punten van een eerste stuurgroep die op 12 juni 2014 plaats vond. Verder zijn op deze stuurgroep de doelstellingen, het protocol en de planning van het project scherp gesteld en zijn afspraken qua opvolging gemaakt.

Op basis van de gemaakte afspraken, ontwikkelde de hoofdonderzoeker samen met de stuurgroep en met input van een expertenteam tussen midden juni en midden augustus 2014, 2 vragenlijsten. De eerste vragenlijst “luik A” peilt naar de huidige aanpak van seksueel geweld. De tweede vragenlijst “luik B” peilt naar de attitude van de zorgverleners tegenover geweld, hun evaluatie van die huidige aanpak in het ziekenhuis waar ze werken alsook hun mening over de wenselijkheid en haalbaarheid van een referentieziekenhuis seksueel geweld. Hierbij wilden we ook nagaan welke rol de ziekenhuizen hier voor zichzelf zien weggelegd. De inhoud was onder meer gebaseerd op de internationaal gevalideerde vragenlijst van Christofedes et al (2006) [28] omtrent medische respons op seksueel geweld, alsook op de internationale richtlijnen van WHO (2003, 2010), CDC (2000) en wetenschappelijke literatuur [14-20].

Daaropvolgend is bij het onafhankelijk Ethische Comité van het Universitair Ziekenhuis Gent ethische goedkeuring voor dit onderzoek aangevraagd. Het Belgisch Registratienummer van ethische goedkeuring van dit project draagt nummer B670201422212.



Ondertussen was ook een lijst met contactgegevens van alle geselecteerde ziekenhuizen opgemaakt, en is met de rekrutering van de ziekenhuizen gestart. In eerste instantie is aan elk Oost-Vlaams ziekenhuis dat aan de inclusiecriteria voldeed vanuit het provinciebestuur een aankondiging- en uitnodigingsbrief verstuurd. Hierin werden de ziekenhuizen officieel op de hoogte gebracht van de doelstellingen en timing van dit onderzoek en werden ze vriendelijk uitgenodigd om deel te nemen. Deze brieven werden op 27 juni 2014 aan elk van de geselecteerde ziekenhuizen verstuurd, met name aan de hoofdgeneesheer, de medisch directeur en de verpleegkundig directeur.

In augustus 2014 nam de hoofdonderzoeker eerst per mail en daarna ook telefonisch contact op met alle geselecteerde ziekenhuizen. Per ziekenhuis werden de zes cruciale diensten in de aanpak van seksueel geweld aangesproken. Dit gaat om de spoedafdeling, gynaecologie, urologie of gastro-enterologie, pediatrie, psychiatrie en de sociale dienst.

Per dienst is naar de persoon gevraagd die het meeste ervaring heeft met het opvolgen van patiënten met een seksueel geweldservaring. Met hen is dan een afspraak gemaakt om een telefonisch interview af te nemen. Daarnaast is aan elk ziekenhuis gevraagd om de schriftelijke vragenlijst (luik A) op ziekenhuisniveau in te vullen en terug te sturen, per mail of post. Elke zorgverlener die deelnam aan de interviews hebben eerst een infoformulier gelezen en daarna een toestemmingsformulier getekend.

Om de efficiëntie te verhogen en de werklast van de deelnemende ziekenhuizen zo laag mogelijk te houden, hadden we voorzien om met een cascadesysteem te werken: eerst zou de spoeddienst worden bevroegd, daarna de andere medische diensten (gynaecologie-pediatrie- uro/gastro-enterologie) en uiteindelijk de psychiatrie en de sociale dienst. Dit zou ons bij een ideale en volledige responsrate op een totaal van 84 interviews brengen.

Vanaf eind augustus zijn de schriftelijke vragenlijsten verstuurd en de interviews gestart. In de praktijk bleek het vooropgestelde cascadesysteem in bevraging niet overal houdbaar. Dit was voornamelijk te wijten aan de agenda's van de te bevragen respondenten die hier niet mee overeen stemden, het wisselend enthousiasme onder verschillende diensten per ziekenhuis om aan deze bevraging deel te nemen, en de nood aan frequente herinnering aan het onderzoek alsook om het interviewmoment te herprikken op een meer geschikt moment.



Dit heeft geleid tot de noodzaak om een langere periode te voorzien voor schriftelijke (luik A) en telefonische (luik B) bevraging dan initieel vooropgesteld in het projectvoorstel, wat op zich een veel grotere personeelsinvestering vereiste. De bevraging is doorgegaan tot en met 31 oktober 2014.

Luik A behelst een schriftelijke vragenlijst die nagaat :

- a) of het ziekenhuis geweldsprotocollen heeft
- b) welke hun huidige aanpak van seksueel geweld is.

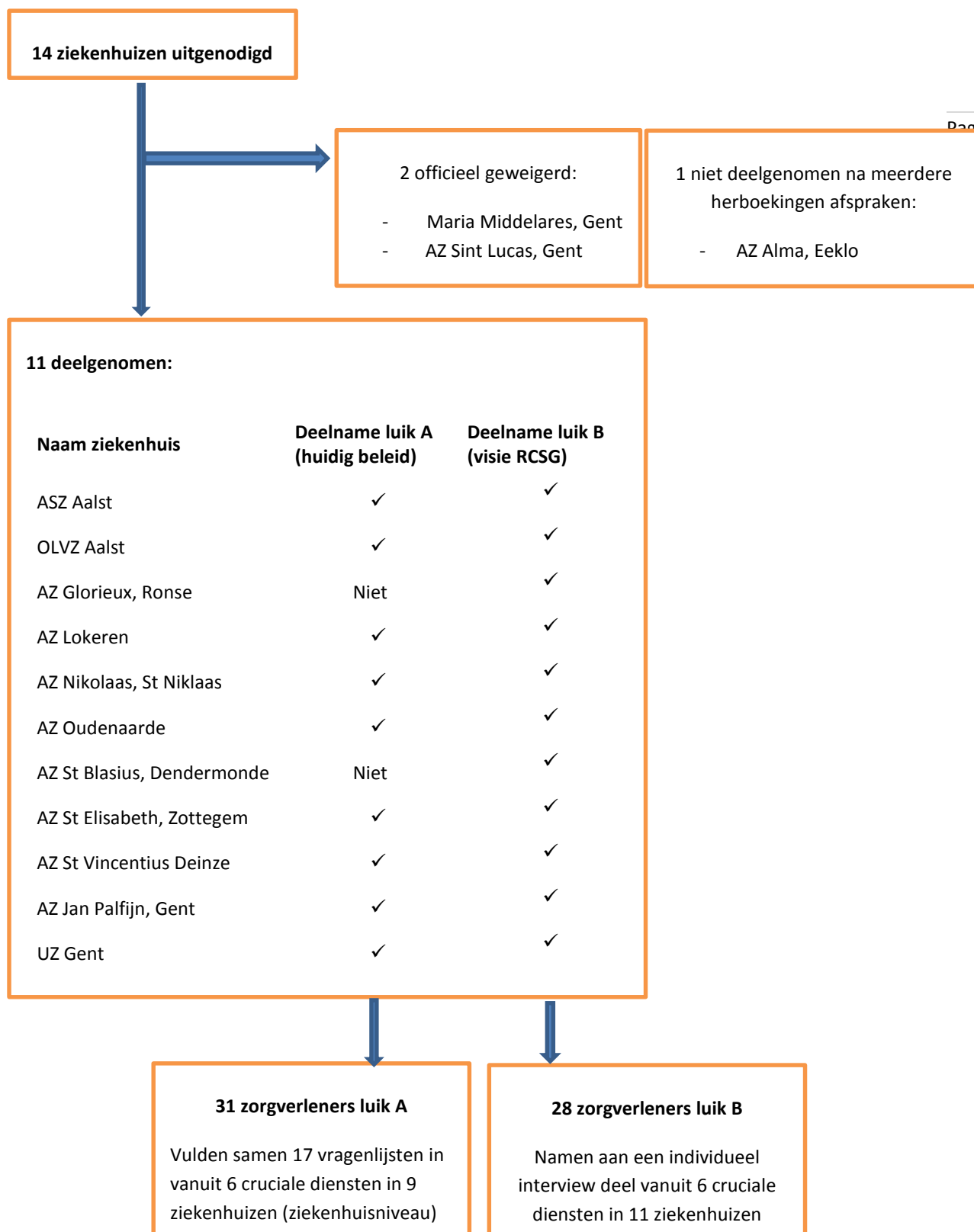
Luik B omvatte de individuele interviews met zorgverleners van de 6 cruciale diensten in de opvang van seksueel geweld. Deze interviews peilden naar :

- a) hun kennis van de prevalentie van seksueel geweld
- b) hun evaluatie van de huidige aanpak van seksueel geweld in hun ziekenhuis
- c) hun mening over de haalbaarheid en wenselijkheid van referentiecentra in de provincie Oost-Vlaanderen
- d) hun mening over de rol van hun eigen ziekenhuis als er referentiecentra zouden komen

Vanaf november zijn alle vragenlijsten in 2 aparte SPSS databanken ingevoerd en is een eerste basis “cleaning” gebeurd. Een eerste analyse van de data is uitgevoerd. Eind november zijn deze preliminaire data met enkele experts besproken en geïnterpreteerd in functie van de te maken aanbevelingen en het schrijven van het eindrapport. Op 8 december is dit ook met de stuurgroep leden besproken. Op deze afsluitende stuurgroep hebben we ook aangekaart hoe de onderzoeksresultaten terug gerapporteerd konden worden naar de deelnemende ziekenhuizen alsook publiekelijk voorgesteld en besproken.

5.2 PROFIEL VAN DE BEVRAAGDE ZIEKENHUIZEN EN ZORGVERLENERS

Alle 14 ziekenhuizen die aan het vooropgestelde profiel (een algemeen en/of universitair ziekenhuis met een spoeddienst die ook medisch-forensische activiteiten kunnen stellen) voldeden, zijn uitgenodigd om aan het onderzoek deel te nemen. Twee ziekenhuizen hebben met een officiële kennisgeving laten weten dat zij niet wensten deel te nemen.



Voor wat betreft het luik A, vulden 31 zorgverleners van de volgende 6 diensten de vragenlijst luik A in voor 11 ziekenhuizen.

<i>Diensten</i>	<i>Aantal zorgverleners per dienst</i>	<i>%</i>
<i>Spoed</i>	9	29,0
<i>Gynaeco/materniteit</i>	7	22,6
<i>Sociale dienst</i>	7	22,6
<i>Psychiatrie</i>	3	9,7
<i>Pediatrie</i>	4	12,9
<i>Urologie</i>	1	3,2
<i>Gastro-enterologie</i>	0	0,0
<i>Totaal</i>	31	100

De functies die deze respondenten dragen varieert van diensthoofd, arts, verpleegkundigen, psychologen, sociaal assistenten en sociaal verpleegkundigen. Vaak vulden ze met verschillende functies en diensten 1 zelfde vragenlijst in.

Voor wat betreft de 28 individuele interviews bevroegen we 14 artsen (waarvan 5 diensthoofden), 6 verpleegkundigen (waarvan 5 hoofdverpleegkundigen), 3 psychologen en 5 sociaal werkers (waarvan 2 diensthoofden). De genderverdeling betrof 20 vrouwen en 8 mannen.

De overgrote meerderheid was meer dan 40 jaar met een anciënniteit van meer dan 10 jaar op de huidige dienst. Acht respondenten werkten al meer dan 20 jaar op deze dienst. Slechts zes respondenten hadden tussen de 2 tot 5 jaar ervaring op deze dienst en geen enkele had minder dan 2 jaar ervaring. We kunnen dus stellen dat de respondenten een ruime ervaring hebben binnen hun vakgebied.

