

DE HUISARTS IN CONTACT MET PARTNERGEWELD

Een evidence-based onderbouwd werkmodel

L. DE DEKEN, L. PAS, K. HILLEMANS, E. CORNELIS

SAMENVATTING

Partnergeweld is een maatschappelijk probleem dat vaak onderschat wordt. Huisartsen weten vaak niet op welke signalen ze moeten letten, hoe ze partnergeweld bespreekbaar moeten maken, welke rol ze moeten vervullen en hoever ze hierin kunnen en mogen gaan.

Partnergeweld schaadt zowel op sociaal als economisch gebied en het beïnvloedt de mentale en fysieke gezondheid van individuele vrouwen, mannen, adolescenten en kinderen.

Als gezinsarts kan de huisarts in de detectie en aanpak van partnergeweld een cruciale rol spelen.

Dit werkmodel is een aanvulling bij de aanbeveling over partnergeweld: De Deken L, Pas L, Hillemans K, Cornelis E, Van Royen P. Detectie van partnergeweld: een aanbeveling voor de huisarts. *Huisarts Nu* 2010;39:S57-S63.

L. De Deken, huisarts en medewerker afdeling Onderzoek, Domus Medica;

L. Pas, huisarts en hoofd afdeling Onderzoek, Domus Medica;

K. Hillemans, huisarts en voorzitter commissie Psychosociaal Onderzoek, Domus Medica;

E. Cornelis, psychologe, afdeling Onderzoek, Domus Medica.

Correspondentie: lutgart.de.deken@skynet.be

Dit werkmodel werd gemaakt in samenwerking met de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

De Deken L, Pas L, Hillemans K, Cornelis E. De huisarts in contact met partnergeweld. Een evidence-based onderbouwd werkmodel. *Huisarts Nu* 2010;39:339-45.

Inbreng van de patiënt en afweging door de huisarts

Werkdocumenten voor goede medische praktijk zijn zowel richtinggevend als ondersteunend en geven een houvast bij het nemen van diagnostische of therapeutische beslissingen in de huisartsgeneeskunde. Zij vatten voor de huisarts samen wat voor de gemiddelde patiënt wetenschappelijk gezien het beste beleid is. Daarnaast is er de agenda van de patiënt, die een gelijkwaardige partner is bij het nemen van beslissingen. Daarom moet door een heldere communicatie de vraag van de patiënt voor de huisarts duidelijk zijn en moet de huisarts de patiënt voldoende informeren over alle aspecten van de verschillende beleidsopties. Het kan dus voorkomen dat de huisarts samen met de patiënt verantwoord en beredeneerd een andere beste keuze doet. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in het werkdocument aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld.

INLEIDING

Partnergeweld is een maatschappelijk probleem dat vaak onderschat wordt. Toch komt het in veel gezinnen voor. Ook huisartsen weten vaak niet op welke signalen ze moeten let-

ten, hoe ze partnergeweld moeten bespreekbaar maken, welke rol ze moeten vervullen en hoever ze hierin kunnen en mogen gaan. In deze tekst trachten we een aantal handvatten voor huisartsen aan te reiken om met deze problematiek te kunnen omgaan.

Partnergeweld schaadt zowel op sociaal als economisch gebied en het beïnvloedt de mentale en fysieke gezondheid van individuele vrouwen, mannen, adolescenten en kinderen. Hagerty et al. toonden aan dat partnergeweld belangrijke gezondheidsproblemen veroorzaakt die van de grootteorde zijn van diabetes en astma ¹.

De impact van geweld op vrouwen is groot. Geweld is een significante oorzaak van verhoogde morbiditeit en mortaliteit. Vrouwen die geweld ondergaan, hebben een verhoogd risico op middelenabusus, mentale stoornissen, chronische fysieke klachten en seksuele problemen ².

DEFINITIES

Partnergeweld of geweld in intieme relaties is een geheel van gedragingen, handelingen en houdingen van één van de partners of ex-partners dat erop gericht is de andere te controleren en te domineren. Het omvat combinaties van fysieke, psychische, seksuele en economische agressie, bedreigingen of geweldplegingen die zich herhalen of kunnen herhalen en die de integriteit van de ander en zelfs zijn socioprofessionele integratie kunnen aantasten. Dit geweld treft niet alleen het slachtoffer, maar ook de andere familieleden, onder wie de kinderen. Het is een vorm van intrafamiliaal geweld. Meestal zijn de daders mannen, maar het kunnen ook vrouwen zijn ³. In de meeste onderzoeken rond partnergeweld werd van vrouwen als slachtoffers uitgegaan. We kozen er dan ook voor om in dit werkmodel, wanneer we het over 'het slachtoffer' hebben, over 'zij/haar' te spreken. Dit betekent niet dat we geen oog hebben voor mannelijke slachtoffers ⁴. 'Zij' staat dus zowel voor man als voor vrouw tenzij in specifieke situaties (bv. tijdens zwangerschap).

