Screening naar intiem partnergeweld (IPG) door huisartsen in Vlaanderen

Dr. Pieter Vanhaelewijn, KU Leuven

Promotor: Professor Dr. Birgitte Schoenmakers, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2022 – 2023]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoudsopgave

Abstract **1**

1. Inleiding **2**

2. Methoden **3**

3. Resultaten **5**

Literatuurstudie *5*

Resultaten van de veldstudie *6*

1. Discussie **10**

Interpretatie van de resultaten *10*

Nadelen van screenen *11*

2. Conclusie **12**

Referentielijst **13**

Bijlage 1 Enquête **15**

Bijlage 2 Protocol Ethische Comissie **18**

Bijlage 3 Goedkeuring Ethische Comissie **20**

Abstract

Screening naar intiem partner geweld door Vlaamse huisartsen
Huisarts in opleiding: Pieter Vanhaelewijn, academiejaar 2022-2023
Promotor: Professor Dr. Birgitte Schoenmakers, KU Leuven

Context: Intiem partner geweld (IPG) is een actueel onderwerp, toch is er veel onenigheid omtrent de prevalentie. De U.S. preventive services task force raadt systematische screening aan bij vrouwen van vruchtbare leeftijd in de eerstelijnszorg. In de Verenigde Staten blijkt dat slechts 9-40% van de huisartsen systematisch screent naar IPG. Over het screeningsgedrag van de Vlaamse huisartsen zijn er, voor zover bij ons bekend, geen cijfers voorhanden.

Onderzoeksvragen: **Literatuurstudie:** Wanneer moet er gescreend worden naar IPG door de Vlaamse huisartsen en wat is er gekend over? **Veldstudie:** Wordt er gescreend, hoe wordt er gescreend en hoe staat de Vlaamse huisarts ten opzichte van screening?

Methode: Er werd een literatuuronderzoek uitgevoerd. Voor de literatuuronderzoeken werd een publicatiedatum van maximum 5 jaar voor 15/04/2022. Aansluitend is er een veldstudie gebeurd, aan de hand van een enquête. 50 Vlaamse huisartsen antwoordden op de enquête. Deze antwoorden werden verwerkt en gebundeld.

Resultaten: Er zijn weinig onderzoeken omtrent de screening van IPG teruggevonden in de literatuur, ondermeer betreffende de screening in eerstelijns zorgverlening. In De Verenigde Staten wordt het screenen aangeraden hoewel er enkel bij zwangere vrouwen een positief effect werd aangetoond. Er is een grote inter-arts varriabiliteit van screenen. Te weinig kennis, geen tijd en het gevoel dat dit niet de taak van de zorgverlener is worden vaak als barrières ervaren. Er werd geen informatie teruggevonden van het screenen naar IPG in Vlaanderen. 50 Vlaamse huisartsen hebben de enquête ingevuld. In de enquête werd teruggevonden dat Vlaamse huisartsen niet systematisch screenen en IPG zelden bevragen. De Vlaamse artsen gaven als barrières aan te weinnig kennis te hebben, weinig ervaring, onvoldoende tijd en een taalbarrière. Er is weinig gekend over bestaande richtlijnen ivm IPG, wel weten veel artsen waar men naar kan doorverwijzen.

Conclusie: IPG is een gevoelig onderwerp, toch blijft er weinig over gekend in de eerste lijn. Vlaamse huisartsen screenen zelden naar IPG. Er zijn verschillende barrières in het screenen naar IPG, waaronder ook kennis en ervaring. Het blijft onduidelijk of de uitwerking van IPG een positief of een negatief effect heeft voor de slachtoffers. In Vlaanderen wordt er heel weinig gescreend naar IPG mede omdat Vlaamse huisartsen weinig kennis hebben omtrent het onderwerp. Er is meer onderrichting nodig voor Vlaamse huisartsen alsook meer onderzoek nodig naar de effecten van screening op IPG.

1. Inleiding

Intiem partnergeweld (IPG) kent vele, verschillende definities. Voor dit onderzoek wordt de definitie van de WHO gebruikt: “Elk gedrag door een intieme partner of ex-partner dat fysiek, seksueel of psychologische schade veroorzaakt: fysieke agressie, seksuele dwang, psychologisch misbruik en controlerend gedrag.”[1]

Naar de screening in België is amper onderzoek gevoerd. Verder zijn er ook weinig onderzoeken naar de prevalentie van IPG in België.

Een enquête van de Europese unie in 2012 schatte de prevalentie tussen de 32 % en de 13 % met een gemiddelde van 23 %[2]. Er is grote onenigheid omtrent de prevalentie van IPG. Dit is mede door participatiebias en sociale inhibitie bij screeningsonderzoeken. Er rust een taboe op het onderwerp, waardoor mensen niet geneigd zijn om deel te nemen aan het onderzoek. Ook zijn mensen bang voor de consequenties van de uitkomsten. Vermoedelijk is deze bias nog sterker bij mannen. Er zijn dan ook heel weinig onderzoeken die de prevalentie van IPG met mannelijke slachtoffers berekenen.