De verdeling van de diensten waarbinnen zij werkten, is als volgt:

<i>Diensten interviews</i>	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
<i>Gynaecologie</i>	5	17,9
<i>Spoed</i>	3	10,7
<i>Psychosociale dienst</i>	6	21,4
<i>Psychiatrie</i>	6	21,4
<i>Pediatrie</i>	6	21,4
<i>Urologie</i>	2	7,1
Total	28	100,0

5.3 HUIDIG BELEID INZAKE GEWELD IN OOST-VLAAMSE ZIEKENHUIZEN

5.3.1 ALGEMEEN BELEID INZAKE GEWELD

In totaal beantwoordden 16 zorgverleners deze vraag. Zeven zorgverleners van 5 verschillende ziekenhuizen geven aan dat hun ziekenhuis over een algemeen beleid inzake geweld beschikt. Het gaat om ASZ Aalst, AZ St Vincentius Deinze, AZ Jan Palfijn Gent, AZ Lokeren en UZ Gent. Zoals onderstaande tabel aangeeft, ervaart niet elke zorgverlener die deze vraag beantwoordde dit beleid echter als even algemeen, operationeel of afgewerkt.

Page | 15

<i>Beschikt uw ziekenhuis over een algemeen beleid inzake geweld?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nee nog niet in overweging</i>	<i>Nee nog niet ontwikkeld</i>	<i>Nee nog niet voltooid</i>	<i>Totaal</i>
<i>AZ St Vincentius Deinze</i>	1	0	0	1	2
<i>AZ Lokeren</i>	1	0	0	0	1
<i>AZ Oudenaarde</i>	0	0	0	1	1
<i>ASZ Aalst</i>	1	1	0	0	2
<i>OLVZ Aalst</i>	0	0	0	1	1
<i>AZ Jan Palfijn Gent</i>	1	0	2	0	3
<i>UZ Gent</i>	3	0	0	0	3
<i>AZ Nikolaas</i>	0	0	2	0	2
<i>AZ St Elisabeth Zottegem</i>	0	1	0	0	1
<i>Totaal</i>	7	2	4	3	16

5.3.2 GEWELDSPROTOCOLLEN

Van de 11 deelnemende ziekenhuizen in de provincie Oost-Vlaanderen, geven er 6 aan op het moment van het onderzoek een uitgewerkt protocol rond kindermishandeling te hebben, 5 rond agressie tegen de zorgverleners, 3 ziekenhuizen hebben een protocol seksueel geweld en 3 rond intrafamiliaal geweld. Twee ziekenhuizen beschikken ook over een protocol oudermishandeling.

<i>Ziekenhuis</i>	<i>Protocol Seksueel Geweld</i>	<i>Protocol Kindermishandeling</i>
<i>AZ St Vincentius Deinze</i>	-	✓
<i>AZ Lokeren</i>	✓	✓
<i>ASZ Aalst</i>	✓	✓
<i>OLVZ Aalst</i>	-	-
<i>AZ Nikolaas</i>	-	✓
<i>AZ St Elisabeth Zottegem</i>	-	-
<i>AZ Jan Palfijn Gent</i>	-	✓
<i>UZ Gent</i>	✓	✓

Al deze protocollen zijn hoofdzakelijk gericht op opvang van slachtoffers waarbij het type van geweld werd vastgesteld. Het protocol kindermishandeling blijkt het meest uitgewerkt met aandacht voor screening, vermoeden, vaststellen, verwijzing en follow-up.

Voor de meeste protocollen is er aandacht voor al deze aspecten maar bij het protocol seksueel geweld, krijgt screening slechts bij 1/3 aandacht en gaat de focus hoofdzakelijk naar aanpak, opvang en verwijzing van slachtoffers van seksueel geweld.

<i>Type geweld protocol</i>	Aantal z met protocol	Screening	Aanpak vermoeden	Opvang	Verwijzing	Follow-up
<i>Seksueel geweld</i>	3	1	3	3	3	2
<i>Kindermishandeling</i>	6	5	6	6	6	4
<i>Oudermis(be)handeling</i>	2	1	1	2	2	2
<i>Intrafamiliaal geweld</i>	3	2	2	3	2	2
<i>Agressie tav personeel</i>	5	4	4	5	5	5

In tegenstelling tot het beleid rond kindermishandeling, dat meer systemisch van aard lijkt met aandacht voor slachtoffers, plegers en iedere betrokkene, zijn de protocollen seksueel geweld enkel op slachtoffers gericht.

<i>Beleid per Type geweld</i>	Slachtoffers	Plegers	Iedere betrokkene
<i>Seksueel geweld</i>	3	0	0
<i>Kindermishandeling</i>	6	4	4
<i>Oudermis(be)handeling</i>	2	0	0
<i>Intrafamiliaal geweld</i>	3	1	0
<i>Agressie tav personeel</i>	5	3	0

Slechts 1 van de 3 ziekenhuizen met een beleid rond seksueel geweld geeft aan dat dit beleid ziekenhuisbreed is (UZGent), terwijl de andere 2 gericht zijn op spoed, gynaecologie en urologie. Ook voor de andere geweldstypes blijkt dat men eerder werkt met spoed en één specifieke dienst in plaats van ziekenhuisbreed. Voor kindermishandeling zien we bij 3/6 respondenten die een beleid rond kindermishandeling beschreven, dat zij aangeven dat dit ziekenhuisbreed zou geïmplementeerd worden.

5.3.3 COORDINATIE GEWELDSPROTOCOL

Iets minder dan een derde van de respondenten gaf aan dat in hun ziekenhuis de coördinatie van de aanpak van seksueel geweld verloopt via een interne werkgroep (5/17), bij 1/17 gebeurt dit via een centrale geweldscoördinator of referentiepersoon. Bij een derde verloopt de coördinatie via een medisch coördinator per dienst en bij een vijfde via een psychosociaal coördinator per dienst.

Page | 18

Enkel het UZGent voorziet in een wachtdienst na openingsuren van de sociale dienst. Slechts een vijfde gaf aan samen te werken met een forensische dienst in de aanpak van seksueel geweld in hun ziekenhuis. Evenveel ziekenhuizen (2) gaven aan dat er in de aanpak van seksueel geweld ook beroep wordt gedaan op externe experts.

5.3.4 VORMING EN ONDERSTEUNING PERSONEEL

In elk van de deelnemende ziekenhuizen worden de gevallen van seksueel geweld in team besproken. De meeste zorgverleners geven ook aan dat dit een problematiek is waarrond men vorming mag volgen in hun ziekenhuis (7/9). Bij een derde is dit ook een item dat besproken wordt op intervisiemomenten.

5.4 HUIDIGE AANPAK VAN SEKSUEEL GEWELD IN DE OOST-VLAAMSE ZIEKENHUIZEN

5.4.1 TOEGANKELIJKHEID

Elk ziekenhuis dat deelnam aan deze bevraging kan 24/24 en 7/7 de nodige medische zorg bieden via hun spoeddienst. In 2 op de 9 ziekenhuizen (AZ St Elisabeth Zottegem en UZGent) geven de respondenten aan dat dit ook het geval is voor psychosociale zorg. In de andere ziekenhuizen is dit enkel overdag en van maandag tot vrijdag, al dan niet met enkele avonden inbegrepen.

In alle ziekenhuizen zijn er specifieke maatregelen om de veiligheid van de patiënt op de spoeddienst zo veel als mogelijk te waarborgen. Dit is ook zo voor wat het personeel betreft op de spoeddienst. In een kleine meerderheid (6/9) worden er vertaalfaciliteiten voorzien via live-, telefoon-, of videoconferentietolken.



Indien de patiënt eerst naar het ziekenhuis is gekomen maar wel klacht wil neerleggen en men oordeelt dat het voor de patiënt beter is om daar te blijven, dan komt bij 7/9 ziekenhuizen de politie ter plaatse om klacht op te nemen. In één ziekenhuis geeft men aan de patiënt eerst naar de politie te sturen om klacht neer te leggen en daarna terug te komen voor de zorg, met eventueel bevelschrift voor afname van het Seksueel Agressie Set. Bij de andere ziekenhuizen zal men eerst de eerste dringende medische zorgen toedienen en daarna naar de politie doorverwijzen.

De medische zorgen aan slachtoffers van seksueel geweld worden in de meeste ziekenhuizen (8/9) op meerdere diensten in dat ziekenhuis gegeven. Dit gaat dan over spoed, gynaecologie en pediatrie. In één ziekenhuis wordt de medische zorg volledig op de spoeddienst gegeven (AZ Oudenaarde). Enkel in het ASZ Aalst en in het UZGent zijn er ook forensische artsen in huis: in het ASZ is dit op de spoeddienst en in het UZGent is er sinds het najaar van 2014 een specifieke forensische dienst ondergebracht.

5.4.2 PRIVACY

Alle ziekenhuizen kunnen visuele privacy garanderen (op zijn minst ruimte die volledig afgesloten kan worden met gordijnen) op de spoeddienst, en het leeuwendeel ook op gynaecologie en pediatrie. Voor auditieve privacy (afgesloten ruimte met muren en deuren) kan dit ook in elk ziekenhuis op de spoed voor een gesprek.

In alle ziekenhuizen behalve op het UZGent, zijn er op de spoeddienst ook afgesloten boxen waar men bij alle medische zorgen die men gewoonlijk op de spoeddienst aan slachtoffers van seksueel geweld toedient auditieve privacy kan garanderen. Bij het UZGent wordt deze privacy wel gegarandeerd wanneer patiënten overgebracht worden naar een gespecialiseerde dienst zoals gynaecologie, pediatrie, geriatrie enzovoort.

In alle ziekenhuizen bestaat de mogelijkheid om minstens op de spoeddienst familie/meekomers van de patiënt te scheiden, zoals bijvoorbeeld in de wachtruimte laten blijven. Ook de politie kan in elk ziekenhuis op de spoeddienst gesproken worden in een aparte gespreksruimte waar auditieve en visuele privacy gegarandeerd kan worden. Bij de meeste ziekenhuizen kunnen het scheiden van patiënten en meekomers als de politie spreken ook op de gynaecologie en pediatrie.

5.4.3 UITRUSTING EN GEBRUIK ONDERZOEKSRUIMTE

In de meeste ziekenhuizen wordt de medische zorg aan slachtoffers van seksueel geweld gestart op spoed en daarna verder gezet, afhankelijk van de leeftijd van het slachtoffer, op gynaecologie of pediatrie. Alle ziekenhuizen hebben op één of op beide van deze diensten de nodige basisuitrusting zoals vastgelegd in internationale richtlijnen om een medisch onderzoek naar seksueel geweld uit te voeren en te attesteren.

Page | 20

5.4.4 TESTEN SEKSUEEL OVERDRAAGBARE INFECTIES EN ZWANGERSCHAP

In alle 9 ziekenhuizen bestaat de mogelijkheid om de door de Wereldgezondheidsorganisatie voorgeschreven testen naar seksueel overdraagbare infecties en zwangerschap uit te voeren. Deze testen zijn bij 8/9 ziekenhuizen ofwel op de spoeddienst of op de gynaecologie aanwezig en bij 1/9 dient men dit bij de ziekenhuisapotheek op te vragen.

In drie ziekenhuizen (ASZ Aalst, AZ Jan Palfijn Gent en UZGent) geeft men aan dat de SOA-testen standaard bij elk slachtoffer van seksueel geweld worden uitgevoerd. Bij de andere ziekenhuizen is dat soms het geval.

