

## SYNTHESE

# HOE DE DETECTIE VAN KINDERMISHANDELING VERBETEREN?





## **SYNTHESE**

# HOE DE DETECTIE VAN KINDERMISHANDELING VERBETEREN?

IRM VINCK, WENDY CHRISTIAENS, PASCALE JONCKHEER, GIGI VEEREMAN, LAURENCE KOHN, NICOLE DEKKER, LIEVE PEREMANS, ANNE-MARIE OFFERMANS, ANNA BURZYKOWSKA, MICHEL ROLAND





## ■ VOORWOORD

Er zijn van die gebeurtenissen die ons zo aangrijpen dat we ook decennia later nog weten waar we ons bevonden toen we het nieuws vernamen: de aanslagen op 9/11, de val van de Berlijnse muur, de ramp in Tchernobyl, ... Voor ons in België hoort ook de tragische ontknoping van de zaak Dutroux in het rijtje. En dat we ons na bijna 20 jaar nog herinneren waar en hoe we dit nieuws vernamen, zegt iets over de emotionele geladenheid van het gebeuren. Kindermisbruik, en kindermishandeling onder welke vorm dan ook, appelleert ons in onze meest fundamentele morele gevoelens. Het misbruik van kinderen en jongeren is jammer genoeg sindsdien nooit meer echt uit de actualiteit weg geweest. Maar toch zijn er gegronde redenen om te vrezen dat de gemediatiseerde casussen slechts een topje van de ijsberg zijn, en dat geweld op kinderen, vaak intrafamiliaal, nog teveel wordt miskend of genegeerd.

Dit onderzoeksproject vertrok vanuit de vraag waarom zorgverleners nog steeds te weinig dit soort problemen oppikken, laat staan actie ondernemen bij vermoeden van kindermishandeling. Al gauw bleek dat dit kader te eng was, omdat er op een veel breder vlak nog heel wat ruimte voor verbetering bleek te bestaan. Maar bij deze verruiming van het kader kwam uiteraard ook de institutionele complexiteit van ons land naar boven, waarbij preventie, aanpak en sanctionering zich niet langer binnen hetzelfde competentiedomein bevinden. Ten noorden of ten zuiden van de taalgrens kunnen de visies rond de meest geschikte aanpak dus ook wel verschillen. De rol van het KCE in deze is niet noodzakelijk om compromissen te vinden – zeg maar het kleinste gemeen veelvoud – maar eerder om resoluut de kaart te trekken van het kind.

Hoe langer hoe meer zullen onze adviezen op het vlak van *Health Services Research* zich dus over de verschillende competentiedomeinen heen uitstrekken. Het kan immers ook niet anders als wij de kwaliteit van de aanpak vanuit het standpunt van de burger of de patiënt bekijken. En hoe langer hoe meer zullen deze adviezen dus ook op de agenda van de Interministeriële Conferentie Gezondheid terechtkomen. En wat het KCE zelf betreft, hopen wij dat er nu binnenkort werk wordt gemaakt van een officiële vertegenwoordiging van de deelstaten in ons bestuur.

Christian LÉONARD  
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS  
Algemeen Directeur



## ■ KERN BOODSCHAPPEN

- De **omvang** van kindermishandeling in België is niet gekend. Het aantal aangegeven gevallen van (vermoede) kindermishandeling bij de correctionele- en de jeugdparketten, de veroordelingsstatistieken en de cijfers van de politie geven geen duidelijk beeld, omdat het fenomeen onder verschillende labels (bijvb. “slagen en verwondingen”, “kind in gevaar”) wordt geregistreerd. Er zou daarom moeten worden ingezet op een uniforme registratie.
- **Zorgverleners**, en dan vooral huisartsen, **melden weinig** gevallen van (vermoede) kindermishandeling. Uit de cijfers van de gespecialiseerde diensten (Vertrouwenscentra Kindermishandeling – VK in de Vlaamse Gemeenschap en de Equipes SOS Enfants in de Franse Gemeenschap) blijkt dat slechts 2 à 3 % van de meldingen door huisartsen wordt gedaan.
- Huisartsen zouden, net als andere zorgverstrekkers zoals de (pedo)psychiaters, vroedvrouwen, urgentieartsen, ... een belangrijke rol kunnen spelen bij het vroegtijdig detecteren en diagnosticeren van kindermishandeling. Dit vraagt echter een specifieke expertise. Daarom dienen er meer **forensische artsen** te worden ingezet om bovengenoemde zorgverstrekkers te ondersteunen. Daarnaast moet een **opleiding** in communicatievaardigheden, in de algemene aanpak van kindermishandeling en informatie over het wettelijke kader en de bestaande tools en dienstverlening worden opgenomen in de opleidingsprogramma's en bijscholingen van bovengenoemde beroepsgroepen.
- Er bestaat geen meldplicht in België. Dit betekent dat zorgverleners zelf moeten afwegen of ze een geval van vermoede kindermishandeling melden, wanneer ze dat best doen en aan wie (politie, justitie, VK/SOS Enfants, overleg met collega's). Een **verplicht stappenplan op maat** voor de betrokken zorgverleners, ziekenhuizen en instellingen kan hierbij helpen.
- De communicatie, coördinatie en samenwerking tussen de verschillende hulpverlenende diensten, politie, justitiële diensten en professionelen uit de verschillende betrokken sectoren (huisartsgeneeskunde, onderwijs, geestelijke gezondheidszorg, pediatrie, verloskunde (inclusief vroedvrouwen), pedopsychiatrie, spoeddiensten, kinderopvang...) moet worden versterkt.
- De inschatting of vrijwillige hulpverlening (nog) voldoende is, dan wel of aangifte bij parket nodig is, kan sneller en efficiënter gebeuren als hulpverlening, parket en politie waar nodig/nuttig informatie uitwisselen en overleg plegen. Om dit mogelijk te maken, moet het huidige kader van het **beroepsgeheim** worden aangepast.
- Het spanningsveld tussen het **beroepsgeheim** en het uitwisselen van relevante informatie in het belang van het kind moet ook worden uitgeklaard voor een betere informatiedoorstroom tussen verschillende hulpverlenende diensten onderling (bv. tussen Kind en Gezin/ONE en de CLBs/PMS/PSE) en met professionelen uit de betrokken sectoren (huisartsgeneeskunde, onderwijs, geestelijke gezondheidszorg, pediatrie, verloskunde, kinderopvang...).



- Momenteel gaat de regelgeving rond hulpverlening bij kindermishandeling vooral uit van een vrijwillige medewerking van ouders. Soms kent die vrijwilligheid echter grenzen. De regelgeving zou zich daarom ook moeten richten op de **vroege diagnostisering van mishandeling, op begeleiding van de ouders die niet vrijwillig meewerken** en op situaties waar er manifest een risico bestaat voor de veiligheid en/of gezondheid van het (ongeboren) kind.
- Min 3 -jarigen vormen een kwetsbare groep en vallen vaak door de mazen van het net omdat ze geen toegang hebben tot beschermende structuren zoals de school. Het is dan ook van belang om deze groep van kinderen, die in kwetsbare gezinnen opgroeien (vroeg)tijdig op te vangen in het systeem. Risicodetectie en -signalering dient dan ook een inherent onderdeel te zijn van de perinatale zorg. Daarnaast moet de postnatale zorg tijdig worden gepland (d.w.z. tijdens de zwangerschap) zodat voldoende ondersteuning kan worden geboden aan jonge ouders wanneer zij de materniteit verlaten. Tenslotte moet worden geïnvesteerd in **opvoedingsondersteuning**.
- De volwassenenhulpverlening moet aandacht hebben voor situaties waar mogelijk een gevaar bestaat voor kindermishandeling. Zorgverleners die ouders met problemen behandelen moeten daarom een systematische “**kindcheck**” doen: “zijn er kinderen en hoe gaat het met hen?”
- Slachtoffers van kindermishandeling worden soms ‘geparkeerd’ in ziekenhuizen omdat het de laatste opvangoplossing is. Daarnaast verblijven ze soms ook langere tijd op de dienst pediatrie voor observatie en opvolging. Een hoogtechnologische ziekenhuisomgeving is in die gevallen niet de meest geschikte plaats. Daarom moeten er **(bijkomende) plaatsen worden voorzien in revalidatiecentra** voor de langdurige observatie, opvang en medico-psychische zorg van kinderen in situaties van mishandeling of met ernstige medico-psycho-sociale noden. Dit moet gebeuren in een netwerkkader, zodat indien nodig een beroep kan worden gedaan op een ziekenhuis voor de diagnose en de noodzakelijke medische zorg aan het kind.
- Het tekort aan **plaatsen in de jeugdhulpverlening** moet worden ingeschat/opgevolgd en een traject voor een gepast hulpaanbod, dat toegankelijk is binnen een aanvaardbare wachttijd, moet worden uitgezet.
- De coördinatie van de aanpak van kindermishandeling zouden moeten op het agenda van de interministeriële conferentie volksgezondheid worden geplaatst.



## ■ **SYNTHESE** **INHOUDSTAFEL**

■	<b>VOORWOORD</b> .....	1
■	<b>KERN BOODSCHAPPEN</b> .....	2
■	<b>SYNTHESE</b> .....	4
1.	<b>INLEIDING</b> .....	6
1.1.	EEN VEEL VOORKOMEND, COMPLEX PROBLEEM, MET VERGAANDE GEVOLGEN .....	6
1.2.	ONDERWERP VAN DE STUDIE .....	7
1.3.	METHODOLOGIE .....	7
2.	<b>BELEID IN BELGIË</b> .....	8
2.1.	GEEN STANDAARDTRAJECT VOOR DE AANPAK VAN KINDERMISHANDELING .....	8
2.2.	STAPPENPLANNEN EN OVERLEGSTRUCTUREN MET HET OOG OP INFORMATIEUITWISSELING TUSSEN DE ACTOREN. ....	9
2.3.	GEEN AANGIFTEPLICHT AAN HET PARKET .....	9
2.4.	DELEN VAN INFORMATIE: EEN ZORGVULDIGE AFWEGING .....	9
3.	<b>UITDAGINGEN BIJ DE AANPAK VAN KINDERMISHANDELING</b> .....	11
4.	<b>ALLEEN EEN AANPAK OP VERSCHILLENDE NIVEAUS HELPT</b> .....	12
4.1.	PREVENTIE EN DETECTIE .....	14
4.1.1.	Vroeg investeren in de ondersteuning van gezinnen.....	14
4.1.2.	Focus op de kwetsbare groep van jonge kinderen .....	17
4.2.	VERSTERKING VAN KENNIS EN VAARDIGHEDEN EN ONDERSTEUNING VAN DE BETROKKEN PROFESSIONELEN.....	17
4.3.	VERSTERKING VAN DE GESPECIALISEERDE DIENSTEN VOOR KINDERMISHANDELING (VKS, SOS ENFANTS) EN SAJ .....	20
4.4.	VERSTERKING VAN AANBOD IN DE HULPVERLENING VOOR SLACHTOFFERS EN PLEGERS VAN KINDERMISHANDELING .....	21
4.5.	COMMUNICATIE EN COÖRDINATIE TUSSEN DE VERSCHILLENDE DIENSTEN EN PROFESSIONELEN UIT DE VERSCHILLENDE BETROKKEN SECTOREN EN TUSSEN DE VERSCHILLENDE BEVOEGDHEIDSNIVEAUS .....	23
4.6.	DATAREGISTRATIE, KENNISBEHEER EN ONDERZOEK.....	24





- 4.6.1. Investeer in een beleid rond kindermishandeling dat gedocumenteerd is door cijfers ..... 25
- 4.6.2. Kwaliteitsbewaking en procesoptimalisatie ..... 26
- 4.7. BIJKOMENDE BESCHERMINGSMAATREGELEN ..... 26
  - 4.7.1. Komen tot een gedifferentieerde aanpak volgens het type ouder/pleger ..... 27
  - 4.7.2. Beschermingsmaatregelen voor het ongeboren kind ..... 28
- 4.8. COMMUNAUTAIRE PROBLEMEN ..... 28
- **REFERENCES** ..... **30**



## 1. INLEIDING

### 1.1. Een veel voorkomend, complex probleem, met vergaande gevolgen

Kindermishandeling is een wijdverspreid probleem met verregaande gevolgen. In extreme gevallen veroorzaakt kindermishandeling de dood van het slachtoffer. In de Europese Unie sterven jaarlijks minstens 850 kinderen jonger dan 15 jaar ten gevolge van kindermishandeling, en daarvan vormen kinderen van jonger dan 4 jaar de grootste groep.<sup>1</sup>

Sterfgevallen vormen echter maar het topje van de ijsberg. Mishandeling kan een ingrijpende impact hebben op de psychologische ontwikkeling van het kind, met gevolgen voor de rest van zijn<sup>a</sup> leven, zoals mentale problemen en angststoornissen, zelfmoordpogingen, problematisch alcohol- en drugsgebruik, agressie, en risicovol seksueel gedrag. Daarnaast kan het leiden tot meer afwezigheden op school, wat dan weer de kans verkleint op een (hoger) diploma.

Naast het kind zelf, betaalt ook de samenleving een prijs voor de mishandeling. Op korte termijn zijn er de kosten voor de gezondheidszorg van het kind en voor de opvangs- en welzijnsdiensten. Op langere termijn komt daar ook nog het productiviteitsverlies van het volwassen geworden kind bij, dat nog worstelt met de problemen uit zijn jonge leven. Bovendien worden slachtoffers vaak later zelf ook plegers. Kindermishandeling wordt vaak van generatie op generatie doorgegeven.

<sup>a</sup> Voor de goede leesbaarheid van deze tekst wordt voor alle personen steeds de mannelijke vorm gebruikt.

#### Wat is kindermishandeling?

Kindermishandeling is een begrip dat in het Belgische Strafwetboek verschillende strafbare feiten omvat: verkrachting, aanranding van de eerbaarheid, aanzetten tot ontucht, slagen en verwondingen, vrouwelijke genitale verminking, foltering, onmenselijke behandeling, opzettelijk onthouden van voedsel en verzorging en het verlaten van een minderjarige. Psychologische mishandeling of verwaarlozing bij minderjarigen is niet expliciet als strafbaar feit opgenomen in het Strafwetboek. De definities die toegepast worden in de hulpverleningssector<sup>b</sup> zijn gebaseerd op de ruimere definitie van het Internationale Verdrag inzake de Rechten van het Kind (art. 19 IVRK) van de Verenigde Naties (20 november 1989)<sup>4</sup>, dat in België kracht van wet heeft; namelijk: alle vormen van lichamelijk of geestelijk geweld, letsel of misbruik, lichamelijke of geestelijke verwaarlozing of nalatige behandeling, mishandeling of exploitatie, met inbegrip van seksueel misbruik. Voor dit KCE-rapport wordt de definitie van het IVRK gebruikt.

#### Meestal verborgen en nog minder gemeld

Spijtig genoeg blijft kindermishandeling vaak onopgemerkt. En zelfs als dit wel het geval is, wordt er niet altijd aangifte van gedaan.

De gegevens van het aantal aangemelde en behandelde zaken kunnen vanuit verschillende niveaus worden aangereikt. Binnen justitie beschikken de jeugdparketten en de correctionele parketten over statistieken van het aantal gemelde zaken van kindermishandeling. Er zijn ook statistieken van de veroordelingen voor kindermishandeling beschikbaar. De beschikbare gegevens zijn echter beperkt wegens een gebrek aan uniformiteit bij de registratie van kindermishandeling. Ook op politie niveau speelt het gebrek aan een uniforme registratie.

<sup>b</sup> Art. 1, 4° Décret du 12 mai 2004 relatif à l'Aide aux enfants victimes de maltraitance<sup>2</sup>; art. 2, 32° Décret van 12 juli 2013 betreffende de integrale jeugdhulp<sup>3</sup>.



We beschikken wel over betrouwbare gegevens van het aantal meldingen bij de hulpverlening, dus buiten de context van het gerecht. In 2014 werden er bij de Vlaamse Vertrouwenscentra voor Kindermishandeling (VK) 7.311 meldingen gedaan. Cijfers over de gevallen waar er effectief sprake was van kindermishandeling zijn echter nog niet beschikbaar. Bij de Franstalige 'Equipes SOS Enfants' werden er in datzelfde jaar 5.619 meldingen gedaan. In 2.043 gevallen werd de diagnose van kindermishandeling ook effectief gesteld. Deze aantallen werden verder opgedeeld in fysieke mishandeling (22%), seksuele mishandeling (36%), psychologische mishandeling (17%) en verwaarlozing (22%). In de Duitstalige gemeenschap ontving het Sozial – Psychologisches Zentrum in 2014 van de gerechtelijke diensten 13 meldingen waarbij minderjarigen betrokken waren, en had de Jugendhilfedienst te maken met 7 meldingen van seksueel misbruik.

De helft tot drie vierden van de meldingen of vragen voor advies aan de VKs of Equipes SOS Enfants komen van professionelen, die beroepshalve in contact komen met kinderen.

Professionelen-melders komen uit heel uiteenlopende sectoren: welzijns- en gezondheidszorg (huisartsen, pediaters, psychologen, Kind & Gezin, enz), de onderwijssector (leerkrachten, Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB), enz.) en justitie (politie, magistraten, enz.). In de Communauté française (Fédération Wallonie-Bruxelles)<sup>c</sup>, worden de meeste meldingen aan SOS Enfants gedaan door medewerkers van de jeugdhulpverleningsdienst 'Les Services d'Aide à la Jeunesse' (SAJ). In Vlaanderen gebeuren de meeste meldingen door mensen uit de schoolomgeving (22%) en dan vooral door de CLBs (18%). Het aandeel meldingen door de medische sector is eerder klein: nog geen 9% in de Franse Gemeenschap, waarvan 3% huisartsen, en 20% in Vlaanderen, waarvan slechts 2 % huisartsen. Kinderdagverblijven zijn zelfs nog minder vertegenwoordigd: nog geen 1,5 % van de meldingen aan de VKs gebeurt door hen, terwijl kinderen van jonger dan 3 jaar net de meest kwetsbare groep vormen.

<sup>c</sup> hierna « Franse Gemeenschap » genoemd.

## 1.2. Onderwerp van de studie

De aanleiding voor deze studie was de bevinding dat professionelen uit de medische sector, en dan vooral huisartsen, zeer weinig gevallen van (vermoede) kindermishandeling melden. Nochtans zouden deze professionelen, door hun relatie met het gezin, één van de spilfiguren bij de detectie van mishandeling kunnen zijn. Daarom was de oorspronkelijke onderzoeksvraag ook hoe de detectie door de eerstelijnszorgverleners kon worden verbeterd. De detectie en de melding van mishandeling gebeuren echter binnen een systeem dat veel ruimer is dan dat van de gezondheidszorg alleen. Daarom was het voor ons absoluut noodzakelijk om de verschillende betrokken actoren en fasen van het volledige beslissingsproces te bestuderen, vanaf de preventie tot aan de aanpak ervan. Op die manier konden we pistes identificeren die de globale doeltreffendheid van het systeem zouden verbeteren.

We onderzochten wat momenteel de hinderpalen zijn voor professionelen uit o.a. de medische, psychosociale, gerechtelijke, welzijns- en onderwijssector en jeugdhulpverleningsdiensten bij het opmerken, melden en/of het bieden van hulp bij (een vermoeden van) kindermishandeling. Het standpunt van het slachtoffer zelf en van zijn gezin tegenover de beschikbare hulpverlening werd hier niet onderzocht, net zomin als het standpunt van de pleger. In dit rapport wordt met 'kind' elke minderjarige bedoeld.<sup>d</sup>

## 1.3. Methodologie

In ons onderzoeksproject gebruikten we de volgende methoden:

- Review van de internationale en Belgische wetenschappelijke literatuur in verband met de barrières in de detectie en melding van kindermishandeling.
- Om de gevonden resultaten binnen een Belgische context te plaatsen, beschreven we de actoren in het domein op basis van grijze literatuur, informatie op websites en contacten met sleutelfiguren uit het veld.
- Daarnaast werden er individuele, semi-gestructureerde interviews uitgevoerd bij 29 professionelen uit de Vlaamse en de Franse

<sup>d</sup> Met uitzondering van het ongeboren kind (art. 388 – 488 Burgerlijk wetboek).



Gemeenschap uit o.a. de medische, psychosociale, gerechtelijke, welzijns- en onderwijssector en jeugdbeschermingsdiensten<sup>e</sup>. Zij werden bevraagd over de barrières die zij ervaren bij het opmerken, melden en/of bieden van hulp bij een vermoeden van kindermishandeling. Daarnaast werd er ook gepeild naar reeds bestaande stimulansen voor een goede aanpak.

- Op basis van de studie van de internationale en de grijze literatuur en het kwalitatief onderzoek bij beroepsgroepen die potentieel met kindermishandeling te maken krijgen, kwamen we tot een aantal aanbevelingen, die we op aanvaardbaarheid en prioriteit testten bij een groep van stakeholders d.m.v. een on-line enquête en verschillende stakeholderbijeenkomsten.
- Zoals bij alle KCE-projecten werd het rapport uiteindelijk gevalideerd door 4 experts in het domein, die niet hadden deelgenomen aan de studie, noch als respondent, noch als stakeholder.

In de colofon vindt u de gedetailleerde lijst terug van alle deelnemers aan deze studie evenals van de validatoren.

Het wetenschappelijke rapport bevat een meer uitvoerige beschrijving van de gebruikte methodologie.

## 2. BELEID IN BELGIË

### 2.1. Geen standaardtraject voor de aanpak van kindermishandeling

Voor de aanpak van kindermishandeling bestaat er geen standaardtraject. Er zijn immers veel verschillende factoren die een rol spelen, zoals de omstandigheden (hoogdringendheid, mishandeling in of buiten het gezin,...), de aard, frequentie, duur, ernst van de kindermishandeling, de leeftijd van het slachtoffer, de onderliggende gezinsproblematiek (armoede, drugsverslaving,...), enz. Iedereen die beroepsmatig in contact komt met kinderen kan in principe een sleutelrol hebben bij de detectie en het verdere gevolg dat aan een vermoeden van kindermishandeling wordt gegeven.

In België zijn professionelen niet verplicht om mishandeling te melden aan de gerechtelijke diensten. Het Belgische strafwetboek bevat wel een aantal bepalingen die specifiek dienen om plegers van kindermishandeling te straffen. De pleger straffen is echter niet altijd de beste oplossing, vooral niet als het gaat om ouders die hun kind mishandelen. Hulpverlening kan ook inzetten op het verbeteren van de leefomstandigheden van het kind en de relatie met zijn ouders, en het is vanuit deze filosofie dat de 3 gemeenschappen hulpverlening organiseren (zie bijlage van het wetenschappelijk rapport). In een vrijwillig jeugd-hulpverleningstraject vragen de ouders en/of het kind hulp of ze stemmen er minstens mee in en werken eraan mee. Indien vrijwillige hulpverlening niet (langer) mogelijk is, kan een gedwongen hulptraject (gerechtelijke jeugdhulp) worden opgelegd door de jeugdrechter, tegen de wil van de ouders en/of het kind in.

<sup>e</sup> Promotion de la santé à l'école (PSE), Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB), Centres psycho-médico-sociaux (CPMS), Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), Kind en Gezin, Ligue de Service de Santé Mentale, Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), SOS Enfants, Vertrouwenscentra Kindermishandeling, Service de l'Aide à la Jeunesse

(SAJ), Ondersteuningscentrum Jeugdzorg (OCJ), Service de Protection Judiciaire, huisartsen, pediaters, spoedartsen, verpleegkundigen, politiefunctionarissen van de Commission Permanente de la Police Locale en de Jeugdbrigade en magistraten verbonden aan de jeugdrechtbank.



## 2.2. Stappenplannen en overlegstructuren met het oog op informatieuitwisseling tussen de actoren.

In Vlaanderen bestaat het “Protocol Kindermishandeling” van maart 2010, bekrachtigd door de Federale minister van Justitie en de Vlaamse minister van Welzijn (geactualiseerd in mei 2014). Het bevat een stappenplan, dat als leidraad kan dienen voor de aanpak van kindermishandeling door de verschillende professionelen. Op basis van dit protocol werd het Vlaams Forum Kindermishandeling (VFK) opgericht, als structureel overlegorgaan tussen de verschillende actoren en om adviezen te kunnen uitbrengen aan de betrokken ministers.

Ook in het Franstalig landsgedeelte beschikt men over een « Protocole d'intervention maltraitance des enfants entre le secteur médico-psychosocial et le secteur judiciaire ». Ook hier bestaat er een structureel overleginitiatief, namelijk « Conférence permanente de concertation maltraitance ». Daarnaast werd er een brochure opgesteld « Que faire si je suis confronté à une situation de maltraitance d'enfant? – M'appuyer sur un réseau de confiance », die werd goedgekeurd door de federale minister van Justitie, de Franse Gemeenschap en het Waals Gewest.

Tevens bestaat ook 'La Coordination de l'aide aux victimes de maltraitance', dat opleidingen voor zorgverleners organiseert en dat de acties van de verschillende overheidsdiensten coördineert. Het staat ook in voor Yapaka<sup>5</sup>, een organisatie van de Franse Gemeenschap die ouders tracht te ondersteunen (soutien à la parentalité) en dus preventief werkt. Andere beleids- en samenwerkingsprotocollen in de gemeenschappen worden meer uitgebreid besproken in bijlage van het wetenschappelijk rapport.

## 2.3. Geen aangifteplicht aan het parket

Zorgverleners worstelen regelmatig met hun beroepsgeheim wanneer ze worden geconfronteerd met (vermoede) kindermishandeling. Zijn ze er door gebonden en mogen ze geen aangifte doen? Of zijn ze integendeel strafbaar als ze kindermishandeling niet rapporteren? En met wie mogen ze gevoelige informatie delen?

Rapportering van kindermishandeling door zorgverleners aan gerechtelijke instanties is in België inderdaad niet verplicht. Het argument hiervoor is dat verplichte rapportering slachtoffers en plegers ervan zou kunnen weerhouden om een beroep te doen op hulpverlening. Het zou de zorgverleners ook kunnen aanmoedigen om, ook bij twijfel, sneller aangifte te doen en zo de verantwoordelijkheid af te schuiven op de gerechtelijke instanties (voor een verdere bespreking, zie 6.1.3 van het wetenschappelijk rapport). In lijn hiermee stelt de wetgeving van de gemeenschappen dat het traject van de vrijwillige hulpverlening zoveel mogelijk moet worden uitgeput, vooraleer de gerechtelijke gedwongen hulpverlening wordt ingeschakeld.<sup>f</sup> In zeer ernstige of dringende gevallen (zie verder voorwaarden art. 422bis Strafwetboek) is een aangifte aan de gerechtelijke instanties uiteraard noodzakelijk.

## 2.4. Delen van informatie: een zorgvuldige afweging

Artikel 458 van het Strafwetboek (Sw) regelt het beroepsgeheim van de gezondheids- en welzijnsberoepen, zoals arts, apotheker, verpleegkundige en alle andere personen die “uit hoofde van hun staat of beroep” kennis dragen van geheimen die hen zijn toevertrouwd. Daarnaast zijn er ook wettelijke bepalingen met betrekking tot de jeugdbescherming en de jeugdhulp, die een geheimhoudingsplicht voorzien voor hulpverleners.<sup>9</sup>

### Kan worden afgeweken van het beroepsgeheim?

Er kan worden afgeweken van het beroepsgeheim, bijvoorbeeld indien het doorbreken van het beroepsgeheim de enige optie was om een persoon in groot gevaar te helpen (art. 422bis Sw – schuldig verzuim) of als de geheimplichtige opgeroepen wordt om voor een rechtbank te getuigen.

<sup>f</sup> Art. 47, 1° Decreet 12 juli 2013 betreffende de integrale jeugdhulp, Inleidende titel. - algemeen kader waartoe het Decreet inzake hulpverlening aan de jeugd behoort, Décret du 4 mars 1991 relatif à l'Aide à la Jeunesse<sup>6</sup>.

<sup>9</sup> Art. 3 Décret du 12 mai 2004 relatif à l'Aide aux enfants victimes de maltraitance, art. 7 Decreet 12 juli 2013 betreffende de integrale jeugdhulp.



Daarnaast bestaat er sinds 2001 een wettelijk spreekrecht: elke professional die aan het beroepsgeheim gebonden is kan volgens de voorwaarden van artikel 458bis van het Strafwetboek een geval aangeven bij de Procureur des Konings als een ernstige schending vastgesteld wordt van de fysieke of psychische integriteit van een minderjarige of als er aanwijzingen zijn dat er ook nog andere minderjarigen hiervan slachtoffer zijn en als de hulpverlener samen met eventuele andere hulpverleners niet meer kan instaan voor de veiligheid van de minderjarige. Meer algemeen laat de rechtspraak toe het beroepsgeheim te schenden om een hoger ingeschat belang (zoals bijvoorbeeld wanneer er een ernstig en dreigend gevaar bestaat voor de fysieke integriteit van een kind) te beschermen (noodtoestand).

### **Kunnen de betrokkenen de geheimplichtige ontslaan van het beroepsgeheim?**

Hierover heerst een zekere verdeeldheid in de rechtspraak en rechtsleer. Er zijn argumenten en uitspraken die in beide richtingen gaan.<sup>h</sup> Er is een recente tendens in de rechtsleer om informatieuitwisseling toe laten, op voorwaarde dat de toestemming gaat over een duidelijk afgebakend deel van de informatie, die aan een vooraf geïdentificeerde persoon wordt gegeven. Deze toestemming moet ook vrij, geïnformeerd en expliciet worden gegeven.<sup>7, 8</sup>

<sup>h</sup> **Pleiten voor een beroepsgeheim dat niet kan opgeheven door de toestemming van de betrokkene:** Cassatie 20 februari 1905, *Pas.* 1905, I, 141; Art. 64 Code van Geneeskundige Plichtenleer; Brussel 8 maart 1972, *RDP* 1971-72, 922; Arbeidshof Bergen 5 september 1980, *RDP* 1981, 99. C. Braas, *Précis de droit pénal*, Brussel, Et. E. Bruylant, 1936, 154-155, nr. 227; L. Nouwynck, "La position des différents intervenants psycho-médico-sociaux face au secret professionnel dans un contexte judiciaire – cadre modifié, principe conforté", *Revue de Droit Pénal et de Criminologie*, 2012, 589-641; **Erkennen een beroepsgeheim in het belang van de betrokkene:** Hof van Cassatie, 13 maart 2012, *NJW*, 268, p. 597; Advies van de Nationale Raad

### **Gedeeld beroepsgeheim tussen hulpverleners**

Hulpverleners die gebonden zijn aan het beroepsgeheim en die dezelfde hulpvrager behandelen, mogen onderling vertrouwelijke informatie over deze persoon uitwisselen, als dit nodig is voor de behandeling (gedeeld beroepsgeheim). De hulpvrager moet wel minstens weten welke gegevens aan wie worden doorgegeven, en indien mogelijk gebeurt dit met zijn toestemming en liefst in zijn aanwezigheid. Belangrijk is ook dat de andere hulpverlener optreedt met dezelfde doelstelling. Zo hebben bijvoorbeeld politiefunctionarissen niet alleen een zwijg-, maar ook een meldingsplicht.<sup>i</sup> Overdracht onder gedeeld beroepsgeheim tussen hulpverleners in buitengerechtelijke en hulpverleners in gerechtelijke context is daarom niet mogelijk. De laatste jaren wordt in enkele proefprojecten wel steeds meer geëxperimenteerd met het opzoeken van de grenzen van het beroepsgeheim bij de samenwerking tussen hulpverlening, justitie en politie. Belangrijke projecten zijn het Protocol van Moed en het CO3-project, beiden te Antwerpen, het LINK project van de provincie Limburg en het project Korte Keten van Mechelen (zie bijlage wetenschappelijk rapport).

van de Orde der Geneesheren van 30 april 2011 – Informatie aan de VDAB betreffende de arbeidshandicap, *T. Orde Geneesh.* 2011, nr. 133; Advies van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren van 29 oktober 2011 – Informatie aan de VDAB betreffende de arbeidshandicap, *T. Orde Geneesh.* 2011, nr. 135

<sup>i</sup> Art. 29 Wetboek van Strafvordering<sup>9</sup> en art. 40 Wet op het politieambt van 5 augustus 1992<sup>10</sup>



### Beroepsgeheim tegenover de ouders

Hulpverleners hebben ook een beroepsgeheim t.a.v. de ouders van de minderjarige. Ouders hebben als wettelijke vertegenwoordigers van hun minderjarig kind echter ook recht op vertrouwelijke informatie. Zij hebben die o.a. nodig om voor een rechtbank te kunnen optreden bv. bij een burgerlijke partijstelling. Soms kan er een belangenconflict bestaan tussen ouders en kinderen, bijvoorbeeld als de ouder ook de pleger is. De minderjarige kan dan vragen om bepaalde informatie niet door te geven aan de ouders. Men gaat ervan uit dat ouders, naarmate het kind meer onderscheidingsvermogen verwerft, steeds minder tussen moeten komen en het dus ook minder noodzakelijk is hen bepaalde informatie te geven.<sup>j</sup> Voor zeer kleine kinderen kan het soms echter een probleem zijn dat een ouder-pleger het dossier van het kind kan inzien.

### Beroepsgeheim en discretieplicht in scholen

Leerkrachten zijn, in tegenstelling tot medewerkers van het CLB<sup>k</sup>/PMS<sup>l</sup>, niet gebonden aan het wettelijk beroepsgeheim, omdat ze geen professionele hulpverleners zijn.<sup>15, 16</sup> Zij hebben wel een discretieplicht. Daardoor kan schoolpersoneel geen zwijgrecht inroepen t.a.v. hun hiërarchische meerderen of collega's. Er moet wel steeds rekening worden gehouden met het belang van de leerlingen. Bij de gegevensuitwisseling met het CLB/PMS kunnen zij zich in principe beroepen op hun discretieverplichting om niet zomaar alle gegevens door te geven. Zij zullen de afweging moeten maken of de gegevens voldoende relevant zijn om uit te wisselen. Voor de gegevensuitwisseling tussen CLB/PMS-medewerkers en andere welzijns-, hulpverleningsinstanties of individuele hulpverleners is steeds de toestemming van de ouders of van het kind (ouder dan 14 jaar) nodig.<sup>14, 17, 18</sup>

<sup>j</sup> Art. 8, § 1 en art. 12 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de Rechten van de Patiënt<sup>11</sup> en art. 30 en 61 Code van geneeskundige plichtenleer

<sup>k</sup> Art. 11 Decreet van 1 december 1998 betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding<sup>12</sup>

<sup>l</sup> Art. 12 Decreet van 14 juli 2006 betreffende de opdrachten, programma's en activiteitenverslag van de psycho-medisch-sociale centra<sup>13</sup>; Avis n°13/1205 du Conseil supérieur de la Guidance psycho-médico-sociale et de

## 3. UITDAGINGEN BIJ DE AANPAK VAN KINDERMISHANDELING

De moeilijkheden en uitdagingen voor een efficiënte aanpak van kindermishandeling die werden aangehaald door de bevroegde actoren tijdens de interviews zijn gelijkaardig aan deze die worden vermeld in de literatuur. Als er verschillen zijn, worden die meestal veroorzaakt door de verschillende manieren waarop preventie en hulpverlening in de gemeenschappen worden georganiseerd. Een gedetailleerde beschrijving van de bevindingen uit het kwalitatieve luik vindt u in hoofdstuk 7 van het wetenschappelijk rapport.

De perceptie bij professionelen en medewerkers van diensten uit de **brede instap**<sup>m</sup> is dat er vooral een gebrek is aan tijd en middelen om het probleem van kindermishandeling doeltreffend aan te pakken. Verder voelen ze zich vaak niet voldoende bekwaam in het opsporen en het bespreekbaar maken van kindermishandeling met hun patiënten/hulpvragers en hebben ze vaak te weinig kennis van het netwerk, het wettelijke kader rond het beroepsgeheim en de aangiffemodaliteiten. Ze geven te kennen dat ze zich daarbij onvoldoende opgeleid en ondersteund voelen. Vooral professionelen die in een individuele praktijk werken, zeggen dat ze behoefte hebben aan een overleg met andere professionelen om tot een gezamenlijke beslissing te komen over de eerste aanpak van een (vermoed) geval van kindermishandeling. Daarbij komt nog dat de confrontatie met het fenomeen (vermoede) kindermishandeling professionelen vaak zwaar emotioneel belast, naast de extra werkbelasting die het met zich meebrengt. Huisartsen geven ook aan dat de nabijheid tot een gezin het detecteren van kindermishandeling kan belemmeren.

<sup>l</sup> l'Orientation scolaire et professionnelle sur le secret professionnel des membres du personnel des Centres Psycho-médico-sociaux<sup>14</sup>

<sup>m</sup> Met brede instap bedoelen we de diensten waar iedereen met gelijk welke vraag terecht kan. M.a.w. het zijn die diensten die als eerste aanspreekpunt gelden wanneer er nog nooit contact geweest is met een hulpverlener, bijvoorbeeld de Centra Algemeen Welzijn.



Ook voor **de gespecialiseerde diensten** (VK en SOS Enfants) en SAJ blijken een excessieve werkbelasting en een tekort aan bestaffing de grootste uitdagingen te zijn. Ze bemoeilijken o.a. een efficiënte samenwerking tussen de verschillende actoren. Bovendien geven verschillende actoren aan dat wanneer zij een zaak 'uit handen geven', er weinig feedback komt over de opvolging ervan. Volgens bepaalde respondenten is feedback soms onmogelijk door het beroepsgeheim, al geven ze toe dat dit argument soms ook onterecht gebruikt wordt als excuus voor een falend feedbackbeleid. Het gebrek aan informatiedoorstroming maakt soms ook een efficiënte samenwerking tussen hulpverlening, politie en justitie moeilijk. Een belemmerende factor voor alle actoren is ook het tekort aan (niet-)residentiële opvang(plaatsen) voor mishandelde kinderen en (eventueel) hun gezinnen. Tot slot melden de respondenten ook dat er nood is aan een beleid dat inzet op preventie en dat aandacht heeft voor de coördinatie en continuïteit van zorg. Daarbij kan een goede gegevensregistratie helpen om de omvang van het probleem en de probleemgebieden beter in kaart te brengen.

#### 4. ALLEEN EEN AANPAK OP VERSCHILLENDE NIVEAUS HELPT

Er is een brede, systemische aanpak nodig om het aantal slachtoffers van kindermishandeling op lange termijn (intergenerationele overdracht) te verminderen en om de schade bij elk slachtoffer te beperken. Daarbij zijn de volgende activiteiten nodig: aandacht voor preventie en tijdige signalering, voldoende ondersteuning voor de professionelen die in de eerste lijn met kindermishandeling worden geconfronteerd, toereikende middelen voor de gespecialiseerde diensten en voldoende capaciteit in de specifieke hulpverlening voor slachtoffers en plegers (zie ook figuur 1).





Figuur 1 – Een aanpak op verschillende niveaus





## 4.1. Preventie en detectie

Kindermishandeling ontstaat vaak door een opeenstapeling van risicofactoren zoals armoede, werkloosheid, (v)echtscheidingen, relatieproblemen, partnergeweld, isolement, nieuw samengestelde gezinnen, ontbreken van een ondersteunend informeel netwerk, verslavingen, psychische stoornissen, persoonlijkheidspathologie, zelf kindermishandeling hebben meegemaakt, zwakke cognitieve vaardigheden, zwakke pedagogische vaardigheden van de ouders of handicaps van het kind. Tot op vandaag wordt er bij de aanpak van kindermishandeling niet of onvoldoende specifiek ingezet op gezinnen met risicofactoren. Nochtans blijkt uit de literatuur dat een afdoend preventiebeleid essentieel is bij een effectieve aanpak van kindermishandeling.

### 4.1.1. Vroeg investeren in de ondersteuning van gezinnen

Uit de literatuur blijkt dat het ondersteunen van kwetsbare gezinnen in cruciale levensfasen, zoals een zwangerschap, een bevalling en pril ouderschap, risicofactoren kan verminderen en de draagkracht van gezinnen kan versterken.

#### 4.1.1.1. Perinatale dienstverlening

##### Aanbeveling 1

**Identificeer tijdens de zwangerschap de gezinnen met risicofactoren. Maak van risicosignalering een inherent onderdeel van de perinatale zorg.**

**Actiepunt 1.1: Voorzie een verplicht te volgen stappenplan in elke materniteit.**

Een effectieve preventie start best al voor de geboorte van het kind met een prenatale begeleiding van (kwetsbare) zwangere vrouwen/gezinnen. Het is de eerste stap in een goede zorgketen waarin er een naadloze overgang zou moeten zijn tussen de prenatale-, de postnatale- en de jeugdgezondheidszorg. Professionelen (o.a. gynaecologen, vroedvrouwen, huisartsen) kunnen in de prenatale fase risicogezinnen identificeren, ondersteuning bieden vanuit hun vakgebied en helpen om hun sociale netwerk te versterken. Ze zouden daarbij systematisch moeten screenen op de aanwezigheid (van een combinatie) van de volgende risicofactoren: jonge leeftijd van de aanstaande ouders, laag opleidingsniveau, werkloosheid, een kind met een beperking, een ouder met psychologische problemen en/of psychiatrische problematiek, een ouder met een (lichte) verstandelijke beperking, een ouder die zelf kindermishandeling heeft meegemaakt, ongewenste zwangerschap, partnergeweld, éénouder- en stiefgezinnen of de aanwezigheid van een verslavingsproblematiek. De informatie zou moeten worden opgenomen in het perinataal zorgplan dat geïntegreerd is in het gedeeld elektronisch moederschapsdossier (zie aanbeveling 2, actiepunt 2.1, KCE rapport 232A<sup>19</sup>). Een perinatale zorgcoördinator kan een sleutelrol spelen bij de opvolging van alarmerende factoren tijdens de zwangerschap, de geboorte en het postpartum en kan continuïteit van zorg garanderen op cruciale momenten, waaronder het (al dan niet vroege) ontslag uit de kraamkliniek.

Uit de interviews blijkt dat noch Kind & Gezin (K&G), noch de teams van SOS Enfants en het Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) checklists gebruiken om risicogezinnen te identificeren. Nochtans is de signaallijst die binnen de integrale jeugdhulp wordt gebruikt, toegankelijk voor iedere hulpverlener en heeft K&G een wetenschappelijk gevalideerd instrument, de POS-schaal.<sup>20</sup> Momenteel bevat de richtlijn van Domus Medica rond zwangerschapsbegeleiding ook al een aansporing om bij het eerste contact een mogelijke depressie te identificeren en moet de zorgverlener alert zijn voor symptomen of tekenen van huiselijk geweld.<sup>21</sup>

In Franstalig België organiseert ONE gratis prenatale consultaties voor een medisch-sociale begeleiding tijdens de zwangerschap. Daarnaast geven medisch-sociale werkers (TMS) ondersteuning aan toekomstige ouders. Er bestaan overeenkomsten tussen gyneacologen en ONE om kwetsbare toekomstige moeders naar de prenatale consultaties door te verwijzen. Daarnaast zijn er drie perinatale diensten (Aquarelle (CHU Saint-Pierre),



Ecoline (Charleroi) et Seconde Peau (Liège)), met een programma gesubsidieerd door ONE. Ze voorzien een persoonlijke medico-sociale begeleiding van zwangere of net bevallen vrouwen in een kwetsbare situatie. Dergelijke initiatieven worden ook in andere provincies overwogen.<sup>22</sup>

In Vlaanderen gebeurt de prenatale dienstverlening vanuit een lokale netwerkbenadering, met alle relevante partners zoals vroedvrouwen, huisartsen, gynaecologen, kraamzorg en andere partners binnen de Huizen van het Kind. Bij de preventieve gezinsondersteuning zal een reorganisatie plaatsvinden. Daarbij zullen de regioteams van Kind & Gezin een aanbod kunnen uitbouwen dat meer aansluit bij de lokale noden. Daarnaast zullen ze bij elk gezin instrumenten op maat kunnen inzetten, zoals een huisbezoek, online dienstverlening, de portaalsite mijnkindengezin.be en groepscontacten.<sup>23</sup>

### Aanbeveling 2

**Investeer in postnatale zorg zoals aanbevolen in het KCE rapport 232-2014<sup>19</sup> en ondersteun moeders en vaders in hun (nieuwe) rol als ouder.**

**Actiepunt 2.1: Versterk de informele steunnetwerken van ouders door hen samen te brengen in educatiegroepen tijdens de zwangerschap en het postpartum.**

Veel kleinschalige initiatieven nodigen ouders uit om andere ouders te ontmoeten en stimuleren zo informele steunnetwerken. Zo zijn er bijvoorbeeld "Mama cafés", workshops babymassage en prenatale workshops. Maar vaak bereiken deze activiteiten niet de ouders die ze het meest nodig hebben.

Uit de literatuur haalden we het idee van de oudergroepen, een initiatief afkomstig uit de Verenigde Staten, en reeds overgenomen door de Scandinavische landen en Nederland. *CenteringParenting* is een interessant voorbeeld van oudergroepen, om de postnatale zorg op lange termijn te structureren en advies te geven aan ouders.<sup>24</sup> Hierbij koppelt men

medische zorg aan voorlichting, educatie en het uitwisselen van ervaringen tussen zwangeren, waardoor ook vrouwen worden bereikt die normaal veel minder vaak deelnemen aan zwangerschapseducatie en andere cursussen ter voorbereiding van bevalling en kraambed.

**Actiepunt 2.2: Bereid de postnatale zorg thuis reeds voor tijdens de zwangerschap, zodat er binnen de 24 uur na het ontslag een vroedvrouw aan huis komt die moeder en kind gedurende minstens de eerste 10 dagen opvolgt. Een follow-up thuis moet verzekerd zijn vooraleer kwetsbare moeders uit het ziekenhuis vertrekken.**

De postnatale periode vormt door het verkorte verblijf samen met het steeds frequenter wegvallen van informele steunnetwerken een grote uitdaging, vooral voor de meest kwetsbare gezinnen. Bovendien kan de verkorte ligduur ook de organisatie bemoeilijken van de kennismaking met de preventieve zorgverlening van Kind & Gezin/ONE tijdens het ziekenhuisverblijf op de materniteit. Om hieraan tegemoet te komen overweegt het ONE om 2 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum een prenatale consultatie aan te bieden.

Op het moment van het schrijven van de synthese starten zeven pilootprojecten met als thema "bevallen met verkort ziekenhuisverblijf" in verschillende ziekenhuizen die zullen samenwerken met andere instellingen en met zorgverstrekkers uit de eerste lijn zoals vroedvrouwen, thuisverpleegkundigen en huisartsen. Daarnaast werken ook expertisecentra, Kind & Gezin, ONE en een aantal privépartners eraan mee. De aanstaande moeders beslissen zelf of ze al dan niet aan het project willen deelnemen.

**Actiepunt 2.3: Bouw gecoördineerde acties uit om kwetsbare gezinnen te ondersteunen en te voorkomen dat ze wegvallen uit het perinatale zorgtraject.**



Het witboek over de toegang tot de gezondheidszorg in België (RIZIV 2014) beveelt aan om de zorg voor moeder en kind globaal aan te pakken.<sup>25</sup> Het gaat hierbij om gezondheidsrisico's bij kinderen in het algemeen, ongeacht waardoor deze risico's worden veroorzaakt. Daarbij benadrukt het rapport het belang van een geïntegreerd zorgprogramma voor kwetsbare gezinnen totdat het kind naar de lagere school gaat. Een vroege detectie door huisartsen, gynaecologen en vroedvrouwen sluit hierbij aan. Het postnatale zorgplan moet met grote zorg worden ontwikkeld (vooral de pediatrie nazorg) en goed worden afgestemd op de specifieke behoeften van het gezin. Er is ook behoefte aan meer woonoplossingen voor jonge moeders in nood en hun baby's. Ze moeten deel uitmaken van het aanbod van de kraamklinieken, in plaats van af te hangen van private of liefdadigheidsinitiatieven.

#### 4.1.1.2. Opvoedingsondersteuning

##### Aanbeveling 3

**Investeer in gecoördineerde opvoedingsondersteuning voor iedereen, maar met bijzondere aandacht voor kwetsbare gezinnen.**

Uit de analyse van de interviews blijkt dat moeilijke opvoedingssituaties vaak leiden tot kindermishandeling, maar het is niet evident om te bepalen vanaf welk moment een problematische opvoedingssituatie overgaat naar kindermishandeling. Dit inzicht doet, samen met buitenlandse ervaringen (o.a. Nederland), pleiten voor het geven van **opvoedingsondersteuning** om 1) kindermishandeling bespreekbaar te maken, en 2) te voorkomen dat problematische opvoedingssituaties ontaarden in kindermishandeling. Er bestaan in België al talrijke initiatieven (zie bijlage over preventie in de Vlaamse en de Franse Gemeenschap) om ouders te ondersteunen, met extra ondersteuning voor risicogezinnen. Deze initiatieven blijven echter zeer vrijblijvend en gefragmenteerd, met gebrek aan continuïteit tussen de initiatieven en weinig overleg tussen de betrokken partners. Consultatiebureaus van K&G/ONE geven bijvoorbeeld niet systematisch alle dossiers door aan de CLB's/PMS zodra kinderen naar school gaan, zodat CLB's/PMS van nul moeten herbeginnen.

#### 4.1.1.3. Kindcheck

##### Aanbeveling 4

**Zorg voor voldoende afstemming tussen volwassenenhulpverlening en jeugdhulpverlening. Zorgverleners die ouders met problemen behandelen moeten een "kindcheck" doen: zijn er kinderen en hoe gaat het met hen?**

Uit de interviews blijkt dat de ouderproblematiek, vaak onder de vorm van een verslavings- en/of psychiatrische problematiek, onvoldoende gekend is bij de jeugdhulpverlening en dat er geen afstemming is tussen de jeugdhulpverlening en bijvoorbeeld de volwassenenpsychiatrie. Daarnaast hebben zorgverleners uit de volwassenenhulpverlening te weinig oog voor het risico op kindermishandeling bij de kinderen van de ouder(s) met een problematiek. In Nederland bestaat hiervoor in de meldcode (zie verder) de zogenaamde "kindcheck", die inhoudt dat de professional in bepaalde gevallen verplicht is om na te gaan of zijn volwassen patiënt thuis minderjarige kinderen heeft waar hij voor zorgt. Als door de medische situatie of door andere omstandigheden er een risico bestaat op ernstige schade bij die kinderen, moet de professional in een gesprek met de patiënt nagaan of er verder actie moet worden ondernomen, dit door de stappen van de meldcode te volgen.<sup>26</sup> In Nederland wordt ook overwogen om de oudercheck op te nemen in de meldcode. Dit houdt in dat professionelen uit de jeugdhulpverlening en de jeugdgezondheidszorg dienen na te gaan of er bij kinderen met problemen, sprake is van een ouder met bepaalde risicofactoren voor kindermishandeling (psychische problemen, verslaving, verstandelijke beperking,...).



#### 4.1.2. Focus op de kwetsbare groep van jonge kinderen

##### Aanbeveling 5

**Investeer extra middelen in de preventie en detectie van kindermishandeling bij kinderen jonger dan 3 jaar onder de vorm van opleiding in risicodetectie van personeel van kinderdagverblijven en onthaalouders en het creëren van vangnetten in postnatale zorg en op materniteiten.**

Uit de statistieken blijkt dat vooral kinderen tussen 0 en 3 jaar meer kans lopen op lichamelijke mishandeling en verwaarlozing dan kinderen die ouder zijn. Ze zijn meer kwetsbaar en afhankelijk. Bovendien zijn ze onmondig zodat het, behalve bij letsels die onmiskenbaar het gevolg zijn van kindermishandeling, zeer moeilijk is om mishandeling vast te stellen. Goede en toegankelijke sociale en pedagogische infrastructures zoals kinderdagverblijven en scholen bieden bescherming tegen mishandeling. Ze verlichten niet alleen preventief de "draaglast" van ouders, maar hebben ook een belangrijke signaalfunctie als het fout dreigt te gaan. Nochtans valt net de groep van de jongste kinderen vaak door de mazen van het net. Plaatsen in de kinderopvang worden steeds schaarser, vooral in de grootsteden en zijn voor werkloze ouders of ouders uit een lagere inkomstencategorie vaak geen haalbare kaart.

Kind & Gezin/ONE kunnen gezinnen met kinderen jonger dan 3 jaar uitnodigen en/of huisbezoeken uitvoeren, maar deze zijn steeds vrijblijvend. Als ouders systematisch niet komen opdagen, wordt dit wel opgevolgd, bv. via telefonisch contact om gezinnen aan te sporen toch te komen of om te polsen of zij andere zorgverleners contacteerden. In de kinderdagverblijven die verbonden zijn aan ONE zijn er systematisch medische consultaties. Ouders die hun kind in een ONE kinderdagverblijf inschrijven, stemmen er meteen ook mee in.

Kinderen die niet naar een kinderdagverblijf gaan en/of waarvan de ouders niet naar ONE/K&G consultaties gaan, ontsnappen dus aan het systeem. Omdat kinderen pas vanaf 6 jaar schoolplichtig zijn, zijn ze ook niet onderworpen aan de verplichte medische onderzoeken op school. Het verplichte karakter van deze onderzoeken is trouwens relatief, want er zijn geen sancties verbonden aan de niet-deelname.

Een opleiding in risicodetectie van personeel van kinderdagverblijven en onthaalouders, vangnetten in postnatale zorg en op materniteiten, kunnen leiden tot een geïntegreerde aanpak van de preventie en detectie van kindermishandeling bij kinderen in de jongste leeftijdscategorie.

#### 4.2. Versterking van kennis en vaardigheden en ondersteuning van de betrokken professionelen

##### Aanbeveling 6

**Integreer de kennis en vaardigheden die nodig zijn voor de preventie, detectie en rapportering van kindermishandeling in de opleidingsprogramma's en in de bijscholingen van spoedartsen, huisartsen, gyneacologen, pediaters, verpleegkundigen, vroedvrouwen en personeel van kinderdagverblijven.**

**Actiepunt 6.1: Verbeter de kennis van risicofactoren en de communicatievaardigheden van zorgverstrekkers die kunnen geconfronteerd worden met kindermishandeling.**

Zorgverleners in de eerste lijn gaven in de interviews aan dat ze zich onvoldoende geïnformeerd voelen over en vertrouwd met het herkennen van alarmsignalen (red flags), risicosituaties of mishandeling. Ze moeten dan ook worden opgeleid zodat ze op een systematische manier risicofactoren kunnen identificeren. Daarnaast vinden ze het moeilijk om vermoedelijke mishandeling bespreekbaar te maken. Ze zijn bang dat ze daardoor de patiënt-zorgverlener relatie beschadigen en menen dat zij niet over de nodige communicatievaardigheden beschikken. Zorgverleners in de eerste lijn moeten dan ook worden geïnformeerd over en opgeleid in communicatievaardigheden, zodat ze een dialoog kunnen aangaan met ouders in risicovolle en complexe situaties. Dergelijke opleiding is volgens de ondervraagde professionelen tot op vandaag vaak nog niet of slechts fragmentair opgenomen in het curriculum.

**Actiepunt 6.2: Versterk de adviesfunctie van de VKs/SOS Enfants om zorgverstrekkers te ondersteunen bij de detectie en rapportering van kindermishandeling.**

Momenteel worden er regelmatig opleidingen en informatiemomenten georganiseerd voor professionelen, bv. door de 'Commissions de coordination de l'aide aux enfants victimes de maltraitance', de VKs, ONE, YAPAKA, Kind & Gezin,... Deze opleidingen gebeuren echter vaak op vraag, zijn vrijblijvend en niet systematisch ingepland in het navormingstraject van professionelen. Bovendien kunnen de gespecialiseerde diensten vandaag vaak niet aan alle opleidingsvragen voldoen door tijdsgebrek en onvoldoende financiering. Er bestaat ook geen overzicht van alle aangeboden opleidingen/informatiemomenten. Daardoor kost het de professionelen vaak veel tijd om de gewenste informatie te vinden. VKs/SOS Enfants zouden systematisch ondersteuning kunnen bieden aan professionelen indien zij hiervoor specifieke middelen krijgen.

Het personeel dat instaat voor de consultaties en de referenten van ONE zijn opgeleid in risicodetectie en zouden door hun ervaring in de dagelijkse praktijk kunnen instaan voor de opleiding hierin van andere professionelen. Ook de opleidingscentra van de verschillende betrokken beroepsgroepen zouden opleiding rond het omgaan met kindermishandeling systematisch in hun navormingsprogramma kunnen opnemen.

**Actiepunt 6.3: Organiseer regelmatig een informatiemoment over het bestaande hulpverleningsaanbod en de relevante contactpersonen voor professionelen die kunnen worden geconfronteerd met kindermishandeling.**

Uit de literatuur en ervaringen van actoren blijkt dat een gedegen kennis van de bestaande netwerken en de contactpersonen leidt tot meer zelfvertrouwen en een meer actieve houding van zorgverleners bij de aanpak van kindermishandeling. Een regelmatig informatiemoment over het bestaande netwerk en de relevante contactpersonen lijkt dan ook aangewezen. In elke Vlaamse provincie wordt praktijkoverleg formeel georganiseerd vanuit het Intersectoraal Regionaal Overleg Jeugdhulp. Daarin kunnen professionelen van binnen en buiten de integrale jeugdhulp

samenkomen om anoniem cassussen uit te wisselen, knelpunten en kansen in de samenwerking te signaleren, enz. Dit kanaal kan ook worden gebruikt om informatie te verspreiden over het bestaande netwerk. Ook de VKs of teams SOS Enfants zouden regelmatig een informatiemoment kunnen organiseren voor bepaalde beroepsgroepen. Professionelen die zeer recent in dienst traden of die een opfrissing van hun kennis over het bestaande netwerk wensen, zouden hier dan kunnen voor inschrijven.

**Aanbeveling 7****Voer een verplicht stappenplan in voor instellingen uit de betrokken sectoren teneinde detectie en rapportering structureel te verankeren.**

In België bestaat er geen meldplicht. Door de meeste respondenten wordt dit gezien als een pluspunt, omdat het anders de relatie met de hulpvrager zou ondergraven. Anderzijds kan een professional die kindermishandeling niet meldt, beschuldigd worden van schuldig verzuim (het niet helpen van personen in groot gevaar).

Het ontbreken van een formele meldplicht betekent dat professionelen een grotere morele verantwoordelijkheid dragen, maar ook dat ze de vrijheid hebben om te beslissen wie ze betrekken in het proces (de politie, justitie, VK/SOS Enfants/SAJ) en op welk moment. Om de juiste keuze te maken moeten professionelen wel weten welke stappen ze kunnen nemen en wat er de mogelijke gevolgen van zijn. Voor verschillende professionelen bestaan er vandaag hulpmiddelen (signaallijst, brochures, websites, stappenplan kindermishandeling, protocole d'intervention maltraitance, richtlijn Domus Medica...) die hen ondersteunen om adequaat te reageren bij een vermoeden van kindermishandeling. Uit de interviews blijkt echter dat deze tools niet goed gekend zijn en/of dat professionelen er de weg ernaar niet vinden.

In Nederland zijn sinds juli 2013 de professionelen in de gezondheidszorg, onderwijs, kinderopvang, maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp wettelijk verplicht de meldcode te gebruiken bij vermoedens van geweld en/of kindermishandeling in huiselijke kring.<sup>27</sup> De meldcode is een soort gedragscode en bevat naast een beschrijving van de te volgen stappen ook een signalenlijst en een gesprekshandleiding. Iedere sector mag intern een eigen meldcode ontwikkelen, maar men moet zich daarbij wel baseren op



het “basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling”. Professionelen krijgen van de overheid ondersteuning bij de invoering van de meldcode (bv. via, nieuwsbrieven, toolkit, training, campagne etc.).

Een verplichte meldcode is iets anders dan een meldplicht. Bij een meldplicht moet de professional zijn vermoeden van geweld melden bij andere instanties. Bij een meldcode is de professional zelf vrij om beslissen of hij vermoedens van huiselijk geweld meldt, en het stappenplan van de meldcode biedt daarbij houvast. Uit onderzoek blijkt dat professionelen met een meldcode drie keer vaker ingrijpen dan professionelen zonder meldcode.<sup>28</sup>

In Vlaanderen zijn erkende voorzieningen verplicht om, in het kader van het kwaliteitsdecreet<sup>29</sup>, een procedure uit te schrijven voor het omgaan met grensoverschrijdend gedrag<sup>n</sup>. Daarbij is een meldplicht bij de erkennende overheidsdienst voorzien. Zorgprofessionelen hebben die verplichting echter niet. Bovendien ligt de focus op grensoverschrijdend gedrag ‘op de werkvloer’ van de instantie (bvb. in de kinderdagverblijven) en/of in de relatie patiënt/hulpvrager- professional, en niet op andere vormen, zoals intrafamiliaal misbruik of mishandeling. Sommige organisaties werkten op eigen initiatief wel reeds een stappenplan uit. Zo ontwikkelde het VK Brussel het stappenplan voor kinderdagverblijven: “aanpak van verontrusting en vroegdetectie van kindermishandeling”. Het biedt een leidraad bij het detecteren, inschatten, bespreken en aanpakken van vermoede problemen bij jonge kinderen. Ook Kind & Gezin ontwikkelde een leidraad voor zorgwekkende situaties, die gebaseerd is op de Nederlandse Meldcode.

## Aanbeveling 8

**De ziekenhuizen moeten over een protocol en een screeningsinstrument beschikken voor het omgaan met vermoedens van kindermishandeling. Spoedartsen en pediaters moeten hierover specifieke vorming krijgen.**

De spoedeisende hulp kan bij het herkennen van kindermishandeling een belangrijke rol spelen. Uit de cijfers van VKs blijkt dat in 2014 slechts 487 op een totaal van 7311 meldingen of 6,6 % uit de ziekenhuissector (ziekenhuisartsen, sociale diensten ziekenhuis, ander ziekenhuispersoneel) komen (zie tabel 4 wetenschappelijk rapport voor het % meldingen/type melder). In veel Belgische ziekenhuizen ontbreekt op de spoedafdeling een protocol voor de signalering van kindermishandeling. Bovendien registreren ziekenhuizen kindermishandeling niet (volledig). Voor elke patiënt die zich op de spoed aanmeldt, dient de reden van het consult te worden geregistreerd. Voor een uniforme registratie moet het label ‘(vermoeden van) kindermishandeling’ worden opgenomen in de classificatie van te registreren aandoeningen. In de UREG – registratie worden vandaag de labels “Interpersoonlijk geweld, fysieke/seksuele agressie, verwaarlozing” en “intrafamiliaal geweld” gebruikt.<sup>o</sup> Voor de gehospitaliseerde kinderen worden de diagnostische gegevens geregistreerd in de minimale ziekenhuisgegevens. Stakeholders vermoeden echter een onderschatting, aangezien kindermishandeling niet steeds (correct) wordt geregistreerd.

<sup>n</sup> een situatie waarin een kind slachtoffer is of dreigt te worden van bedreigingen of geweld van een persoon aanwezig in de voorziening, bijvb. de kinderopvang.

<sup>o</sup> UREG is een registratie systeem in real time op de spoeddiensten in de Belgische ziekenhuizen: <http://www.health.belgium.be/nl/publicaties-ureg>; er

bestaat ook een verplichting voor een registratie van de module URGADMIN in MZG: [http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_the\\_me\\_file/richtlijnen\\_domein\\_5\\_medische\\_gegevens\\_m\\_2015-12.pdf](http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_the_me_file/richtlijnen_domein_5_medische_gegevens_m_2015-12.pdf). Nadeel is dat data pas beschikbaar zijn na een periode van twee jaar.



### Aanbeveling 9

**Geef forensische artsen een formeel mandaat zodat ze door andere artsen kunnen geconsulteerd worden bij het diagnostiseren van kindermishandeling.**

Diagnostiek is de onmisbare schakel tussen de signalering van kindermishandeling en een aanpak op maat. Door een verkeerde interpretatie van een lichamelijk letsel kunnen mensen immers ten onrechte beschuldigd of zelfs veroordeeld worden, of krijgen slachtoffers daarentegen niet de correcte bescherming. Artsen voelen zich niet comfortabel bij het diagnosticeren van kindermishandeling, om verschillende redenen. Zij achten zich onvoldoende competent om mishandeling van 'normale' letsels te onderscheiden, of voelen zich geremd om de diagnose te stellen omdat ze twifelen of angst hebben voor de gevolgen voor het kind of voor hun relatie met de ouders. De ondersteuning door een onafhankelijke en gespecialiseerde derde, zoals een forensisch arts, kan daarbij deblokkerend werken.

Vandaag houden forensisch artsen zich o.a. bezig met het onderzoeken van slachtoffers én plegers bij seksuele agressie en kindermishandeling. Deze opdrachten kunnen zowel in de context van een strafrechtelijk onderzoek als in het kader van een burgerrechtelijke procedure (als deskundige of als raadgevend geneesheer) worden uitgevoerd. Hun taak kan worden uitgebreid naar forensische ondersteuning van andere professionelen bij het duiden van fysieke letsels. De bestaande afdelingen in bepaalde ziekenhuizen kunnen daarvoor worden ingeschakeld en worden versterkt met de nodige forensische artsen. Een andere optie is dat de toekomstige gespecialiseerde centra voor slachtoffers van seksueel geweld, die zullen fungeren als multidisciplinaire centra voor de opvang en begeleiding van deze slachtoffers of de VKs en SOS Enfants hierin een rol zouden spelen. Daarnaast kan structureel een mobiel team met een forensisch arts en eventueel een verpleegkundige worden ingezet, zoals in Nederland.<sup>p</sup> Het team kan dan langskomen op vraag van een arts die mishandeling of

seksueel misbruik vermoedt. Voor letselonderzoek is wel altijd de toestemming van de ouders en/of het (> 14 jaar oude) kind vereist.

Indien men meer forensische artsen zou inzetten om andere artsen te ondersteunen, dienen er meer middelen te worden vrijgemaakt voor de opleiding van geneesheer-specialisten in de gerechtelijke geneeskunde. Er is vandaag een nijpend tekort is aan deze artsen. Bovendien dient men ook rekening te houden met een mogelijke rolvermenging: forensisch artsen die een consultatieve rol vervullen, zullen nadien niet meer in dezelfde zaak kunnen optreden in een gerechtelijke procedure.

### 4.3. Versterking van de gespecialiseerde diensten voor kindermishandeling (VKs, SOS enfants) en SAJ

#### Aanbeveling 10

**Versterk de gespecialiseerde diensten (VKs, SOS enfants) zodat ze hun verschillende functies naar behoren kunnen vervullen en verder ontwikkelen:**

- **professionelen uit verschillende sectoren ondersteunen en adviseren (adviesfunctie)**
- **kinderen en gezinnen adequaat helpen zolang als nodig (tweedelijnsfunctie)**
- **preventiestrategieën ontwikkelen en invoeren (preventiefunctie)**
- **als gemandateerde voorziening optreden in samenwerking met justitiële diensten (functie als gemandateerde voorziening)**
- **de hulplijn 1712/103 bevolken en naar behoren laten functioneren, liefst 7/7 (hulplijn)**
- **data i.v.m. de bovenvermelde kernfuncties registreren en beschikbaar stellen (informatiefunctie).**

<sup>p</sup> Voor voorbeelden uit Nederland zie: Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling (LECK): 24 per dag forensisch-medisch advies

(<http://leck.nu/>); Forensische polikliniek kindermishandeling Utrecht (<https://www.polikindermishandeling.nl/>).





**Actiepunt 10.1: Meet de werklast en de efficiëntie van de VKs/SOS Enfants/SAJ en stem de menselijke en financiële middelen af op hun functies.**

Zowel in de Vlaamse als in de Franse Gemeenschap wordt een model gehanteerd waarbij (behoudens urgentie of weigering van samenwerking) de vrijwillige hulpverlening moet uitgeput zijn vooraleer een vermoeden van kindermishandeling aan justitie wordt gerapporteerd. De slagkracht van de voornaamste actoren binnen de vrijwillige hulpverlening zou daarom ook in verhouding moeten zijn. Ze moet zich vertalen in voldoende personeel en expertise, wat nu niet het geval is. Zo kregen in Vlaanderen de VKs de opdracht om op te treden als gemandateerde voorziening, zonder enige aanpassing van het personeelskader. Een VK moet vandaag beschikken over een minimaal basisteam met een arts, een licentiaat/master in de psychologie of pedagogie, een maatschappelijk assistent en een administratieve medewerker.

Sommige VKs zetten dezelfde personeelsleden in voor de 'reguliere' hulpverlening en voor de gemandateerde voorziening. Waar het VK in zijn 'reguliere' hulpverleningstaak volledig de kaart van het gezin en het kind trekt, werkt het in de rol als gemandateerde voorziening ook onrechtstreeks in opdracht van overheid en justitie. Deze dubbele rol maakt het niet alleen moeilijk voor de betrokken hulpverleners, maar kan ook het vertrouwen van het gezin aantasten.

De Vlaamse overheid wil het regelgevend en subsidiekader van de VKs aanpassen. Bedoeling is dat zij hun opdracht t.a.v. burgers en professionelen, zijnde een multidisciplinair centrum dat ondersteunende expertise en hulp aanbiedt, ten volle kunnen blijven uitvoeren. De verdere invoering en opvolging van de Ondersteuningscentra Jeugdzorg (OCJ's) zou parallel en in coherentie hiermee moeten gebeuren.

Ook langs Franstalige kant kampen de jeugdhulpverleningsdiensten met een toenemende werkdruk, ook omdat collega's die wegvallen soms niet vervangen worden. Het beleidsplan van de Franse Gemeenschap voorziet om ten minste de huidige personeelsbezetting in de jeugdhulpverleningsdiensten te blijven garanderen.<sup>22</sup>

**Actiepunt 10.2: Investeer in een netwerk van referentie- specialisten.**

Het invullen van het personeelskader binnen de gespecialiseerde diensten (VKs, SOS Enfants) is een knelpunt. Stakeholders gaven aan dat voor specialisten geen concurrentiële verloning kan worden gegarandeerd en dat jobzekerheid soms op lange termijn niet kan verzekerd worden, zodat de artsfunctie binnen de VKs en SOS Enfants een knelpuntberoep is geworden. Daarnaast speelt bij de keuze om een arts aan te werven ook de afweging om te investeren in een generalistische of een gespecialiseerde arts. Soms blijkt het aandeel van medische zorg in dossiers onvoldoende om een arts substantieel te betrekken in een VK/SOS Enfants team. Het beschikken over een budget om expertise op maat in te kopen als alternatief voor het in dienst nemen van een arts kan dan een optie zijn. Sommige VKs doen vandaag reeds een beroep op externe expertise, vooral forensische pediaters. Vanuit dit scenario zou de investering in een Belgisch netwerk van referentie-specialisten kunnen worden overwogen.

**4.4. Versterking van aanbod in de hulpverlening voor slachtoffers en plegers van kindermishandeling**

**Aanbeveling 11**

**Schat de noden in en voorzie voldoende aanbod in de gespecialiseerde hulpverlening voor slachtoffers en plegers van kindermishandeling.**

**Actiepunt 11.1: Er moeten (bijkomende) plaatsen worden voorzien in revalidatiecentra voor de langdurige observatie, opvang en traumabehandeling van kinderen of jongeren in situaties van mishandeling of met ernstige medico-psycho-sociale noden. Dit dient te gebeuren in een netwerk kader, zodat indien nodig een beroep kan worden gedaan op een ziekenhuis voor de diagnose en het toedienen van de noodzakelijke medische zorg aan het kind.**



Aangezien kindermishandeling vaak gepaard gaat met medische letsels of klachten, komen de slachtoffers vaak op de spoed of op de pediatrie afdeling terecht. Op het moment van het schrijven van het rapport bestaan er geen cijfers van het aantal spoedconsultaties of opnames op pediatrie die verband houden met kindermishandeling. In de toekomst zou een inschatting wel mogelijk moeten zijn (zie aanbeveling 8).

Sommige ziekenhuizen hebben vandaag een uitgebreide werking rond de opvang en behandeling van mishandelde kinderen door een multidisciplinair team op de dienst pediatrie. De ervaring op deze diensten leert dat een periode van 3 tot 4 weken nodig is om een diagnose te kunnen stellen, het kind te verzorgen en op te volgen en uiteindelijk te oriënteren naar een meer permanente oplossing. Vandaag is er geen specifieke financiering voor deze multidisciplinaire teams. Bovendien zijn er geen specifieke bedden voorzien voor dit soort opnames. De tendens tot verkorting van de verblijfsduur en het opzet van hoogtechnologische zorg in acute ziekenhuizen gaat echter in tegen de noodzaak van deze lange(re) termijn observatie en zorg. Doordat het financieel nadelig is, weigeren sommige ziekenhuizen deze kinderen op te nemen. Vandaag zijn er reeds pediatrie revalidatiecentra met een RIZIV Conventie, bijv. Clairs Vallons in Ottignies biedt een revalidatieprogramma in internaatverband aan aan kinderen met uiteenlopende pathologieën. Het merendeel van de kinderen lijdt aan obesitas of aan de gevolgen van mishandeling.<sup>30</sup> De langdurige observatie en zorg van kinderen die lijden aan de gevolgen van mishandeling kan mits een uitbreiding van het nodige aantal plaatsen in dergelijke centra gebeuren. Er zou kunnen overwogen worden het huidige systeem van RIZIV-conventies uit te breiden voor de financiering van de opvang en behandeling van mishandelde kinderen door een multidisciplinair team in deze centra. Een samenwerkingsverband met acute ziekenhuizen is nodig om noodzakelijke diagnostiek en gespecialiseerde zorg te kunnen verzekeren.

**Actiepunt 11.2: Schat de vraag in voor rechtstreeks en niet-rechtstreeks toegankelijke hulpverlening voor slachtoffers en plegers van kindermishandeling, en zet een traject uit voor een gepast hulpaanbod dat toegankelijk is binnen een aanvaardbare wachttijd.**

Het tekort aan plaatsen in de jeugdhulpverlening is een oud zeer. Met de invoering van het toewijzen van de niet-rechtstreekse hulpverlening (voorzieningen voor verblijf in crisissituaties, aangepaste structuren voor jonge kinderen, instellingen voor jongeren met psychiatrische aandoeningen, programma's voor globale gezinsondersteuning) via de intersectorale toegangspoort in Vlaanderen, kunnen de noden (aanvragen) en het aantal beschikbare plaatsen (toegewezen) worden berekend. Uit het jaarverslag van Jongerenwelzijn blijkt dat in 2014, 11.569 kinderen en jongeren nood hadden aan niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp, dus gespecialiseerde, zwaardere hulpverlening.<sup>31</sup> Bijna vierduizend minderjarigen met een handicap en drieduizend "probleemjongeren" kregen echter niet de hulp die ze nodig hadden.<sup>9</sup> Het actieplan Jeugdhulp van de Vlaamse overheid somt een aantal actiepunten op, zodat tegen 2020 kinderen en jongeren binnen een aanvaardbare wachttijd de gepaste, rechtstreekse en niet-rechtstreeks toegankelijke hulpverlening kunnen krijgen.<sup>32</sup>

Voor de Franse Gemeenschap zal het aanbod van diensten worden herschikt op basis van objectieve programmatiecriteria (socio-economische en toegankelijkheidsindicatoren) en van de specifieke noden per geografische zone en per problematiek.<sup>22</sup>

<sup>9</sup> Deze cijfers betreffen het aantal kinderen en jongeren aangemeld en/of op een wachtlijst van een voorziening; zie p. 23 Jaarverslag 2014 Jongerenwelzijn<sup>31</sup>.



#### 4.5. Communicatie en coördinatie tussen de verschillende diensten en professionelen uit de verschillende betrokken sectoren en tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus

##### Aanbeveling 12

**Verbeter de communicatie, coördinatie en samenwerking tussen de verschillende hulpverlenende diensten, politie, justitiële diensten en professionelen uit de verschillende betrokken sectoren (huisartsgeneeskunde, onderwijs, geestelijke gezondheidszorg, pediatrie, verloskunde (inclusief vroedvrouwen), pedopsychiatrie, spoeddiensten, kinderopvang...).**

**Actiepunt 12.1: Voer een breed maatschappelijk debat over de grenzen van het beroepsgeheim en over de uitwisseling van confidentiële informatie.**

De vraag naar uitwisseling van informatie moet het voorwerp uitmaken van een breed maatschappelijk debat. Een dergelijk debat stelt zich ook in andere maatschappelijke fenomenen, zoals de radicalisering van jongeren. Het overstijgt daardoor de thematiek van kindermishandeling.

**Actiepunt 12.2: Voorzie systematisch in de werkprocessen van medewerkers van VKs/SOS Enfants/SAJ dat zij binnen de grenzen van het (gedeelde) beroepsgeheim professionelen-melders ervan op de hoogte brengen dat het gemelde kind wordt behandeld.**

Om voor elk individueel kind optimaal te kunnen zoeken naar de beste aanpak, is een goede informatieuitwisseling tussen de verschillende actoren primordiaal. Het huidige wettelijke kader over het beroepsgeheim biedt niet altijd die mogelijkheid. Uit de interviews blijkt dat actoren vaak op de grenzen van het beroepsgeheim stuiten en/of het juridische kader niet goed kennen.

Degenen die wel melding doen, klagen dan weer over een gebrek aan feedback over de opvolging van een zaak. Dit verhindert hun betrokkenheid bij de zaak of tempert hun motivatie om een volgende keer opnieuw melding te doen. Feedback tussen hulpverlenende instanties en professionelen-melders kan nochtans in het kader van het gedeelde beroepsgeheim onder bepaalde voorwaarden (zie hoger) mogelijk worden gemaakt. Feedback vanuit het parket naar de melders of naar de hulpverleningsinstanties is echter binnen het huidige wettelijke kader niet mogelijk.

**Actiepunt 12.3: Maak een operationalisering van de instrumenten voor risico-inschatting, casusoverleg en casuscoördinatie juridisch mogelijk.**

In de interviews kwam de bekommernis over het gebrek aan afstemming tussen en een gezamenlijk optreden van politie, justitie en hulpverlening duidelijk naar voor bij de verschillende sectoren en langs zowel Vlaamse en als Franstalige kant. Daarnaast blijkt er ook een duidelijk juridisch kader voor de informatiedeling te ontbreken.

In Vlaanderen werd in verschillende projecten het samenbrengen van informatie en het samenwerken tussen welzijn en justitie uitgetest. Zo was er het Protocol van Moed, met een focus op de aanpak van Kindermishandeling. Andere voorbeelden zijn CO3 in Antwerpen, de Korte Keten in Mechelen, Link in Limburg, For Kid in Leuven, allemaal m.b.t. intrafamiliaal geweld. Het Protocol van Moed voorziet dat hulpverleners en vertegenwoordigers van het parket maandelijks overleg hebben over dossiers van kindermishandeling (casusoverleg). De meerwaarde van dit overleg is dat men vanuit twee kaders een inschatting kan maken van de bereidheid en mogelijkheid van de ouders om hulp te aanvaarden, van de gezinssituatie en van de bedreiging van de integriteit van het kind.

Dergelijke initiatieven werden zeer positief bevonden. Momenteel wordt de implementatie van de instrumenten risico-inschatting (vraag vanuit de hulpverlening aan het parket of omgekeerd of een bepaalde persoon gekend is), casusoverleg en casuscoördinatie overlegd met Justitie, Binnenlandse zaken, Onderwijs en het lokale en provinciale bestuursniveau in Vlaanderen. Er bestaat ook een recent initiatief in Brussel.



Om dergelijke instrumenten te kunnen gebruiken is er een sterke juridische basis vereist. Uit de juridische analyse van het 'Protocol van moed' blijkt dat voor een informatieuitwisseling tussen hulpverlening en parket binnen samenwerkingsvormen zoals casusoverleg best een wettelijke basis wordt ontwikkeld. De huidige uitzonderingen op het beroepsgeheim zijn hiervoor soms echter ontoereikend. Eerst wordt best de maatschappelijke en juridische haalbaarheid van een "aangepast beroepsgeheim" onderzocht. Een wettelijke rechtvaardigingsgrond kan daarbij ook bevoegdheidsrechtelijke problemen met zich meebrengen. Het gaat immers om domeinen die tot de bevoegdheid van de federale overheid (organisatie justitie, parket en strafrechtelijk onderzoek) en tot die van de gemeenschapsoverheden (vrijwillige en gerechtelijke jeugdbescherming) behoren. Enerzijds zou men kunnen opteren om de bepalingen in het strafwetboek rond het beroepsgeheim aan te passen; anderzijds kan men ook op gemeenschapsniveau de mogelijke opties bekijken.

Langs Vlaamse zowel als langs Franstalige kant heeft men ervoor geopteerd om maximaal in te zetten op een dialoog met de ouders en hen te ondersteunen in hun ouderschap vanuit een vrijwillig hulpverleningskader. Langs Franstalige kant heeft men echter expliciet niet de intentie om dergelijke instrumenten uit te werken (met uitzondering van een initiatief in Brussel), omdat men ervan uitgaat dat uitwisseling van informatie (te) bedreigend is voor de hulpverlenings-relatie. Een regeling op gemeenschapsniveau lijkt dan ook een betere optie dan een aanpassing van het strafwetboek.

#### **Actiepunt 12.4: Overweeg de mogelijkheid van family justice centers**

Uit de interviews blijkt ook dat het in één gebouw fysiek samenbrengen van de verschillende actoren betrokken bij de aanpak van kindermishandeling zou kunnen zorgen voor een globale, coherente en gecoördineerde aanpak. In verschillende Vlaamse provincies wordt momenteel gewerkt met een interdisciplinair ketenmodel. In Antwerpen vertaalt zich dat in een Family Justice Center, waar alle ketenpartners bij de aanpak van intrafamiliaal geweld – politie en justitie, reclassering, opvang en hulpverlening – fysiek samen zitten in één gebouw. Slachtoffers kunnen er terecht voor een aangifte, hulp, ondersteuning, opvang en politiebescherming. Hulpverlening, politie, justitie en lokale overheidsdiensten detacheren

gemotiveerde en getrainde medewerkers om het nodige aanbod aan de hulpvragers te bieden. Pilotprojecten zouden de haalbaarheid en de modaliteiten van dergelijke centra kunnen verkennen. Het spreekt voor zich dat een duidelijke communicatie rond het doel van eventuele Family Justice Centers en een sensibilisering van de bevolking primordiaal zijn om het succes ervan te verzekeren en te vermijden dat deze instanties zouden worden geassocieerd met een gerechtelijke aanpak.

#### **Actiepunt 12.5: Agendeer de coordinatie van de aanpak van kindermishandeling op het niveau van de Interministeriële conferentie volksgezondheid.**

De vertegenwoordigers van het domein Volksgezondheid op federaal niveau zijn tot nog toe in beperkte mate betrokken geweest bij de aanpak van kindermishandeling. Nochtans is dit een problematiek die ook aan dit domein raakt (zie bijvb. de organisatie van het verblijf op de materniteit, de financiering van revalidatiecentra via RIZIV conventies,...) en die een overleg tussen het federaal en het gemeenschapsniveau noodzakelijk maakt.



## 4.6. Dataregistratie, kennisbeheer en onderzoek

### 4.6.1. *Investeer in een beleid rond kindermishandeling dat gedocumenteerd is door cijfers*

#### Aanbeveling 13

**Investeer in de centralisatie en uniformisering van cijfergegevens van verschillende diensten (gespecialiseerde diensten, justitie, mogelijks op te richten death review teams,...) om onderzoek naar de omvang van kindermishandeling en geïnformeerde beleidskeuzes mogelijk te maken.**

**Actiepunt 13.1: Pas de huidige instrumenten voor diagnosestelling aan de Belgische context aan.**

Vandaag stellen de VKs en SOS Enfants op verschillende manieren een diagnose, en ze gebruiken daarbij geen instrumenten die aan de Belgische context zijn aangepast. Een eerste stap zou er in kunnen bestaan dat men voor de diagnosestelling gevalideerde instrumenten gebruikt die zijn aangepast aan de Belgische context.

**Actiepunt 13.2: Investeer in een uniforme registratie van kindermishandeling bij de parketten en de politie.**

De gegevens over het aantal zaken rond kindermishandeling kunnen vanuit verschillende niveaus worden aangereikt. Het aantal gevallen van kindermishandeling kan bekeken worden op strafrechtelijk niveau. Hierbij gaat het om dossiers van kindermishandeling met een volwassen pleger, geopend bij de correctionele parketten en de veroordelingsstatistieken. Daarnaast worden statistieken geproduceerd over de zaken op de

jeugdparketten. Men kampt in de registratie voor de dossiers kindermishandeling echter met een gebrek aan uniformiteit. Kindermishandeling is een generieke term die verschillende categorieën van misdrijven omvat (verkrachting, slagen en verwondingen, moord, maar ook verwaarlozing, familieverlating, het niet-afgeven van kinderen bij bezoekrecht,...). Hoewel er een specifieke preventiecode/tenlasteleggingscode<sup>r</sup> 'kindermishandeling' werd voorzien, worden deze zaken in sommige gevallen geregistreerd onder andere minder specifiek codes zoals bijvoorbeeld 'slagen en verwondingen' of 'kind in gevaar'. Hierdoor is het niet mogelijk om, op basis van de bestaande statistieken, een uitspraak te doen over het aantal gevallen van kindermishandeling. Ook op politieniveau speelt dit probleem en is het momenteel niet haalbaar een bestand aan te leggen van het aantal processen-verbaal in verband met mishandeling van kinderen.

**Actiepunt 13.3: Beschouw in het Strafwetboek emotionele of psychische mishandeling en verwaarlozing als 'kindermishandeling'.**

Emotionele of psychische kindermishandeling is momenteel niet expliciet opgenomen als strafbaar feit in het Strafwetboek. Deze vorm van kindermishandeling kan dus niet uit de cijfers van justitie en politie worden gehaald.

**Actiepunt 13.4: Centraliseer informatie over fysieke, psychische en seksuele integriteit van minderjarigen en over geweld. Investeer in de analyse van de beschikbare en te genereren gegevens van kindermishandeling en documenteer en analyseer nieuwe vormen van kindermishandeling zoals cyberpesten, kinderprostitutie via "loverboys", ...**

<sup>r</sup> code die verwijst naar een strafbaar feit waarvoor iemand op het parket aangemeld wordt. In éénzelfde zaak is het mogelijk meerdere tenlasteleggingscodes te registreren.



In Vlaanderen is de integratie van het informatiebeleid rond grensoverschrijdend gedrag in verschillende sectoren volop aan de gang. In navolging van het onderzoeksrapport van “geweld, gemeld en geteld” van het Kinderrechtencommissariaat<sup>33</sup> zal het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin in overleg met de beleidsdomeinen onderwijs en sport vijfjaarlijks een kwantitatief onderzoek opzetten naar de incidentie en prevalentie van geweld op kinderen en jongeren tussen 10 en 18 jaar binnen het gezin, de school-en de vrije tijdscontext. De bedoeling is ook dat het bundelen en verstrekken van informatie over de fysieke, psychische en seksuele integriteit van de minderjarigen en alle vormen van geweld, via een “kennisplatform integriteit” als een gestructureerd samenwerkingsverband tussen bestaande organisaties zou gebeuren. Op het moment van het schrijven van het rapport zijn de modaliteiten van dit Kennisplatform echter nog niet beschikbaar.

#### 4.6.2. *Kwaliteitsbewaking en procesoptimalisatie*

##### Aanbeveling 14

**Overweeg pilootprojecten met experts die na gezinsdrama's of verdachte overlijdens van minderjarigen het hele dossier onderzoeken ('child death review teams', die nagaan wat er is gebeurd, wie wat anders had kunnen doen en hoe gelijkaardige situaties herkend en voorkomen kunnen worden) om de bestaande hulpverlening op permanente basis te evalueren en bij te sturen waar nodig (procesoptimalisatie).**

Vandaag kan iedere arts autonoom het overlijden van een persoon vaststellen. Indien de arts besluit dat er geen gerechtelijk geneeskundig bezwaar is, wordt het overlijden als een natuurlijk overlijden bestempeld en kan er in principe geen verder onderzoek worden gevoerd. Enkel bij een onverwacht en onverklaard overlijden van een kind jonger dan 18 maanden is een verder onderzoek mogelijk. In Groot-Brittannië werden child death review teams opgericht die na een verdacht overlijden of na gezinsdrama's onderzoeken wat er is gebeurd en hoe het drama had kunnen worden voorkomen. Een dergelijk onderzoek levert belangrijke gegevens op voor preventie en kan het beleid sturen. Het Vlaams Forum voor

Kindermishandeling heeft over de haalbaarheid van dergelijke teams in Vlaanderen een beleidsrapport laten opstellen. Het rapport biedt in eerste instantie een voorstel tot handelingsprotocol bij het overlijden van minderjarigen. Daarbij kan er sprake zijn van de noodzaak om een overlijden multidisciplinair te onderzoeken en een reconstructie te maken. Het rapport beveelt ook aan een pilootproject op te starten om dit verder in Vlaanderen te exploreren. Langs Vlaamse kant zal de opstart van een dergelijk pilootproject binnen het Vlaams Forum voor Kindermishandeling worden overlegd met Justitie en Binnenlandse zaken.

#### 4.7. **Bijkomende beschermingsmaatregelen**

##### Aanbeveling 15:

**Organiseer een breed ethisch maatschappelijk debat over bijkomende beschermingsmaatregelen voor (ongeboren) kinderen wanneer er een manifest risico bestaat voor hun veiligheid en/of gezondheid**

Momenteel is de regelgeving van beide landsgedeelten rond hulpverlening bij kindermishandeling vooral gebaseerd op de vrijwillige medewerking van ouders. Hierbij wil men ouders maximaal ondersteunen in hun ouderschap en onveilige situaties voor kinderen voorkomen. Ouders bevinden zich soms echter in dermate moeilijke omstandigheden dat zij het probleem niet (kunnen) inzien en/of niet bereid zijn om zich te laten begeleiden. Kan men in gezinnen waar zich feiten van herhaalde mishandeling hebben voor gedaan en waar de bereidheid om zich laten begeleiden ontbreekt bijkomende beschermingsmaatregelen voorzien voor de (ongeboren) kinderen om een herhaling in de toekomst te vermijden? Misschien kunnen alternatieve maatregelen, zoals het uit huis plaatsen van de pleger, een oplossing bieden? Moet de maatschappij in dergelijke gevallen verblijfsmogelijkheden organiseren? Dergelijke overwegingen vereisen een breed ethisch, maatschappelijk en juridisch debat waarbij de rechten van het (ongeboren) kind afgewogen worden tegen het individuele recht op een privé leven van de plegers. De volgende aanbevelingen gaan hier dieper op in.



#### 4.7.1. *Komen tot een gedifferentieerde aanpak volgens het type ouder/pleger*

##### **Aanbeveling 16:**

**Differentieer de aanpak van kindermishandeling volgens het type ouder/pleger en ontwikkel voor de groep moeilijk behandelbare en hulpvermijdende ouders/plegers een andere aanpak die zich minder in de vrijwilligheid, maar meer in de gedwongen hulp situeert.**

**Actiepunt 16.1: Geef aan VKs/SOS Enfants/SAJ een mandaat om ouders met een persoonlijkheidspathologie of verslaving te diagnosticeren en te verwijzen naar daartoe gespecialiseerde diensten en hun therapeutrouw bij deze diensten op te volgen.**

Kindermishandeling is wijdverspreid en de oorzaak van mishandeling door de ouders is niet altijd eenduidig. Het risico op kindermishandeling blijkt wel groter te zijn wanneer ouders problemen met zichzelf hebben of niet goed kunnen omgaan met (de problemen van) het kind, of wanneer het gezin onder moeilijke omstandigheden leeft. De aanpak van (vermoede) gevallen van kindermishandeling zou dan ook moeten worden gedifferentieerd naargelang de onderliggende problematiek. Uit de interviews blijkt dat het vrijwillige hulpverleningstraject goed werkt bij ouders die mishandelen door onvoldoende kennis over de normale ontwikkeling en de opvoeding van een kind. Zij hebben het beste voor met hun kind maar schieten opvoedkundig tekort. Zij aanvaarden doorgaans externe hulp. De focus ligt hierbij op een pedagogische aanpak.

Daarnaast zijn er ook ouders die mishandelen onder druk van externe omstandigheden (armoede, relationele problemen,...). Bij deze gezinnen is vaak de balans tussen draagkracht en draaglast uit evenwicht. Ook deze ouders staan vaak open voor hulpverlening en begeleiding.

Een derde groep van ouders zijn moeilijk behandelbare plegers die kampen met een verslaving, psychiatrische stoornis, een persoonlijk verleden van mishandeling of een verstandelijke handicap. Deze groep is vaak hulpvermijdend omdat ze het probleem niet (kunnen) inzien. Het is daarbij

belangrijk dat er een diagnose wordt gesteld van de onderliggende ouderproblematiek, zodat deze kan worden aangepakt. Momenteel wordt in de regelgeving van beide landgedeelten een groot gewicht gegeven aan de vrijwilligheid. De regelgeving zou echter ook moeten gericht zijn op de vroege diagnosticering en begeleiding van deze ouders die men niet vrijwillig mee aan het werk krijgt en op het ingrijpen in situaties waar er manifest een risico bestaat voor de veiligheid en/of gezondheid van het (ongeboren) kind.

Vandaag kan men gedwongen worden opgenomen in een psychiatrische instelling als men geestesziek is, een crisis doormaakt en een gevaar voor zichzelf of anderen vormt en er geen geschikt alternatief is voor deze maatregel. Persoonlijkheidsstoornissen en verslavingen vallen hier echter niet onder, tenzij er bijkomende moeilijkheden zijn. De VKs/SOS enfants/SAJ hebben momenteel geen mandaat om diagnostisch onderzoek te doen bij de ouders of om met de eventuele behandelaar van bv. een psychiatrische problematiek contact op te nemen, zonder toestemming van de ouder.

##### **Box 1: Het voorbeeld van de ondertoezichtstelling in Nederland**

In Nederland bestaat er een gezagsbeperkende maatregel (de ondertoezichtstelling) waarbij de ouder(s) verplicht hulp en steun krijgen, zodat de bedreiging voor het kind kan worden weggenomen. Zo kan de gezinsvoogd erop toezien dat de ouder(s) de vereiste medische zorg krijgt en kan deze dwingend optreden, met een schriftelijke aanwijzing, als de ouder(s) zich niet aan de afspraken houden. Een schriftelijke aanwijzing, zoals een verplichte urinetest of medische controle, kan worden bekrachtigd door de kinderrechter.

Er zijn overigens ook nog andere maatregelen die de Nederlandse overheid kan nemen, zoals het opleggen van een tijdelijk huisverbod (aan een huisgenoot die een bedreiging voor het kind is) of het onder curatele stellen van de ouder.



#### 4.7.2. Beschermingsmaatregelen voor het ongeboren kind

##### Aanbeveling 17

**Ontwikkel en implementeer beschermingsmaatregelen voor het ongeboren kind en neem deze op in de wetgeving.**

**Actiepunt 17.1: Overweeg het invoeren een aparte wettelijke rechtsgrond voor de expliciete bescherming van het ongeboren kind wanneer het in zijn ontwikkeling ernstig wordt bedreigd.**

In tegenstelling tot het Nederlands recht biedt het Belgische recht geen expliciete bescherming aan het ongeboren kind wanneer dit in zijn ontwikkeling ernstig wordt bedreigd. In het Nederlandse recht biedt artikel 255 in combinatie met artikel 2 van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek (BW) deze bescherming expliciet wel. Artikel 255 Boek 1 BW bepaalt dat de kinderrechter een kind onder toezicht kan stellen (zie hoger) indien dit in zijn ontwikkeling ernstig wordt bedreigd. Dit kan ook een kind zijn dat nog niet is geboren, zo volgt uit artikel 2 Boek 1 BW, dat regelt dat het ongeboren kind als reeds geboren wordt beschouwd indien zijn belang dit vereist.

Het feit dat een ongeboren kind juridisch niet als een "persoon" kan worden beschouwd, betekent niet dat men in het Belgische recht geen extra beschermingsmaatregelen zou kunnen invoeren. Vandaag bestaan er in de Belgische wetgeving reeds verschillende beschermingsmaatregelen voor het ongeboren kind.<sup>s</sup>

<sup>s</sup> Zie bijvoorbeeld de wetgeving over zwangerschapsonderbreking, die beschermingsmaatregelen uitwerkt voor de ongeboren vrucht (art. 348-352 Sw), de garanties die worden geboden aan zwangere vrouwen i.v.m. ioniserende straling (art. 20.1.1.3, al. 2 en 3 Koninklijk Besluit van 20 juli 2001 houdende algemeen reglement op de bescherming van de bevolking, van de

**Actiepunt 17.2: Overweeg het invoeren van een expliciet mandaat voor de gespecialiseerde diensten (VKs, SOS Enfants), SAJs en OCJs om dossiers te kunnen openen en te kunnen optreden in het belang van een ongeboren kind**

Zowel de VKs als SOS Enfants blijken soms ook meldingen te ontvangen over ongeboren kinderen. Het is niet duidelijk of de gespecialiseerde diensten een dossier kunnen openen voor een ongeboren kind. Vanuit de SAJ wordt geadviseerd dat een kind dat nog niet geboren is, ook niet kan worden opgenomen in een zorgtraject. Nochtans kan worden geadviseerd dat de ouders ook 'onder het decreet vallen', ook al is er nog discussie of dit ook geldt voor toekomstige ouders van een eerste kind. Er loopt hierover een pilootproject in Bergen.

#### 4.8. Communautaire problemen

##### Aanbeveling 18

**Maak dat voor kinderen die zorggerechtigd zijn in de ene gemeenschap indien nodig ook een aanvraag kan worden gedaan voor zorg in een andere gemeenschap.**

**Actiepunt 18.1: Organiseer een overleg tussen de jeugdhulpdiensten van de verschillende gemeenschappen over de gemaakte afspraken over jeugdhulpverlening voor minderjarigen die buiten de betrokken gemeenschap wonen.**

werknemers en het leefmilieu tegen het gevaar van de ioniserende stralingen<sup>34</sup>); voor een juridische analyse betreffende het juridisch statuut van het embryo en de foetus zie Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek Advies nr. 53 van 14 mei 2012 betreffende de weigering van medische zorgen door een zwangere vrouw met gevolgen voor haar foetus.<sup>35</sup>





Jongeren die in de Franse Gemeenschap wonen, maar die bv. Nederlandstalig zijn, kunnen ook een beroep doen op jeugdhulpverlening in de Vlaamse gemeenschap en vice versa. De ondervraagde actoren rapporteerden echter dat de organisatie van dergelijke hulpverlening aan minderjarigen die buiten de betreffende gemeenschap wonen niet eenvoudig was. Nochtans bestaan er onder andere samenwerkingsprotocollen tussen de Vlaamse en de Franse gemeenschap voor personen met een handicap, afspraken tussen het agentschap Jongerenwelzijn en de administratie 'Aide à la jeunesse' in het kader van een ontwerp van samenwerkingsprotocol inzake de hulpverlening aan jongeren en Europese regelgeving met betrekking tot de jeugdhulp.<sup>t</sup>

---

<sup>t</sup> Règlement (CE) n° 2201/2003 du Conseil du 27 novembre 2003 relatif à la compétence, la reconnaissance et l'exécution des décisions en matière

matrimoniale et en matière de responsabilité parentale, abrogeant le Règlement (CE) n° 1347/2000<sup>36</sup> ; zie ook de referenties in het rapport « De bevoegdheid van de Intersectorale Toegangspoort buiten Vlaanderen ».<sup>37</sup>



## ■ REFERENTIES

1. UNICEF. A league table for child maltreatment deaths in rich nations, Innocenti report card issue Nr. 5. September 2003. Available from: <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/repcard5e.pdf>
2. Décret du 12 mai 2004 relatif à l'Aide aux enfants victimes de maltraitance, M.B. 14 juin 2004.
3. Decreet van 12 juli 2013 betreffende de integrale jeugdhulp, B.S. 13 september 2013.
4. Convention on the Rights of the Child, Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989, entry into force 2 September 1990, in accordance with article 49, <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>
5. [www.yapaka.be](http://www.yapaka.be).
6. Décret du 4 mars 1991 relatif à l'Aide à la Jeunesse, M.B. 12 juin 1991.
7. Goffin T. Toestemming in het medisch recht. Een nieuwe lezing van een oud probleem. RW. 2007-08 afl. 32:1306-17.
8. Van der Straete I, Put J, Leenaerts E. Het beschikkingsrecht en het beroepsgeheim. De hulpverlener wikt, de cliënt beschikt. TPR 2003:1123-9.
9. Wetboek van Strafvordering van 17 november 1808, B.S. 27 november 1808
10. Wet op het politieambt van 5 augustus 1992, B.S. 22 december 1992.
11. Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, B.S. 26 augustus 2002.
12. Decreet van 1 december 1998 betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding, B.S. 10 april 1999.
13. Décret du 14 juillet 2006 relatif aux missions, programmes et rapport d'activités des Centres psycho-médico-sociaux, M.B. 5 septembre 2006.



14. Conseil supérieur de la Guidance psycho-médico-sociale et de l'Orientation scolaire et professionnelle. Avis n°13/1205: Le Secret professionnel des membres du personnel des Centres Psycho-médico-sociaux.
15. Put J, Ankaert E. Advies Beroepsgeheim en ambtsgeheim in het onderwijs en de CLB's, met specifieke aandacht voor de vertrouwensleerkracht en de bijstandspersoon. 2007.
16. Villée C. Secret professionnel à l'école. JDJ. mai 2007(n°265 ):18-23.
17. Besluit van de Vlaamse Regering van 12 september 2008 betreffende het multidisciplinaire dossier in de centra voor leerlingenbegeleiding, B.S. 17 november 2008.
18. Van der Straete I, Put J. Het multidisciplinair dossier in de centra voor leerlingenbegeleiding. T.O.R.B. 2001-2002 282.
19. Benahmed N, Devos C, San Miguel L, Vankelst L, Lauwerier E, Verschuere M, et al. De organisatie van de zorg na een bevalling – Health Services Research (HSR). Brussel: 2014. KCE Reports 232As. D/2014/10.273/79
20. Schaal 'Screening van Ernstige Problematische Opvoedingsituaties met Risico op Kindermishandeling'. [https://wvg.vlaanderen.be/rechtspositie/04-good\\_practices/belang/pos\\_schaal.htm](https://wvg.vlaanderen.be/rechtspositie/04-good_practices/belang/pos_schaal.htm).
21. Domus Medica. Richtlijn rond zwangerschapsbegeleiding [http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/zwan\\_gerschap.html](http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/zwan_gerschap.html).
22. Fédération Wallonie-Bruxelles. Fédérer pour réussir 2014-2019. [http://www.culture.be/index.php?eID=tx\\_nawsecured1&u=0&file=fileadmin/sites/culture/upload/culture\\_super\\_editor/culture\\_editor/documents/Documents\\_utiles/Federer\\_pour\\_reussir\\_declaration\\_de\\_politique\\_gvt\\_14-19.pdf&hash=8f1ad6c952841a527b1917eeb1eaaaf9c58298b3](http://www.culture.be/index.php?eID=tx_nawsecured1&u=0&file=fileadmin/sites/culture/upload/culture_super_editor/culture_editor/documents/Documents_utiles/Federer_pour_reussir_declaration_de_politique_gvt_14-19.pdf&hash=8f1ad6c952841a527b1917eeb1eaaaf9c58298b3).
23. Vlaamse Gemeenschap: Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Beleidsnota 2014-2019. <http://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/beleidsnota-2014-2019-welzijn-volksgezondheid-en-gezin>.
24. <http://www.sag-jeugdgezondheidszorg.nl/2014/06/12/centering-parenting-van-start/>.
25. RIZIV. Witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study69/pdf/witboek.pdf>; 2014.
26. <http://amw.handelingsprotocol.nl/signaleren1/kindcheck>.
27. Meldcode Nederland. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/inhoud/meldcode> [Web page].
28. Koninklijk Nederlands Medisch Genootschap. Kindermishandeling en huiselijk geweld – Stappenplannen [Web page]. [http://www.kenniscentrum-kjp.nl/app/webroot/files/tmpwebsite/Downloadables\\_trauma\\_en\\_kindermishandeling\\_bijlagen/knmg\\_brochure\\_stappenplannen\\_meldcode\\_kindermishandeling\\_en\\_huiselijk\\_geweld\\_maart\\_2012\\_1\\_1.pdf; maart](http://www.kenniscentrum-kjp.nl/app/webroot/files/tmpwebsite/Downloadables_trauma_en_kindermishandeling_bijlagen/knmg_brochure_stappenplannen_meldcode_kindermishandeling_en_huiselijk_geweld_maart_2012_1_1.pdf; maart) 2012.
29. Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen, B.S. 10 november 2003.
30. <http://www.clairsvallons.com/indications/unite-medico-psychologique>.
31. Jongerenwelzijn. Jaarverslag 2014 [Web page]. [https://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/assets/docs/publicaties/jaarverslagen/jaarverslag\\_2014.pdf;2014](https://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/assets/docs/publicaties/jaarverslagen/jaarverslag_2014.pdf;2014).
32. Vlaamse Gemeenschap. Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Actieplan Jeugdhulp. Met de kracht van de jeugd naar 2020. <http://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/assets/docs/nieuws/2014/4/actieplan-jeugdhulp-20140401.pdf>; 2014.
33. Kinderrechtencommissariaat. Geweld, gemeld en geteld. Aanbevelingen in de aanpak van geweld tegen kinderen en jongeren. <https://issuu.com/kinderrechten/docs/b7b2e052-dd7c-4dc2-b72c-d99ef219ad83?e=6593254/2862972#search>. 2011.
34. Koninklijk Besluit van 20 juli 2001 houdende algemeen reglement op de bescherming van de bevolking, van de werknemers en het



- leefmilieu tegen het gevaar van de ioniserende stralingen, B.S. 30 augustus 2001.
35. Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Advies nr. 53 van 14 mei 2012 betreffende de weigering van medische zorgen door een zwangere vrouw met gevolgen voor haar foetus [Web page]. <http://www.health.belgium.be/nl/advies-nr-53-weigering-van-medische-zorgen-door-een-zwangere-vrouw>.
  36. Règlement (CE) n° 2201/2003 du Conseil du 27 novembre 2003 relatif à la compétence, la reconnaissance et l'exécution des décisions en matière matrimoniale et en matière de responsabilité parentale, abrogeant le Règlement (CE) n° 1347/2000 JO L 338 23.12.2003.
  37. De bevoegdheid van de Intersectorale Toegangspoort buiten Vlaanderen [Web page]. <https://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/professionelen/assets/docs/jeugdhulpaanbieders/itp/bijlage-H2-bevoegdheid-ITP-buiten-vlaanderen.pdf>.



## COLOFON

- Titel:** Hoe de detectie van kindermishandeling verbeteren? – Synthese
- Auteurs:** Irm Vinck (KCE), Wendy Christiaens (KCE), Pascale Jonckheer (KCE), Geneviève Veereman (KCE), Laurence Kohn (KCE), Nicole Dekker (Universiteit Antwerpen), Lieve Peremans (Universiteit Antwerpen), Anne-Marie Offermans (Université Libre de Bruxelles), Anna Burzykowska (Université Libre de Bruxelles), Michel Roland (Université Libre de Bruxelles).
- Project coordinator:** Marijke Eyssen (KCE)
- Program manager:** Dominique Paulus (KCE)
- Reviewers:** Jef Adriaenssens (KCE), Gudrun Briat (KCE), Karin Rondia (KCE)
- Externe experten:** Peter Adriaenssens (Directeur Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Vlaams-Brabant - kinderpsychiater), Jean-Luc Agosti (Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) - SOS Enfants), Jean-Marie Brabant (Police Bruxelles), Audrey Bynens (SOS Enfants Aide et Prévention Université de Liège), Jean Danis (Collège des directeurs de l'enseignement fondamental, initiative Projet Maltraité émoi), Evy De Boosere (Centrum voor gerechtelijke geneeskunde Antwerpen), Christel De Craim (FOD Justitie – SPF Justice), Karen Dekoninck (FOD Justitie – SPF Justice), Tine Destoop (Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Antwerpen), Carine De Wilde (Vlaamse Gemeenschap, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin), Ruth Dufromont (Centrum voor Leerlingenbegeleiding Vlaanderen), Lieve Krobea (Kind & Gezin), Marie-Joëlle Lambert (Centre de Référence en Santé Mentale), Hilde Lauwers (LUCAS - KULeuven), Lucien Nouwynck (Avocat général à la Cour d'Appel de Bruxelles), Kaat Peerenboom (Consulent Forensische Pediatrie), Josée Pelzer (Pedopsychiater), Marleen Petermans (Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Limburg), Marie-Joëlle Picas (SOS Enfants Brabant Wallon), Renilde Rens (Politie Antwerpen), Genevieve Robesco (Avocat général Cour d'appel de Liège, Présidente du groupe « maltraitance »), An Schillemans (Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Gent), Patrick Schlessier (Centre Hospitalier Chrétien, Liège), Jessica Segers (ONE - SOS Enfants), Karen Smets (Domus Medica), Paul Spaens (Vaste Commissie van de lokale politie), Marie Thonon (Fédération Wallonie-Bruxelles - Administration générale de l'aide à la Jeunesse), Wim Van de Voorde (KULeuven - forensische geneeskunde), Erik Van Dooren (Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Brussel), Guido Van Hal (Medisch socioloog Universiteit Antwerpen), Philippe Vanparijs (Forensisch arts), Roel Verellen (Vlaamse Gemeenschap, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin), Roos Vergrote (Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Brugge), Marc Vranckx (Centre Hospitalier Universitaire Charleroi).
- Externe validatoren:** Emmanuel de Becker (SOS Enfants, Cliniques Saint-Luc Brussel), Kristof Desair (VK Vlaams-Brabant), Johan Marchand (UZ Brussel), Remy Vink (TNO Child Health - Leiden - Nederland).



Acknowledgements:

Daniel Dinant (Sozial-Psychologisches Zentrum Eupen), Julien Ligot (infographist, Fedopress), Vanessa Schmitz (Jugendhilfedienst Eupen), Alain Uyttendaele (statistisch analist bij het parket bij het Hof van Beroep te Brussel) en voor de tekening op de cover, Flore (5 jaar).

Andere gemelde belangen:

Lidmaatschap van een belangengroep op wie de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben:

Emmanuel de Becker (lid van de CAEM en de Fédération des équipes SOS Enfants), Kristof Desair (allerhande overlegstructuren in de jeugdhulp in Vlaanderen), Hilde Lauwers (kindvriendelijk 1712), Anne-Marie Offermans (Société Scientifique de Médecins Généralistes), Patrick Schlessler (SOS Familles – Service de pédiatrie), Remy Vink (Nederlandse tak van de ISPCAN), Marc Vranckx (BESEDIM).

Honoraria of een andere compensatie voor het schrijven van een publicatie of het deelnemen aan de ontwikkeling ervan: Anne-Marie Offermans (Recommandation de bonne pratique Maltraitance Infantile), Remy Vink (diverse publicaties maar niet conflicterend).

Deelname aan een experiment of wetenschappelijke studie in de hoedanigheid van opdrachtgever, hoofdonderzoeker ('principal investigator') of onderzoeker: Anne-Marie Offermans (Recherche Fonds Houtman, 'L'enfant exposé à la violence entre partenaires'), Remy Vink (diverse onderzoeken op het onderwerp kindermishandeling, maar niet conflicterend).

Consultancy of tewerkstelling voor een bedrijf, vereniging of organisatie die financieel kan winnen of verliezen door de resultaten van dit rapport: Anne-Marie Offermans (Société Scientifique de Médecins Généralistes), Kaat Peerenboom (tewerkstelling op het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling te Antwerpen), Marie-Joëlle Picas (tewerkstelling bij l'Equipe SOS-Enfants), Marie Thonon (tewerkstelling bij l'Administration générale de l'aide à la jeunesse), Remy Vink (diverse prestaties op het onderwerp kindermishandeling - Nederland en internationaal maar niet conflicterend).

Betalingen om te spreken, opleidingsvergoedingen, reisondersteuning of betaling voor deelname aan een symposium: Emmanuel de Becker (studiedagen, colloquia), Johan Marchand (Symposia binnen pediatrie – congressen), Paul Spaens (Communicatie, Ethiek, Holocaust - Recht en Politie - Politie).

Voorzitterschap of verantwoordelijke functie in een instelling, vereniging, afdeling of andere entiteit waarop de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Emmanuel de Becker (verantwoordelijke van de 'unité Psychiatrie infanto-juvénile' en van de équipe SOS Enfants dans les Cliniques Universitaire Saint-Luc – Bruxelles), Kristof Desair (Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Vlaams-Brabant), Jessica Seghers (verantwoordelijke van de Service 'SOS Enfants'), Marc Vranckx (Centre Hospitalier Universitaire de Charleroi – Dienst Spoed).

Layout:

Joyce Grijseels, Sophie Vaes

**Disclaimer:**

- **De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.**



- Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.
- Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie <http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur>).
- Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.

Publicatiedatum:	20 juni 2016 (2nd edition; 1st edition: 6 juni 2016)
Domein:	Health Services Research (HSR)
MeSH:	Child Abuse; Child Welfare; Domestic Violence; Child, Abandoned
NLM classificatie:	WA 325
Taal:	Nederlands
Formaat:	Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot:	D/2016/10.273/51
ISSN:	2466-6432
Copyright:	De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <a href="http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-rapporten">http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-rapporten</a> .



Hoe refereren naar dit document?

Vinck I., Christiaens W., Jonckheer P., Veereman G., Kohn L., Dekker N., Peremans L., Offermans A-M., Burzykowska A., Roland M. Hoe de detectie van kindermishandeling – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2016. KCE Reports 269As. D/2016/10.273/51.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