IPG komt vaker voor bij jonge vrouwen, immigranten, met lager educatieniveau en werkloosheid. Een kleiner sociaal netwerk is ook een grote risicofactor, net als fysiek of seksueel misbruik tijdens de jeugd. Vrouwen die slachtoffer zijn van IPG ervaren vaker een minder goede gezondheid en een minder goede mentale gezondheid.[3]

IPG blijft vaak onder-gerapporteerd en onbehandeld door huisartsen. IPG kan nochtans leiden tot fysieke letsels, fysieke en psychologische gezondheidsproblemen en zelfs de dood.[4]

In de Verenigde Staten raadt de U.S. Preventive Services Task Force systematische screening naar IPG aan bij vrouwen van vruchtbare leeftijd in de eerstelijnszorg. Hiervoor zijn verschillende instrumenten beschikbaar.[5] Toch blijkt dat slechts 9-40 % van de huisartsen in de Verenigde Staten systematisch screent naar IPG hoewel er bij het screenen naar IPG geen negatieve gevolgen vastgesteld werden. Verder is het screenen vrijwel kosteloos. Er zijn echter geen studies over het gevolg van screening in de huisartsenpraktijk en zo is het effect van screening dus niet gekend.[6]

Deze studie onderzoekt hoe screening naar IPG gebeurt in de huisartsenpraktijken in Vlaanderen. Er wordt nagegaan of en hoe frequent het screenen gebeurt, hoe het gebeurt en wat er gebeurt na het screenen. Ook de perceptie van huisarts hieromtrent wordt nagegaan. Verder wordt ook gezocht naar het geschikte screeningstool.

2. Methoden

1. OBC KU Leuven

Deze studie is goedgekeurd door de onderwijs-begeleidingscommissie van De Katholieke Universiteit van Leuven (KUL) met het nummer MP018627.

2. Literatuurstudie

Bij deze studie is een literatuuronderzoek gedaan naar wat reeds gekend is over screening naar IPG wereldwijd. De onderzoeksvraag hierbij is “Wanneer moet er gescreend worden, hoe wordt er gescreend en wat kan er met de screeningsresultaten gedaan worden? Verder is een literatuuronderzoek verricht naar wat gekend is over IPG in België. Bij beide literatuuronderzoeken werd een publicatiedatum van maximum 5 jaar voor 15/04/2022 gekozen op de databank pubmed. Met de mesh termen: "Mass Screening"[Mesh] AND "Intimate Partner Violence"[Mesh] werden 142 resultaten gevonden, na filteren op Engelse taal bleven er 139 resultaten over. Hierna werden resultaten over een specifieke bevolkingsgroep en de artikels die het enkel over tweede- en derdelijnsgezondheidszorg ge-excludeerd. Waardoor er 19 artikels overbleven, na grondig nalezen bleken nog 8 artikels relevant voor dit onderzoek. Echter met ("general practitioners"[MeSH Terms]) AND "Intimate Partner Violence"[Mesh] werd slechts 1 resultaat gevonden.

3. Veldstudie

De onderzoeksvraag van dit onderdeel luidt “Hoe gebeurt screening naar IPG door huisartsen in Vlaanderen?”

a. Uitkomstmaten

De uitkomstmaten van het onderzoek zijn de ervaringen van Vlaamse huisartsen met IPG.

I. Wordt er gescreend, zo ja, wanneer en hoe frequent?

II. Hoe staat de huisarts ten opzichte van screening? Wat zijn de barrières?

III. Hoe wordt gescreend?

IV. Hoe wordt screening opgevolgd?

b. Design

Voor dit onderzoek is gekozen voor een crosssectionele studie. Een enquête werd opgesteld aan de hand van de “AMEE guide No. 87”[7]. Verder werden de vragen ook gebaseerd op het onderzoek van Molly B. et al.[8] Zie bijlage 1.

c. De studiepopulatie

Voor dit onderzoek is de studiepopulatie de huisartsen in Vlaanderen die in een huisartsenkring ingeschreven zijn. Het rekruteren van de huisartsen is gebeurd via een mail aan de huisartsenkringcoördinatoren.

4. Analyseplan

a. De afhankelijke variabelen

De afhankelijke variabelen in dit onderzoek zijn de ervaringen van Vlaamse huisartsen met IPG:

- Hoe vaak is er gescreend (of werd IPG opgemerkt)?
- Hoe is er gescreend?
- Welke acties resulteerden uit de screenign?

Verder is ook nagegaan hoe de huisartsen staan ten opzichte van screenen naar IPG. Er is ook gepeild naar de interesse van de huisartsen om meer bij te leren over IPG.

b. De onafhankelijke variabelen

Dit zijn de achtergrondkenmerken van de huisarts zoals: regionale verschillen, locatie, provincie, verder ook de loopbaantijd van de huisarts, het geslacht van de huisarts en de grootte van de praktijk van de huisarts.

3. Resultaten

Literatuurstudie

Met de mesh termen: "Mass Screening"[Mesh] AND "Intimate Partner Violence"[Mesh] werden 142 resultaten gevonden, na filteren op Engels bleven er 139 resultaten over. Na uitselecteren aan de hand van de titel

Met ("general practitioners"[MeSH Terms]) AND "Intimate Partner Violence"[Mesh] werd slechts 1 resultaat gevonden.