5.4.5 AFNAME SEKSUEEL AGRESSIE SET (SAS)

In 3 ziekenhuizen (AZ Lokeren, AZ St Vincentius en UZ Gent) wordt aan patiënten de mogelijkheid geboden om een pseudo-SAS af te nemen als zij nog geen klacht willen neerleggen en er dus geen officiële SAS kan worden afgenomen. Dan worden ongeveer dezelfde stalen afgenomen en worden die binnen een bepaalde tijdspanne in de diepvries bijgehouden voor het geval de patiënt binnen die tijdspanne beslist om toch klacht neer te leggen. Dan kunnen deze stalen alsnog aan het parket overgemaakt worden. Indien de voorziene tijdspanne wordt overschreden dan worden deze stalen vernietigd.

In alle ziekenhuizen behalve de beide Aalsterse ziekenhuizen, gebeurt het dat men zelf de onderzoeksrechter opbelt om een bevel voor afname SAS te verkrijgen. Dit is dan in het geval dat de patiënt niet eerst naar de politie was gegaan om klacht neer te leggen maar dat toch wil doen, of nog niet het bevel heeft meegekregen bij het vertrek bij de politie.

In alle ziekenhuizen met uitzondering van het AZ Lokeren en AZ Jan Palfijn Gent, zijn er Seksuele Agressie Sets (SAS) aanwezig in het ziekenhuis. In de andere gevallen komt de politie deze SAS-kits brengen wanneer de onderzoeksrechter hiertoe het bevel gegeven heeft.



Doorgaans wordt de SAS bij volwassenen in de 9 ziekenhuizen afgenomen door een gynaecoloog. In enkele ziekenhuizen kan dit soms ook door een forensisch arts gebeuren (ASZ Aalst, AZ Nikolaas), door een spoedarts (AZ Oudenaarde, OLVA Aalst) of uroloog (UZGent in het geval van mannelijke slachtoffers maar dan met assistentie van een gynaecoloog).

In 7/9 ziekenhuizen geeft men ook aan dat de arts die de SAS afneemt altijd bijgestaan wordt, en dit doorgaans door een verpleegkundige of vroedvrouw. In geen enkel ziekenhuis gebeurt het dat een SAS door een daartoe opgeleide verpleegkundige (= Sexual Assault Nurse, of SANE) wordt uitgevoerd.

Ook een SAS bij kinderen wordt in de 9 ziekenhuizen doorgaans afgenomen door een gynaecoloog. In enkele ziekenhuizen kan dit soms ook door een forensisch arts gebeuren (ASZ Aalst, AZ Nikolaas) of door een pediater (AZ Nikolaas, AZ Oudenaarde). In het UZGent schrijft het protocol voor dat een SAS bij een minderjarige afgenomen wordt door een duo van een pediater en een gynaecoloog die daar ervaring mee heeft. In een ander ziekenhuis assisteert de pediater de gynaecoloog soms (AZ St Vincentius), zoniet wordt de gynaecoloog geassisteerd door een verpleegkundige of vroedvrouw, een praktijk die in de meeste ziekenhuis voorkomt.

In vier ziekenhuizen (AZ Lokeren, AZ St Vincentius, AZ St Elisabeth Zottegem en UZGent) wordt een SAS bij een volwassene enkel afgenomen tot 72 uur na de feiten en bij een kind tot 24 uur na de feiten. Indien deze "window" overschreden wordt, gaat men er van uit dat de kans te klein wordt om nog bruikbare stalen te vinden.

5.4.6 BEHANDELING

Niet alle ziekenhuizen vullen dit gedeelte goed in, waardoor we dus geen goed beeld kunnen schetsen van wat er standaard qua behandeling wordt opgestart, wat er kan en wat er nooit gebeurt.

Urgentiecontraceptiva, Hepatitis B profylaxis en tetanusvaccinatie zijn zeker in 8/9 ziekenhuizen aanwezig. Post exposure profylaxis voor de eerste 3 dagen is aanwezig in 5/9 ziekenhuizen (ASZ Aalst, AZ Jan Palfijn, AZ Oudenaarde, AZ St Elisabeth, en UZGent) en wordt meestal aan slachtoffers van seksueel geweld ook toegediend in 3/9 ziekenhuizen (ASZ Aalst, AZ St Elisabeth en UZGent).

In dezelfde 5/9 ziekenhuizen is ook de post-exposure profylaxis voor 1 maand aanwezig en deze wordt soms toegediend aan slachtoffers van seksueel geweld in dezelfde 3 ziekenhuizen die dit doen voor de eerste drie dagen (ASZ Aalst, AZ St Elisabeth en UZGent)

5.4.7 RAPPORTERING SEKSUEEL GEWELD

Iets meer dan de helft van de zorgverleners die deze vragenlijst invulden, geven aan weet te hebben hoe de rapportering rond seksueel geweld in hun ziekenhuis juist verloopt. Bij 4/9 ziekenhuizen (ASZ Aalst, AZ Jan Palfijn, AZ Oudenaarde en UZGent) geeft men aan een standaard medisch attest te gebruiken bij de vaststelling van seksueel geweld. In drie ziekenhuizen (ASZ Aalst, AZ Oudenaarde en UZGent) zijn er richtlijnen voor handen die aangeven hoe het geweld in het medisch en verpleegkundig dossier beschreven dient te worden. Voor het psychosociaal dossier is dit zo bij één derde (namelijk AZ Jan Palfijn Gent, AZ Lokeren, UZGent).

Page | 22

Slechts in twee ziekenhuizen (ASZ Aalst en UZGent) wordt het aantal gevallen van seksueel geweld geregistreerd, maar ook niet systematisch op alle diensten. Niemand geeft ook blijk te weten van een “frequent flyer”-notificatie, waarbij in het elektronisch dossier van patiënten die zich binnen een bepaalde periode regelmatig in het ziekenhuis aandienen zonder voor de hand liggende redenen als bijvoorbeeld een oncologische behandeling, een vermelding oplicht die aangeeft dat deze patiënt zich de laatste maanden al veelvuldig heeft aangemeld en er dus mogelijks een indicatie kan zijn van geweld.

Ook in slechts één ziekenhuis (UZGent) bestaan er richtlijnen omtrent het gebruik van beeldmateriaal in het dossier van patiënten die slachtoffer zijn van seksueel geweld.

5.4.8 FOLLOW-UP VAN SLACHTOFFERS VAN SEKSUEEL GEWELD

In 4/9 ziekenhuizen voorziet men een opvolging van de slachtoffers van seksueel geweld nadat ze het ziekenhuis hebben verlaten. Bij alle vier (ASZ Aalst, AZ Jan Palfijn Gent, AZ Nikolaas, UZGent) betekent dit een gepland consult bij de gynaecoloog in een variabele tijdspanne van 3 dagen, 2 weken of 1 maand na de afname van de SAS. Daarnaast voorziet AZ Jan Palfijn en UZGent ook nog in een opvolging door de sociale dienst, telefonisch of in het ziekenhuis.

In het UZGent wordt via het Aids Referentiecentrum ook een opvolging voorzien als er post-exposure profylaxis is toegediend, en dit op meerdere momenten afhankelijk van hoe lang de medicatie genomen moet worden. In de andere ziekenhuizen is er niet standaard een opvolgingsmoment voorzien.

5.5 KENNIS VAN OMVANG GEWELD EN INSCHATTING ERNST PROBLEMATIEK

Dit gedeelte van de bevraging vormde het eerste luik in het persoonlijk interview. Aan de hand van stellingen peilden we eerst naar hun inschatting van de ernst van de problematiek en hun kennis van de omvang van seksueel geweld in Vlaanderen. Hiervoor gebruikten we de data gegenereerd door het Sexpert onderzoek (Buysse et al 2012) die we licht naar boven of naar onder afronden tot het eerste veelvoud van vijf en er het woord “ongeveer” aan toevoegden.

Page | 23

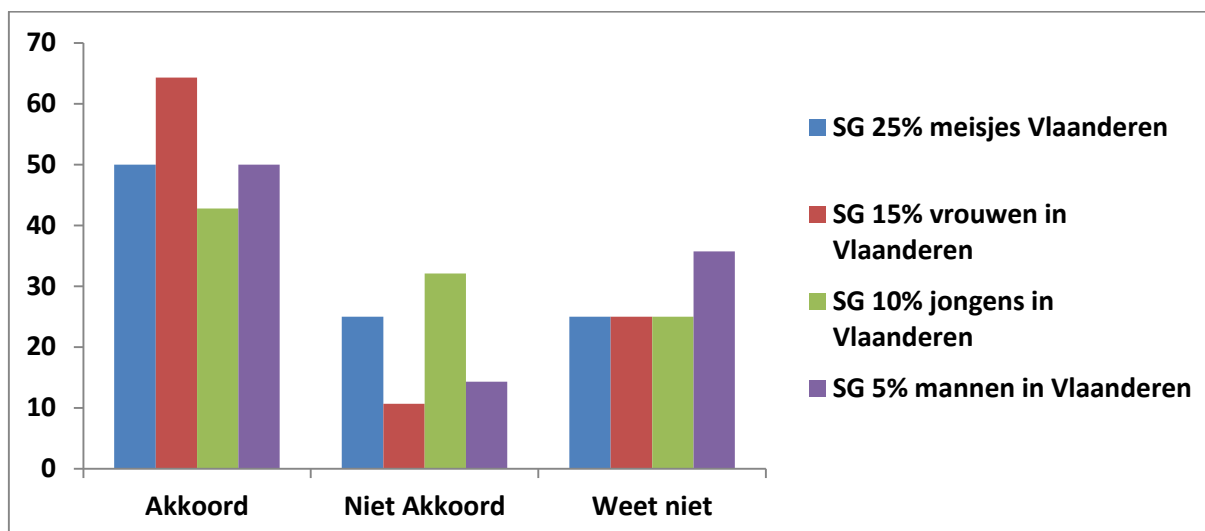
Om sociaal wenselijke antwoorden te vermijden, gaven we echter op geen enkel moment aan dat deze cijfers uit een bestaand onderzoek kwamen. De respondenten konden aangeven of ze helemaal niet akkoord, eerder niet akkoord, ik weet het niet, eerder akkoord, of helemaal akkoord waren met de stellingen. Indien ze dat wensten, konden ze ook hun antwoorden motiveren. Daarna peilden we ook naar hun ervaring met slachtoffers van seksueel geweld en hun houding tegenover het bespreken van seksueel geweld.

5.5.1 OMVANG SEKSUEEL GEWELD

Alle bevroegde zorgverleners, op één na, beschouwen seksueel geweld als een ernstig volksgezondheidsprobleem op wereldvlak. Vijfentwintig van de achtentwintig beschouwen dit ook als een volksgezondheidsprobleem in België.

Slechts de helft van de zorgverleners hebben een vrij correct beeld van de omvang van seksueel geweld in Vlaanderen. De cijfers die we gaven, zijn gebaseerd op recent onderzoek in Vlaanderen. Een correcte inschatting zou dus een positief antwoord moeten inhouden (helemaal akkoord of eerder akkoord).

Zo onderschatten de bevroegde zorgverleners de omvang van seksueel geweld in alle groepen (meisjes, jongens, vrouwen, mannen) maar het meest bij jongeren onder de achttien (zowel meisjes als jongens) alsook bij mannen. Daarnaast is het opvallend dat wanneer de zorgverleners aangaven dat ze geen idee hadden van de prevalentie, dit voornamelijk de omvang van seksueel geweld bij jongens en mannen betrof.



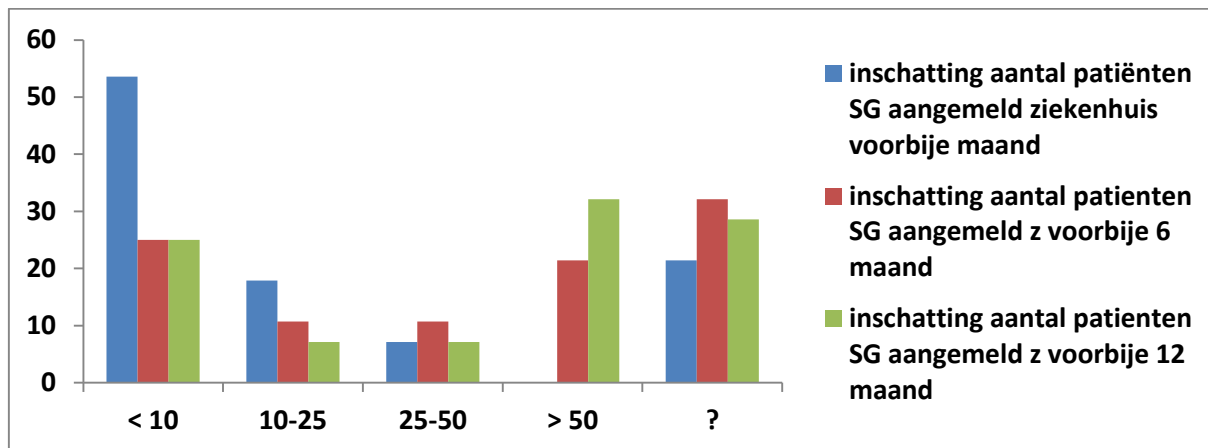
Iets meer dan de helft van de zorgverleners is er van overtuigd dat seksueel geweld even veel voorkomt in Oost-Vlaanderen als in de rest van Vlaanderen. De motivatie hiervoor is dat Oost-Vlaanderen een vergelijkbaar profiel heeft als andere provincies qua grootstedelijke context, kansarmoede, bevolkingssamenstelling, elementen die zij als belangrijke factoren beschouwen in het risico op seksueel geweld.

Of seksueel geweld ook evenveel voorkomt in de omgeving rond het ziekenhuis en daarmee ook een deel van hun patiëntenpopulatie, geeft 17/28 aan van wel. Als men aangeeft dat het eerder meer of minder is dan in Vlaanderen, dan wordt dit opnieuw gelinkt aan grootstedelijke context, kansarmoede en buurten waar samenlevingsproblematieken gekend zijn. De steden Gent en Aalst springen hier uit op het gebied van verondersteld meer voorkomen en dit zowel bij de zorgverleners die daar werken als bij de zorgverleners uit kleinere steden.

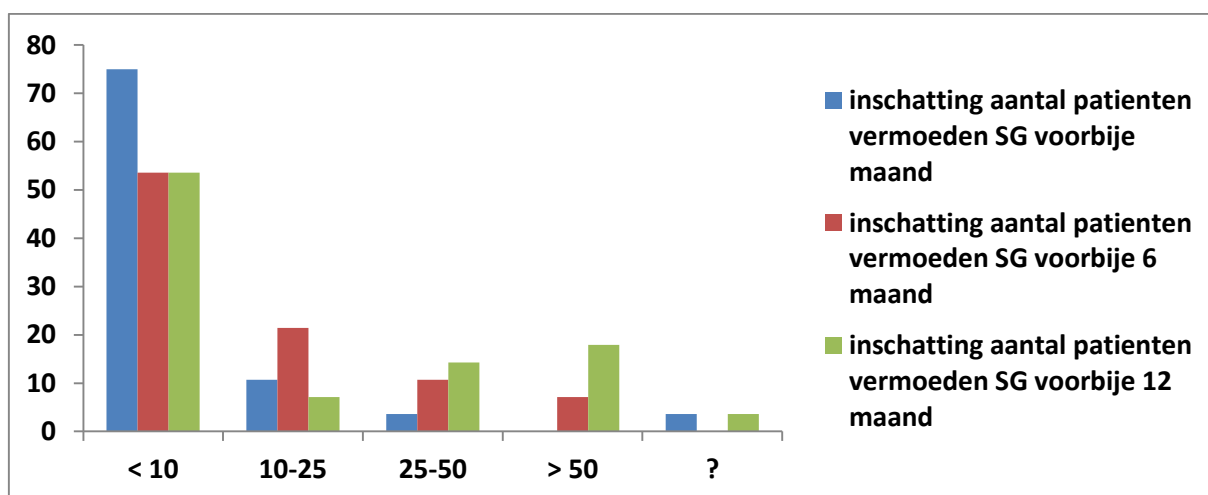
Bij het peilen naar de inschatting van het aantal meldingen van seksueel geweld in het ziekenhuis had een derde geen idee, 6/28 gaven aan dat hun ziekenhuis in de voorbije 6 maand meer dan 50 patiënten hebben gehad met als melding seksueel geweld, voor het voorbije jaar waren dit er 9 (waarvan de 6 aangaven dat dit dan voorbij de 100 zou gaan).

Drie vierde van de zorgverleners gaf aan zelf ook zorg te hebben verleend aan deze patiënten die zich in het voorbije jaar in het ziekenhuis hadden aangemeld met deze problematiek. Meer dan de helft (17/28) heeft echter minder dan 10 patiënten hiervan gezien. Slechts 5 zorgverleners verleenden persoonlijk 25-50 of meer dan 50 van deze patiënten. Gezien meerdere van onze respondenten een diensthoofd of andere coördinerende functie hebben, is frequent aangehaald dat zij niet persoonlijk

zorg hadden verleend, maar dat andere mensen van hun dienst dit wel hadden gedaan en dit met hen besproken was.



Daarnaast vroegen we hen ook of ze een inschatting konden maken van het aantal patiënten waarbij zij een vermoeden hadden gehad van een geschiedenis van seksueel geweld in de voorbije maand, het voorbije half jaar en het voorbije jaar. In de maand voorafgaand aan het interview, had de meerderheid (21/28) van de zorgverleners bij minder dan 10 patiënten een vermoeden gehad. Drie had dit echter bij 10 tot 25 gehad, en één zorgverlener bij meer dan 50 van de eigen patiënten. Een derde gaf ook aan dat ze bij meer dan 50 van hun eigen patiënten een vermoeden hebben gehad van een ervaring van seksueel geweld in het voorbije jaar.



Alle zorgverleners hebben met dit vermoeden iets gedaan. Ofwel hebben ze het gerapporteerd aan de arts-specialist (dit is een minderheid en in het geval van verpleegkundige of sociaal assistent). Ofwel hebben ze dit vermoeden ook actief aangekaart met hun patiënten. Dit gaat dan voornamelijk om de artsen, psychologen en psychiaters. Ze motiveren deze handeling vanuit de noodzaak om een



volledig beeld te krijgen van de problematieken waarmee hun patiënt te maken heeft, het feit dat seksueel geweld aan de oorzaak kan liggen van de klachten waarmee ze zich aanmelden maar ook voor andere gezondheidsproblemen kunnen zorgen die de nodige aandacht vragen. In het geval van kinderen komt daar nog hun specifieke kwetsbaarheid bij die bijzonder ernstige gevolgen kan hebben bij niet-detectie.

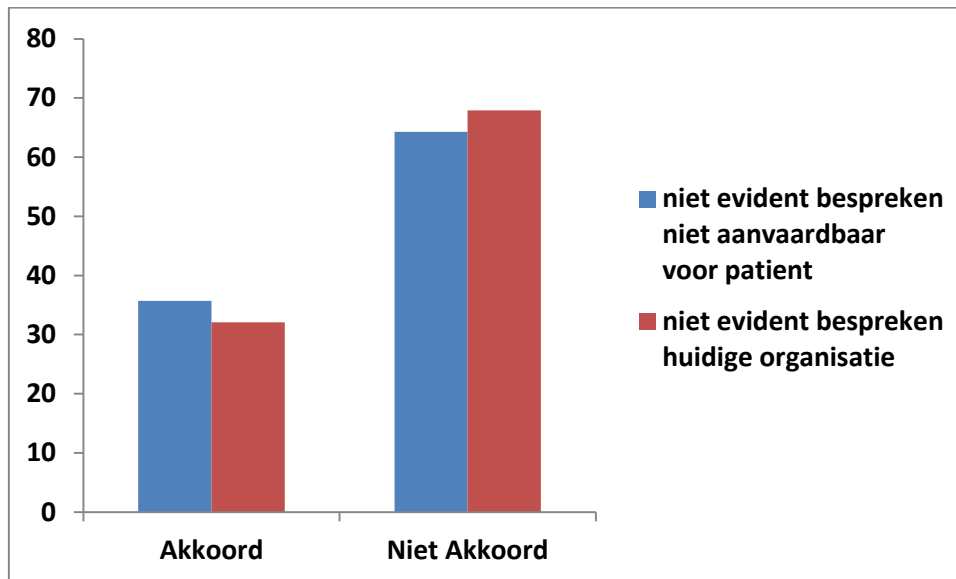
5.5.2 BESPREEKBAARHEID

De meerderheid geeft aan geen problemen te hebben met het bespreken van seksueel geweld bij hun patiënten omdat ze er de nodige vaardigheden voor hebben (23/28), iets minder (18/28) vindt ook dat zij/hij er de nodige ervaring mee heeft.

De motivaties waarom ze vinden dat ze er geen problemen mee hebben ligt bij psychiaters, psychologen en sociaal assistenten voornamelijk in hun ruimere ervaring om het over gevoelige onderwerpen te hebben. Terwijl dit bij de andere zorgverleners eerder ligt in hun motivatie om iets met deze belangrijke informatie te doen vanuit de overtuiging dat het cruciaal is in de behandeling en opvolging van de patiënt maar ook omdat ze vermoeden dat andere zorgverleners dit misschien niet zo makkelijk bespreekbaar stellen en deze problematiek dan ook niet aangepakt zal worden bij de patiënt.

Iets meer dan een derde (10/28) vindt het bespreken niet evident omdat de patiënt dit niet aanvaardbaar vindt. Iets meer (12/28) vindt dit echter helemaal niet correct en een vijfde (6/28) vindt dit eerder niet waar. Beiden geven ze net aan dat vele patiënten best tevreden en opgelucht zijn dat de zorgverlener er naar vraagt.

Een ruime meerderheid (19/28) stelt ook dat de huidige organisatie van het zorgaanbod geen aanleiding vormt om seksueel geweld niet te bespreken. Zij stellen dat ze er gewoon tijd voor maken, of het nu past of niet. Wat wel een belemmering kan zijn is het bespreken in het bijzijn van familie en partner bij volwassenen en bij kinderen het rechtstreeks bespreken met hen of met de ouders.



5.5 EVALUATIE VAN DE HUIDIGE AANPAK VAN SEKSUEEL GEWELD IN HUN ZIEKENHUIS

Er is een grote onduidelijkheid binnen de ziekenhuizen over wat ze nu eigenlijk rond seksueel geweld doen. Er is niet enkel een discrepantie tussen wat op papier staat qua beleid en wat ze werkelijk doen maar ook tussen wat de diensten aangeven te doen en wat andere diensten van hetzelfde ziekenhuis denken dat ze doen.

Een kleine meerderheid (18/28) geeft aan dat het huidige algemene beleid rond de aanpak van seksueel geweld in hun ziekenhuis voor verbetering vatbaar is. Een vijfde (6/28) evalueert het huidige algemene beleid hieromtrent ronduit als niet goed. Geen enkele geeft aan dat het zeer goed is zoals het is. Met uitzondering van het UZ Gent, dat aangeeft dat op zich al voorhanden is, is men er het allemaal over eens dat het ziekenhuis gebaat zou zijn bij een goed uitgeschreven zorgpad rond de aanpak van seksueel geweld.

