

Handleiding basisvorming over intrafamiliaal & seksueel geweld voor zorgverleners in Belgische ziekenhuizen

Ines Keygnaert, ICRH-UNIVERSITEIT GENT

Christine Gilles, UMC SINT PIETER

Kristien Roelens, UNIVERSITEIT GENT & UZ GENT



Keygnaert I, Gilles C, Roelens K (2015)
**Handleiding basisvorming over intrafamiliaal en seksueel geweld
voor zorgverleners in Belgische ziekenhuizen.**
ICRH-Ugent in opdracht van de FOD Volksgezondheid, Gent.

ISBN 9789078128373
EAN 9789078128373

Vanwaar deze basisvorming?

Wat voorligt is een handleiding voor het geven van een basisvorming rond intrafamiliaal en seksueel geweld aan zorgverleners in Belgische ziekenhuizen.

Seksueel en intrafamiliaal geweld is een volksgezondheidsprobleem op wereldvlak, dat ook vele mensen in België treft. Deze geweldsvormen kunnen meervoudige en langdurige psychische, fysieke, seksuele en reproductieve gezondheidsproblemen veroorzaken. Onder meer de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) [1-3] stelt dat de gezondheidssector een centrale rol heeft in de holistische aanpak van seksueel en intrafamiliaal geweld, en dit zowel op preventief als curatief vlak.

Het Belgisch Nationaal Actieplan tegen Geweld (2009-2014) voorzag met de steun van de FOD Volksgezondheid in verschillende initiatieven om vormen voor zorgverleners in Belgische ziekenhuizen op te zetten. Sinds 2009 zijn er verschillende basisvormingen, voortgezette opleidingen en verdiepingsopleidingen georganiseerd rond de aanpak van intrafamiliaal (IFG) en seksueel (SG) geweld in de context van Belgische ziekenhuizen.

Deze handleiding en bijhorende basisvorming-presentatie is dan ook gebaseerd op en getest tijdens verschillende van deze vormen gegeven door ICRH-Universiteit Gent en het UZ Gent in het Nederlandstalig landsgedeelte tussen 2009-2015 en in samenwerking met UMC Sint-Pieter ook in het Franstalig landsgedeelte in 2014-2015.

Met deze handleiding en de presentatie van de basisvorming wensen we nu die zorgverleners die deelgenomen hebben aan de voortgezette opleiding en/of verdiepingsopleiding in staat te stellen om andere zorgverleners te initiëren en sensibiliseren rond de aanpak van intrafamiliaal en seksueel geweld in Belgische ziekenhuizen.

De basisvorming bestaat uit 2 keer een module van 60 minuten: deel I bespreekt wat intrafamiliaal en seksueel geweld is. Deel II bespreekt hoe je als zorgverlener met intrafamiliaal en seksueel geweld bij je patiënten kan omgaan.

Voor wie is de basisvorming bedoeld?

Deze basisvorming is bedoeld voor zorgverleners en andere ziekenhuismedewerkers die in contact komen met patiënten die betrokken zijn in situaties van intrafamiliaal en/of seksueel geweld.

Het doel is om door middel van deze basisvorming:

- 1 een beter zicht te krijgen op wat deze geweldsvormen inhouden;
- 2 een eerste wegwijs te bieden in mogelijke signalen en symptomen;
- 3 wat handvatten aan te reiken in hoe je met patiënten in deze situaties als zorgverlener best omgaat.

Feedback

Alle constructieve feedback op deze handleiding en presentatie is welkom en mag gecommuniceerd worden naar dr. Ines Keygnaert van het ICRH-Universiteit Gent : ines.keygnaert@ugent.be en Dr. Christine Gilles van

UMC Sint-Pieter: christine_gilles@stpierre-bru.be.

Wij zullen deze feedback meenemen in een eventuele toekomstige verbeterde versie.

Benodigheden

- » Handleiding op papier of digitale drager
- » Presentatie van de basisvorming op stick of andere drager
- » Ruimte waar voldoende licht is en waar je de stoelen makkelijk kan verplaatsen.
- » Bij voorbaat zijn er geen vaste tafels.

Vorbereiding

- » Zet de powerpointpresentatie klaar en check of je makkelijk voor- en achteruit kan in de presentatie.
- » Voor je start laat je de presentatie op het eerste scherm staan.
- » Zet de stoelen in zo een opstelling zodat de deelnemers makkelijk met stoelen kunnen schuiven en er interactie mogelijk is.
- » Voorzie dat je iets kan drinken tijdens het geven van de basisvorming.

Wat is intrafamiliaal en seksueel geweld?

 60 min.

I. Inleiding

Zout & peper

 7 min.

Zonder jezelf of het project voor te stellen, vraag aan alle deelnemers, of indien een te grote groep aan 2 rijen deelnemers, om zich voor te stellen op volgende manier:

- 1 Wat is je eigen voornaam?
- 2 Hoe noemden je ouders jou toen je klein was?
- 3 En wat is/was je koosnaam die je partner of ex-partner gebruikt(e)?

Iedereen stelt zich kort voor, bedank hen telkens. Stel uiteindelijk jezelf op dezelfde manier voor.

Vraag dan kort hoe men zich voelde bij deze vraag. Peil of iemand het te intiem vond om te delen, vreemde vraag als je elkaar nog niet kent, enzovoort.