Zoals reeds eerder vermeld raadt de U.S. Preventive Services Task Force een systematishe screening aan van alle vrouwen in vruchtbare leeftijd. Echter zijn er amper grootschalige studies gedaan naar hoe vaak de huisarts screent naar IPG of hoe de huisarts hier zelf tegenover staat. Volgens Cari Jo Clark et al. screenen slechts 2% tot 50% van de gezondheidsmedewerkers naar IPG. De grootste barrières zouden hierbij zijn: Een tekort van protocol of tekort aan kennis van een protocol, tekort aan educatie en geen verwijzingsnetwerk.[9]

Volgens Carmen Alvarez et al. is er een grote inter-arts variabiliteit door verschillende barrières die worden ervaren. Zo speelt de bezorgdheid omtrent screening mee, een tijdsgebrek, een gebrek aan protocols, geen expliciete inclusie in het takenpakket of duidelijkheid wie de screening moet doen. Ook spelen persoonlijke factoren hierbij een rol: De kennis over IPG, het comfort dat de arts hierbij heeft, maar ook de cultuur en het gevoel van verantwoordelijkheid in het screenen naar IPG. Sommige zorgverleners denken dat het niet in hun takenpakket hoort om te screenen naar IPG. Zorgverleners die zelf IPG hebben meegemaakt screenen ook makkelijker naar IPG. Minder frequent voorkomende barrières zijn het idee dat het een “persoonlijk” probleem is, dat het door foute keuzes ontstaan is, dat het een sociaal of een gedragsprobleem is. Ook hier kwam naar boven dat een tekort aan doorverwijsmogelijkheden een drempel kan zijn. Verder lijkt ook de communicatie een probleem. zo is een zorverlener bang de patiënt te beledigen of wil de zorverlener eerst een vertrouwensrelatie opbouwen alvorens te screenen naar IPG.[10]

Dat artsen niet altijd weten wat ze moeten doen blijkt ook uit Shireen S. et al. Daar kwam uit een retrospectieve studie bij slachtoffers van IPG dat slechts 35% van de slachtoffers die geslaan of gewurgd werden hiervoor behandeld werden, terwijl 64% van deze vrouwen aangeven dat ze bewusteloos waren of een korte periode verward of versuft waren. Het vergeten deze klachten na te kijken zou te maken hebben met het idee dat de zorgverlener niet weet wat hij of zij kan doen in deze setting.[11]

Het argument van een tijdsgebrek, als barrière voor de screening naar IPG, staat ter discussie. Gezien korte algemene vragen zoals "voelt u zich veilig thuis?", voldoende kunnen zijn, om de problematiek met de patiënt bespreekbaar te maken.[12]

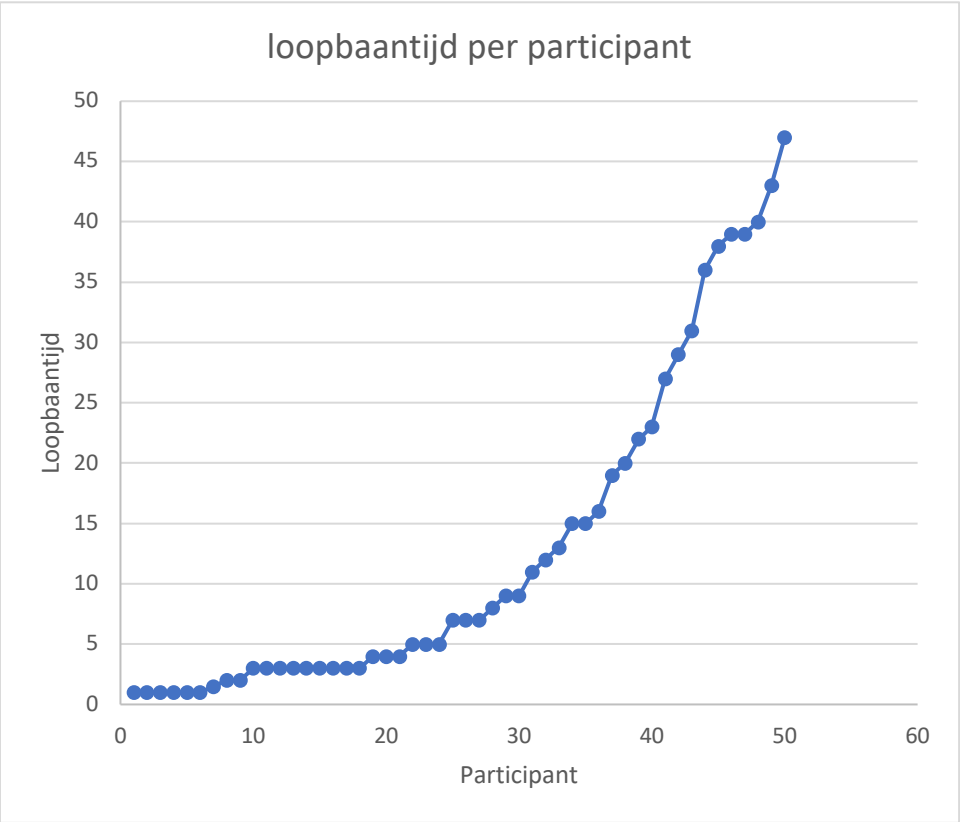
Resultaten van de veldstudie

50 Huisartsen in Vlaanderen vulden de enquête in.

Van deze 50 waren er 15 participanten van West-Vlaanderen, 11 van Oost-Vlaanderen, 12 van Vlaams-Brabant, 10 van Antwerpen en 2 van Limburg.

Er hebben 35 vrouwen en 15 mannen deelgenomen aan de enquête. De gemiddelde loopbaantijd was 12,5 jaar terwijl de mediane loopbaantijd 7 jaar was. De verdeling liep van 1 tot 47 jaar verdeeld zoals weergegeven op de grafiek zie grafiek 1.