HOE VAAK KOMT PARTNERGEWELD VOOR?

De prevalentie van partnergeweld is moeilijk juist te bepalen. Het staat wel vast dat partnergeweld vaak voorkomt en hoofdzakelijk vrouwen treft. Wereldwijd zou 10-50% van alle vrouwen fysiek geweld ondergaan van hun eigen partner ⁴. Volgens epidemiologische studies zou 12-25% van de vrouwen minstens eenmaal in hun leven het slachtoffer zijn van een poging tot verkrachting of ernstig seksueel misbruik ⁵.

Analoge cijfers voor België dateren van 1998⁶. Men had een toename verwacht, maar de cijfers uit het onderzoek betreffende geweld, in opdracht van het Instituut voor de Gelijkheid van vrouwen en mannen, kunnen deze toename niet bevestigen⁷. De manier van vraagstelling is echter niet op dezelfde manier gebeurd en de definitie van partnergeweld was ook anders.

In de huisartsenpeilpraktijken werden in België tussen 2002-2004 963 gevallen van intrafamiliaal geweld geregistreerd. Dit is waarschijnlijk een sterke onderschatting van de reële situatie. Conform buitenlandse bevindingen waren vier op vijf slachtoffers vrouwen, terwijl 90% van de daders mannen waren. Zestig procent van de slachtoffers was tussen 25 en 54 jaar⁸.

In het jaar van de zwangerschap en ervoor onderging 3,4% van de vrouwen partnergeweld en bij bevraging van zwangere gaf 10,1% aan dat dit ooit plaatsgevonden had^{9,10}.

Politie registraties in Nederland tonen aan dat 12% van de gevallen van huiselijk geweld bij de politie gemeld werd¹¹.

Nieuw-Zeeland is een van de weinige landen waar er cijfers voor partnergeweld zijn, zowel voor mannen als voor vrouwen. Men vermoedt dat tussen 15 en 35% van de vrouwen geslagen of gedwongen werd tot seksuele relaties minstens eenmaal in hun leven; tussen 15 en 21% van de vrouwen rapporteerde fysiek of seksueel geweld en 44 tot 53% was psychologisch misbruikt gedurende de laatste twaalf maanden. Van de mannen zou 7% slachtoffer zijn van partnergeweld. De meerderheid van de daders zowel in heteroseksuele als in homoseksuele koppels, zijn mannen¹².

WELKE PARTNERRELATIES ZIJN AT RISK?

Er bestaan weinig epidemiologische gegevens die erop wijzen dat bepaalde kenmerken of gebreken van het slachtoffer de kans op partnergeweld beïnvloeden. Enkel de personen die tijdens hun kinderjaren geweld meemaakten, hebben meer kans om slachtoffer te worden van geweld¹³⁻¹⁵.

Risicofactoren voor partnergeweld tijdens de zwangerschap zijn: jonge leeftijd, lage sociaaleconomische status, lage schoollingsgraad, alleenstaande moeder, drugs^{16,17}.

CYCLUS VAN GEWELD

De natuurlijke evolutie van partnergeweld zonder interventie wordt beschreven als de 'cyclus van geweld'. Deze cyclus van geweld werd oorspronkelijk beschreven in een onderzoek over het leven van vrouwen in een vluchthuis en vertoont de volgende drie fasen¹⁸:

- eerste fase: het optreden van spanningen binnen de relatie en het optreden van woede-uitbarstingen die progressief toenemen;
- tweede fase: het optreden van fysiek, verbaal en/of seksueel geweld;
- derde fase: worden ook de 'honeymoonperiode' of de 'wittebroodsweken' genoemd: tijdens deze fase vertoont de agressieve persoon tekenen van spijt en wroeging en belooft hij dat het nooit meer zal gebeuren.

KERNPUNTEN

Vraag bij bevestiging van geweld zorgvuldig de ernst van de letsels na, bevrage escalatie en bespreek veiligheid en veiligheidsmaatregelen.

De inschatting van de urgentiegraad, de ernst van het geweld en de veiligheid van het slachtoffer moeten prioritair deel uitmaken van elke consultatie van een potentieel slachtoffer.

Neem tijd om de situatie en beleving van de verschillende betrokkene(n) op neutrale wijze te analyseren en bepaal de uitlokkende factoren.

Informeert de betrokkenen over de mogelijke hulpverlening en volg actief de gemaakte afspraken op.

Hou rekening met eigen grenzen en zoek samenwerking met andere hulpverleners.

Geef bijzondere aandacht aan kinderen die getuige zijn van partnergeweld. Noteer zorgvuldig subjectieve en objectieve bevindingen in het dossier en verstrek een medisch certificaat.

Roep zo nodig de noodtoestand in om de integriteit van het leven te garanderen via een beroep op procureur en politie, maar enkel als alle andere hulpverleningsmogelijkheden uitgeput zijn.

Adviezen

Er moet een klinisch protocol worden opgesteld om tijdens de consultaties het gevaar van de patiënt en andere familieleden vast te stellen.

De belangrijkste indicatoren hiervoor volgens de literatuur zijn:

- aanwezigheid van wapens thuis: al gebruikt of dader dreigt ze te gebruiken
- verleden van geweld: seksueel misbruik of geweld tijdens de zwangerschap
- escalatie van geweld: frequentie en ernst van het geweld zijn toegenomen na een bepaalde tijd; het geweld vindt ook plaats buitenshuis
- vrees voor eigen leven, geuit door de patiënt
- levensbedreigde verwondingen
- verleden van depressie of zelfmoord
- het kenbaar maken van zelfmoordwens of zelfmoordpoging
- geplande scheiding: het slachtoffer is van plan om de partner te verlaten of te scheiden in de nabije toekomst
- dader dreigt om zichzelf, de kinderen of de partner te vermoorden (bv. omdat de dader niet zonder de partner kan leven).

Op basis van deze verschillende indicatoren moet men:

- de onmiddellijke veiligheid evalueren
- het risico op moord, zelfmoord en depressie evalueren
- rekening houden met de risico's voor andere familieleden
- begrijpen dat geweld een schadelijke invloed kan hebben op de uitoefening van de ouderlijke rol van het slachtoffer
- evaluatie van beschikbare hulpmogelijkheden van het slachtoffer.

Evalueer de situatie van de patiënt:

- de invloed van de partner
- het bestaan van betrouwbare personen
- de economische afhankelijkheid en de kwetsbaarheid.

Als geen interventie plaatsvindt, herhaalt deze cyclus zich met een toename in ernst en frequentie. Het blijkt dat een vrouw die het slachtoffer is van partnergeweld, dertig gewelddaden zal ondergaan alvorens ze die bekendmaakt ¹⁹.

Het is geweten dat de drie cyclusfasen echter verschillend kunnen evolueren en op verschillende manieren voorkomen in het dagelijkse leven. Gemeenschapsfactoren, etniciteit en relationele verschillen binnen koppels beïnvloeden het gebeuren, maar zijn niet opgenomen in het model van de cyclus van geweld.

EFFECT VAN INTERVENTIES

Er worden verschillende psychotherapeutische modellen (systeemtherapie, cognitieve gedragstherapie,...) beschreven in de literatuur, maar er is weinig onderzoek dat de effectiviteit van deze modellen aantoont. Het gebrek aan resultaten over gedragsverandering en gebrek aan een verantwoorde methodologie maken het immers moeilijk om de interventies evidence based te onderbouwen ^{20,21}. Toch zijn de internationale gezondheidsorganisaties het erover eens dat artsen en verpleegkundigen hun taak van detectie, begeleiding en assistentie aan personen die slachtoffer zijn van geweld, moeten opnemen.

DIAGNOSE VAN PARTNERGEWELD

Suggestieve tekens

Als een patiënt zich aanmeldt met wonden in het gelaat, de hals, de keel, de borst, de buik, of de genitaliën, dan moet de huisarts aan geweld denken, zeker als de wonden veelvuldig, bilateraal of volgens een bepaald patroon voorkomen.

Indicatoren die kunnen wijzen op geweld, zijn psychologische problemen of vage somatische klachten zoals chronische pijnen, vermoeidheid, slapeloosheid ²².

Dyspareunie en niet-cyclische bekkenpijn zouden de huisarts altijd alert moeten maken om de vraag naar partnergeweld te stellen ²³. De associatie tussen geweld en chronische bekkenpijn is consistent en suggereert sterk dat er een oorzakelijk verband is.

Aandacht moet ook gaan naar bijzonder gedrag, zoals het uitstellen van het vragen van hulp, het vermelden van tegenstrijdigheden of het uiterst frequent consulteren. Een partner die opvallend attentief of agressief is of een patiënt die erg angstig is in het bijzijn van de partner, zijn situaties waarbij men ook aan geweld moet denken ²⁴.

Relevante vragen

- De huisarts peilt naar spanningen thuis. Bij prenatale raadplegingen of in geval van onverklaarde en vage klachten, gedragsveranderingen, psychische problemen zoals angst en depressie, herhaalde traumata en veelvuldig consulteren, peilt de huisarts naar de angst om naar huis te gaan of voor geweld.
- Met het stellen van een beperkt aantal directe vragen kan partnergeweld vroegtijdig onthuld worden:
 - *“Heb je je ooit onveilig gevoeld thuis?”*

- *“Heeft iemand je thuis ooit gekwetst of geprobeerd te kwetsen op welke manier ook?”*

- Bij zwangere vrouwen dient systematisch, neutraal maar toch duidelijk gevraagd te worden naar geweld, omdat geweld tijdens deze periode vaak voorkomt en om mogelijke gevolgen voor het kind te voorkomen.

DE ERNST VAN HET PARTNERGEWELD INSCHATTEN

De inschatting van de urgentiegraad, de ernst van het geweld en de veiligheid van het slachtoffer moet prioritair deel uitmaken van elke consultatie van een potentieel slachtoffer. Er bestaat geen gevalideerde lijst van criteria. De betrokkenen zijn de voornaamste bron van informatie. Deze informatie kan variëren naarmate de tijd verstrijkt. De arts moet zeer grondig te werk gaan en evaluaties herhalen in daaropvolgende consultaties, aangezien het potentiële slachtoffer bewust of onbewust het gevaar waarmee ze geconfronteerd wordt, kan minimaliseren.

De rol van de huisarts als familiearts confronteert hem vaak met de slachtoffers en met de gewelddadige partner ²⁵⁻²⁷.

Meerzijdige partijdigheid is een benadering waarbij de therapeut afwisselend vanuit de context van elke patiënt de situatie bekijkt. Dit betekent dat de therapeut zich inleeft in de beleefwereld en context van ieder familielid, om de menselijkheid van de reacties te begrijpen, zelfs als de patiënt agressie pleegt. Dit laat toe het gedrag neutraal te bespreken en naar alternatieven te zoeken zonder de betrokkene te veroordelen ²⁸.

De gewelddadige partner dient te worden aangespoord om de verantwoordelijkheid te nemen voor zijn handelen en moet bereid zijn om te veranderen. Verschillende initiatieven op het gebied van dadertherapie werden recent opgestart. Hierbij is verwijzing naar een gespecialiseerde hulpverlening nuttig ²⁹.

BESLISSINGSBEKWAAMHEID VAN HET SLACHTOFFER

Het is belangrijk dat de huisarts de beslissingsbekwaamheid van de patiënt evalueert. In de literatuur wordt de evaluatie van de beslissingsbekwaamheid van slachtoffers echter niet behandeld. De graad van zelfstandigheid van de patiënt wordt bepaald op basis van een algemene inschatting door de huisarts. Problemen op psychisch gebied worden geëvalueerd, zoals de graad van angst, emotionaliteit,... Dit wordt dan ook in het dossier genoteerd. Persoonlijkheidsstoornissen spelen een belangrijke rol bij partnergeweld. Mensen met zulke stoornissen kunnen moeilijk omgaan met ambivalenties, zij kunnen moeilijk differentiëren in gevoelens en hun cognitief-affectief organisatieniveau schiet tekort.

ROUTEKAART INTRAFAMILIAAL GEWELD

De ‘Routekaart Intrafamiliaal geweld’ hoort bij de interne procedures m.b.t. tot het gevaar voor schade van integriteit en de werkwijze voor het verwerven, gebruiken en doorgeven van informatie van de patiënt ³⁰.

Routekaart intrafamiliaal geweld ³⁰

Zorgsignalering en handelen bij (vermoedens van) intrafamiliaal geweld

Fase 0 Een open houding en alertheid met betrekking tot intrafamiliaal geweld

HOE KUN JE EEN OPEN HOUDING HEBBEN EN ALERT ZIJN OP INTRAFAMILIAAL GEWELD?

- Luister naar je eigen gewaarwording.
- Heb oog voor een algemeen gevoel van niet-welbevinden dat een patiënt verwoordt, bv. *'ik voel me al een tijd niet zo goed'*.
- Wanneer een patiënt aangeeft dat er problemen zijn met gezinsleden, bevraag dan zelf of er geweld wordt gepleegd in het gezin.
- Ga met jezelf aan de slag rond geweld: wat zijn je eigen ervaringen hiermee, wat zijn je normen en waarden m.b.t. geweld, welke angsten en onzekerheden heb je rond geweld?
- Wees bereid om te luisteren naar ervaringen van intrafamiliaal geweld.

WAT BELEMMERT EEN OPEN HOUDING EN ALERTHEID M.B.T. INTRAFAMILIAAL GEWELD?

- Ervan uitgaan dat geweld zich niet aandient op de eerste lijn.
- Enkel en alleen uitgaan van de eigen normen en waarden rond geweld.
- Een veroordelende houding aannemen m.b.t. geweld. Als een patiënt dit voelt, zal de drempel om signalen te geven alleen vergroten.
- Het niet uitgeklaard hebben van eigen angsten, onzekerheden, normen en waarden m.b.t. geweld.

Fase 1 Ontstaan van een vermoeden: maak observaties concreet

WAT KUN JE DOEN BIJ EEN VERMOEDEN?

- Omschrijf alle waarnemingen in concrete objectieve beschrijvingen.
- Deel je zorg met andere directe collega's.
- Volg deze routekaart.

WAT KUN JE HET BEST NIET DOEN BIJ EEN VERMOEDEN?

- De zorgen over wat je hoort, opstapelen.
- Het vermoeden of de twijfel voor jezelf houden.
- Het geweld laten voortduren ter bescherming van jouw vertrouwensrelatie met de patiënt.

Zorg over de patiënt
Vermoeden van intrafamiliaal geweld

Onderneem een of meerdere acties:

- gesprek met de patiënt aangaan
- gesprek met collega of psychiater of psycholoog of CAW
- informatie verzamelen
- gericht observeren

Fase 2 Overleg met de patiënt

HOE BESPREEK JE EEN VERMOEDEN MET DE PATIËNT?

- Leg ook 'kleine' zorgen of vermoedens voor aan de patiënt.
- Maak, als het kan samen met de patiënt, een risico-inschatting van zijn/haar veiligheid.
- Vertel een patiënt die om geheimhouding vraagt dat je dat niet kunt doen, maar leg uit dat je met anderen gaat kijken hoe je hem/haar het best kan helpen, waarbij je hem/haar op de hoogte stelt van elke stap die je neemt.
- Beveilig het vertrouwen: wat heeft de patiënt nodig om zich niet gebruuskeerd te voelen? Hou in ieder geval de hulpverlening/ het gesprek open.
- Bevraag hoe het gaat met de (andere) kinderen in het gezin.

WAT KUN JE HET BEST NIET DOEN IN BESPREKING VAN EEN VERMOEDEN MET DE PATIËNT?

- De patiënt en/of andere gezinsleden beschuldigen of veroordelen.
- Waarom-vragen stellen aan de patiënt.
- De patiënt geheimhouding beloven.
- Beloftes maken die je niet kunt waarmaken.

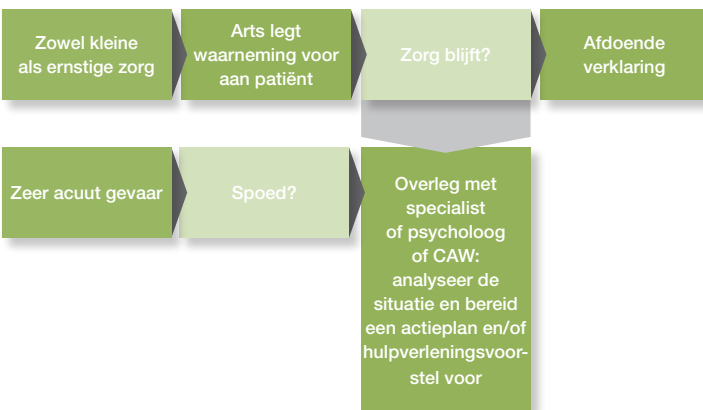
WAT ZIJN MOGELIJKE HULPVERLENINGSACTIES?

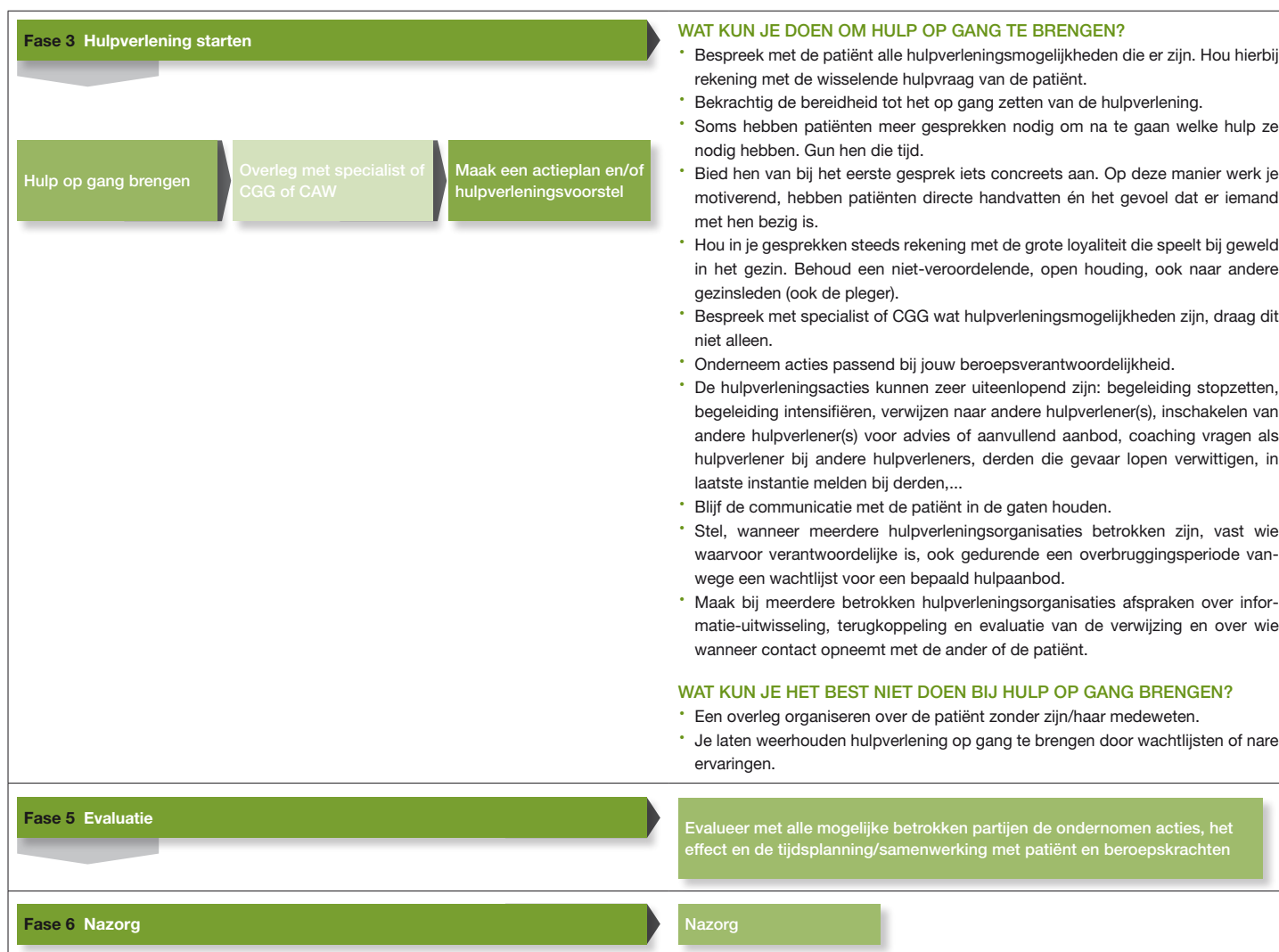
De hulpverleningsacties kunnen zeer uiteenlopend van aard zijn:

- Begeleiding stopzetten.
- Begeleiding intensifiëren.
- Verwijzen naar andere hulpverlener(s).
- Inschakelen van andere hulpverlener(s) voor advies of aanvullend aanbod.
- Coaching vragen bij andere hulpverleners.
- Derden die gevaar lopen, verwittigen.
- In laatste instantie melden bij derden.

WAT INDIEN ER GEEN TIJD MEER IS VOOR OVERLEG MET TEAMVERANTWOORDELIJKE OF DIRECTE COLLEGA'S?

- In dit geval gaat het om een noodprocedure: er moet worden gehandeld én er is geen tijd meer voor overleg.
- Dit impliceert wel dat in principe iemand (intern of extern) doorgaans snel bereikbaar moet kunnen zijn voor overleg. Geen gebruik kunnen maken van overleg is op zich geen argument om zonder overleg te handelen.





De doelstelling van deze routekaart, voorgesteld door het CAW Steunpunt Geweld, is concrete handvatten aan te reiken bij deze procedures³⁰. Hoe moet men in onthaal en begeleiding omgaan met (gevaar voor integriteit bij) situaties van intrafamiliaal geweld? Hoe kan men een open houding aannemen om signalen m.b.t. geweld in het gezin te traceren? Hoe moet men met een vermoeden van gevaar bij geweld in het gezin omgaan? Deze routekaart is opgedeeld in bepaalde fasen; deze fasen kunnen door elkaar lopen, overlappen en in bepaalde concrete situaties overgeslagen worden.

REGISTRATIE VAN PARTNERGEWELD

In geen geval mag het medisch dossier zomaar, deels of in zijn geheel, doorgegeven worden door de arts aan om het even welke gerechtelijke of politieoverheid. Het kan enkel op uitdrukkelijk bevel van een gerechtelijke instantie en in aanwezigheid van iemand van de Orde der Geneesheren. Indien het slachtoffer elementen van haar medisch dossier wenst voor te leggen, kan zij een kopie vragen aan de arts op grond van de wet betreffende de rechten van de patiënt en kan zij de kopie aan zijn gerechtelijk dossier toevoegen. Indien het slachtoffer bewijselementen moet leveren van de letsels die

zij opliep, bestaan er andere middelen, in het bijzonder het medisch certificaat.

Het medisch certificaat

Een medisch certificaat wordt niet noodzakelijkerwijs tijdens de raadpleging van vaststelling of bij verzorging gevraagd. Het opstellen ervan moet niet noodzakelijk samengaan met het noteren van de vaststellingen in het medisch dossier. Dit certificaat wordt opgemaakt naar aanleiding van een contact met de patiënte en op haar aanvraag. Nog altijd op haar aanvraag kan het aan haar, en alleen aan haar, overhandigd worden, en dit altijd in eigen handen. De huisarts moet haar aanraden hiervan een kopie te maken. Het certificaat kan in het dossier blijven totdat het slachtoffer vraagt het te krijgen. Indien zij het niet direct denkt te gebruiken en het thuis bijhoudt, dan is het belangrijk tijdens de raadpleging de risico's te bekijken die het slachtoffer loopt indien de vaststelling (het certificaat) ontdekt wordt door de dader van het geweld. Om verkeerde interpretatie te vermijden wordt het certificaat het best getypt³¹. De arts mag het certificaat niet zelf doorgeven aan de gerechtelijke of politieoverheid. De inhoud van het certificaat is één van de elementen die de opportuniteit van vervolging bepaalt en later de grootte van de eventuele straffen.