Duid dat iedereen verschillende identiteiten heeft, verschillende relaties en ook in die verschillende relaties anders gezien wordt. Wanneer we als zorgverlener aan een patiënt vragen stellen over intrafamiliaal of seksueel geweld, hebben we het over relaties en identiteiten die iemand met een vreemde misschien niet onmiddellijk gewoon is om/wenst te delen. Bovendien is de patiënt niet enkel betrokken in een geweldssituatie, maar heeft hij/zij ook nog veel andere identiteiten: ouder, kind van, bepaald beroep, hobby, ... Ook die zaken spelen mee in het adequaat aanpakken van de geweldssituatie.

Achtergrond module

 3 min.

Ga verder naar de inleidingslide waarbinnen deze basisvorming kadert en licht het verloop van de basisvorming kort toe.

II. Definities geweld

 10 min.

Inleiding

Vraag aan 3 verschillende deelnemers om kort een casus van geweld toe te lichten die zij in hun loopbaan binnen het ziekenhuis meemaakten. Vraag hen om te duiden welke geweldsvormen zij hierin herkennen. Schrijf deze op het bord en categoriseer onmiddellijk in 3 kolommen zonder evenwel een titel bij te zetten.

- 1 Eerste kolom voor feitelijke geweldsuitingen (fysiek, emotioneel-psychisch, seksueel of socio-economisch geweld).
- 2 De tweede kolom voor definities gerelateerd aan relatie pleger/slachtoffer en/of motief (intrafamiliaal, kindermishandeling, partnergeweld,...).
- 3 De derde kolom de definities gerelateerd aan het perspectief van maatschappij/context (aanranding van de eerbaarheid, seksueel misbruik,...).

Als deze casussen zijn besproken, geef dan aan dat we afhankelijk van het perspectief dat iemand heeft, er verschillende definities gehanteerd worden: in de media, op het werk, in het ziekenhuis, ... Deze kunnen in drie categorieën ondergebracht worden.

Presentatie definities

 12 min.

Start de presentatie deel II definities geweld en overloop. Geef aan dat bij deze vormen van interpersoonlijk geweld er sprake is van een (on)machtsconflict. Het bestaat uit verschillende geweldsuitingen die alleen of in combinatie voorkomen en zowel actief als passief kunnen uitgevoerd worden. De persoon die het ondergaat ervaart deze daden als ongewenst en heeft hiervoor geen oprechte/bewuste toestemming gegeven, of kon hiervoor geen oprechte/bewuste toestemming geven (bijvoorbeeld omwille van leeftijd, geestestoestand, druggebruik, foltering, ...).

Afhankelijk van:

- 1 de aard en eventuele combinatie van de geweldsuitingen die het slachtoffer heeft ondergaan;
- 2 de motivatie van de pleger om tot geweld over te gaan binnen de relatie die hij/zij met het slachtoffer heeft/had;
- 3 de context waarbinnen de geweldsuitingen plaats grijpen en de maatschappelijke interpretatie van de feiten, de motivatie en de gepaste maatschappelijke reactie kunnen dezelfde geweldsuitingen verschillend benoemd worden.

Een eerste perspectief is dat van de feitelijke geweldsuitingen die een slachtoffer heeft ondergaan, daarin onderscheiden we 4 verschillende vormen: fysiek, emotioneel-psychisch, seksueel en socio-economisch geweld.

Fysiek geweld

- Knijpen, bijten
- Slaan, trekken, duwen, schoppen, door elkaar schudden
- Wurgende vastbinden
- Van de trap of uit het raam duwen
- Meeslepen
- Bedreigen of verminken met een wapen (zoals een mes, geweer, stompe voorwerpen...)
- Snijwonden, brandwonden, schotwonden, breuken of inwendige letsels toebrengen
- Onnodig en onaangepast toedienen van alcohol, drugs en/of medicatie
- Folteren
- Poging tot moord en moord
- Handel van organen, lichaamsdelen etc.
- Fysieke slavernij

Fysiek geweld is verschillend van een ongeval.

Emotioneel-psychisch geweld

- Verbaal geweld (vervloeken, schelden, verwijten, valselijk beschuldigen enz.)
- Vernedering (pesten, kleineren, afwijzen, geen respect tonen, racistische of discriminerende commentaar geven, ridiculiseren van behoeften, beliegen, negeren, ontkennen bestaan, enz.)
- Bedreigen (roekeloos gedrag om iemand bang te maken en te intimideren, persoonlijke ruimte binnendringen, objecten vernietigen, enz.)
- Opsluiting: beperking van de vrijheid (je het huis niet laten verlaten, je moedertaal niet mogen spreken, geen contact met anderen toestaan, je opsluiten, je

geld afnemen waardoor je niet in staat bent om in basisbehoeftes te voorzien, enz.)

- Relationeel geweld (je kinderen niet mogen zien, ontrouw, iemand anders huwen, familierelaties vernietigen enz.)

Seksueel geweld

“Seksueel geweld omvat elke seksuele daad, poging om een seksuele daad te verkrijgen, ongewenste seksuele opmerkingen of uitnodigingen, trafficking of gelijk welke andere daad gericht tegen de seksualiteit van een persoon, uitgeoefend door middel van dwang, door gelijk welke persoon, ongeacht de relatie tot het slachtoffer, in gelijk welke omgeving.” [4]

Naar gelang de graad van fysiek contact en het doel van het geweld kunnen we seksueel geweld in zes vormen opdelen [5-7]:

- 1 **Seksuele intimidatie** (geen fysiek contact) - Elke ongewenste, vaak herhaaldelijke en onbeantwoorde, seksuele toenadering, ongewenste seksuele aandacht, vraag naar seksuele toegang of diensten, seksuele toespeling of ander verbaal of fysiek gedrag van seksuele aard [8]. Het omvat onder meer:
 - ongewenste seksuele toenaderingen of uitnodigingen
 - seksuele intimidatie
 - onder dwang naar porno moeten kijken
 - onder dwang om naar iemand moeten kijken die seks heeft of masturbeert
 - onder dwang zich moeten ontkleden in een seksuele context
- 2 **Seksueel misbruik** (fysiek contact zonder penetratie) - Feitelijke of dreiging met fysieke toenadering van een seksuele aard, door kracht of onder ongelijke of dwangmatige omstandigheden. Het omvat onder meer:
 - aanraken
 - knijpen
 - voelen
 - betasten
 - kussen
- 3 **Poging tot verkrachting** (poging tot penetratie met een object of lichaamsdeel)
- 4 **Verkrachting** (penetratie met een object of lichaamsdeel) – Het binnendringen van elk deel van het lichaam met een seksueel orgaan, of van de anale of genitale opening van het slachtoffer met elk object of ander lichaamsdeel door kracht, dreiging met geweld, dwang, uitbuiting van dwangmatige

omstandigheden of tegen een persoon die niet in staat is om volwaardige toestemming te geven (Internationaal Gerechtshof). Het betreft:

- enkelvoudige verkrachting (oraal, vaginaal, anaal, andere lichaamsopening)
- meervoudige verkrachting (meerdere lichaamsopeningen, meerdere malen)
- groepsverkrachting (door meer dan één persoon tegelijk of de één na de ander)
- gedwongen abortus
- gedwongen seksuele relaties met partner/ echtgenoot(o)t(e)

5 **Seksuele uitbuiting** (penetratie met een object of lichaamsdeel) – Elk misbruik van een positie van kwetsbaarheid, ongelijke machtsverhouding of vertrouwen voor seksuele doeleinden; dit omvat het tijdelijk, sociaal of politiek profiteren van de seksuele uitbuiting van een ander (IASC).

Het omvat:

- gedwongen prostitutie (gedwongen door een ander)
- transactionele seks om te overleven: in ruil voor voeding, kleding, geld, papieren etc. (zelfs indien je hier zelf toe besliste maar geen andere optie had)
- seksueel misbruik van macht door een professionele hulpverlener
- gedwongen huwelijk voor seks

6 **Seksueel geweld als oorlogswapen/folterpraktijk** – Elke handeling of bedreiging van seksuele aard die zware fysieke of mentale pijn of lijden veroorzaakt om informatie, een bekentenis of straf van het slachtoffer of andere persoon te bekomen, hem/haar of een derde te intimideren of voor de, gedeeltelijke of gehele, vernietiging van een nationale, etnische, raciale of religieuze groep. Het is een misdad tegen de mensheid en omvat:

- verkrachting
- seksuele slavernij
- gedwongen abortus
- gedwongen sterilisatie
- gedwongen zwangerschap
- gedwongen voldragen van een kind
- gedwongen opvoeden van een kind

Socio-economisch geweld

Socio-economisch geweld ontzegt een persoon bijstand, mogelijkheden, diensten en integratie omwille van hun gender, leeftijd, afkomst, religie, wettelijk statuut etc. Dit geweld verhindert de persoon om de civiele, sociale, culturele en/of politieke rechten zoals vastgelegd in

internationale verdragen rond mensenrechten uit te oefenen [5-7]. Het omvat:

- Discriminatie en/of ontzegging van mogelijkheden en diensten
- Weigering van bijstand/diensten (bijv. medicatie, gezondheidszorg, sociale bijstand, opleiding, schadeloosstelling, werk etc.)
- Sociale uitsluiting (geweigerde toegang tot een groep, een gemeenschap)
- Weigering van wettelijke bijstand of bescherming

Het tweede soort definitie bekijkt het geweld vanuit het **perspectief “pleger-slachtoffer”** en interpreteert het motief waarvoor de “pleger” geweld pleegde vanuit zijn/haar relatie tot het slachtoffer. Het omvat alle voorgaande feitelijke geweldsuitingen maar bekijkt die vanuit die relatie en/of dat motief.

Vanaf dit gedeelte hoeft je niet alle definitie in detail mee te geven maar enkel de belangrijkste elementen. Voor eventuele vragen, geven we in de handleiding de gangbare definitie mee.