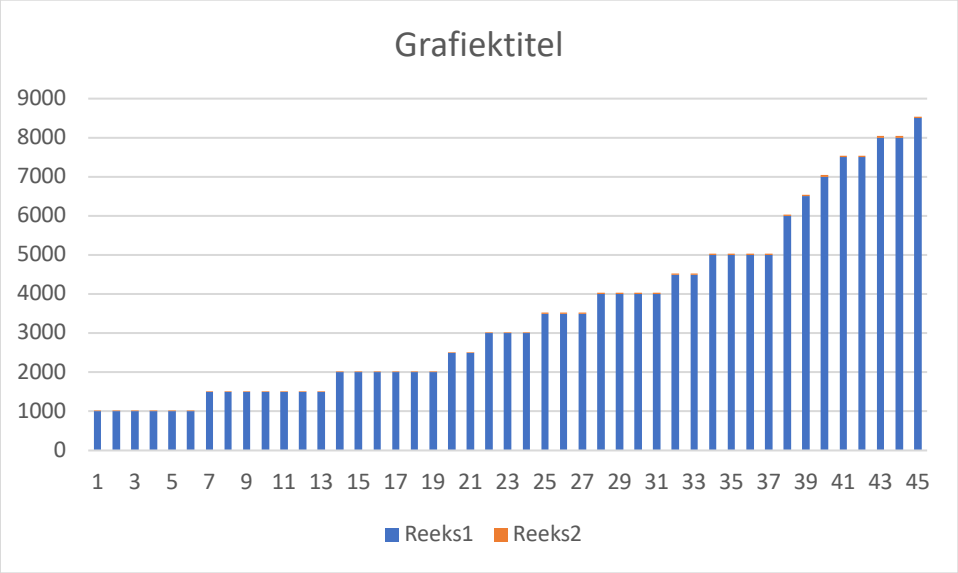
Grafiek 1: Weergave van loopbaantijd per participant



20 participanten gaven aan in een landelijke omgeving te wonen, 10 participanten in een stedelijke omgeving en 20 noch landelijk noch stedelijk.

De praktijkgroottes variëren van 1000 tot 8500 patiënten met een gemiddelde van 3500 patiënten en een mediaan van 3000 patiënten.

Grafiek 2: Patiënten per praktijk afgerond op 500-tal



7 huisartsen gaven aan nooit IPG te hebben opgemerkt, 12 huisartsen slechts eenmalig, 26 huisartsen jaarlijks, 4 huisartsen maandelijks en niemand wekelijks.

6 van de bevraagde huisartsen gaven aan nooit IPG te hebben besproken op de praktijk, 15 huisartsen bespraken het er eenmalig, 23 huisartsen jaarlijks, 5 huisartsen maandelijks en niemand wekelijks.

38 huisartsen gaven aan dat het slachtoffer het vaakst het gesprek opent rond IPG, gevolgd door 7 maal de arts zelf en 2 maal de omgeving.

42 huisartsen gaven aan nog nooit gescreend te hebben naar IPG, 2 huisartsen eenmalig, 5 huisartsen telkens de kans groot is en niemand bijna altijd of systematisch.

Op de vraag of de arts weet wat te doen als hij/zij IPG gaf een arts aan volledig akkoord te zijn, 5 huisartsen akkoord, 25 huisartsen gedeeltelijk akkoord, 9 huisartsen gedeeltelijk niet akkoord, 8 huisartsen niet akkoord en 1 arts volledig niet akkoord.

15 huisartsen gaven aan te weten naar waar door te verwijzen, 14 huisartsen slechts in sommige gevallen, en 18 huisartsen gaven aan niet te weten naar waar ze een patiënt kunnen doorsturen. Waarbij de ondervraagden aangaven door te verwijzen naar:

- De politie
- Het CAW
- De psycholoog
- De relatietherapeut
- Zorgcentra
- 1712
- AZ Delta (ziekenhuis te Roeselare)
- CSG Roeselare
- Vluchthuis Kortrijk
- Teleonthaal

- Slachtofferhulp
- Hermes plus
- Planning familial

23 huisartsen gaven aan nog nooit iemand doorverwezen te hebben, 13 eenmalig en 13 jaarlijks, niemand maandelijks of wekelijks

8 huisartsen gaven aan altijd iemand te verwijzen indien ze IPG ontdekken, 4 huisartsen soms, 31 huisartsen enkel als de patiënt dat wil en 6 huisartsen nooit.

Op de vraag of de huisartsen graag meer hadden geleerd over IPG in de huisartsenpraktijk gaven 19 ondervraagden aan dat ze volledig akkoord waren, 19 waren akkoord en 10 waren gedeeltelijk akkoord

7 huisartsen gaven aan geen IPG op te merken in de praktijk, 1 arts wel door te screenen na een vermoeden, 18 huisartsen na een gerichte vraag te stellen na een vermoeden, 21 huisartsen doordat de patiënt het zelf vertelde, 1 arts gaf aan systematisch te vragen bij stress, een vermoeden en duidelijke tekenen te merken, niemand merkte het op door systematisch te screenen.

2 huisartsen gaven aan richtlijnen te gebruiken om IPG op te sporen, 46 huisartsen niet.

De richtlijnen kwamen van de bijscholing “Een niet pluis gevoel, letsels en signalen”, via domus medica in verband met IPG.