Wat wel als positief tot uitstekend wordt geëvalueerd, is:

- De toegankelijkheid van de zorg die aan slachtoffers van seksueel geweld wordt geboden (13/28 ok maar nog voor verbetering vatbaar-10/28 zeer goed zoals het is)
- De privacy die bij de zorg aan slachtoffers van seksueel geweld wordt geboden (10/28 ok maar voor verbetering vatbaar-14/28 zeer goed zoals het is)

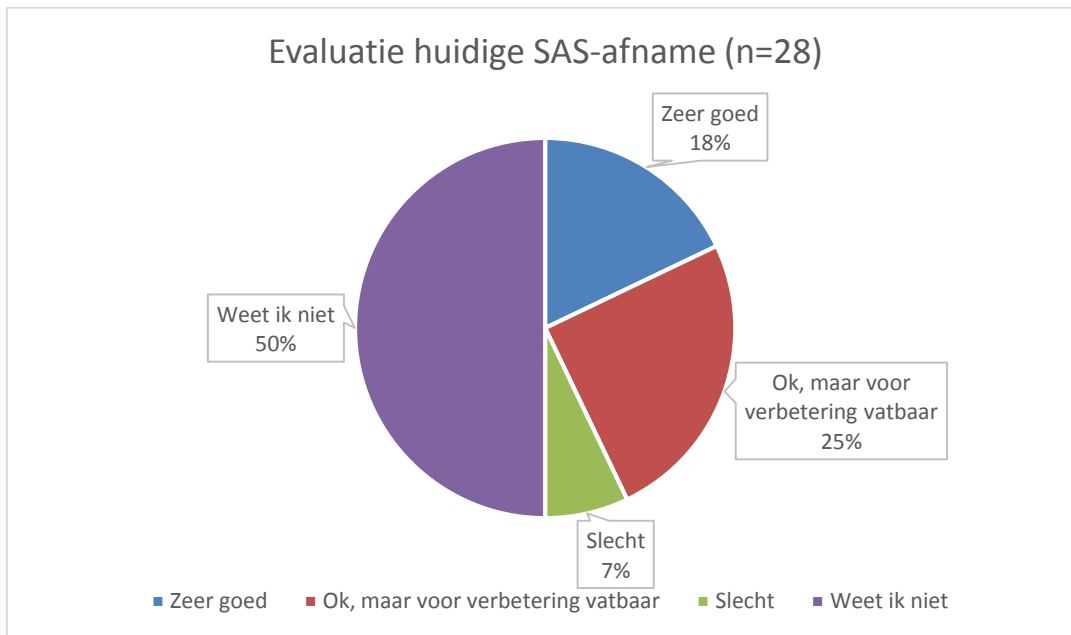


De meeste gynaecologen geven aan dat ze af en toe tot geregeld een SAS afnemen. Hoewel ze dit geen prettige praktijk vinden en het vlotter zou kunnen, geven ze zo goed als allen aan dat ze dit medisch-technisch gezien wel kunnen. Behalve als het op SAS-afname van kinderen aankomt. Daar is men unaniem dat dit nog een groot hiaat is en dat deze doorgestuurd worden naar het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling of het UZGent en via het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling naar het UZGent.

De uitrusting en gebruik van de ruimte waar slachtoffers zorg geboden wordt, wordt algemeen als positief geëvalueerd (11/28 ok maar voor verbetering vatbaar – 15/18 zeer goed zoals het is). De helft vindt de aanwezigheid en het gebruik van de voorradige testen om uit te voeren bij slachtoffers van seksueel geweld als ok maar voor verbetering vatbaar tot zeer goed. De helft heeft echter geen idee welke testen voorradig zijn, wat er dient afgenomen te worden en hoe ze dit dan in hun ziekenhuizen kunnen evalueren.

Wat de Seksuele Agressie Sets (SAS) betreft, daar geeft 17/28 aan dat deze aanwezig zijn in het ziekenhuis, een derde (9/28) heeft echter geen idee of dit het geval is. Een derde geeft aan dat de manier waarop een SAS wordt afgenomen ok is, maar nog voor verbetering vatbaar (7/28) terwijl een minderheid dit als zeer goed (5/28) evalueert.

De helft geeft echter aan dat niet te weten (14/28). Twee zorgverleners geven aan dat ze dit als niet goed evalueren, omdat het nu vaak uitgevoerd wordt door artsen met minder ervaring en zij ervan uitgaan dat dit eigenlijk de nodige expertise en ervaring eist om een goede zorg te verlenen die boven het technische aspect van de afname uitstijgt.



Ook de aanwezigheid en de manier waarop urgentiecontracteptive, HIV-profylaxis en dergelijke worden opgestart, evalueert de helft als positief (14/28), terwijl de andere helft aangeeft daar geen weet van te hebben hoe dit gaat.

De rapportering van seksueel geweld in de patiëntendossiers evalueert de meerderheid als positief (22/28). Drie respondenten gaven aan dat dit niet goed was, en één respondent vond dit zeer slecht.

Wat de psychosociale zorg betreft die intern aan slachtoffers van seksueel geweld wordt geboden, geeft iets meer dan de helft (16/28) aan dat dit ok is maar voor verbetering vatbaar –en dan voornamelijk dat de uren waarop deze zorg geboden kan worden niet beperkt zou zijn tot kantooruren- en een derde (9/25) evalueert dit als zeer goed.

Voor de externe psychosociale zorg is men iets kritischer, daar geeft 8/28 aan dat dit zeer goed is, 10/28 ok maar voor verbetering vatbaar maar 4 geven ook aan dat dit niet goed is. Dan hebben ze het voornamelijk over de lange wachtlijsten. In verdere vragen omtrent de psychosociale zorg noodzakelijk bij een referentiecentrum, is men echter kritischer en geeft men aan dat men bij acuut seksueel geweld eigenlijk een betere psychosociale zorg zou moeten kunnen bieden dan nu het geval is.



De medische opvolging na ontslag wordt door iets meer dan de helft (16/28) als positief beschouwt, terwijl 40% (11/28) aangeeft dit niet te weten.

Op de vraag of ze iets aan het huidige beleid inzake seksueel geweld in hun ziekenhuis wensten te veranderen en zo ja, wat, herhaalt de meerderheid de nood aan een goed uitgewerkt zorgpad waarbij het voor alle betrokken diensten duidelijk is wat ze wanneer en op welke manier moeten doen.

Page | 30

Velen onderstrepen dat het nu erg afhankelijk is van de zorgverlener die je als slachtoffer toevallig voor je krijgt, terwijl dit eigenlijk een standaard procedure vergt. Sommigen geven aan dat er misschien wel een bepaald draaiboek is op spoed of gynaecologie, maar dat zij er niet van op de hoogte zijn of niet in betrokken worden en dus de communicatie hierrond verbeterd zou moeten worden. Tenslotte geven verschillende zorgverleners aan dat het goed zou zijn indien zij ook op de hoogte gesteld worden van het verloop en het resultaat van de opvolging waar zij naar toe verwezen hebben. Een meer holistische aanpak binnen en buiten het ziekenhuis dringt zich dus op.

5.5 WENSELIJKHEID EN HAALBAARHEID REFERENTIECENTRA SEKSUEEL GEWELD IN OOST-VLAANDEREN

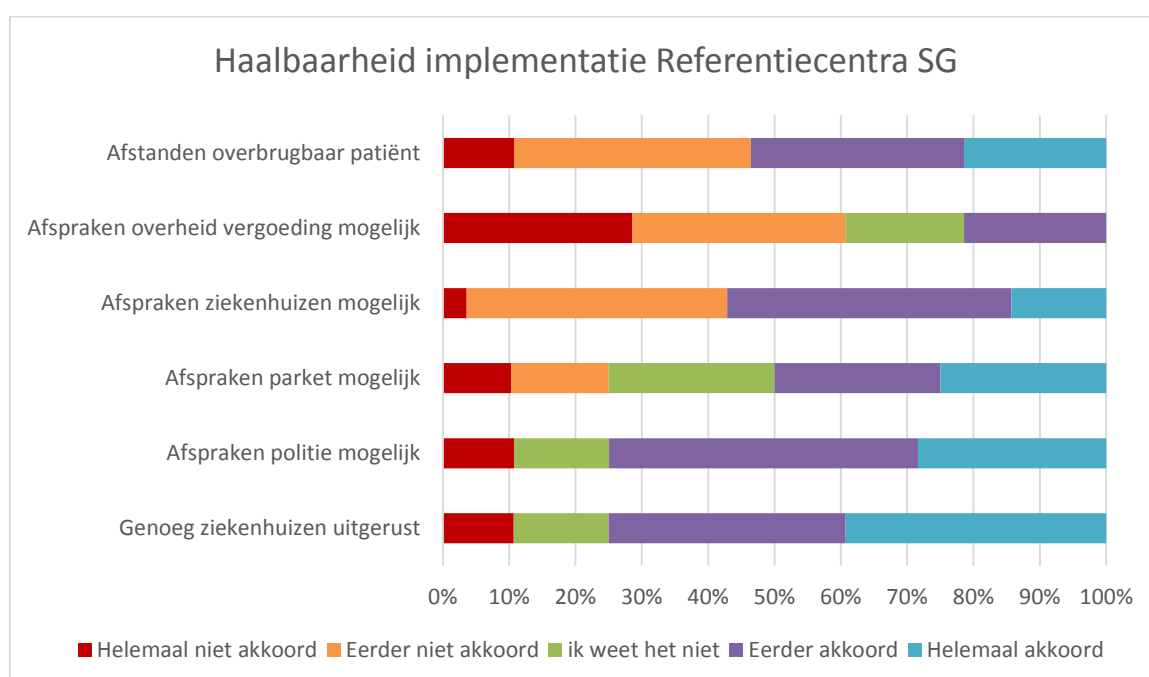
De helft van de respondenten (15/28) had al van het model referentiecentrum seksueel geweld (RCSG) gehoord. Na een korte, standaarduitleg wat dit inhoudt ("dit model bestaat nog niet in België, het is een centrum waar men zowel medische, forensische en psychosociale zorg in 1 centrum aanbiedt en ook langere zorg voorziet, onder meer psychosociaal met watchful waiting voor 1 maand om het risico op PTSD goed in te schatten en er onmiddellijk de nodige zorg voor op te starten, zo'n referentiecentrum bevindt zich meestal in een ziekenhuis maar hoeft niet per sé zo te zijn), is de overgrote meerderheid van mening dat dit de ideale aanpak is voor patiënten omdat:

- a) er geen kostbare tijd verloren gaat (26/28)
- b) de patiënt geen 20 keer haar/zijn verhaal moet herhalen (25/28) -> "soms is herhalen goed" als manier van verwerken/plaatsen, opmerking psychologen. Vanuit richtlijnen en evidentie geeft men echter aan hiermee voorzichtig te zijn!
- c) De patiënt er gespecialiseerde zorg krijgt (23/28) en langdurig kan opgevolgd worden (22/28)
- d) De patiënt zo privacy kan behouden tegenover gekende zorgverleners (23/28) en peers (21/28)

Ook vanuit het oogpunt van de zorgverleners zelf, beschouwen de respondenten dit als een aan te bevelen aanpak, en dit omdat bij een RCSG:

- a) De zorgverlener zich op het thema kan toeleggen (28/28)
- b) Men in een multidisciplinair team kan werken (26/28)
- c) Er geen/minder druk is van wachtende patiënten (20/28)

Of de financiële verwachtingen van het ziekenhuismanagement hier ook op afgestemd zijn, is voor iets meer dan de helft van de respondenten toch nog de vraag. (16/28 denkt van wel)



Elke respondent behalve 1 (27/28) vinden de implementatie van een RCSG in België en in Oost-Vlaanderen een goed idee. De redenen hiertoe zijn verschillend en variëren van:

- a) Het is immers een goede praktijk die internationaal aanbevolen wordt (20/28)
- b) Er zijn voldoende ziekenhuizen in Oost-Vlaanderen die hiertoe zijn uitgerust (21/28)
- c) Er zijn makkelijk afspraken te maken met de politie (21/28)

Men is echter een pak sceptischer als het aankomt op volgende elementen die noodzakelijk zijn voor de uitwerking en implementatie van RCSG:

- a) Makkelijk afspraken maken met het parket (14/28)
- d) Mogelijk om met andere ziekenhuizen hierover afspraken te maken (16/18)
- e) Mogelijk om voor deze prestaties vergoeding te krijgen vanuit de overheid (6/28)
- f) Afstanden overbrugbaar voor de patiënt (15/28)

De respondenten hebben ook een verdeelde mening over hoe deze RCSG best gespreid liggen: 17/28 geven aan dat het een goed idee is om dit te koppelen aan een ARC, 14/28 vinden de koppeling aan gerechtelijke arrondissementen een goed plan. (Combinatie van beide mogelijk)

Een eerste meer diepere analyse blijkt aan te geven dat vooral de kleinere en ruraal gelegen ziekenhuizen bezorgd zijn dat ze hun patiënten zullen verliezen, of dat zij niet tot het referentiecentrum zullen (willen) geraken omwille van afstand, kost,... Daarnaast blijkt in de grootsteden met meerdere ziekenhuizen dat ook in deze problematiek onderlinge concurrentie speelt. De psychiaters, psychologen en sociaal werkers geven aan dat zij die patiënten sowieso terug zien en dus dat acute deel niet noodzakelijk een probleem vormt om ergens anders opgevolgd te worden.

Page | 32

De algemene opmerking van alle psychiaters is dat een bijzonder hoog percentage van hun patiënten aangeeft eerder –en voornamelijk als kind of jongere- een ervaring van seksueel geweld te hebben meegemaakt terwijl geen enkele zorgverlener daar ooit heeft naar gevraagd en ook de pediaters in onze bevraging aangeven dat zij seksueel geweld niet zo frequent zien (in tegenstelling tot andere vormen van kindermishandeling). Ook bij 1 van de 2 urologen die bereid waren om te participeren klonk een vergelijkbaar relaas.

5.6 ROL VAN EIGEN ZIEKENHUIS INDIEN ER REFERENTIECENTRA KOMEN

Alle respondenten zijn het er over eens dat er een duidelijke communicatiecampagne moet komen naar zorgverleners over welke ziekenhuizen referentiecentra zouden worden en welke niet. De overgrote meerderheid (25/28) vindt dit ook nodig voor het breed publiek en patiënten.

Slechts één respondent twijfelde of het ziekenhuis geen slechte naam zou krijgen indien het een RCSG zou worden, voor de 27 anderen was dit absoluut geen probleem. De meningen over welke rol het eigen ziekenhuis kan opnemen, is meer verdeeld.

We kunnen wel een referentiecentrum worden:

- a) De meeste respondenten geven aan dat het eigen ziekenhuis wel de nodige medische zorg kan bieden bij seksueel geweld (22/28) om een RCSG te zijn.

- b) Slechts 10/28 denken dat het eigen ziekenhuis ook de noodzakelijke forensische zorg kan bieden (10/28 geven aan dat dit nu niet zo is maar misschien zou kunnen mits de nodige middelen en mensen en 5/28 geven aan dat dit zeker niet kan)
- c) Slechts de helft (15/28) denkt dat het eigen ziekenhuis de nodige psychosociale zorg kan bieden. De meest geformuleerde opmerking is daar dat dit enkel tijdens de kantooruren kan en/of bij de psychiater of psycholoog die vaak al een lange wachtlijst heeft. Zowel middelen als structurele aanpassingen zouden hiervoor nodig zijn. Ook binnen het UZ dat wel 24/24 psychosociale zorg kan aanbieden, geeft men aan dat dit nog niet in die mate uitgewerkt is als wat men in de internationale richtlijnen (WHO, CDC, NICE...) voorschrijft. Met name: minimum 1 maand watchful waiting om het risico op PTSD in te schatten, nadien nog geregelde follow-up ofwel in het referentiecentrum ofwel bij de reguliere psychosociaal zorgverlener als opvolging is verzekerd, indien er PTSD optreedt, wordt een intensieve behandeling opgestart.

We nemen beter een beperkte rol op in een RCSG systeem waarbij we patiënten naar het RCSG doorverwijzen of in een vervolotraject zien:

- a) Op medisch vlak kunnen de ziekenhuizen zowel de voor- als nazorg bieden. De meerderheid geeft aan dat het ziekenhuis eerst de dringende medische zorg kan toedienen en daarna verwijzen naar het referentiecentrum (20/28) en 25/28 geeft aan dat ze de medische nazorg zou kunnen bieden.
- b) Opnieuw is de nodige psychosociale zorg een knelpunt: de helft geeft aan de psychosociale nazorg te kunnen bieden (15/28).

Iets meer dan de helft (17/28) vindt het een goed idee dat de politie slachtoffers van SG onmiddellijk doorverwijst naar de referentiecentra. Zij die hier niet mee akkoord waren, gaven voornamelijk aan dat de patiënt hier zelf in zou moeten kunnen kiezen of zij/hij naar het gekende ziekenhuis gaat dan wel naar het referentiecentrum.

Verder vindt de overgrote meerderheid dat als hun ziekenhuis geen referentiecentrum zou worden, zij wel door het referentiecentrum op de hoogte moeten worden gebracht over het seksueel geweld dat hun patiënten hebben meegemaakt en de zorg die hen in het referentiecentrum is geboden (23/28). Voor de meerderheid zou ook de huisarts hiervan op de hoogte moeten worden gesteld



(21/28). De meest frequente opmerkingen hierbij waren dat de patiënt hiervoor zou toestemming moeten geven.

Tenslotte heeft drie vierde van de bevroegde zorgverleners (21/28) nog enkele bedenkingen of opmerkingen over de wenselijkheid en haalbaarheid van referentiecentra die nog niet eerder in het interview aan bod kwamen. De meesten onder hen geven aan dat het goed is dat hier onderzoek wordt naar gedaan, en dat ze door dit onderzoek ook meer gaan nadenken zijn over hoe de aanpak van seksueel geweld in het algemeen en in hun eigen ziekenhuis specifiek beter kan aangepakt worden. Dit motiveert verschillende onder hen om intern er verder mee aan de slag te gaan.

Een andere opmerking die meerdere keren terugkwam, en hoofdzakelijk maar niet uitsluitend bij pediaters, is de nood aan een referentiecentrum model dat ook voor kinderen en adolescenten de nodige holistische zorg op een kwaliteitsvolle manier biedt. Meerdere zorgverleners kaarten aan dat er weinig gynaecologen noch pediaters voldoende onderlegd zijn in pediatrie gynaecologie en dat daardoor de huidige zorg aan jonge slachtoffers van seksueel geweld vaak als ondermaats wordt geëvalueerd.

5.6 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Seksueel geweld is een volksgezondheidsprobleem op wereldschaal dat ook vele mensen in België en dus ook in de provincie Oost-Vlaanderen treft. Internationaal wordt aangenomen dat het wenselijk is om seksueel geweld holistisch en multidisciplinair aan te pakken [8-11]. Dit houdt in dat de politionele en juridische respons samen dient te gaan met een medisch en psychosociaal luik en dat elk van deze componenten maximaal op elkaar afgestemd zijn. Onderzoek heeft aangetoond dat dit de beste garanties biedt voor een positieve uitkomst op elk van de deelgebieden alsook voor kwaliteit van zorg, sneller herstel van het slachtoffer en preventie van opnieuw slachtoffer worden of opnieuw plegen [11-20].

Zowel de WHO als andere toonaangevende internationale gezondheidsorganisaties en internationale vakbladen hebben richtlijnen en adviezen uitgevaardigd rond de rol van de gezondheidssector in de aanpak van seksueel geweld [8,10,21-25]. Vandaag wordt het model “Sexual Assault Reference Centres” of referentiecentra seksueel geweld genaamd, gepromoot als het meest



efficiënte in aanpak en het beste voor de patiënt omdat alle nodige zorg (politieel, medisch, psychosociaal, juridisch) in 1 centrum wordt voorzien.

Als de Conventie van Istanbul ook geratificeerd wordt in België, dan impliceert dit dat we ook in België “voldoende aangepaste en toegankelijke seksueel geweld referentiecentra voor medisch en forensisch onderzoek en medische, trauma en psychische hulpverlening” (art.25) zullen moeten voorzien. Anderzijds wordt er in de praktijk vaak van uitgegaan dat elk ziekenhuis in staat zou moeten zijn om alvast slachtoffers van seksueel geweld een kwaliteitsvolle eerste zorg te bieden en hen daarna adequaat door te verwijzen. Er bestaat dus een spectrum aan modellen en de toepassing ervan hangt onder meer af van de organisatie van de sociale kaart.

Dit project had als doel om alvast in de provincie Oost-Vlaanderen de wenselijkheid en haalbaarheid van het model “referentiecentrum seksueel geweld” na te gaan bij ziekenhuizen die over een spoeddienst beschikken en in de mogelijkheid zijn om medisch-forensische activiteiten te stellen. Dit zijn namelijk 2 cruciale eigenschappen waarover een referentiecentrum seksueel geweld moet kunnen beschikken.

Alle 14 Oost-Vlaamse ziekenhuizen die aan deze inclusiecriteria voldeden zijn uitgenodigd om aan de bevraging deel te nemen. De bevraging bestond uit twee luiken. Enerzijds was er een schriftelijk luik, waarin we peilden naar de huidige aanpak van seksueel geweld in het ziekenhuis, in te vullen op ziekenhuisniveau. Anderzijds was er een telefonisch interview met sleutelpersonen van de 6 cruciale diensten in de aanpak van seksueel geweld, namelijk: de spoeddienst, gynaecologie, sociale dienst, pediatrie, urologie en psychiatrie.

Elf van de 14 ziekenhuizen namen aan het project deel. Eenendertig zorgverleners van 9 ziekenhuizen vulden de schriftelijke vragenlijst in. Individuele interviews met de sleutelpersonen van de zes cruciale diensten konden doorgaan met 28 zorgverleners van 11 verschillende ziekenhuizen. Het gaat om 14 artsen (waarvan 5 diensthoofden), 6 verpleegkundigen (waarvan 5 hoofdverpleegkundigen), 3 psychologen en 5 sociaal werkers (waarvan 2 diensthoofden). De overgrote meerderheid was meer dan 40 jaar met een anciënniteit van meer dan 10 jaar op de huidige dienst. Acht respondenten werkten al meer dan 20 jaar op deze dienst. We kunnen dus stellen dat de respondenten een ruime ervaring hebben binnen hun vakgebied.



Huidige aanpak

Van de 11 deelnemende ziekenhuizen in de provincie Oost-Vlaanderen geven er 6 aan een uitgewerkt protocol rond kindermishandeling te hebben en 5 rond agressie tegen de zorgverleners. Drie ziekenhuizen (ASZ Aalst, AZ Lokeren, en UZ Gent) stellen ook een protocol seksueel geweld te hebben en 3 rond intrafamiliaal geweld. Twee ziekenhuizen beschikken ook over een protocol oudermishandeling.

Het protocol kindermishandeling blijkt het meest uitgewerkt met aandacht voor screening, vermoeden, vaststellen, verwijzing en follow-up. Voor de meeste protocollen is er aandacht voor al deze aspecten maar bij het protocol seksueel geweld, krijgt screening slechts bij 1/3 aandacht en ligt bij elk van deze 3 ziekenhuizen de nadruk hoofdzakelijk op de opvang en verwijzing van slachtoffers van seksueel geweld.

In tegenstelling tot het beleid rond kindermishandeling, dat meer systemisch van aard lijkt met aandacht voor slachtoffers, plegers en iedere betrokkene, zijn de protocollen seksueel geweld enkel op slachtoffers gericht. Slechts 1 van de 3 ziekenhuizen met een beleid rond seksueel geweld geven aan dat dit beleid ziekenhuisbreed is (UZGent), terwijl de andere 2 gericht zijn op spoed, gynaecologie en urologie.

Onze resultaten tonen aan dat de huidige aanpak van seksueel geweld zich hoofdzakelijk op de medische opvang van slachtoffers richt. Elk ziekenhuis dat deelnam aan deze bevraging kan 24/24 en 7/7 de nodige medische zorg bieden via hun spoeddienst. In de meeste ziekenhuizen wordt de medische zorg aan slachtoffers van seksueel geweld gestart op spoed en daarna verder gezet, afhankelijk van de leeftijd van het slachtoffer, op gynaecologie of pediatrie.

Alle ziekenhuizen hebben op één of op beide van deze diensten de nodige basisuitrusting zoals vastgelegd in internationale richtlijnen om een medisch onderzoek naar seksueel geweld uit te voeren en te attesteren. Zij kunnen er ook de nodige visuele en auditieve privacy garanderen en de door de Wereldgezondheidsorganisatie voorgeschreven testen uitvoeren. De behandeling(smogelijkheden) en follow-up verschillen echter sterk. Vijf ziekenhuizen geven aan dat ze HIV profylaxis voor de eerste drie dagen (kunnen) opstarten.

Wat het medisch-forensische luik betreft, is er een grote verscheidenheid. In alle ziekenhuizen met uitzondering van het AZ Lokeren en AZ Jan Palfijn Gent, zijn er Seksuele Agressie Sets (SAS) aanwezig. In de andere gevallen komt de politie deze SAS-kits brengen wanneer de onderzoeksrechter hiertoe



het bevel gegeven heeft. Enkel in het ASZ Aalst en in het UZGent zijn er forensische artsen in huis. Dit neemt niet weg dat in alle ziekenhuizen de SAS zowel bij volwassenen als bij kinderen doorgaans afgenomen wordt door een gynaecoloog. Deze is dan meestal bijgestaan door een verpleegkundige, vroedvrouw of pediater. Het aantal keer dat men een SAS moet afnemen per jaar is echter bijzonder verschillend van ziekenhuis tot ziekenhuis (zie verder). Een minderheid beschikt over een standaard medisch attest om het seksueel geweld te beschrijven.

Het aanbod met psychosociale zorg is echter heel beperkt. Slechts in 2 op de 9 ziekenhuizen (AZ St Elisabeth Zottegem en UZGent) geven de respondenten aan dat er 24/24 en 7/7 psychosociale zorg geboden kan worden. In de andere ziekenhuizen is dit enkel overdag en van maandag tot vrijdag, al dan niet met enkele avonden inbegrepen.

Hoe men over seksueel geweld rapporteert in de medische, verpleegkundige en psychosociale dossiers verschilt ook sterk van ziekenhuis tot ziekenhuis. Slechts in twee ziekenhuizen (ASZ Aalst en UZGent) wordt het aantal gevallen van seksueel geweld geregistreerd, maar ook niet systematisch op alle diensten.

Kennis van en ervaring met seksueel geweld

Alle bevroegde zorgverleners, op één na, beschouwen seksueel geweld als een ernstig volksgezondheidsprobleem op wereldvlak. Het leeuwendeel beschouwt dit ook als een volksgezondheidsprobleem in België. Slechts de helft van de zorgverleners hebben een vrij correct beeld van de omvang van seksueel geweld in Vlaanderen.

Zo onderschatten de bevroegde zorgverleners de omvang van seksueel geweld in alle groepen (meisjes, jongens, vrouwen, mannen) maar het meest bij jongeren onder de achttien (zowel meisjes als jongens) alsook bij mannen. Daarnaast is het opvallend dat wanneer de zorgverleners aangaven dat ze geen idee hadden van de prevalentie, dit voornamelijk de omvang van seksueel geweld bij jongens en mannen betrof.

Voortgaand op de inschatting die de bevroegde zorgverleners gaven van het aantal patiënten dat zich de voorbije maand, 6 maanden en voorbije jaar met als klacht seksueel geweld in hun ziekenhuis aanmeldde, kunnen we nochtans stellen dat er bij een vierde van de bevroegde ziekenhuizen zich gemiddeld 2 patiënten per week hiervoor aanmelden. Dit is echter heel variabel van ziekenhuis tot ziekenhuis, sommige zorgverleners gaven aan dat dit minder dan 10 patiënten per jaar betrof.



Ook wat het vermoeden van een geschiedenis van seksueel geweld bij de patiënten betrof, is er een grote verscheidenheid. Meer dan de helft van de zorgverleners gaf aan dat bij minder dan 25 van de eigen patiënten in het voorbije jaar te hebben vermoed, terwijl een derde dit bij meer dan 50 van de eigen patiënten had vermoed. Alle zorgverleners hebben met dit vermoeden iets gedaan. Ofwel hebben ze het gerapporteerd aan de arts-specialist (dit is een minderheid en in het geval van verpleegkundige of sociaal assistent). Ofwel hebben ze dit vermoeden ook actief aangekaart met hun patiënten. Dit gaat dan voornamelijk om de artsen, psychologen en psychiaters.

Evaluatie van de huidige aanpak

Er is een grote onduidelijkheid binnen de ziekenhuizen over wat ze nu eigenlijk rond seksueel geweld doen. Er is niet enkel een discrepantie tussen wat op papier staat qua beleid en wat ze werkelijk doen maar ook tussen wat de diensten aangeven te doen en wat de andere diensten binnen het eigen ziekenhuis denken dat ze doen. Met uitzondering van het UZ Gent, waar dit al bestaat, is men er het over eens dat het ziekenhuis gebaat zou zijn bij een goed uitgeschreven zorgpad rond de aanpak van seksueel geweld. Ook bij het UZ Gent, is het echter noodzakelijk na te gaan of het zorgpad op elke dienst op een systematische manier wordt geïmplementeerd.

De meeste gynaecologen geven aan dat ze af en toe tot geregeld een SAS afnemen. Hoewel ze dit geen prettige praktijk vinden en het vlotter zou kunnen, geven ze zo goed als allen aan dat ze dit medisch-technisch gezien wel kunnen. Behalve als het op SAS-afname van kinderen aankomt. Daar is men unaniem dat dit nog een groot hiaat is en België nood heeft aan goed opgeleide pediatrie gynaecologen.

Elke respondent behalve de zorgverleners van het UZ Gent gaven aan dat het huidige aanbod van psychosociale zorg bij acuut seksueel geweld onvoldoende is naar hun mening. Ook bij het UZ Gent gaven ze aan dat dit nog beter kon en hoewel er 24/24 psychosociale zorg geboden kan worden, is dit nog niet in die mate uitgewerkt als wat men in de internationale richtlijnen (WHO, CDC, NICE...) aangeeft dat het zou moeten zijn in een referentiecentrum seksueel geweld.

Wenselijkheid en haalbaarheid van referentiecentra seksueel geweld

De helft van de respondenten had al van het model referentiecentrum seksueel geweld (RCSG) gehoord. Na een korte, standaarduitleg wat dit inhoudt ("dit model bestaat nog niet in België, het is een centrum waar men zowel medische, forensische en psychosociale zorg in 1 centrum aanbiedt en ook langere zorg voorziet, onder meer psychosociaal met watchful waiting voor 1 maand om het risico op PTSD goed in te schatten en er onmiddellijk de nodige zorg voor op te starten, zo'n referentiecentrum bevindt zich meestal in een ziekenhuis maar hoeft niet per definitie zo te zijn), blijkt uit de verdere bevraging dat de overgrote meerderheid van mening is dat dit de ideale aanpak zou zijn en dit zowel voor patiënten als voor zorgverleners. De redenen hiertoe zijn hoofdzakelijk te situeren in het aanbod van gespecialiseerde en multidisciplinaire zorg en bescherming van de privacy van de patiënt. Elke respondent behalve 1 vindt de implementatie van een referentiecentrum seksueel geweld in België en in Oost-Vlaanderen een goed idee.

Page | 39

Men is echter een pak sceptischer als het aankomt op de haalbaarheid van enkele organisatorisch cruciale afspraken en dit met name met het parket, met andere ziekenhuizen en met de overheid. Men stelt zich ook heel wat vragen bij de geografische spreiding van dergelijke centra en de overbrugbaarheid van afstanden voor de patiënt.

Eerste meer diepere analyse blijkt aan te geven dat vooral de kleinere en ruraal gelegen ziekenhuizen bezorgd zijn dat ze hun patiënten zullen verliezen, of dat zij niet tot het referentiecentrum zullen (willen) geraken omwille van afstand, kost,... Daarnaast blijkt in de grootsteden met meerdere ziekenhuizen dat ook in deze problematiek onderlinge concurrentie speelt. De psychiaters, psychologen en sociaal werkers geven aan dat zij die patiënten sowieso terug zien en dus dat acute deel niet noodzakelijk een probleem vormt om ergens anders opgevolgd te worden.

De algemene opmerking van alle psychiaters is dat een bijzonder hoog percentage van hun patiënten aangeeft eerder –en voornamelijk als kind of jongere– een ervaring van seksueel geweld te hebben meegemaakt terwijl geen enkele zorgverlener daar ooit heeft naar gevraagd en ook de pediaters in onze bevraging aangeven dat zij seksueel geweld niet zo frequent zien (in tegenstelling tot andere vormen van kindermishandeling). Ook bij 1 van de 2 urologen die bereid waren om te participeren klonk een vergelijkbaar relaas.



Rol van het eigen ziekenhuis

Alle respondenten zijn het er over eens dat er een duidelijke communicatiecampagne moet komen over welke ziekenhuizen referentiecentra zouden worden en welke niet. De meningen over welke rol het eigen ziekenhuis kan opnemen, is echter verdeeld. De meeste respondenten geven aan dat het eigen ziekenhuis wel de nodige medische zorg kan bieden bij seksueel geweld (22/28) om een RCSG te zijn. Op medisch vlak geven alle ziekenhuizen ook aan zowel de voor- als nazorg te kunnen bieden als zij in een referentietraject zouden zitten.

Maar slechts een derde denkt dat het eigen ziekenhuis ook de noodzakelijke forensische zorg kan bieden mits nodige aanpassingen en de helft denkt dat het eigen ziekenhuis de nodige psychosociale zorg kan bieden en dan nog enkel als het aanbod uitgebreid kan worden met een betere toegankelijkheid van deze zorg.

Iets meer dan de helft vindt het een goed idee dat de politie slachtoffers van seksueel geweld onmiddellijk doorverwijst naar de referentiecentra. Zij die hier niet mee akkoord waren, gaven voornamelijk aan dat de patiënt hier zelf in zou moeten kunnen kiezen of zij/hij naar het gekende ziekenhuis gaat dan wel naar het referentiecentrum. Verder vindt de overgrote meerderheid dat als hun ziekenhuis geen referentiecentrum zou worden, zij wel door het referentiecentrum op de hoogte moeten worden gebracht over het seksueel geweld dat hun patiënten hebben meegemaakt en de zorg die hen in het referentiecentrum is geboden.

Conclusies en aanbevelingen

Oost-Vlaamse ziekenhuizen krijgen vrij veel patiënten met een ervaring van seksueel geweld. Een derde blijkt minstens 1 patiënt met seksueel geweld als aanmelding per week te krijgen. Nochtans hebben slechts 3 ziekenhuizen een uitgewerkt beleid rond de aanpak van seksueel geweld. Dit beleid richt zich voornamelijk op medische opvang en psychosociale verwijzing van slachtoffers van seksueel geweld terwijl andere aspecten van screening en aanpak van vermoeden niet gestandaardiseerd zijn.

Vele zorgverleners hebben ook een vermoeden dat hun patiënten een eerdere ervaring hadden van seksueel geweld. Alle zorgverleners die we bevroegd hebben, gaven aan dat ze bij dit vermoeden



stappen ondernomen hebben. Ofwel rapporteerde men dit aan oversten, ofwel besprak men dit vermoeden rechtstreeks met de patiënt.

Dit is een positieve bevinding waarbij we wel de kanttekening moeten maken dat in het eerdere deel over kennis van omvang van geweld, meer dan de helft van de respondenten de omvang onderschatten, zeker bij jongeren onder de 18 jaar en bij mannen. Dit betekent dat zij dus al eerst een vermoeden moeten hebben, en signalen en symptomen kunnen herkennen voor men het aankomt. Bovendien is deze groep respondenten bevestigd omdat zij net in hun ziekenhuis als experts ter zake gezien zijn, en zij ook al een ruime ervaring op de betrokken diensten hebben. Dit betekent mogelijks een positieve kleuring van deze bevinding. Om hiervan een correct beeld te krijgen, lijkt het dan ook aangewezen om op grotere schaal bij alle zorgverleners op de cruciale diensten na te gaan wat ze doen bij een vermoeden van seksueel geweld bij hun patiënt.

Om het probleem van onderdetectie tegen te gaan, en op basis van recent onderzoek en internationale richtlijnen, lijkt het ook aangewezen om na te gaan of het niet efficiënter zou zijn om op korte tijd in te zetten op systematische screening bij alle patiënten op deze diensten in combinatie van sensibilisering van zorgverleners, dan wel om enkel in te zetten op verbetering van de individuele competenties van de zorgverleners. Het lijkt ons zeker van belang om in de opleidingscurricula van alle zorgverleners voldoende aandacht te besteden aan de omvang, detectie en de holistische aanpak van seksueel geweld.

Op zich zijn de meeste ziekenhuizen in staat om het medisch-technische luik van de holistische opvang verbonden aan een referentiecentrum seksueel geweld te voorzien, maar een absolute minderheid kan ook de noodzakelijke psychosociale en forensische zorg bieden.

De meerderheid is pro referentiecentrum seksueel geweld in België/Oost-Vlaanderen en dit zowel voor patiënt als zorgverlener. Heel wat zorgverleners hebben echter wel vragen bij hoe de praktische kant geregeld zou moeten worden en zijn sceptisch wat de onderlinge samenwerking van ziekenhuizen betreft, alsook omtrent overleg met parket en overheid. Kleinere/rurale ziekenhuizen en voornamelijk zorgverleners van gynaecologie en pediatrie lijken eerder bezorgd om hun patiënten te verliezen door de verplaatsingsnood en daarbij gepaard gaande kosten en barrières. Psychiaters en sociale dienst stellen dan eerder: “we zien die patiënten sowieso wel terug” en duiden op de nood aan goede afspraken en communicatie.



Een model dat aan een deel van deze noden tegemoet zou kunnen komen is de combinatie van een vast referentiecentrum met een mobiele equipe die dezelfde hoogstaande medische, forensische en psychosociale zorg in acute fase kan bieden in de meer rurale ziekenhuizen of die ziekenhuizen waar men niet zo vaak slachtoffers ziet. Het nadenken over rolherverdeling tussen verschillende zorgverleners mag hierbij niet uit de weg gegaan worden.

Verder is het noodzakelijk te onderzoeken welk model van referentiecentrum ook voor kinderen en adolescenten de nodige holistische zorg op een kwaliteitsvolle manier biedt. Meerdere zorgverleners kaartten aan dat er weinig gynaecologen noch pediaters voldoende onderlegd zijn in pediatrie gynaecologie en dat daardoor de huidige zorg aan jonge slachtoffers van seksueel geweld vaak als ondermaats wordt geëvalueerd. Veel pediaters geven aan weinig kinderen met deze aanklacht te zien, terwijl de jaarlijkse cijfers van het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling in Oost-Vlaanderen toch vrij hoog zijn en heel wat patiënten op latere leeftijd aangeven dat zij als kind of jongere zijn misbruikt en daar geen enkele zorgverlener ooit naar gevraagd heeft. De afstemming met, integratie in of afwijking van het model voor volwassenen moet verder onderzocht worden.

Tenslotte is het belangrijk te onderstrepen dat nu enkel één type actor in het holistische en multidisciplinaire plaatje van referentiecentra seksueel geweld bevraagd zijn. Het is dan ook aan te bevelen dat de andere actoren als politie, justitie, ruim welzijnsveld, beleidsmakers en patiënten in verder onderzoek meegenomen worden.

Indien België de Conventie van Istanbul ratificeert, dan zal België referentiecentra moeten ontwikkelen op maat van de Vlaamse, Brusselse en Waalse zorgcontext. Deze studie kan alvast bijdragen aan het sneller leggen van de puzzel, en het sneller identificeren van pilootcentra, maar op zich dient in dat geval de haalbaarheid en wenselijkheid voor heel België onderzocht te worden, inclusief bij de andere bovengenoemde actoren.



6. CONTACTGEGEVENS VERANTWOORDELIJEN

Vanuit ICRH-Universiteit Gent:

dr Ines Keygnaert

Prof Dr Kristien Roelens

ICRH-UGent

De Pintelaan 185 UZP114

9000 Gent

Vanuit het provinciebestuur Oost-Vlaanderen:

Anne Kesteloot, diensthoofd dienst Preventie, Hulpverlening en Zorg

Chantal Van de Kerckhove, geweldconsulente

W. Wilsonplein 2

9000 Gent

7. REFERENTIES

Reference List

1. WHO: *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of partner violence and sexual non-partner violence*. Geneva: WHO; 2013.
2. Macdowall W, Gibson LJ, Tanton C, Mercer CH, Lewis R, Clifton S *et al.*: Lifetime prevalence, associated factors, and circumstances of non-volitional sex in women and men in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet* 2013, 382: 1845-1855.
3. Swahnberg K, Davidsson-Simmons J, Hearn J, Wijma B: Men's experiences of emotional, physical, and sexual abuse and abuse in health care: a cross-sectional study of a Swedish random male population sample. *Scand J Public Health* 2012, 40: 191-202.
4. Buysse A, Enzlin P, Lievens J, T'sjoen G, Van Houtte M, Vermeersc *et al.*: *Sexpert: basisgegevens van de survey naar seksuele gezondheid in Vlaanderen*. Ghent: Academia Press; 2013.
5. Pieters J, Italiano P, Offermans A, Hellemans S. Ervaringen van vrouwen en mannen met psychologisch, fysiek en seksueel geweld. 2010. Brussels, IGVM.
6. Keygnaert I, Vettenburg N, Temmerman M: Hidden violence is silent rape: sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. *Cult Health Sex* 2012, 14: 505-520.
7. Keygnaert I, Anastasiou A, Camilleri K, Degomme O, Devile W, Dias S *et al.*: Senperforto: determinants for effective prevention and response actions of SGBV perpetration and victimization in the European asylum reception system. *Tropical Medicine & International Health* 2011, 16: 96.
8. WHO: Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. 2003:1-155.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Sexual Violence Prevention: Beginning the Dialogue. 2004. Atlanta, CDC.
10. Martin SL, Young SK, Billings DL, Bross CC: Health care-based interventions for women who have experienced sexual violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse* 2007, 8: 3-18.
11. WHO: *Violence prevention: the evidence*. Geneva: WHO; 2010.
12. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson JI: Systematic review and meta-analysis of multiple-session early interventions following traumatic events. *Am J Psychiatry* 2009, 166: 293-301.
13. Kornor H, Winje D, Ekeberg O, Weisaeth L, Kirkehei I, Johansen K *et al.*: Early trauma-focused cognitive-behavioural therapy to prevent chronic post-traumatic stress disorder and related symptoms: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2008, 8: 81.
14. Campbell R, Patterson D, Lichty LF: The effectiveness of sexual assault nurse examiner (SANE) programs: a review of psychological, medical, legal, and community outcomes. *Trauma Violence Abuse* 2005, 6: 313-329.



15. Campbell R, Patterson D, Bybee D: Prosecution of adult sexual assault cases: a longitudinal analysis of the impact of a sexual assault nurse examiner program. *Violence Against Women* 2012, 18: 223-244.
16. Du Mont J, Parnis D: The doctor's dilemma: caregiving and medicolegal evidence collection. *Med Law* 2004, 23: 515-529.
17. Fehler-Cabral G, Campbell R, Patterson D: Adult sexual assault survivors' experiences with sexual assault nurse examiners (SANEs). *J Interpers Violence* 2011, 26: 3618-3639.
18. Greeson MR, Campbell R: Sexual assault response teams (SARTs): an empirical review of their effectiveness and challenges to successful implementation. *Trauma Violence Abuse* 2013, 14: 83-95.
19. Lutwak N: Medical care for sexual assault victims. *Sex Transm Infect* 2012, 88: 283.
20. Patel A, Roston A, Tilmon S, Stern L, Roston A, Patel D *et al.*: Assessing the extent of provision of comprehensive medical care management for female sexual assault patients in US hospital emergency departments. *Int J Gynaecol Obstet* 2013, 123: 24-28.
21. Jina R, Jewkes R, Munjanja SP, Mariscal JD, Dartnall E, Gebrehiwot Y: Report of the FIGO Working Group on Sexual Violence/HIV: Guidelines for the management of female survivors of sexual assault. *Int J Gynaecol Obstet* 2010, 109: 85-92.
22. UNHCR: *Sexual and Gender-Based Violence Against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons - Guidelines for Prevention and Response*. Geneva: UNHCR; 2003.
23. Ross R, Draucker CB, Martsolf D, Adamle K, Chiang-Hanisko L, Lewandowski W: The bridge: providing nursing care for survivors of sexual violence. *J Am Acad Nurse Pract* 2010, 22: 361-368.
24. Markowitz J, Chasson S: Integrating prevention into practice: an introduction to sexual violence primary prevention literature. *J Forensic Nurs* 2006, 2: 197-198.
25. Cybulska B: Immediate medical care after sexual assault. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013, 27: 141-149.
26. Keygnaert I, Van Parys A, Verpoest B, Offermans A. Aanpak van intrafamiliaal geweld in de ziekenhuiscontext: vormingsacties voor zorgverleners. Eindrapport 2012. 2012. Gent, ICRH-Universiteit Gent.
27. Council of Europe. Istanbul convention website. 2014.
28. Keesbury J, Thompson J: *A Step-by-step guide to strengthening sexual violence services in public health facilities: Lessons and tools from sexual violence services in Africa*. Lusaka: Population Council & USAID; 2010.