Gendergerelateerd geweld “omvat elke handeling van fysiek, psychologisch of seksueel geweld in de familie, gemeenschap of gepleegd of getolereerd door de staat dat resulteert in, of waarschijnlijk is te resulteren in fysieke, seksuele of psychologische schade of lijden. Daaronder verstaat men ook bedreiging met zulke handelingen, dwang of willekeurige beperking van iemands vrijheid, of dit nu publiekelijk gebeurt, privé of in situaties van gewapend conflict. Het is gericht tegen een persoon op basis van zijn/haar gender of geslacht.” [9]

Intrafamiliaal geweld. Tot op heden bestaat er nog geen internationale of nationale consensus-definitie. In Vlaanderen is de volgende het meest gangbaar: “Intrafamiliaal geweld is elk herhaald dwingend en/of intimiderend gedrag, uitgeoefend tegenover een gezins- of familielid of een (ex-) partner. Het geweld kan zowel van fysieke, psychische/emotionele, seksuele en/of economische aard zijn ongeacht de leeftijd van de betrokkenen. Het omvat onder meer kindermishandeling, oudermis(be)handeling, partnergeweld, stalking, incest, enzoverder.” [10]

Partnergeweld “Omvat het geheel aan gedragingen, handelingen en houdingen van één of beide van de partners of ex-partners die erop gericht zijn de andere

te controleren en te domineren. Het omvat fysieke, psychische, seksuele en economische agressie, bedreigingen of geweldspelingen die zich herhalen of kunnen herhalen en die de integriteit van de ander en zelf zijn/haar socio-professionele integratie aantasten. Dit geweld treft niet alleen het slachtoffer, maar ook de pleger, de andere familieleden waaronder de kinderen. Het is een vorm van intrafamiliaal geweld.” [10]

Kindermishandeling De vertrouwenscentra Kindermishandeling gebruiken volgende definitie: “Elke situatie waarin het kind/de jongere slachtoffer is van fysieke, psychische of seksuele aard of dit nu actief of passief is. Specifieke vormen zijn mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik.” In de praktijk vertaalt zich dit tot het gebruik van volgende definitie: “Kindermishandeling en -verwaarlozing is elke vorm van actieve of passieve geweldpleging of verzuim dat kinderen en jongeren overkomt, niet door ongeval maar door daden of nalatigheden van ouders, verzorgers, andere personen, instellingen of de maatschappij, en waarbij afwijkingen bij het kind ontstaan of redelijkerwijze mag verwacht worden dat ze zullen ontstaan of waarbij hun optimale ontwikkeling in het gedrang komt.” [11]

De WHO opteert voor: “Kindermishandeling en – verwaarlozing omvat alle vormen van fysieke en/of emotionele misbehandeling, seksueel geweld, verwaarlozing of commerciële of andere uitbuiting die uitmondt in schade of mogelijke schade toebrengt aan de gezondheid, overleving, ontwikkeling en integriteit van een kind en dit in de context van een relatie van verantwoordelijkheid, vertrouwen of macht.” [4]

Ouderenmis(be)handeling “Onder mishandeling van een oudere persoon (iemand vanaf 55 jaar) verstaan we al het handelen of nalaten van handelen (= misbehandeling) van al degenen die in een persoonlijke en/of professionele relatie met de oudere staan, waardoor de oudere persoon (herhaaldelijk) lichamelijk en/of psychisch en/of materiële schade lijdt dan wel vermoedelijk zal lijden en waarbij van de kant van de oudere sprake is van een vorm van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid”. [12]

Zowel klinische rapporten als de meeste legale internationale instellingen erkennen de volgende types mishandeling: 1) fysieke mishandeling, die de handelingen omvatten die gedaan zijn met de intentie om fysieke pijn of verwondingen te veroorzaken, 2) psychologische mishandeling, gedefinieerd als de handelingen gedaan met de bedoeling emotionele pijn te veroorzaken,

3) seksuele agressie, 4) materiële uitbuiting met het misbruiken van het geld en het eigendom van de oudere en 5) verwaarlozing of het falen van een toegewezen zorgverlener om aan de noden van een afhankelijke oudere te voldoen. [13]

Geweld tijdens de zwangerschap “Is doorgaans een vorm van partnergeweld waarbij drie patronen tijdens de zwangerschap – hier ruim gezien als: vanaf een jaar voor de zwangerschap tot een jaar na de bevalling- onderscheiden kunnen worden [14]:

- 1 Persisterende problematiek van partnergeweld maar met eventuele veranderingen in de uitingen van geweld (nu meer of minder op de buikzone gericht)
- 2 Zwangerschap als protectieve factor: stopt tijdens de effectieve vaststelling van zwangerschap maar herbegint vaak na de bevalling
- 3 Zwangerschap als risicofactor: geweld start tijdens de zwangerschap”

Schadelijke culturele praktijken

- 1 **Gedwongen huwelijk:** gearrangeerd huwelijk tegen de wil van op zijn minst één van de partners.
- 2 **Kindhuwelijk:** Betreft elk huwelijk onder de leeftijd van 18 jaar. Voor deze leeftijd is een kind fysiek, fysiologisch en psychologisch niet klaar om de verantwoordelijkheden van het huwelijk, het baren van kinderen en het moederschap op haar/zijn schouders te nemen. [8]
- 3 **Vrouwelijke genitale verminking:** omvat alle ingrepen aan de uitwendige genitaliën van vrouwen en meisjes om niet-therapeutische redenen. De WHO (2008) onderscheidt 4 types [15]:
 - » Type 1: cliterodectomie: de excisie van het preputium of kapje van de clitoris met of zonder het verwijderen van delen van of de gehele clitoris
 - » Type 2: excisie: het gedeeltelijk of volledig wegsnijden van de clitoris en de labia minora met of zonder excisie van de labia majora
 - » Type 3: infibulatie: de vernauwing van de vaginale opening door een bedekkende afsluiting, gecreëerd door het wegsnijden en aan elkaar hechten van de labia minora en/of labia majora, met of zonder excisie van de clitoris
 - » Type 4: alle andere schadelijke praktijken omwille van niet-medische redenen zoals prikken, piercen, incideren, afkrabben en dichtschrœien.

- 4 **Eergerelateerd geweld:** is elke vorm van geestelijk of fysiek geweld gepleegd vanuit een collectieve mentaliteit in een reactie op een (dreiging van) schending van de eer van een man of vrouw en daarmee van zijn of haar familie waarvan de buitenwereld op de hoogte is of dreigt te geraken.[8]
- 5 **Gendergerelateerde kindermoord:** abortus of het vermoorden van baby's omdat hun geslacht en/of gender als minderwaardig wordt beschouwd in een bepaalde samenleving (meestal meisjes)
- 6 **Verwaarlozen** van kinderen omdat hun geslacht/en of gender als minderwaardig beschouwd wordt in een bepaalde samenleving

Het derde perspectief is dat van de maatschappij:

scheppen van een context en interpreteren wat aanvaardbaar is en niet, beslissen wat een misdrijf is, en hoe er gereageerd moet worden.

- We spreken van geweld wanneer er geen toestemming is of kon gegeven worden voor een ongewenste handeling met mogelijke schadelijke gevolgen
- Wat is een misdrijf
- Welke reactie is noodzakelijk: strafmaat, bemiddeling, behandeling

Leg uit dat intrafamiliaal geweld dus een koepelterm is voor verschillende vormen van geweld die samen of apart kunnen voorkomen vanuit een familiale relatie of in huiselijk verband. Geef definities mee op papier en overloop.

Duid dat binnen intrafamiliaal geweld er vaak dynamieken van interactie zijn en het niet altijd duidelijk is wie pleger en wie slachtoffer is. Op zich is het ook niet aan de zorgverlener om hierover te oordelen. Wel om vast te stellen welke feitelijke geweldsuitingen de patiënt heeft ondergaan, welke de gevolgen daar van zijn, dit te attesteren, te behandelen en samen na te gaan hoe dit in de toekomst kan voorkomen worden en adequaat door te verwijzen.

Het is dus belangrijk om als zorgverlener het feitelijke perspectief te hanteren en te spreken over fysiek, emotioneel-psychisch, seksueel en socio-economisch geweld.

III. Mythes & feiten

🕒 15 min.

Bij aanvang: Deel de zaal op in een “akkoord” en een “niet akkoord”-kant. Vraag de deelnemers om in het midden te gaan staan en bij elke stelling een positie in te nemen. Akkoord of niet akkoord, neutraal kan niet. Lees de 5 stellingen elk apart voor, vraag hen positie in te nemen. Neem per stelling maximum 3 minuten, men moet onmiddellijk kiezen. Geef na elke stelling aan of ze juist of fout is en duidt vanuit een wetenschappelijke context kort waarom. Geef aan dat er in de latere presentatie dieper zal worden ingegaan op de bredere context alsook op mogelijke vragen.

Stelling 1: Intrafamiliaal geweld komt vooral voor in gezinnen van lagere sociale klasse of van allochtone afkomst.

Fout. Intrafamiliaal geweld komt zowel voor in families met een hoog als laag opleidingsniveau, met een hoog als laag of geen inkomen, bij families met jongeren en ouderen, van autochtone als allochtone afkomst, bij mensen die diep gelovig of sterk atheïstisch zijn: IFG kent met andere woorden weinig milieugrenzen maar kan in bepaalde kwetsbare contexten vaker voorkomen. Dit neemt niet weg dat er risicofactoren zijn waardoor sommige mensen een grotere kans hebben om betrokken te zijn in een geweldssituatie. Zo weten we bijvoorbeeld dat je 3 keer meer kans hebt om met geweld in aanraking te komen als je een laag inkomen hebt.

Stelling 2: Partnergeweld wordt soms uitgelokt door het slachtoffer.

Juist. Partnergeweld kan, maar is zelden een zwart/wit-zaak. Vaak zijn beide (ex)-partners beide motoren in het aanzwengelen van triggers en weten ze beide heel goed hoe ze de ander op stang kunnen jagen en wat de gevolgen hiervan zijn. Vaak maken zij zich beiden schuldig aan één of meerdere geweldsuitingen. Soms uit zich dat bij de ene partner veel sterker dan bij de andere. Uit recent wetenschappelijk onderzoek blijkt dat vrouwen hoofdzakelijk het voortouw nemen wanneer het over verbaal, psychisch-emotioneel maar ook fysiek partnergeweld gaat. Wanneer de man fysiek geweld pleegt, zijn de gevolgen echter vaak ernstiger[16-18]. Het is wel zo dat seksueel geweld binnen partnergeweld het vaakst door mannen wordt gepleegd. Toch maakt het aanzwengelen van dynamieken het niet aanvaardbaar dat geweldsuitingen gesteld worden. Tenslotte weten we dat sommige vrouwen/mannen ook liever het geweld zelf uitlokken, zodat ze tenminste controle over het moment waarop de uitbarsting komt en op die manier de druk van de ketel is...

Stelling 3: Zolang een kind zelf niet fysiek geslagen of mishandeld wordt wanneer zijn ouders gewelddadig zijn, zal het er later niet zoveel last van hebben.

Fout. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat ook het blootgesteld worden aan verbaal en/of fysiek geweld tussen ouders en hun partners een hogere kans biedt voor het kind om zelf later slachtoffer te worden en/of dader en dit zowel bij meisjes als jongens dan een kind die dit niet meemaakt. Wanneer het kind zelf in de brokken deelt, verhoogt de kans op heel wat ontwikkelingsstoornissen alsook op mogelijke revictimisatie en daderschap. Getuige zijn van partnergeweld bij de ouders is voor het kind even schadelijk als zelf rechtstreeks betrokken te zijn. Het merendeel van de kinderen is aanwezig in ofwel dezelfde ofwel een aanpalende ruimte.

Stelling 4: Patiënten vinden het best ok dat een zorgverlener vraagt of de patiënt misschien wel slachtoffer is van intrafamiliaal of seksueel geweld.

Juist. Uit onderzoek blijkt dat vrouwen er geen bezwaar tegen hebben dat er vragen over hun relatie en/of mogelijk geweld gesteld worden tijdens een gynaecologisch consult, of dit nu binnen of buiten een zwangerschap is. Wanneer screening gebeurt in deze context, blijkt dat er minder slachtoffers vallen. Verder onderzoek is noodzakelijk of systematische screening in andere diensten bij vrouwen en mannen, jongens en meisjes ook wenselijk is, zowel vanuit het oogpunt van primaire als secundaire of tertiaire preventie en behandeling. Voorlopig is daar nog geen eensluidend besluit uit te trekken.

Stelling 5: Het is de taak van de zorgverlener om een vrouw aan te moedigen de mishandelende partner te verlaten.

Fout. De zorgverlener krijgt eerst beter zicht op hoe de vrouw zich zelf voelt en bespreekt met haar de verschillende mogelijke acties en hun mogelijke consequenties. Samen stellen ze een actieplan op. Hou rekening met het “Stages of Change model”. (zie deel VII: signalen en symptomen herkennen en kaderen) Bij afronding: Vraag de deelnemers terug plaats te nemen in theateropstelling en duidt nogmaals dat in de presentaties die zullen volgen op elk van deze thema’s dieper in zal gegaan worden.

IV. Prevalentie

🕒 13 min.

Overloop de verschillende types geweld en hun specifieke prevalentiecijfers. Belangrijk om hierbij mee te geven is dat België een doorsneeland is op gebied van prevalentie, waarbij de cijfers voor meisjes/vrouwen én jongens/mannen hoger liggen dan wat men doorgaans aanneemt. Dat betekent dat de kans toch vrij groot is dat iedereen wel minstens iemand moet kennen, ook uit de persoonlijke levenssfeer, die betrokken is geweest bij een geweldssituatie: zowel intrafamiliaal als seksueel (los van wie dit pleegde).

V. Risico’s en gevolgen

van IFG & SG

🕒 10 min.

Overloop de presentatie van gevolgen en risicofactoren van intrafamiliaal geweld in het algemeen en seksueel geweld in het bijzonder. [3,16,19-21]

Bij risicofactoren:

Directe ervaring = zelf eerder geweld hebben meegemaakt als betrokken partij

Indirecte ervaring = blootgesteld zijn aan geweldpleging op een significante andere (vb vriendin, partner, kind,...) of aan de gevolgen ervan. Het is belangrijk te duiden dat een eerdere geweldservaring iemand kwetsbaarder maakt voor een volgende geweldservaring en dit zowel in de richting van slachtoffer als van dader.

Indien er meer duiding gevraagd wordt:

Onderzoek heeft aangetoond dat de cyclus slachtoffer-slachtoffer voornamelijk gelinkt wordt aan PTSS (en daardoor bijvoorbeeld niet meer in staat zijn om risico’s correct in te schatten, andere reactiepatronen,...).

De slachtoffer-dader cyclus is een stuk complexer en hangt onder meer af van de frequentie van het vroegere geweld, wie de dader was, van de hechtingsstijl af, coping met vroegere victimisatie, verleende steun en zorg, verwerkingsprocessen,... Wetenschappelijke literatuur geeft daar ook bij aan dat er andere patronen zouden zijn bij vrouwen dan bij mannen, maar dit moet verder onderzocht worden bij de verschillende geweldstypes. [16,17,22]

PAUZE

HOE OMGAAN MET IFG & SG ALS ZORGVERLENER?

 60 min.

VI. Algemeen: patiënt-gericht en multidisciplinair 5 min.

Overloop de 3 slides. Benadruk opnieuw en verwijst hierbij naar deel I definities: feitelijke definities, dat het niet de taak is van de zorgverlener om te oordelen of de patiënt de waarheid spreekt of niet, wie er slachtoffer en wie er dader is, hoe de details van het feit exact in elkaar steken in functie van het juridisch onderzoek,... De taak van de zorgverlener is hier een medische en/of psychosociale behandeling/steun te bieden en indien opportuun ondersteunend te zijn in forensisch onderzoek.

Onderzoek heeft ook aangetoond dat het beter is dat de patiënt in een acute fase niet een onnodig aantal keren haar/zijn verhaal van het gebeuren moet doen tenzij zij/hij aangeeft daar zelf nood aan te hebben. Indien de geweldservaring langer geleden is, kan dit sommige patiënten wel helpen in het verwerkingsproces.

VII. Signalen en symptomen van IFG & SG herkennen 12 min.

Overloop de verschillende signalen en symptomen voor geweld in het algemeen en specifiek voor intrafamiliaal en seksueel geweld. Duid met voorbeelden en laat vragen toe.

Onderstreep dat we voorzichtig moeten zijn met lijstjes, dat er vaak geen of geen duidelijke symptomen zijn maar eerder een reeks van vage klachten. IFG & SG herkennen gaat dus voornamelijk over het ontwikkelen van een sociale vaardigheid. Er moet altijd afgetoetst worden of de signalen en symptomen niet met iets anders dan met geweld te maken hebben.

Geef voor seksueel geweld duidelijk aan dat er bij (jong) volwassenen vaak geen genitale letsels te constateren

zijn als het niet om een ook fysiek agressieve verkrachting ging en/of met meerdere plegers.

VIII. Vragen stellen over IFG & SG 5 min.

In de presentatie zijn er enkele voorbeelden opgenomen van (inleidende) vragen die je kan gebruiken bij het bespreken van geweld met patiënten.

Het is wetenschappelijk aangetoond dat bevragen van geweld door patiënten helemaal niet als bedreigend wordt ervaren en zeker niet als dit op een systematische manier gebeurt, net zoals men vraagt naar gewicht, roken, alcoholgebruik. Vele slachtoffers hebben aangegeven dat zij dit zelfs ergens verwachten van de zorgverlener en dan ook zeer blij zijn als dit gebeurt. Men weet dan ook dat als dit systematisch bevroegd wordt, zij bij een volgende consultatie hierop kunnen terugkomen indien ze de eerste keer zich nog niet klaar achten om op dergelijke vragen te antwoorden.

Bij een studie bij meer dan 800 patiënten tussen 18-65 jaar op de spoeddienst van UZGent in 2013 [23] is aangetoond dat de algemene vraag “hoe voel je je thuis?” bij een twijfelend of negatief antwoord voldoende was om in het vervolgesprek ervaringen van intrafamiliaal geweld te kunnen bespreken en dit zowel bij vrouwen als bij mannen.

Voor wat zwangere vrouwen betreft, stellen meerdere richtlijnen om dit systematisch te gaan screenen. De zwangerschap is ook een periode waarin vrouwen doorgaans meer in contact komen met zorgverleners, dit wordt dus als “een window of opportunity” beschouwd.

Indien je voldoende tijd hebt (25 minuten extra), kan je deze sessie aanvullen met een oefening waarbij men in groepjes van 3 overeen komt over een beleefde casus,

1 iemand het slachtoffer speelt, 1 iemand de zorgverlener en 1 observator die 3 goeie en 3 verbeterpunten in de communicatie met de patiënt aangeeft. Daarna worden de rollen gewisseld tot elk van de drie personen aan bod is gekomen als patiënt en als zorgverlener. Geef feedback tijdens de rollenspellen. Bespreek daarna de ervaring in groep.

IX. Hoe reageren op onthullen en niet onthullen ⌚ 25 min.

Overloop de slides van hoe je best reageert wanneer een patiënt IFG of SG onthult of niet onthult. Bespreek hierbij eerst de dynamieken (Stages of Change Model) en ga bij het onthullen voldoende in op het medisch dossier, het medisch attest en de risicotaxatie. Voor wat risicotaxatie betreft, is er voor partnergeweld in Vlaanderen een handboek op de markt [24].

Voor seksueel grensoverschrijdend gedrag hebben we in de voortgezette opleiding het kleursysteem gezien van aanvaardbaar tot absoluut grensoverschrijdend en bijgevolg onaanvaardbaar gedrag [25,26].

Voor wat de aanpak van seksueel geweld betreft, wordt internationaal aangenomen dat het wenselijk is om slachtoffers van seksueel geweld holistisch en multidisciplinair op te vangen [1,2,27,28]. 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 de kwaliteit van zorg, het

sneller herstel van het slachtoffer en de preventie van opnieuw slachtoffer worden of opnieuw plegen [2,29-37]. Zowel de WHO als andere toonaangevende internationale gezondheidsorganisaties en internationale vakbladen hebben richtlijnen en adviezen uitgevaardigd rond de centrale rol van de gezondheidssector in die holistische aanpak van seksueel geweld zowel op preventief als curatief vlak [1,8,28,38-41].

Voor de concrete aanpak van seksueel geweld: verwijst hierbij naar de “Checklist voor optimale zorg voor slachtoffers van seksueel geweld in Belgische ziekenhuizen” [42]. Geef deze desgewenst mee.

X. Bespreking team & verwijzing ⌚ 5 min.

Overloop de slides en benadruk de nood aan de aanpak van intrafamiliaal en seksueel geweld als multidisciplinair team in de ziekenhuizen. Geef kort de belangrijkste artikels van het wetboek mee rond (gedeeld) beroepsgeheim en de recente uitbreiding voor kwetsbare personen. Op zich is het bespreken van beroepsgeheim een vorming op zich. Indien mogelijk, schakel hiervoor een expert in.

XI. Discussie ⌚ 8 min.

Bedank alle deelnemers en bespreek hoe de aanpak van intrafamiliaal en seksueel geweld nu verloopt in het ziekenhuis, en welke uitdagingen/mogelijkheden/noden daar te ontdekken vallen.

Referenties

- 1 WHO: Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. 2003:1-155.
- 2 WHO: *Violence prevention: the evidence*. Geneva: WHO; 2010.
- 3 WHO: *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of partner violence and sexual non-partner violence*. Geneva: WHO; 2013.
- 4 WHO: *World report on violence and health*. Geneva: WHO; 2002.
- 5 Keygnaert I, Vangenechten J, Devillé W, Frans E, Temmerman M: *Senperforato Frame of Reference: Prevention of SGBV in the European Reception & Asylum Sector*. Ghent: Magelaan; 2010.
- 6 Keygnaert I: Seksueel geweld tegen vluchtelingen, asielzoekers en mensen zonder wettig verblijf in België en Nederland. In *Vrouwen onder druk: Schendingen van de seksuele gezondheid bij kwetsbare vrouwen*. Edited by Leye E, Temmerman M. Tiel: Lannoo Campus; 2010:69-89.
- 7 Keygnaert I: *Sexual Violence and Sexual Health in Refugees, Asylum Seekers and Undocumented Migrants in Europe and the European Neighbourhood: Determinants and Desirable Prevention*. Ghent: ICRH-Ghent University; 2014.
- 8 UNHCR: *Sexual and Gender-Based Violence Against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons - Guidelines for Prevention and Response*. Geneva: 2003.
- 9 UN. Beijing Declaration and Platform for Action, Fourth World Conference on Women. 1995.
- 10 Keygnaert I, Van Parys A, Verpoest B, Offermans A, Temmerman M. Aanpak van Intrafamiliaal Geweld in de Belgische Ziekenhuiscontext: vormingsacties voor zorgverleners in opdracht van de FOD Volksgezondheid. Eindrapport 2012. 2012. Ghent, FOD Volksgezondheid.
- 11 Adriaenssens P. definitie kindermishandeling. 2011.
- 12 VLOCO. Definitie ouderenmis(be)handeling. 2015.
- 13 Lachs MS, Pillemer K: Elder abuse. *Lancet* 2004, 364: 1263-1272.
- 14 Van Parys AS, Verhamme A, Temmerman M, Verstraelen H: Intimate partner violence and pregnancy: a systematic review of interventions. *PLoS One* 2014, 9: e85084.
- 15 Leye E, Ysebaert I, Deblonde J, Claeys P, Vermeulen G, Jacquemyn Y et al.: Female genital mutilation: knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008, 13: 182-190.
- 16 Dutton DG: The case against the role of gender in intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior* 2012, 17: 99-104.
- 17 Straus MA: Gender symmetry in partner violence: Evidence and Implications for prevention and treatment. In *Preventing partner violence: Research and evidence-based intervention strategies*. Edited by Whitaker DJ, Lutzker JR. Washington D.C.: American Psychological Association; 2009:245-271.
- 18 Straus MA: Blaming the messenger for the bad news about partner violence by women: the methodological, theoretical, and value basis of the purported invalidity of the conflict tactics scales. *Behav Sci Law* 2012, 30: 538-556.
- 19 Keygnaert I, Dias SF, Degomme O, Deville W, Kennedy P, Kovats A et al.: Sexual and gender-based violence in the European asylum and reception sector: a perpetuum mobile? *Eur J Public Health* 2014.
- 20 Dutton DG: The complexities of domestic violence. *American Psychologist* 2007, 62: 708-709.
- 21 Jina R, Thomas LS: Health consequences of sexual violence against women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013, 27: 15-26.
- 22 Dutton DG, White KR: Attachment insecurity and intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior* 2012, 17: 475-481.
- 23 Clauwaert M, Keygnaert I, De Paep P: *Screening naar het algemeen welzijn thuis bij alle 18 tot 65-jarige patiënten die zich aanmelden op de spoeddienst van het UZ Gent. Een pilootonderzoek naar familiaal geweld*. 2014.
- 24 Groenen A, Matkoski S: *Partnergeweld: screening en risicotaxatie*. Maklu Uitgevers; 2014.
- 25 Frans E, Keygnaert I: *Make it Work! Training Manual for Prevention of SGBV in the European Reception & Asylum Sector*. Ghent: Academia Press; 2009.
- 26 Frans E, Franck T, Janssen K: *Vlaggensysteem: praten met kinderen en jongeren over seks en seksueel grensoverschrijvend gedrag*. Antwerpen, Apeldoorn: Garant; 2010.
- 27 Centers for Disease Control and Prevention. *Sexual Violence Prevention: Beginning the Dialogue*. 2004. Atlanta, CDC.
- 28 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.
- 29 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.
- 30 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.
- 31 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.
- 32 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.
- 33 Du Mont J, Parnis D: The doctor's dilemma: caregiving and medicolegal evidence collection. *Med Law* 2004, 23: 515-529.
- 34 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.
- 35 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.
- 36 Lutwak N: Medical care for sexual assault victims. *Sex Transm Infect* 2012, 88: 283.
- 37 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.
- 38 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.
- 39 Ross R, Draucker CB, Martsof D, Adame 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.
- 40 Markowitz J, Chasson S: Integrating prevention into practice: an introduction to sexual violence primary prevention literature. *J Forensic Nurs* 2006, 2: 197-198.
- 41 Cybulska B: Immediate medical care after sexual assault. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013, 27: 141-149.
- 42 Keygnaert I, Gilles C, Roelens K: *Checklist voor de optimale zorg van slachtoffers van seksueel geweld in Belgische ziekenhuizen*. ICRH-Universiteit Gent, UMC Sint Pieter en UZ Gent. In opdracht en met de steun van de FOD Volksgezondheid; 2015.