Bij de vraag welke barrières de huisartsen ondervonden hadden we de volgende resultaten, aan de hand van de Likertschaal. De volgende antwoorden zijn gesorteerd van niet ondervonden als barrière naar sterk ondervonden als barrière. Verder gaven de bevraagden enkele barrières mee zie tabel 1.

Tabel 1: ervaren barrières om te screenen naar partnergeweld gesorteerd van weinig naar sterk

1. Mijn attitude omtrent seksualiteit	9. De patiënt is te ziek om IPG te bespreken
2. Het is iemand anders’ taak	10. De patiënt komt voor een ander probleem
3. Leeftijdsverschil tussen u en de patiënt	11. Onvoldoende tijd
4. Bang de patiënt te beledigen	12. Taalbarrière
5. Bang de patiënt in verlegenheid te brengen	13. De eerste consultatie met de patiënt
6. Culturele/religieuze redenen	14. Te weinig kennis
7. Bang dat de patiënt angstig/oncomfortabel wordt	15. Te weinig ervaring
8. De patiënt is er niet klaar voor	16. Aanwezigheid van een derde
Een onduidelijke definitie	Schaamte bij het slachtoffer
Onomgelijkheid te vervullen in 1 consult	Patiënt wil dader beschermen

Ten slotte werd er nog gevraagd hoe de deelnemers te denken dat screenen naar IPG het best kan aangepakt worden in de eerstelijnszorg. Hierop kwamen de volgende antwoorden:

- vergt veel communicatieve vaardigheden en kennis van de mogelijke hulpinstanties
- sensibilisatie tekort bij patiënten en huisartsen
- er te weinig centra zijn
- dat er niet genoeg handvaten zijn voor huisartsen
- gebrek aan richtlijnen voor huisartsen
- te weinig kennis van patiënt waar terecht kan
- nood aan goede arts-patiënt relatie
- een tekort aan kennis rond de problematieken een nood aan: webinars, lezingen en eenvoudige tools

1. Discussie

Interpretatie van de resultaten

Hoewel IPG in Europa een prevalentie heeft van 32 tot 13%[2] gaven 7 van de 49 huisartsen aan nooit IPG opgemerkt te hebben in de huisartsenpraktijk. Niemand gaf aan wekelijks IPG op te merken. Er zijn minstens 1000 patiënten per praktijk, als er hiervan minstens 10% rekenen dan zijn er minstens 100 patiënten slachtoffer van IPG. Als er 8/10 van de patiënten jaarlijks naar de huisarts gaan[13] dan komt dit op 80 van deze patiënten. Dit is meer dan 1 per week. Dit kan gelinkt worden aan de beperkte screening door huisartsen zelf, gezien slechts 2 van de 49 huisartsen aangaven eenmalig gescreend te hebben en 5 enkel als ze een voorgevoel hadden. Er zijn dus 42 op 49 huisartsen die niet op eigen initiatief IPG bespreken. Hoewel screening dubbel zo veel slachtoffers kan identificeren.[14]

Slechts 2 van de 48 huisartsen gaven aan richtlijnen te gebruiken om te screenen naar IPG. Dit ondanks duidelijke richtlijnen van Domus medica.[15] Het lijkt dus dat deze richtlijnen niet tot bij de huisartsen raken.

Als grootste barrières voor het screenen naar IPG gaven de huisartsen in deze studie in volgorde aan: aanwezigheid van een derde, te weinig kennis, te weinig ervaring, het eerste consult, een taalbarrière en te weinig tijd. Daarnaast wisten de ondervraagde huisartsen ook aan te geven dat er een tekort aan handvaten, tools en teaching is. Daarenboven waren 48 van de 48 ondervraagde huisartsen op zijn minst gedeeltelijk akkoord dat ze meer wilden leren over IPG. 18 van de 47 huisartsen gaven aan niet te weten naar waar ze slachtoffers van IPG kunnen doorverwijzen.

Er lijkt meer nood aan educatie en duidelijke richtlijnen. Huisartsen worden vanuit hun opleiding onvoldoende onderricht om om te gaan met deze delicate problematiek.

Het effect van educatie werd reeds aangetoond door J. Kyle et al.[16] Zo bleek dat residenten een significant betere kennis, comfort, attitude en documentatie ratio hebben na een combinatie van informeren en communicatie-skill training. Het lijkt dus zeker aangewezen om hier sterker op te focussen tijdens het opleiden van huisartsen.

Er werd geprobeerd een representatieve steekproef te maken van de huisartsen in Vlaanderen. Er waren slechts twee correspondenten in Limburg waardoor deze steekproef niet representatief lijkt. Daarnaast hebben we vooral antwoord van huisartsen met een loopbaantijd van minder dan 16 jaar met ook een opvallende aantal huisartsen die reeds 36 tot 47 jaar werkten. Ook de lage respons rate zorgt ervoor dat de resultaten moeilijk te generaliseren zijn. Er werden mails verstuurd naar minstens 30 huisartsenkring-coördinatoren. In totaal waren er in Vlaanderen in 2018 9267 Huisartsen.[17] Met slechts 50 correspondenten kunnen we hier dus niet spreken van een representatieve steekproef. Een lage respons ratio is helaas een gekend fenomeen bij huisartsen.[18]

Nadelen van screenen

Het is ook belangrijk op te merken dat een betere outcome na screening en doorverwijzing tot nu toe enkel werd aangetoond bij zwangere vrouwen.[19] Er werd (nog) niet bewezen dat screenen waarna opvolging en interventies een betere outcome betekent voor de slachtoffers.[20] Het is dus voorbarig om ervan uit te gaan dat elk opgemerkt voorval van IPG een stap richting een oplossing is. Hoewel dit vaak intuïtief wel zo lijkt.