Medisch getuigschrift bij intrafamiliaal geweld

Ik, ondertekende, dr. (naam en voornaam):

.....

te (plaats): Rizivnr:

verklaar onderzocht te hebben op (datum):

te (plaats): om uur.

Naam (patiënt):

Voornaam:

Geboortedatum:/...../.....

Wonende te: Postcode:

Straat:

..... Nr:

Deze patiënt verklaart:

(beschrijving door de patiënt van de feiten met datum en uur)

.....

.....

.....

De actuele klachten zijn:

.....

.....

.....

Lichamelijk onderzoek:

(beschrijving van de letsels: schrammen, ecchymosen, hematomen, wonden, andere (aard) en ligging, vorm, aspecten grootte, kleur en leeftijd van elk letsel)

.....

.....

.....

Psychische toestand op moment van vaststelling:

.....

.....

.....

Bijgevoegde foto's en schema's:

(elk aan het getuigschrift toegevoegd document moet genummerd, gedateerd, getekend zijn en in verband met het getuigschrift gebracht worden)

.....

.....

Bijkomende onderzoeken die dienen te worden uitgevoerd:

.....

.....

.....

Kunnen de letsels overeenkomen met de verklaringen van de patiënt?

.....

Verwijzing: *(naar een dienst voor slachtofferhulp of andere instantie)*

.....

.....

Voorgestelde behandeling:

.....

.....

.....

Als gevolg van het trauma werd een volledige voorlopige werkonbekwaamheid voorgesteld:

van:/...../..... tot:/...../..... (inbegrepen)

(het gaat erom rekening te houden met de mogelijkheid voor de patiënt om de normale activiteiten uit te voeren en de weerslag van het geweld op het persoonlijk functioneren van de patiënt na te gaan; deze evaluatie wordt dus uitgevoerd zelfs al werkt de patiënt niet beroepshalve)

Deze vaststelling werd op zijn vraag meegegeven aan de betrokkene of aan zijn wettelijke vertegenwoordiger:

.....

.....

Dit certificaat wordt opgesteld onder voorbehoud van verwickelingen en evolutie of advies van deskundigen (psychiater, gynaecoloog, pediater,...)

Voor echt verklaard op:/...../..... **te**

Handtekening

Stempel

Het certificaat mag de volgende elementen niet bevatten:

- de identiteit van de dader van het geweld, zelfs als deze gepreciseerd wordt door het slachtoffer;
- een vermelding van de verantwoordelijkheden van om het even wie in de verwondingen.

Het is mogelijk (en sterk aangeraden bij seksueel geweld) de patiënt te verwijzen naar een collega die hierin ervaring heeft en het getuigschrift van deze laatste in het medisch dossier te bewaren. Zelfs al kent deze collega de procedures, dan zal de rechter toch de 'echte' arts als 'deskundige' aanwijzen, want alleen de vaststellingen van deze laatste zullen een objectieve en, zo nodig, contradictoire waarde hebben³². Hiervoor bestaat bij vaststelling binnen 72 uur na de feiten een formele afnameprocedure, de 'set seksuele agressie', die moet worden toegepast in een referentiecentrum.

Het medisch dossier

Op wettelijk en administratief vlak bestaat er geen consensus over de inhoud van het medisch dossier.

Het dossier moet natuurlijk alle elementen bevatten die op het medisch certificaat voorkomen. Vanuit klinisch standpunt kan men de gangbare klinische indeling van gegevens gebruiken:

- Anamnese (subjectieve informatie): het is belangrijk dit als versie van de patiënt zelf te vermelden: reden van consultatie, status van de partnerrelatie, begin van het geweld, frequentie, soort geweld, geweld ten opzichte van andere familieleden, psychologische impact, druggebruik,...
- Klinisch onderzoek (objectieve vaststellingen): exhaustieve lijst van de letsels en nawerkingen, met nauwkeurige beschrijving (plaats, aspect, grootte, richting,...). Er dient aan het slachtoffer uitgelegd te worden waarom dit onderzoek zo gedetailleerd is: volledigheid van het dossier, mogelijkheid later een certificaat op te stellen indien de vraag momenteel niet gesteld wordt. De patiënt moet ook ingelicht worden dat er later nieuwe letsels kunnen optreden en dat zij ze ook moet laten vaststellen.
- Diagnostische hypothesen:
 - probleemomschrijving;
 - inschatting van de ernst, urgentiegraad en veiligheid;
 - psychische indruk die de arts heeft over het slachtoffer.
- Geboden hulp: medische zorgen, veiligheidsplan, samenwerking.
- Voorgestelde bijkomende onderzoeken en hun resultaten.
- Er wordt aan de arts aangeraden het niet opvolgen van raadgevingen vanwege de patiënt te noteren: "Ik stel vast dat ..., sinds enkele weken raad ik hem aan ..., en dhr./mevr. weigert te...."

Literatuur

- 1 Hegarty K, Taft A, Feder G. Violence between intimate partners: working with the whole family. *BMJ* 2008;337:346-51.
- 2 Chemiak D, Grant T, Mason R, Moore B, Pellizari R. Intimate partner violence consensus statement. *J Obstet Gynaecol Can* 2005;157:365-88.
- 3 Interministeriële conferentie van 8 februari 2006 m.b.t. gemeenschappelijke definitie van partnergeweld.
- 4 Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. *Population Reports* 1999;24(4). Series L, n°11.

- 5 Violence against women. Fact sheet N°239. Geneva: WHO, june 2000.
- 6 Bruynooghe R, Noelanders S, Opdebeeck S. Geweld ondervinden, gebruiken en voorkomen. Rapport ten behoeve van de minister van Tewerkstelling en Arbeid en Gelijkekansenbeleid, mevrouw M. Smet. Diepenbeek, 1998.
- 7 Pieters J, Italiano O, Offermans AM, Hellemans S. Ervaren van vrouwen en mannen met psychologisch, fysiek en seksueel geweld. Instituut voor de Gelijkheid van vrouwen en mannen, 2010.
- 8 Bossuyt N. Intrafamiliaal geweld: frequentie van huisartsconsultaties en behandeling door de huisarts. *Epi-Scoop* 2008;2:1-2.
- 9 De Bruyn M. Violence, pregnancy and abortion. Issues of women's rights and public health. A review of worldwide data and recommendations for action. Chapel Hill N.C. Ipas, 2003. [second edition]
- 10 Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K, Temmerman M. Disclosure and health-seeking behaviour following intimate partner violence before and during pregnancy in Flanders, Belgium: A survey study. *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Bio* 2008;137:37-42.
- 11 www.huiselijkgeweld.nl/feiten/landelijk.html
- 12 Family Intervention Guidelines: Child and Partner Abuse. New Zealand: Ministry of Health, 2002.
- 13 Bouchard GP, Lee CM. La violence contre l'épouse: les traitements de couple sont-ils appropriés? *Canadien Psychology* 1999;40:328-42.
- 14 Bensley L, Van Eenwyk J, Wynkoop Simmons K. Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *Am J Prev Med* 2003;25:38-44.
- 15 Schafer J, Caetano R, Cunradi CB. A path model of risk factors for intimate partner violence among couples in the United States. *J Interpers Violence* 2004;19:127-42.
- 16 Mujaharaine N, D'Arcy C. Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors. *Can Med Assoc J* 1999;160:1007-11.
- 17 Janssen PA, Holt VL, Sugg NK, Emanuel I, Critchlow CM, Henderson AD. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: A population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:1341-7.
- 18 Walker LE. Battered woman syndrome. New York: Springer Publishing, 2000.
- 19 Guidelines for the management of domestic violence. British Association for Emergency Medicine, Clinical Effectiveness Committee, 2005.
- 20 Bouchard GP, Lee CM. La violence contre l'épouse: les traitements de couple sont-ils appropriés? *Canadien Psychology* 1999;40:328-42.
- 21 Ramsay J, Feder GS, Rivas C, et al. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial wellbeing of women who experience intimate partner abuse (protocol). *Cochrane Database syst rev* 2004.
- 22 Lee J, Cline M, Zink T, et al. Domestic violence. Institute for Clinical Systems Improvement Health Care guidelines, 2004.
- 23 Latthe P, Mignini L, Gray R, et al. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: Systematic review 739. *BMJ* 2006;332:749-51.
- 24 Medical and legal protocol for dealing with victims of domestic violence. New York State Office for the Prevention of Domestic Violence, 2004.
- 25 Ferris LE, Norton PG, Dunn EV, et al. Guidelines for managing domestic abuse when male and female partners are patients of the same physician. *JAMA* 1997;278:851-7.
- 26 Taft AJ, Feder G, Ferris L, et al. Management of the whole family when intimate partner violence is present: guidelines for primary care physicians. Melbourne: Victorian Government Department of Justice, Council against Violence, 2006.
- 27 Taft A, Broom DH, Legge D. General practitioner management of intimate partner abuse and the whole family: qualitative study. *BMJ* 2004;328:618.
- 28 Van Hoecke C. Meerzijdige partijdigheid en zelfafbakening. Leren over leven. Leerschool voor contextuele hulpverlening. Eindwerk basisopleiding hulpverlening, 2002-2003.
- 29 Via de website SOKA of www.caw.be kan men hiervoor adressen bekomen.
- 30 De Groof K, De Gendt T. Kans op slagen. Een integrale kijk op geweld in gezinnen. Leuven: Lannoo Campus, 2007.
- 31 Avondcolloquium. Orde der Geneesheren i.s.m. Vereniging der Geneesheren, Oud-studenten der Universiteit Gent, 23.08.2009. Voordracht door dhr. W. Van Acker.
- 32 Vanhalewyn M, Offermans AM, D'Hauwe P, Pas L, Hillemans K. Partnergeweld. Juridisch en deontologisch kader. Aspecten m.b.t. het medisch dossier en getuigschrift. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2007.