Wat de ondervraagde huisartsen aangaven is dat het screenen en aanpakken van IPG veel tijd in beslag neemt. Er zijn echter weinig alternatieven ter screening naar IPG. Voor het verder behandelen zijn er wel doorverwijsopties. Het overtuigen van de slachtoffers kan wel veel tijd vergen.

Als de consensus wordt dat huisartsen toch moeten screenen naar IPG, dan lijkt er vooral nood aan een betere teaching naar huisartsen toe. Dit om meer kennis, vertrouwen en ervaring met het onderwerp geven. Wat dan ook weer het screenen ten goede komt.[16]

2. Conclusie

IPG is maatschappelijk een gevoelige kwestie, toch het wordt moeilijk opgemerkt. Vlaamse huisartsen screenen en bevragen niet vaak IPG. Hierdoor blijft IPG vaak onder de radar.

Een groot deel van de barrières die Vlaamse huisartsen aangeven kunnen opgelost worden door onderrichting. Na een betere onderrichting blijven enkele barrières bestaan. Zo vergt het nog steeds veel tijd om IPG te bespreken.

Ook blijft het niet bewezen dat de outcome voor de slachtoffers beter is na screening en opvolging. Er blijft dus verder onderzoek nodig vooraleer een algemene systematische screening kan worden aangeraden.

Referentielijst

1. Who.int. 2021. *Violence against women*. [online] Available at: <https://www.who.int/health-topics/violence-against-women#tab=tab_1> [Cited 4 August 2021].
2. Ivert, A., Gracia, E., Lila, M., Wemrell, M. and Merlo, J., 2019. Does country-level gender equality explain individual risk of intimate partner violence against women? A multilevel analysis of individual heterogeneity and discriminatory accuracy (MAIHDA) in the European Union. *European Journal of Public Health*, 30(2), pp.293-299.
3. Sanz-Barbero, B., Barón, N. and Vives-Cases, C., 2019. Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. *PLOS ONE*, 14(10), p.e0221049.
4. Dicola, D., & Spaar, E. (2016). Intimate Partner Violence. *American family physician*, *94*(8), 646–651.
5. Moyer, V., 2013. Screening for Intimate Partner Violence and Abuse of Elderly and Vulnerable Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, 158(6), p.478.
6. O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L., Feder, G. and Taft, A., 2015. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*,.
7. Artino, A., La Rochelle, J., Dezee, K. and Gehlbach, H., 2014. Developing questionnaires for educational research: AMEE Guide No. 87. *Medical Teacher*, 36(6), pp.463-474.
8. Byrne, M., Doherty, S., McGee, H. and Murphy, A., 2010. General practitioner views about discussing sexual issues with patients with coronary heart disease: a national survey in Ireland. *BMC Family Practice*, 11(1).
9. Clark CJ, Renner LM, Logeais ME. Intimate partner violence screening and referral practices in an outpatient care setting. J Interpers Violence. 2020;35(23–24):5877–88.
10. Alvarez C, Fedock G, Grace KT, Campbell J. Provider screening and counseling for intimate partner violence: A systematic review of practices and influencing factors. Trauma Violence Abuse. 2017;18(5):479–95.
11. Rajaram SS, Reisher P, Garlinghouse M, Chiou KS, Higgins KD, Moses New-Aaron, et al. Intimate partner violence and brain injury screening. Violence Against Women. 2021;27(10):1548–65.
12. Kim Y-J, Montano NP. Validity of single question for screening intimate partner violence among urban Latina women. Public Health Nurs. 2017;34(6):569–75.
13. Acht Belgen op tien zien hun huisarts jaarlijks [online]. Domusmedica.be. [cited 2023 Apr 28]. Available at: <https://www.domusmedica.be/actueel/acht-belgen-op-tien-zien-hun-huisarts-jaarlijks>
14. Taft A, O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson L, Feder G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(4):CD007007.
15. Deken D, Pas L, Hillemans K, Cornelis E, Van Roye P, editors. Detectie van partnergeweld Een aanbeveling voor de huisarts Gevalideerd door CEBAM in juli. 2009.
16. Kyle JR, Buranosky RA, Mutter M, Rothenberger SD, Hamm ME, McNeil MA. A multifaceted intimate partner violence communication skills curriculum increases

screening among internal medicine residents. J Womens Health (Larchmt). 2021;30(12):1778–87.
17. Aantal huisartsarme gemeentes blijft toenemen [online]. Zorg-en-gezondheid.be. [cited 2023 Apr 28]. Available at: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/aantal-huisartsarme-gemeentes-blijft-toenemen>
18. Hickner J, Thompson PJ, Wilkinson T, Epner P, Shaheen M, Pollock AM, et al. Primary care physicians' challenges in ordering clinical laboratory tests and interpreting results. J Am Board Fam Med. 2014;27(2):268–74.
19. Screening Women for Intimate Partner Violence and Elderly and Vulnerable Adults for Abuse: Systematic Review to Update the 2004 U. Blazina I Review from Agency for Healthcare Research and Quality. 2004;
20. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane Libr . 2015;2015(8).

Bijlage 1 Enquête

1) Waar werkt u als huisarts?
    a. West-Vlaanderen
    b. Oost-Vlaanderen
    c. Vlaams-Brabant
    d. Antwerpen
    e. Limburg
2) Hoelang werkt u al als huisarts?
    a. …. (zelf in te vullen)
3) Welk geslacht heeft u?
    a. Man
    b. Vrouw
    c. Andere… (zelf in te vullen)
4) In wat voor omgeving bevindt uw praktijk zich?
    a. Landelijke omgeving
    b. Stedelijke omgeving
    c. Tussen landelijke en stedelijke omgeving
5) Heeft u al intiem partnergeweld opgemerkt in uw praktijk?
    a. Nee, nooit
    b. Ja, eenmalig
    c. Ja, jaarlijks
    d. Ja, maandelijks
    e. Ja, wekelijks
6) Heeft u al intiem partnergeweld besproken in uw praktijk
    a. Nee, nooit
    b. Ja, eenmalig
    c. Ja, jaarlijks
    d. Ja, maandelijks
    e. Ja, wekelijks
7) Wie initieert meestal het gesprek omtrent IPG?
    a. Uzelf
    b. De patiënt
    c. Gelijk verdeeld
8) Voert u screenings uit naar intiem partnergeweld bij vrouwen tussen de 18 en 45 jaar?
    a. Nee, nooit
    b. Ja, eenmalig
    c. Ja, als de kans groot is
    d. Ja, bijna altijd
    e. Ja, systematisch

9) U weet wat u kan doen als u IPG opmerkt?
    a. Volledig akkoord
    b. Akkoord
    c. Gedeeltelijk akkoord
    d. Gedeeltelijk niet akkoord
    e. Niet akkoord
    f. Volledig niet akkoord
    g. Niet van toepassing / Geen antwoord
10) Weet u naar waar u iemand kan doorsturen als u intiem partnergeweld opmerkt?
    a. Ja
    b. In sommige gevallen (verklaar: wanneer wel, wanneer niet?)
    c. Nee
11) Heeft u al eens iemand doorverwezen naar instanties in verband met intiem partnergeweld?
    a. Nee, nooit
    b. Ja, eenmalig
    c. Ja, jaarlijks
    d. Ja, maandelijks
    e. Ja, wekelijks
    f. Zo ja: welke? (zelf in te vullen)
12) Wanneer verwijst u iemand door naar instanties in verband met intiem partnergeweld?
    a. Altijd
    b. Als ik het gevoel heb dat de patiënt er klaar voor is
    c. Nooit
    d. Zo ja: welke? (zelf in te vullen)
13) Zou u graag meer leren over intiem partnergeweld in de huisartsenpraktijk?
    a. Volledig akkoord
    b. Akkoord
    c. Gedeeltelijk akkoord
    d. Gedeeltelijk niet akkoord
    e. Niet akkoord
    f. Volledig niet akkoord
    g. Niet van toepassing / Geen antwoord
14) Hoe heeft u intiem partnergeweld kunnen opmerken in uw praktijk?
    a. Niet
    b. Door systematisch te screenen
    c. Door te screenen na een vermoeden
    d. Doordat u de patiënt een directe vraag stelde na een sterk vermoeden
    e. Doordat de patiënt het u vanzelf vertelde
    f. Andere … (zelf in te vullen)
15) Volgt u specifieke richtlijnen als u IPG opmerkt?
    a. Ja
    b. Nee
    c. Zo ja: welke? (zelf in te vullen)

16) Hieronder vindt u mogelijke barrières die u kan ervaren bij het screenen naar IPG. In welke mate ervaart u deze?

A. Onvoldoende tijjd
B. Aanwezigheid van een derde
C. De eerste consultatie met een patiënt
D. Te weinig kennis
E. Te weinig ervaring
F. Mijn attitude enn ideën omtrent seksulaiteit
G. Het is iemand anders' taak
H. De patiënt is er niet klaar voor
I. De patiënt komt voor een ander probleem
J. Patiënt is te ziek om IPG te bespreken
K. Bang dat de patiënt angstig/oncomfortabel wordt
L. Culturele/religieuze redenen
M. Taalbarrière
N. Leeftijdsverschil tussen u en de patiënt
O. Bang de patiënt in verlegenheid te brengen
P. Bang de patiënt te beledigen

Antwoorden:

Helemaal akkoord, akkoord, gedeeltelijk akkoord, gedeeltelijk niet akkoord, niet akkoord, helemaal niet akkoord, niet van toepassing/geen antwoord

17) Ervaart u nog andere barrières om te screenen naar IPG, die hierboven niet vernoemd zijn?
    a. Ja
    b. Nee
    c. Zo ja: welke? (zelf in te vullen)
18) We zijn geïnteresseerd in uw visie. Hoe denkt u dat het screenen van IPG het best kan aangepakt worden in de eerstelijnszorg?
    a. … (zelf in te vullen)

Bijlage 2 Protocol Ethische Comissie

Screening naar intiem partnergeweld (IPG) door huisartsen in Vlaanderen

Dossiernr.: MP018627
Masterproef: Masterproef I HAIO, 2020 – 2023
Faculteit/opleiding: Faculteit Geneeskunde - Master in de huisartsgeneeskunde
Studiefase: eerste fase
Academiejaar: 2021-2022
Korte omschrijving /

abstract:
Intiem partner geweld (IPG) komt vaak. Een enquête van de Europese unie in 2012 schatte de prevalentie tussen de 32 % en de 13 %, met een gemiddelde van 23 %. IPG wordt vaker gedocumenteerd bij jonge vrouwen: immigranten, met lager educatieniveau en werkloosheid zijn eveneens risicofactoren. Een kleiner sociaal netwerk is ook een grote risicofactor, net als fysiek of seksueel misbruik tijdens de jeugd. Vrouwen die slachtoffer zijn van IPG ervaren vaker een minder goede gezondheid en een minder goede mentale gezondheid. IPG blijft vaak onder-gerapporteerd en onbehandeld door huisartsen. IPG kan nochtans leiden tot fysieke letsels, fysieke en psychologische gezondheidsproblemen en zelfs de dood. In de Verenigde Staten raadt de U.S. Preventive Services Task Force systematische screening naar IPG aan bij vrouwen van vruchtbare leeftijd in de eerstelijnszorg. Hiervoor zijn verschillende instrumenten beschikbaar. Toch blijkt dat slechts 9-40% van de huisartsen in de Verenigde Staten systematisch screent naar IPG hoewel er bij het screenen naar IPG geen negatieve gevolgen vastgesteld weren. Verder is het screenen vrijwel kosteloos. Er zijn echter weinig studies over wat er gebeurt met de patiënt naargelang de uitkomst van screening en zo is het effect van screening dus niet gekend. Deze studie kijkt naar hoe screening naar IPG gebeurt in de huisartsenpraktijken in Vlaanderen. Er wordt nagegaan of en hoe frequent het screenen gebeurt, hoe het gebeurt en wat er gebeurt na het screenen. Ook de ervaring en de perceptie van de huisarts hieromtrent wordt nagegaan.

Opmerkingen / praktische
informatie:
de literatuurstudie gaat vooral op zoek naar prevalentie en aanbevelingen.
de uitkomstmaten van de veldstudie zijn:
1. Wordt er gescreend, wanneer en hoe frequent?
2. Hoe wordt gescreend?
3. Hoe wordt screening opgevolgd?
4. Wat is de perceptie ten opzichte van screening?
5. Kan de educatie verbeterd worden?

Toegepaste technieken: literatuurstudie en veldstudie
Key publication: 1. Who.int. 2021. Violence against women. [online] Available at:
<https://www.who.int/health-topics/violence-against-women#tab=tab_1>
[Accessed 4 August 2021].
2. Dicola, D., & Spaar, E. (2016). Intimate Partner Violence. American family physician, 94(8), 646–651.
3. Moyer, V., 2013. Screening for Intimate Partner Violence and Abuse of Elderly and Vulnerable Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Annals of Internal Medicine, 158(6), p.478.
4. O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L., Feder, G. and Taft, A., 2015. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane Database of Systematic Reviews,.

Trefwoorden: huisarts intiem partner geweld screening
Gewenste taal van communicatie:
Nl

Promotor: Professor Birgitte Schoenmakers (u0031684)
Organisatie: KU Leuven
Dienst: Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde

Discipline: Masterproef
Extra groepsleden: Pieter Vanhaelewijn
pieter.vanhaelewijn@student.kuleuven.be
r0442136

De door u verstrekte informatie toont aan dat voor het onderzoek in het kader van uw masterproef
1. er geen gebruik wordt gemaakt van menselijk lichaamsmateriaal zoals bloed, urine, lichaamsvochten, weefsels, primaire cellijnen/celculturen, embryo's of embryonale cellen;
2. er geen interventies of handelingen gebeuren bij levende personen;
3. er niet wordt samengewerkt met een externe firma;
4. u nieuwe persoonsgegevens zult verzamelen (prospectief onderzoek)

Dit type onderzoek vereist een goedkeuring van de Onderwijs-Begeleidingcommissie (OBC) voor medische ethiek
van de groep Biomedische Wetenschappen van KU Leuven. Op het online platform SCONE kunt u de template voor het protocol en uw elektronisch dossier opladen om in te dienen bij de OBC. Raadpleeg daarbij ook zeker deze bijgaande toelichting! Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van de OBC heeft verkregen.

Wij herinneren u eraan dat:
1. het onderzoek niet mag starten vooraleer uw aanvraag de status "goedgekeurd" heeft;
2. u de huidige gegevens en status van uw dossier steeds kunt raadplegen op het online platform SCONE;
3. u inhoudelijke of praktische vragen kunt stellen via de facultaire helpdesk voor studenten;
4. u voor technische problemen of vragen de ICT helpdesk kan contacteren;
5. indien u uw gebruikersnaam of wachtwoord vergeten bent, u hulp kan vinden op de webpagina's voor loginproblemen.

Bijlage 3 Goedkeuring Ethische Comissie

Ons kenmerk: MP018627
Uw kenmerk: Masterproef studie: Screening naar intiem partnergeweld (IPG) door huisartsen in Vlaanderen
Leuven, 24-02-2022

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Birgitte Schoenmakers
Geachte Pieter Vanhaelewijn
De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 24-02-2022
De studie wenst na te gaan in welke mate een bestaande screeningstool met betrekking tot partnergeweld gebruikt worden in de huisartsenpraktijk. Er wordt nagegaan of en hoe frequent het screenen gebeurt, hoe het gebeurt en wat er gebeurt na het screenen
Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.
De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.
Dit gunstig advies betreft de indiening van 19-02-2022 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.
De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.
De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,
Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven