Het bespreken en aanpakken van vrouwelijke genitale verminking (VGV) in de huisartspraktijk: drempels en noden bij de Vlaamse huisarts

Anna Jans, Universiteit Gent

Promotor: Prof. dr. Stéphanie De Maesschalck, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Jessica Tilley, Universiteit Gent

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

ABSTRACT

Vrouwelijke genitale verminking (VGV) wordt gedefinieerd als elke ingreep die leidt tot gedeeltelijke of volledige verwijdering van de externe geslachtsorganen van de vrouw of elke andere verwonding van de vrouwelijke geslachtsorganen, toegebracht om niet-medische redenen. Een groot aantal complicaties, zowel fysiek, psychosociaal als seksueel, kan hieraan worden toegeschreven. Ten gevolge van migratie is VGV een globaal probleem geworden. Studies tonen aan dat de huisarts een belangrijke rol heeft in het identificeren van patiënten met VGV en het gericht doorverwijzen. De huisarts dient dit proactief te benaderen, echter het stilzwijgen tijdens de consultaties impliceert dat de huisarts hierbij drempels ervaart. Buitenlandse studies beschreven reeds enkele drempels die huisartsen ervaren. In deze studie wordt onderzocht wat voor Vlaamse huisartsen drempels zijn om VGV te bespreken en wat hun noden zijn om deze drempels te overwinnen.

Hiervoor werden 9 semigestructureerde interviews afgenomen van huisartsen uit Gent. De interviews werden ad verbatim getranscribeerd en gecodeerd door middel van Nvivo 11. De resultaten van de kwalitatieve studie werden naderhand vergeleken met de reeds bestaande literatuur.

Uit de interviews kwamen verschillende drempels naar boven. Percepties van de huisartsen (verschil in culturele identiteit, assumpties over de reacties en emoties bij de patiënt, de rol van de huisarts bij VGV), competenties (onvoldoende ervaring met VGV, onvoldoende algemene huisarts ervaring, gebrek aan theoretische kennis over VGV, moeilijke inschatting van welke klachten gerelateerd zijn aan VGV en de moeilijkheid van het klinisch onderzoek bij VGV), eigen emoties (vooral angst en onzekerheid) en contextfactoren (tekort aan consulttijd, taalbarrière, de aanwezigheid van derden, gender van de arts) werden besproken door de huisartsen. Daarnaast gaven de huisartsen ook meerdere noden aan zijnde meer opleiding (theoretische kennis alsook training in cultuursensitieve communicatie), meer inzicht in de emoties, belevingen, gevoeligheden en verwachtingen van de patiënt, de rol van technologie en organisatorische ondersteuning.

Dit onderzoek bracht een groot aantal drempels aan het licht, die Vlaamse huisartsen ervaren bij het bespreken en aanpakken van VGV. Een groot deel hiervan bevestigt de reeds bestaande literatuur. Ook meerdere noden werden aangehaald door de huisartsen. Aanvullend onderzoek bij mannelijke huisartsen zou zinvol zijn, gezien er in dit onderzoek een gebrek was aan mannelijke deelnemers. Het is zeker zinvol om te blijven inzetten om zorgverleners te helpen deze drempels te overwinnen en tegemoet te komen aan hun noden, gezien de toenemende prevalentie in België en de negatieve gevolgen voor individu en maatschappij.

INHOUDSOPGAVE

Inleiding 1
Definitie en classificatie 1
Praxis 2
Waar 2
Waarom 2
Wie 3
Gevolgen 3
Onmiddellijke complicaties 3
Complicaties op lange termijn 3
Gevolgen voor de maatschappij 5
Epidemiologie 6
Wereldwijd 6
België 6
Bestrijding en aanpak 7
Wettelijk kader 7
België 7
Literatuuronderzoek 9
De huisarts en vrouwelijke genitale verminking 9
De huisarts als aanspreekpunt voor seksuele gezondheid bij mensen met een migratieachtergrond 12
Vraagstelling 14
Methodologie 14
Selectiecriteria 14
Rekrutering 15
Procedure 16
Data-analyse 16
Ethische procedure 16
Resultaten 17

Drempels....17
Percepties van de huisarts....17
Competenties van de huisarts....24
Emoties van de huisarts....32
Contextfactoren....33
Noden....39
Opleiding....39
Patiënten perspectief en feedback....40
Hulpmiddelen....41
Organisatorisch....41
Discussie....42
Drempels....42
Percepties....42
Competenties....44
Emoties....46
Context....46
Noden....47
Zwaktes van de studie....48
Conclusie....49
Literatuurlijst....50
Bijlagen....53
Bijlage 1: Goedgekeurd protocol....53
Bijlage 2: Positief advies ethisch comité....64
Bijlage 3: Informatiebrief voor de deelnemers....66

INLEIDING

DEFINITIE EN CLASSIFICATIE

WHO beschrijft (1) vrouwelijke genitale verminking (VGV) als elke ingreep die leidt tot gedeeltelijke of volledige verwijdering van de externe geslachtsorganen van de vrouw of elke andere verwonding van de vrouwelijke geslachtsorganen, toegebracht om niet-medische redenen.

WHO hanteert volgende classificatie van VGV (1):

Type 1: Clitoridectomie

Gedeeltelijk of volledig verwijderen van de clitoris. Soms wordt hierbij ook het preputium (voorhuid) verwijderd.

Type 2: Excisie

Gedeeltelijk of volledig verwijderen van de clitoris en labia minora met of zonder het verwijderen van de labia majora.

- Type IIa: Verwijdering van de labia minora alleen.
- Type IIb: Gedeeltelijke of volledige verwijdering van de clitoris en de labia minora. Hierbij kan ook het preputium aangetast zijn.
- Type IIc: Gedeeltelijke of volledige verwijdering van de clitoris, de labia minora en de labia majora. Hierbij kan ook het preputium aangetast zijn.

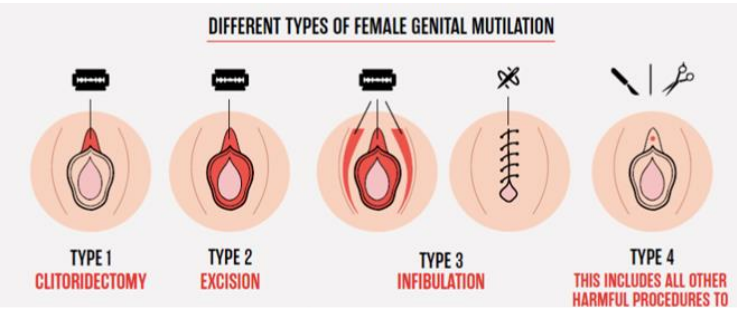
Type 3: Infibulatie

Het vernauwen van de vaginale opening met het verwijderen en dichtnaaien van de labia minora en/of majora. Al dan niet met verwijderen van de clitoris.

- Type IIIa: Verwijdering en herpositionering van de labia minora.
- Type IIIb. Verwijdering en herpositionering van de labia majora.

Type 4: Overige procedures

Alle andere procedures die leiden tot verminking van de vrouwelijke geslachtsorganen, zoals: verbanden, prikken, schrapen, piercen…

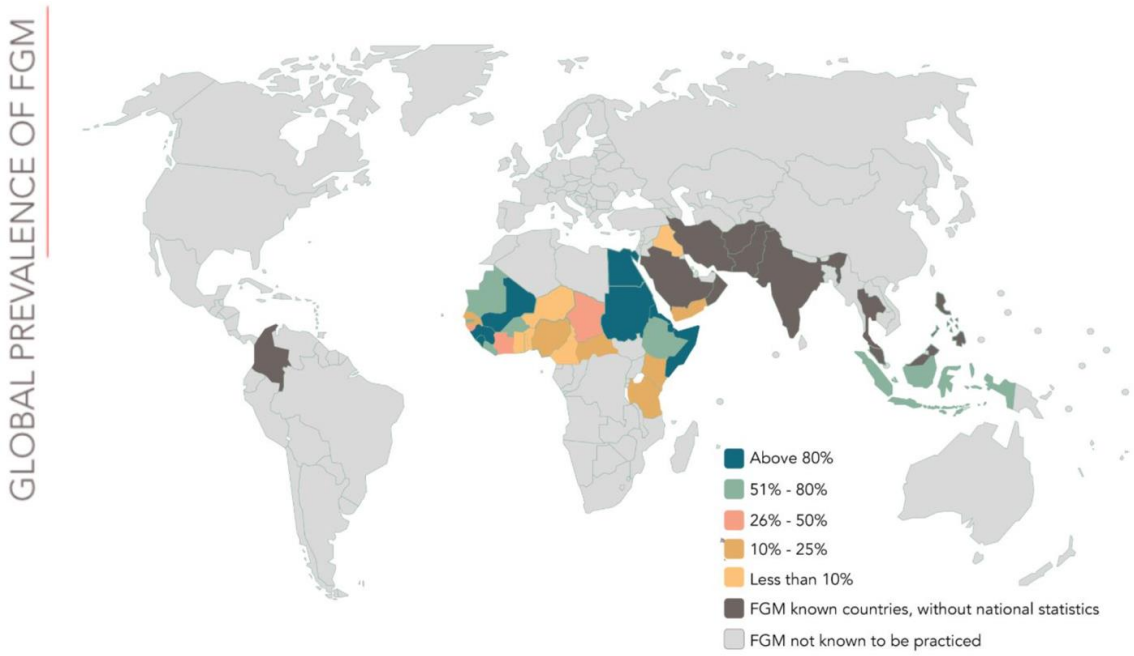


Afbeelding 1: Verschillende types van VGV (2)

PRAXIS

Waar

Vrouwelijke genitale verminking komt vooral voor in Afrikaanse regio's (voornamelijk Oost- en West-Afrikaanse landen), sommige landen in het Midden-Oosten en Azië (3). Ten gevolge van migratie neemt de prevalentie van deze problematiek ook toe in andere regio's zoals Europa. Dit maakt vrouwelijke genitale verminking in toenemende mate een globaal probleem. (1, 4, 5)



Afbeelding 2: Globale prevalentie van VGV (3)

Waarom

Redenen voor VGV zijn divers en variëren over tijd en regio. Het is een combinatie van socioculturele factoren. Hoewel het strikt genomen geen onderdeel vormt van religie, kan deze de praktijkvoering van VGV wel promoten. In veel gemeenschappen is het een sociale norm en wordt het gezien als een noodzakelijk onderdeel van de opvoeding en een manier om een meisje voor te bereiden op volwassenheid en het huwelijk. VGV wordt geassocieerd met culturele idealen van vrouwelijkheid en zedigheid. Het verzekert maagdelijkheid voor het huwelijk en huwelijkstrouw, men gelooft namelijk dat VGV het vrouwelijk libido vermindert waardoor ze 'bestand' is tegen buitenechtelijke seksuele relaties. Daarnaast bestaan er ook veel mythes in verband met vruchtbaarheid, waarbij VGV de vruchtbaarheid zou vergroten. (1, 6)

Wie

Slachtoffers van VGV zijn vrijwel steeds jonge meisjes: vanaf kinderleeftijd tot adolescentie. Echter ook op volwassen leeftijd kan VGV nog uitgevoerd worden. Meestal wordt VGV uitgevoerd door traditionele besnijders. Deze personen hebben vaak een centrale rol in de gemeenschap. Ook professionele zorgverstrekkers voeren VGV uit, vanuit het idee dat de procedure dan veiliger is. (1)

GEVOLGEN

Vrouwelijke genitale verminking kent geen enkele gezondheidsvoordelen, enkel nadelen. (1)

Onmiddellijke complicaties

Onmiddellijk na de mutilatie kunnen verschillende complicaties optreden. Gaande van hevige pijn, hemorragie, oedeem van de genitaliën, koorts, infecties, urinaire retentie, slechte wondheling tot shock en soms dood tot gevolg. (1, 7, 8)

Complicaties op lange termijn

I. Fysieke complicaties

Verschillende fysieke gevolgen op lange termijn werden beschreven na VGV (1, 5, 7, 8):

- Urinaire problemen
- Vaginale problemen
- Menstruatieproblemen
- Littekenweefsel en keloïd
- Verhoogd risico op complicaties tijdens de zwangerschap en neonatale dood
- Nood aan chirurgische interventies op latere leeftijd

II. Psychosociale complicaties

VGV heeft belangrijke psychologische gevolgen zoals depressie, angst, posttraumatisch stress stoornis, laag zelfbeeld, verlies van vertrouwen, moeilijkheden met relaties en intimiteit, nachtmerries, flashbacks, somatoforme stoornis. (1, 5, 7, 9-12)

Verschillende cijfers worden teruggevonden in verschillende studies. Zo rapporteerde een studie, uitgevoerd in Nederland (9) PTSD in 16% van de deelnemers die VGV ondergingen, terwijl een Iraakse studie (10) een prevalentie van 44,3% meet in Noord Irak. Deze cijfers waren significant hoger dan de cijfers bij vrouwen die geen VGV ondergingen. Daarentegen ondervond

een cross-sectionele vergelijkende studie uit Bedouin (13) geen significant verschil in prevalentie van PTSD tussen vrouwen die VGV ondergingen en vrouwen die geen VGV ondergingen. Meerdere studies (9-11) toonden ook aan dat slachtoffers van VGV meer depressie, angst en fobieën en somatoforme stoornissen ervaren, een Noorse studie (14) ondervond dan weer geen verschil hierin tussen slachtoffers van VGV en vrouwen die geen VGV ondergingen.

De verschillen in psychologische impact zijn toe te wijten aan verschillen in praktijk en uitvoering van VGV, het type VGV, de verschillende fysieke gevolgen, de omstandigheden en de geografische en culturele locatie, en een groot aantal ontwikkelingsfactoren zoals educatie, sociale steun, familie etc. Daarnaast speelt ook de opinie van een gemeenschap of wetgeving een rol, in vele Westerse landen wordt VGV namelijk gezien als een strafbaar feit en schending van mensenrecht. (12) Recente gegevens tonen aan dat slachtoffers van VGV, die in een land wonen waar VGV veroordeeld wordt, zoals Westerse landen, meer last hebben van psychoseksuele complicaties. (5) Migratie zorgt ook vaak voor een groter bewustzijn van de negatieve gevolgen van VGV bij de vrouwen. (9) Het is dan ook onmogelijk om een eenvoudig en consistent patroon van psychologische gevolgen te herkennen dat van toepassing is op 200 miljoen slachtoffers van VGV. (12)

De interviews in de kwalitatieve studie van Parikh N. et al (12), toonden verschillende bijkomende emoties en psychologische gevolgen van VGV op vrouwen in Groot-Brittannië. De deelnemers gaven aan zich abnormaal te voelen. Ze hadden het gevoel incompleet te zijn. Daarnaast voelden ze zich ook gestigmatiseerd waardoor ze het onderwerp vaak uit de weg gingen. Ze gaven ook aan vaak te twijfelen over de mening van anderen, in het bijzonder in het kader van relaties. Bijna alle vrouwen gaven aan dat de complicaties, zowel fysiek als mentaal, van VGV getriggerd werden door specifieke mijlpalen in hun leven zoals adolescentie, het huwelijk, het stichten van een gezin en zwangerschap. De meesten zeiden bang te zijn om een arts te raadplegen, in het bijzonder voor gynaecologische procedures. Een ander belangrijk thema dat aan bod kwam, was de relatie met de familie en specifiek met de moeder na VGV. Sommigen ervoeren ontrouw, verraad of wrok ten opzichte van de 'verantwoordelijken' voor hun VGV. Vergeving werd dan weer in verband gebracht met een betere mentale gezondheid in meerdere populaties. Een laatste gevolg dat frequent terugkwam was het gevoel beoordeeld en gestigmatiseerd te worden door autoriteiten, die naar hun gevoel veralgemenen en ervan uitgaan dat vrouwen die VGV ondergingen ook voorstander van de praktijk zijn.

Aangezien de meeste studies de psychologische impact op volwassen vrouwen onderzoekt, beschreef de studie van Magdy et al. (11) de impact van VGV op Egyptische adolescenten. De

resultaten toonden een significant hogere prevalentie van depressie, angststoornissen en somatoforme stoornissen.

Samengevat kan dus gesteld worden dat vrouwelijke genitale verminking een zeer belangrijke impact heeft op het psychosociaal functioneren van de vrouwen en dit op vele mogelijke manieren.

III. Seksuele complicaties

Ook op seksueel vlak worden verschillende negatieve consequenties van VGV beschreven; dyspareunie, verminderd libido, lager aantal orgasmes of anorgasmie, minder voldoening. (1, 4, 5, 7)

Aan de hand van de Female Sexual Function Index (FSFI) vergeleek men het seksueel functioneren van besneden vrouwen met onbesneden vrouwen in een case-control studie met 280 vrouwen uit Kurdistan, Iran. Daaruit bleek een significant verschil in seksueel verlangen, opwinding, lubrificatie, orgasme, voldoening en pijn. Besneden vrouwen hadden een significant lagere score op de FSFI (gemiddeld score 17,9) dan onbesneden vrouwen (gemiddelde score 25,3). Deze bevindingen waren gelijkaardig aan voorgaande literatuur. (7)

Deze seksuele dysfunctie heeft uiteraard ook implicaties op relationeel vlak. Een kwalitatieve studie uit Nigeria (8) bevroeg 12 besneden vrouwen en 10 mannen van besneden vrouwen over de impact van VGV op hun seksuele relaties en wat hun coping gedrag was. Acht vrouwen hadden een negatieve kijk op seksualiteit (voornamelijk ten gevolge van pijn en onvoldoende voldoening), 1 vrouw zei dat ook de man aangaf niet voldaan te zijn. Het meeste voorkomende coping gedrag bij de vrouwen was toegeven aan de wensen van de man om problemen in het huishouden te voorkomen. Daarentegen was de meest voorkomende coping strategie van de mannen (7 van de 10) seksuele voldoening zoeken buiten het huwelijk.

Gevolgen voor de maatschappij

Er wordt geschat dat behandeling van VGV gerelateerde complicaties de gezondheidszorg ongeveer US $ 1.4 biljoen kost, er wordt verwacht dat dit alleen maar zal toenemen. (1)

EPIDEMIOLOGIE

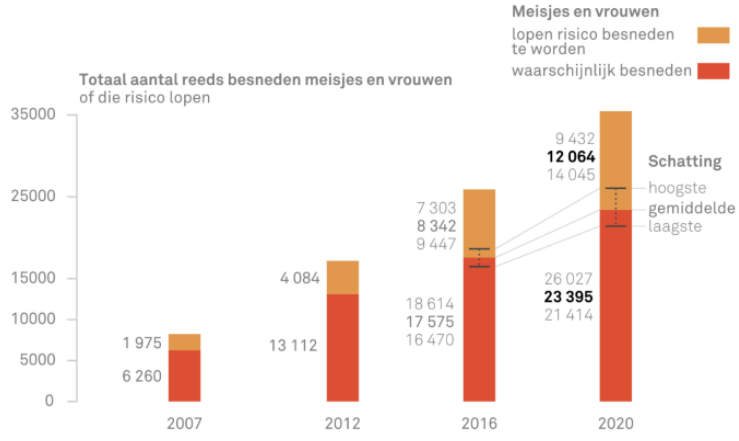
Wereldwijd

Exacte cijfers van het aantal vrouwen dat slachtoffer werd van VGV is niet bekend. Aan de hand van cijfers van 30 landen waar populatie data bestaan, kan gesteld worden dat meer dan 200 miljoen meisjes en vrouwen VGV ondergingen. Daarnaast wordt geschat dat jaarlijks zo'n 3 miljoen meisjes risico lopen op vrouwelijke genitale verminking. (1) Er wordt geschat dat in Europa, een half miljoen meisjes of vrouwen slachtoffer zijn van VGV. (5)

België

De recente prevalentiestudie van Dubourg D. en Richard F. in opdracht van het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (15), toont aan dat er anno 2020 in België, 93 685 meisjes en vrouwen zijn uit een land waar VGV wordt uitgevoerd. Een gemiddelde schatting toont dat 35 459 daarvan besneden zijn of een risico hierop lopen. Daarvan zijn 12 730 minderjarig (jonger dan 18 jaar). In Vlaanderen is deze problematiek het grootst; 16 500 meisjes en vrouwen die besneden zijn of risico lopen hierop. In Brussels Hoofdstedelijk Gewest gaat dit over 10.000 meisjes of vrouwen en in het Waals gewest over 8800.

Er is de afgelopen jaren een toename van het aantal vrouwen die besneden zijn en meisjes die hier risico op lopen, zoals geïllustreerd in afbeelding 3. De toename van het aantal vrouwen dat waarschijnlijk al besneden is, komt door de komst van nieuwkomers uit Guinee (30% van de toename), Somalië (27% van de toename) en Eritrea (14% van de toename) sinds 2016. De stijging in meisjes die een risico lopen is vooral te wijten aan de geboorten in België van meisjes met een moeder van Guinese (40% van de stijging), Somalische (23%) en in mindere mate Eritrese (6%) afkomst. Daarnaast is ook het aantal vrouwelijke verzoekers om internationale bescherming in verband met VGV, toegenomen ten opzichte van 2016 (1 428 meisjes en vrouwen in 2020 tegenover 1 155 in 2016).



Afbeelding 3: Prevalentie van VGV in België doorheen de jaren (15)

BESTRIJDING EN AANPAK

Wettelijk kader

Vrouwelijke genitale verminking is een schending van de mensenrechten. In artikel 5 van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (1948) staat (16):

> *"Niemand zal onderworpen worden aan folteringen, noch aan een wrede, onmenselijke of onterende behandeling of bestraffing."*

Artikel 24 van de Conventie van de Rechten van het Kind (1989) stelt dat landen die dit verdrag ondertekenden moeten voldoen aan volgende afspraak:

> *"De Staten die partij zijn, nemen alle doeltreffende en passende maatregelen teneinde traditionele gebruiken die schadelijk zijn voor de gezondheid van kinderen af te schaffen."*

Gezien vrouwelijke genitale verminking zeer frequent op kinderleeftijd wordt uitgevoerd, gaat dit ook in tegen de rechten van het kind.

Het Verdrag van de Raad van Europa inzake het voorkomen en bestrijden van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld ("Verdrag van Istanbul") is het eerste juridisch dwingende instrument ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld helpt Europese landen om maatregelen te nemen in vier grote domeinen: de preventie van geweld, de bescherming van de slachtoffers, de vervolging van de daders en de ontwikkeling van geïntegreerde, globale en gecoördineerde beleidslijnen. De doelstelling is dat elke Europeaan hetzelfde beschermingsniveau zou genieten, zowel in het openbaar als privé, ongeacht het feit of men altijd in Europa geleefd heeft of er pas onlangs is aangekomen, en ongeacht zijn of haar status of seksuele geaardheid. (16)

België

Sinds 2001 is vrouwelijke genitale verminking in België expliciet bij wet verboden (art. 409 Strafwetboek). Het beroepsgeheim kan worden opgeheven in een situatie waarbij men een minderjarige wil beschermen tegen VGV. Daarnaast is sinds juli 2014, ook het aanzetten tot uitvoeren van VGV strafbaar. (4, 15)

I. <u>Nationaal actieplan</u>

Sinds 2001 heeft België een nationaal actieplan (NAP) ter bestrijding van gendergerelateerd geweld. De coördinatie gebeurt door het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen en met betrokkenheid van zowel de federale overheid, als de gemeenschappen en de gewesten.

Sindsdien volgden verschillende plannen elkaar op, het vijfde plan dateert van 2015-2019. De strijd tegen VGV maakt sinds 2010 deel uit van het NAP.

Eén van de prioriteiten van het NAP 2015-2019 is geweld voorkomen aan de hand van verschillende methoden. Opleiding van professionals is hier een onderdeel van. Dit is ook in opvolging van een oproep van WHO, waarin aandacht gevraagd werd voor het verbeteren van de opleiding van alle gezondheidsverstrekkers rond seksueel geweld. (16)

II. Medische referentiecentra

In België zijn 2 geaccrediteerde referentiecentra voor de medische en psychosociale begeleiding bij de behandeling van de gevolgen van vrouwelijke genitale verminkingen (CeMAViE in het UHC Sint-Pieter te Brussel en de Vrouwenkliniek van het UZ-Gent). Deze centra bieden een totaalpakket aan zorg voor besneden vrouwen (psychologisch, seksuologisch, chirurgisch) en zijn terugbetaald door het RIZIV. (15)

III. Organisaties en verenigingen

GAMS

GAMS België (Groupe pour l'Abolition des mutilations sexuelles féminines/Groep voor de afschaffing van vrouwelijke genitale verminking) werd opgericht door Khadidiatou Diallo in 1996 met als doelstelling bij te dragen aan de afschaffing van vrouwelijke genitale verminking in België en in de rest van de wereld. Ze geven info aan het grote publiek en opleiding aan gezondheidswerkers. De organisatie staat besneden meisjes en vrouwen in België bij in hun zoektocht naar medische, juridische en psychosociale hulp. Eveneens beschermen ze meisjes die in België wonen en het risico lopen op verminking bij terugkeer naar hun land. (17)

INTACT

Intact is een organisatie, bestaande uit vrijwilligers, die vrouwen ondersteunen die bescherming nodig hebben of een klacht willen neerleggen naar aanleiding van een reeds uitgevoerde VGV of poging tot VGV. Specifiek aan INTACT is dat de organisatie kan optreden voor het gerecht in naam van het slachtoffer. (18)

LITERATUURONDERZOEK

De huisarts en vrouwelijke genitale verminking

Eerstelijns gezondheidswerkers hebben dankzij hun nabijheid en vertrouwensrelatie met patiënten, een grote opportuniteit om (mogelijke) slachtoffers van VGV te identificeren en de nodige stappen te ondernemen. (19) Ook de recente studie (2023) van Ziyada et al. (5) bevestigt het belang van de huisartsen en de rol die ze spelen bij VGV. Huisartsen zijn noodzakelijk om in te schatten of gezondheidsproblemen van de patiënten gerelateerd zijn aan VGV alsook om de patiënten door te verwijzen naar de juiste instanties. Hiervoor dienen de huisartsen het onderwerp proactief te benaderen. Meerdere kwalitatieve studies toonden echter aan dat er een stilzwijgen is tijdens de huisarts consultaties over VGV. Weinig studies zijn beschikbaar over de aanpak van VGV door Vlaamse huisartsen en de drempels die ze hierbij ervaren.

Leye et al. (20) beschreef in 2006 de ethische dilemma's voor Westerse zorgverleners betreffende VGV, de respons van zorgverleners in de Europese Unie op VGV en de moeilijkheden die adequate zorg voor VGV in Europa in de weg staan. Verschillende factoren belemmeren het voorzien van adequate gezondheidszorg voor vrouwen met VGV. Een eerste factor is onvoldoende ervaring en kennis bij de zorgverleners. Daarnaast spelen ook de persoonlijke emoties en gevoelens van de zorgverleners een rol. Sommige hulpverleners zijn terughoudend om het onderwerp aan te gaan uit respect of juist onwetendheid over andere culturen. Ook gevoelens van machteloosheid of kwaadheid kunnen meespelen. Vervolgens zijn er de communicatiemoeilijkheden en als laatste is er ook onvoldoende kennis over de verwachtingen en noden van de patiënten zelf.

Idealiter bestaat de zorg voor vrouwen met VGV, uit gepaste medische zorg, maar ook een gepaste cultuur sensitieve aanpak. Er is nood aan adequate en gedetailleerde richtlijnen over de gepaste zorg maar ook over de juiste doorverwijzing, voor wanneer zorgverleners zelf onvoldoende competenties hebben. Daarnaast is ook meer training van zorgverleners op verschillende vlakken noodzakelijk: medische zorg, preventie van VGV, counseling, communicatie en houding alsook ethische dilemma's. Deze laatste moeten ook op nationaal niveau bediscussieerd worden. Als laatste zou het onderwerp VGV ook moeten opgenomen worden in de opleiding van artsen, verpleegkundigen en vroedvrouwen.

Een andere studie van Leye E. et al. (4) onderzocht in 2008 de kennis, houding en praktijken van Vlaamse gynaecologen ten opzichte van VGV. Er was een duidelijk gebrek aan kennis, deze werd ook onvoldoende onderwezen in de basis- en specialistische opleiding. Slechts 7.5% had over VGV gehoord tijdens de basisopleiding en 20.7% tijdens een vervolgopleiding. Daarnaast was er

ook veel twijfel en onzekerheid over de wettelijke status en de procedures die moeten gevolgd worden bij detectie van een casus. Naast deze onzekerheid over de wetgeving speelt ook de houding van de artsen tegenover de patiënt een rol om de wetgeving toe te passen. Dit werd soms vermeden uit respect voor de cultuur of uit angst om gezien te worden als racist. Een groot deel van de deelnemende gynaecologen had nood aan meer kennis over de Belgische wetgeving betreffende VGV, alsook technische richtlijnen om complicaties van VGV te behandelen en duidelijkheid over de gedragscodes over ethico-legale aspecten van VGV zoals re-infibulatie. Het merendeel van de gynaecologen (65%) gaf ook aan niet aan preventie van VGV te doen. Redenen hiervoor waren communicatiemoeilijkheden, taalbarrière en uit respect voor de cultuur van de vrouw.

Het belang van kennis over VGV, zoals door Leye et al. (20) aangehaald, wordt door meerdere studies onderzocht en bevestigd. De review van Dixon S. et al. (21), onderzocht hoe huisartsen uit het Verenigd Koninkrijk omgaan met VGV in de praktijk en wat hun respons en acties beïnvloedt. Verschillende aspecten speelden hierbij een belangrijke rol, waaronder kennis: de verschillende types van VGV en hun mogelijke consequenties alsook het bewustzijn van welke vrouwen mogelijks VGV ondergingen of at risk zijn. Daarnaast is ook de kennis van de wetgeving omtrent VGV van belang. Deze bevindingen worden gesteund door een studie van González-Timoneda A. et al. (19), die de kennis onderzocht bij Spaanse eerstelijns gezondheidswerkers. In deze studie werd een vragenlijst voorgelegd aan huisartsen, verpleegkundigen, vroedvrouwen, gynaecologen, pediaters en sociaal werkers. 321 Zorgverstrekkers beantwoordden de vragenlijst, hiervan was 38.3% huisarts (n=123). Uit de bevraging bleek dat slechts 11.4% van de huisartsen een opleiding over VGV had gekregen (n=14), van de verschillende groepen gezondheidswerkers was dit een van de laagste percentages. Echter, amper 1 huisarts kon correct de types VGV en de risicolanden identificeren, wat impliceert dat een deel van de huisartsen hun eigen kennis overschat. Deze bevinding van discrepantie tussen de perceptie van voldoende kennis en het correct kunnen identificeren van types VGV, risicolanden en redenen voor VGV, wordt ondersteund in een gelijkaardige studie van Kaplan-Marcusan et al. (22), uitgevoerd in Catalonië. Verder hadden in de studie van González-Timoneda A. et al. (19) slechts 15 (4.7%) van de bevraagde gezondheidswerkers reeds een casus van VGV gedetecteerd, waarvan het merendeel door vroedvrouwen. Redenen waarom de andere gezondheidswerkers geen casussen gedetecteerd hadden waren onder andere: niet werken met een patiëntenpopulatie die at risk is, en geen gepast kader om te vragen naar VGV. Naar acties toe, gaf 34% van de deelnemers aan niet te zouden handelen bij meisjes of vrouwen at risk omdat ze niet wisten hoe. Slechts 6.9% van de gezondheidswerkers had weet van een protocol voor de

aanpak van VGV, waarbij de huisartsen bij de groep hoorden die hier het minst van op de hoogte waren.

Een bijkomende drempel is dat educatie over VGV mogelijks door huisartsen ook niet als prioritair gezien, omdat patiënten met, of risico op VGV, maar een klein aandeel uitmaakt, van de patiënten in de huisartspraktijk. (21)

Een andere moeilijkheid volgens Leye et al. (20) is de communicatie. Dit wordt ook beschreven door Dixon et al. (21). Hierbij speelt de mogelijke taalbarrière uiteraard een grote rol. Formele tolken worden bij taalbarrières aanbevolen maar worden bij een gevoelig onderwerp als VGV niet steeds vertrouwd door de patiënt. Aanwezigheid van derden (die mogelijks ook tolken) zorgen bij de huisartsen dan weer voor een drempel omwille van bezorgdheid over de privacy en vertrouwelijkheid voor de patiënt. Bij communicatie heeft ook de manier van communiceren een impact. Huisartsen dienen tactvol en fijngevoelig het onderwerp te bespreken. De terminologie die gebruikt wordt speelt een belangrijke rol, de gebruikte woorden en termen kunnen de vrouw beledigen maar anderzijds ook onbekend zijn voor de vrouw, waardoor ze haar situatie of ervaring niet ziet als VGV. Bovendien is ook de context voor het aangaan van het gesprek rond VGV van belang. De aanmeldingsklacht bepaalt of het onderwerp VGV wordt aangehaald, maar ook hoe het onthaald wordt bij de patiënt. Wanneer de vrouw het gevoel heeft dat de huisarts meer bezig is met VGV, of het mogelijke risico op VGV bij familieleden, dan met de huidige gezondheidsproblemen, zorgt dit voor een negatieve ervaring bij de vrouw. Ook de tijdsbeperking van het consult wordt als mogelijke drempel beschreven.

Net zoals Leye et al. (20), beschrijft Dixon et al. (21) dat zorgverleners sterke emotionele reacties, zoals kwaadheid, schok, en medelijden kunnen ervaren wanneer ze geconfronteerd worden met VGV. In combinatie met onvoldoende kennis kan dit leiden tot angst en paniek bij detectie van VGV, met uiteindelijk impact op hun werkwijzen. De artsen gaven aan dat ze hun gevoelens probeerden te verbergen voor de patiënten maar toch bewust waren dat deze mogelijks toch opgemerkt werden door de patiënten. Sommige huisartsen voelen zich niet zelfzeker genoeg om het onderwerp aan te gaan uit angst om de patiënt te affronteren. Daarnaast zijn sommige huisartsen angstig omdat ze het onderwerp VGV als taboe of een gevoelig onderwerp ervaren, wat eveneens leidt tot het vermijden van het gesprek.

Ervaring en zelfvertrouwen zijn eveneens van belang in het bespreken en aanpakken van VGV. Onvoldoende kennis beïnvloedt de huisarts zijn bekwaamheid en vertrouwen om zorg te verlenen aan vrouwen met VGV of vrouwen die at risk zijn. Huisartsen met meer VGV ervaring, hebben ook meer waarschijnlijk een betere kennis over het onderwerp. (21)

Ziyada et al. (5) beschrijft een positieve associatie tussen het zelfvertrouwen van de zorgverlener in het aanbieden van de nodige zorg bij VGV en het hebben van voldoende kennis over VGV. Artsen met minder kennis voelden zich minder comfortabel om het onderwerp te bespreken. De positieve associatie met zelfvertrouwen wordt ook gevonden bij zorgverleners die meer ervaring met VGV hadden en meer dan 5 jaar algemene klinische ervaring hadden.

Bovendien hebben niet alle huisartsen de nodige ervaring om alle types van VGV correct te identificeren. Het identificeren van VGV is niet gemakkelijk, gezien sommige types zeer subtiel kunnen zijn en minimale of aspecifieke symptomen geven. (21)

Verder wordt ook het gender van de arts door Dixon et al. (21) als mogelijke drempel beschreven. Uit de verschillende studies komt het belang van het gender van de zorgverlener eveneens aan bod. In het onderzoek van González-Timoneda A. et al. (19) waren meer dan 70% van alle respondenten vrouwen. De studie van Kaplan-Marcusan et al. (22) beschrijft dat de vrouwelijke deelnemers meer interesse hadden in het onderwerp, meer openstonden voor opleiding en meer casussen van VGV gedetecteerd hadden. In de studie van Leye et al. (2) en Ziyada et al. (5) daarentegen waren er ongeveer evenveel vrouwelijke als mannelijke deelnemers. Ziyada et al. (5) ondervond wel dat de vrouwelijke (en jongere) artsen meer opleiding over VGV hadden gekregen. Dit impliceert mogelijks opnieuw dat er meer interesse is bij de vrouwelijke artsen over het onderwerp, alhoewel de recente invoering van VGV in de medische opleiding ook meespeelt hierin. De vrouwelijke artsen hadden ook meer ervaring met VGV dan de mannelijke artsen, dit is echter mogelijks ook gerelateerd aan recente bevindingen, namelijk dat vrouwen die VGV ondergingen, vrouwelijke zorgverleners verkiezen.

De huisarts als aanspreekpunt voor seksuele gezondheid bij mensen met een migratieachtergrond

Huisartsen spelen een cruciale rol in het bespreekbaar maken van de seksuele gezondheid. (23) Culturele en religieuze overtuigingen over ziekte en gezondheid beïnvloeden hoe migranten de gezondheidszorg benaderen, dit heeft impact op verschillende gezondheidsaspecten waaronder seksuele gezondheid. Het is dus belangrijk dat hulpverleners kennis hebben over mogelijke religieuze en culturele voorschriften of gebruiken rond seksualiteit. Zo kunnen hulpverleners patiënten op een gepaste manier benaderen, wat een positief effect heeft op de therapietrouw. (24) Veel artsen denken dat patiënten met een niet-westerse migratieachtergrond niet over seksualiteit willen of durven praten en brengen daarom dit onderwerp, ten onrechte, niet ter sprake. (25) Echter, uit de masterproef van Hendrick (24) komt naar voor dat seksualiteit net wel een thema is dat de deelnemers met migratieachtergrond interessant vinden en normaal vinden om over te praten in de juiste context. Ook andere literatuur bevestigt dat de meeste

vrouwen en mannen, ongeacht hun leeftijd, gender, culturele of religieuze achtergrond, seksualiteit een essentieel onderdeel vinden van hun leven. (25)

Hendrick H. (24) verrichtte een participatief onderzoek aan de hand van een kaartspel, om de interactie en communicatie over seksuele gezondheid te stimuleren en faciliteren bij vrouwen met migratieachtergrond. Diepte-interviews brachten verschillende inzichten aan het licht. Er werd een grotere belangstelling van de participanten opgemerkt wanneer de externe spreker een arts was. Zowel het hogere aanzien als de medische expertise droegen hiertoe bij. Ook het onderzoek van Vahabi M. et al. (26) bevestigt het belang van de actieve rol van artsen in seksuele educatie. Vrouwelijke migranten gaven in deze studie aan dat ze het belangrijk vinden informatie en adviezen te krijgen van hun behandelende artsen, omdat zij deze als vertrouwde, deskundige en gezaghebbende figuren beschouwen. Het gebrek aan informatie en aanbevelingen van een arts is één van de barrières in toegang tot screening en gezondheidszorg.

Het belang van de huisarts als sleutelfiguur in het bespreken van seksuele en reproductieve gezondheid mag dan wel duidelijk zijn, literatuuronderzoek toont aan dat artsen ook drempels ervaren om deze gesprekken te voeren.

Zo blijkt dat artsen zich geremd voelen om het onderwerp seksualiteit aan te gaan, ook al is er een aanleiding toe, zoals bij anticonceptie, soa's, gynaecologische, urologische of psychische klachten. Mogelijke redenen die artsen zouden kunnen tegenhouden om seksualiteit van patiënten te bespreken zijn gêne, moeite met directe vragen over seksualiteit, de patiënt niet willen belasten of omdat ze zich onbekwaam voelen. (24)

Ook Sensoa geeft mogelijke hindernissen aan in het bespreken van seksuele gezondheid: te weinig kennis of vaardigheden van de arts om over seksualiteit te spreken, te weinig kennis over andere referentiekaders, te weinig tijd, taalbarrière en weerstand van de hulpvrager. (27) De studie van Manninen SM et al. (28) bevestigt dat de belangrijkste drempels de beschikbare consultatietijd, een tekort aan kennis en een tekort aan ervaring zijn. Daarnaast speelde bij sommige artsen het genderverschil tussen patiënt en arts ook een rol. Deze drempels worden groter, wanneer deze gesprekken moeten gevoerd worden met mensen met migratieachtergrond. (25)

Ondanks deze drempels blijkt uit een bevraging van SENSOA (23) dat 94% van de huisartsen de nood ervaart om seksuele gezondheid meer ter sprake te brengen. De meerderheid van de bevraagde artsen (89,2%) gaf ook aan meer kennis te willen hebben over seksuele gezondheid. 72,5% Wou tijdens een vorming oefenen op hoe te praten over seksualiteit met patiënten. Seksuele gezondheid ter sprake brengen lijkt vooral uitdagend te worden als een directe

aanleiding om dit te bespreken ontbreekt. Nochtans is dit wat patiënten net verwachten: een huisarts die proactief de seksuele gezondheid bevraagt.

VRAAGSTELLING

Ten gevolge van migratie is er anno 21e eeuw in de Westerse wereld en dus ook België een toenemende prevalentie van vrouwelijke genitale verminking. VGV is in strijd met de mensenrechten en wordt in België als strafbaar bevonden. Gezien de vele nadelige gevolgen zowel voor het individu (fysiek, psychosociaal en seksueel) als de maatschappij, is er nood aan een gecoördineerde aanpak van deze problematiek. Zorgverleners zijn vaak een eerste aanspreekpunt rond seksuele gezondheid en dus een sleutelfiguur in het bespreekbaar maken van VGV. Ze kunnen dus mee een rol spelen in het bespreken, rapporteren en aanpakken van VGV. De literatuur toont dat er heel wat drempels zijn bij zorgverleners om deze thematiek te bespreken en ermee om te gaan. Weinig studies zijn momenteel beschikbaar over deze drempels bij de Vlaamse huisartsen, terwijl het aandeel van (mogelijke) slachtoffers van VGV het grootst is in Vlaanderen en huisartsen een cruciale rol kunnen spelen. Deze masterproef tracht dan ook aan de hand van kwalitatief onderzoek de mogelijke drempels bij Vlaamse huisartsen in het bespreken en aanpakken van vrouwelijke genitale verminking in kaart te brengen.

METHODOLOGIE

SELECTIECRITERIA

Deze masterproef is een kwalitatieve studie met semigestructureerde interviews van 9 huisartsen, werkzaam in Gent. Vrouwelijke genitale verminking is een problematiek die voorkomt bij patiënten met een migratieachtergrond. De prevalentiestudie van GAMS geeft aan dat deze problematiek het grootst is in Vlaanderen. In stedelijke gebieden is het aandeel van patiënten met een migratieachtergrond aanzienlijk groter dan in landelijke gebieden. Daarom werd ervoor gekozen om de interviews af te nemen bij huisartsen werkzaam in een stedelijk gebied in Vlaanderen. Om een representatief beeld te krijgen van de drempels en noden bij de huisartsen werd er bij de selectie van de deelnemers getracht een zo goed mogelijk evenwicht te hebben in geslacht, leeftijd, praktijkvorm en aantal jaren ervaring van de huisartsen.

Als exclusiecriterium werd de opleiding tropische geneeskunde in het verleden gebruikt. Dit omdat huisartsen die deze opleiding volgden meer kennis hebben over VGV en dit voor een bias zou kunnen zorgen.

REKRUTERING

Voor deze masterproef werden huisartsen werkzaam in Gent benaderd. De initiële rekrutering gebeurde op twee verschillende manieren. Enerzijds werd een oproep verspreid in de nieuwsbrief van de HVG (Huisartsenvereniging Gent). Anderzijds werden de LOK (lokale kwaliteitsgroep)-voorzitters van Gent telefonisch gecontacteerd met de vraag om het onderwerp voor te stellen in hun LOK groep en uit elke LOK groep zo minstens 1 huisarts te rekruteren. Daarna zou telefonisch contact opgenomen worden met geïnteresseerde huisartsen. Hier kwam echter weinig tot geen respons op. Daarom werd vervolgens rechtstreeks contact opgenomen met huisartsen die mogelijk geïnteresseerd zouden kunnen zijn. Via het sneeuwbaleffect werd zo nog contact opgenomen met meer huisartsen. Zoals eerder beschreven was het doel een evenwicht te vinden in geslacht, leeftijd, praktijkvorm en ervaring van de huisarts. Echter, zoals onderstaande tabel aangeeft, waren er geen mannelijke deelnemers.

Variabele		n=9
Geslacht	Vrouw	9
	Man	0
Leeftijd	30-35	3
	36-40	3
	40-49	3
Type praktijk	Duo praktijk	1
	Groepspraktijk	4
	WGC	4
Aantal jaren ervaring als huisarts	<5	1
	5-10	4
	10-21	4
Aantal jaren ervaring met mensen met een migratieachtergrond	<5	1
	5-10	4
	10-21	4

Huidig percentage consulten met mensen met een migratieachtergrond	≤15%	3
	16-50%	2
	>50%	4

Tabel 1: Socio-demografische kenmerken van de deelnemers

PROCEDURE

Voor het interview werd schriftelijke toestemming van de huisartsen gevraagd aan de hand van een informed consent.

Een semi-gestructureerd interview werd afgenomen met behulp van een interviewguide (zie bijlage). Socio-demografische gegevens van de deelnemers werden verzameld. De interviews werden afgenomen tot saturatie van gegevens optrad. Initieel werd geschat dat er 10 tot 15 interviews nodig zouden zijn. Uiteindelijk werden in totaal 9 interviews afgenomen in de periode van juli 2022 – oktober 2022.

DATA-ANALYSE

De interviews werden getranscribeerd ad verbatim. De kwalitatieve analyse gebeurde met behulp van het Softwareprogramma Nvivo 11, waarmee de teksten gecodeerd werden. De codes werden gecreëerd op basis van grounded analyse van de getranscribeerde interviews. Deze analyse verliep in verschillende etappes, waarbij de interviews en toegekende codes zowel in afzonderlijk als gezamenlijk overleg met promotor en copromotor meermaals werden besproken

ETHISCHE PROCEDURE

Het protocol van het onderzoek werd op 12/01/2022 goedgekeurd door de ethische commissie van de Universiteit van Gent. Er werd daarbuiten rekening gehouden met de ethische bekommernissen van de artsen, door hen volledig te informeren over het doel en de bestemming van het onderzoek. Voor het afnemen van het interview werd een 'informed consent' afgenomen waarin hun uitdrukkelijke toestemming tot vrijwillige medewerking aan het onderzoek werd vastgelegd. Ook werd er duidelijk verteld door de onderzoeker, dat het de arts te allen tijde vrijstond om een vraag niet te beantwoorden of om het onderzoek te beëindigen.

RESULTATEN

DREMPELS

Percepties van de huisarts

I. *Culturele achtergrond*

Tijdens de interviews komt duidelijk naar voren dat VGV door de huisartsen als een negatief gebeuren wordt geïnterpreteerd.

Voor de meeste huisartsen is hun negatieve visie op VGV een drempel om het gesprek aan te gaan met de patiënt, voornamelijk omdat ze een verschil ervaren of vermoeden met de culturele identiteit van de patiënt. Daarnaast is er ook de moeilijkheid tijdens het gesprek een andere standpunt te hebben dan de patiënt over deze problematiek: één huisarts had reeds een duidelijk meningsverschil met de patiënt meegemaakt en voelde zich hierdoor in een onwennige positie.

> HA 4 *"Ja, ik vind dat erg gewoon. Allee ik snap daar ook, er zit daar voor mij geen nut achter, ik vind dat ook een zeer gedwongen iets".*
>
> HA 5 *"Een cultuur veroordeling misschien dat ook wel, want als ik nu zeg van 'ja dat komt daardoor en daardoor heb je zoveel last', ook al is dat neutraal, maar ergens zeg je ook wel 'dit was eigenlijk absoluut geen goed idee' maar als zij daar dan wel achter staan.. dat denk ik een beetje, je wilt zo niet zeggen van ja, allee ook al vind ik dat het eigenlijk niet mag, maar je wilt dat zo niet zeggen van, dat is eigenlijk iets doms, ofzo."*
>
> HA 8 *"Wat ik moeilijk vond is dat zij, dat zij dat heel sterk vanuit haar eigen cultuur benaderde. (...) Dat was een hoogopgeleide vrouw, waarbij we zo een beetje een ander standpunt hadden (...) Ik vond dat wel moeilijk omdat ik zo met mijn eigen normen en waarden daar zit, en zij met de hare en ik kon er ook wel voor een stukje inkomen, wat zij vertelde. (...) Voor mij het frappantste was dat zij er ook een andere visie over hebben en dat maakt het extra moeilijk denk ik. Ik denk dat het makkelijk is, als je een vrouw zou hebben of een meisje die komt en die zegt van 'ik wil dat helemaal niet'. Ja natuurlijk, maar als je vrouwen hebt van 'dat is nu zo en wij doen dat zo' en die dat bijna als een belediging opvatten dat je zegt van 'nee, dat is bij ons bij wet verboden en dat is niet gezond'. Dan kom je zo bijna in een soort van discussie terecht en dan sta je zowat tegenover elkaar, en dat is een heel onwennige positie om als arts in te staan."*

II. (Veronderstelde) Reacties of emoties bij de patiënt

De percepties van de huisarts over de mogelijke reacties bij het bespreken van VGV met de patiënt spelen duidelijk een grote rol bij het merendeel van de geïnterviewde huisartsen. Er is veel onwetendheid bij deze huisartsen over hoe gevoelig dit onderwerp ligt bij de patiënt en hoe de patiënt zal reageren. Dit leidt tot angst om schuld te induceren bij de patiënt of de patiënt het gevoel te geven dat men veroordeelt. Deze angst induceert dan terughoudendheid om het te bespreken.

> HA 1 *"Toch ook misschien een angst om het te bevragen, angst voor de reactie bij de patiënt, hoewel dat ik denk als je dat heel inleidt dat dat niet aanvallend is."*

> HA 5 *"En daardoor durf ik het ook niet zo goed aankaarten omdat ik niet zo goed weet wat de reacties gaan zijn. Dus ik ga daarvan uit dat het een gevoelig onderwerp is maar misschien is het eigenlijk geen gevoelig onderwerp, maar dat is voor mezelf een drempel, om dat ter sprake te brengen. (...) Dan heb ik zo wat schrik van 'ik ga hier iets verkeerd zeggen' of ik ga zo nog moeilijker maken dan dat het is of ik ga zo schuld induceren, maar dat is het niet maar zo.. "*

Daarnaast hebben de meeste huisartsen ook aannames over de emoties van de patiënt, waarbij schaamte bij de patiënt zelf, zeer vaak wordt aangehaald.

> HA 1 *"Ik denk dat er wel een schaamte is bij de vrouwen."*

> HA 2 *"Schaamte waarschijnlijk bij die dames zelf."*

> HA 5 *"Bij sommigen veel gêne."*

> HA 9 *"Ik denk dat het moeilijk is vanuit de patiënt, ook uit schaamte."*

Ook over de ervaring en beleving van patiënten met VGV zijn er veronderstellingen. Zo wordt er soms vanuit gegaan dat de patiënten er niet over spreken omdat ze er geen last van hebben. Een andere assumptie is, dat de patiënt dit mogelijks al verwerkt en aanvaard heeft en daarom geen nood heeft om het te bespreken. Een ander idee is, dat de patiënt het als vanzelfsprekend ervaart.

> HA 1 *"Ik denk dat dat voor elke persoon anders is, hoe die dat heeft beleefd, hoe lastig het is om daarmee om te gaan, of die nog klachten daarvan ervaart of ja dat zal individueel gebonden zijn."*

HA 2 *"Ik denk omdat die mensen, ofwel hebben ze, vertellen ze het mij niet en hebben ze er op dat moment geen last van of hebben ze er geen nood aan om dat hier te brengen."*

HA 4 *"Misschien een beetje laten rusten wat dat rust is zeker of ze zullen dat misschien al verwerkt hebben op hun manier. Ik weet niet of je iemand met een trauma uit het verleden daar altijd ook over moet aanspreken? Dat zou dan mijn gevoel zijn. (...) Ik zou dat wel allemaal kunnen vragen en durven vragen maar dan denk ik voor die vrouw is dat misschien al zo gewoon, misschien vindt zij dat ook niet erg of zijn dat de gebruiken in haar land en ja… Ik heb het alleszins niet ter sprake gebracht omdat ik dan dacht dat ze het aanvaard hebben"*

HA 9 *"Omdat ze dat misschien beschouwen als een vanzelfsprekend iets. Of misschien hoort het bij een traditie of een geloof, gelijk de besnijdenis bijvoorbeeld, dat ze dat bij de vrouw ook en dat ze dan niet echt weten dat dat niet oké is."*

III. <u>De rol van de huisarts bij VGV</u>

Een groot deel van de geïnterviewde huisartsen vindt dat de taak van de huisarts bij VGV bestaat uit het bespreekbaar te maken, de hulpvraag exploreren, en de patiënt doorverwijzen naar de juiste instantie(s) volgens de nood van de patiënt, hetzij medisch, hetzij psychologisch, hetzij juridisch.

HA 1 "*Maar op zich, is het vooral het gesprek denk ik belangrijk en hoe, wat de bezorgdheden zijn, of de hulpvragen eventueel en daar dan op inspelen.* (...) *Wil je daarover spreken, heb je daar een vraag over, kan je bij ons terecht en we kunnen jou helpen, er zijn ook veel instanties die ons kunnen ondersteunen of jou kunnen ondersteunen, geef je een paar voorbeelden wat er mogelijk is op psychologisch vlak, maar ook op fysiek vlak enzovoort."*

HA 7 *" Ik denk mijn rol is vooral erover spreken. het bespreekbaar maken. kijken op welke gebieden zij hulp nodig hebben, is dat meer psychologisch, is dat meer medisch, is dat meer juridisch, om het even welk gebied, hebben zij nodig en dan bekijken, hebben ze een doorverwijzing nodig, naar wie, wat lukt er."*

HA 9 *"Ik denk dat ik vooral een spilfiguur moet zijn en kijken waar dat die persoon best terecht kan."*

Het merendeel van de huisartsen geeft aan VGV als een weinig voorkomend probleem te ervaren in de Vlaamse huisartspraktijk. Sommigen voelen het aan als een problematiek die ver van hun huisarts beleving staat, waardoor ze er minder aan denken of alert voor zijn. Eén huisarts geeft

aan vroeger niet te beseffen dat Belgische vrouwen of meisjes met migratieachtergrond ook nog steeds tot de risicogroepen kunnen behoren, dit zorgde destijds voor minder alertheid voor VGV in de eerste lijn.

> HA 2 *"Omdat dat zo weinig voorkomt in de praktijk dat ik daar waarschijnlijk zelf niet aan zou denken op dat moment. (...) Zeker omdat dat absoluut niet iets alledaags is he."*

> HA 3 *"En ook dat dat zodanig ver van onze bed show is, dat dat inderdaad moeilijk is voor te weten."*

> HA 8 *"Maar niet dat we echt zo binnen die eerste lijn alert moeten zijn, dat dat niet opnieuw gebeurt, dat was eigenlijk iets dat voor mij nog niet duidelijk was."*

Eén huisarts geeft aan dat het misschien meer de taak is van de tweede lijn omdat VGV een zeer weinig voorkomende problematiek is voor haar.

> HA 3 *"Als er hier maar echt zeer weinig vrouwen rondlopen, ja goed, dan kun je niet verwachten dat elke huisarts, allee we weten wij ook niet van alle zeldzaam voorkomende dingen alles he, dus dat kun je dat misschien niet verwachten en is dat meer iets voor gynaecologen."*

IV. <u>Het gesprek over VGV</u>

a) Initiatie van het gesprek

Een groot deel van de huisartsen is van mening dat het gesprek over VGV door beide partijen, zowel huisarts als patiënt, kan geïnitieerd worden.

> HA 6 *"Ja, idealiter de patiënt natuurlijk, maar ik denk dat je dan lang kunt wachten, dus dan misschien toch de zorgverlener."*

> HA 7 *"Beiden he. Als het voor de vrouw een issue is, de vrouw, maar vaak denk ik, weten ze niet dat het een issue kan zijn, of dat het een issue kan worden. Ik denk dat je als arts, denk ik dat het gewoon heel belangrijk is om het op tafel te leggen."*

Het merendeel van de huisartsen geeft echter aan dit zelf in de praktijk amper te doen en wel de initiatie van de patiënt afwachten.

> HA 3 *"Want we krijgen, ik, allee, krijg daar niet zo veel vragen van, ik ga daar ook wel natuurlijk niet standaard 'kweetnie hoe veel' naar zelf gaan vragen."*

> HA 4 *"Maar ze komt nu voor iets anders en dan zou ik er inderdaad niet onmiddellijk beginnen over babbelen. Tenzij dat ze dat zelf aangeeft of dat ze zelf daarover zou*

beginnen. (...) *Alhoewel, ik zou denken, moest ik hier een vrouw hebben en ik zou het opmerken en zij komt voor een gewone routine gynaecologisch onderzoek, dat ik daar misschien ook niet onmiddellijk zou over beginne*n."

HA 9 "*Ik denk dat ze er zelf ook niet over spreken, de vrouwen, en omdat ik daar zelf ook niet actief naar bevraag."*

Zoals eerder besproken bij de (vermeende) reactie en emoties van de patiënten zijn er soms assumpties die ertoe leiden dat de huisarts geen reden tot initiatie van het gesprek inziet. Sommige huisartsen denken bijvoorbeeld dat de patiënt het al verwerkt en aanvaard heeft en dus geen nood heeft om het te bespreken, waardoor de huisarts ook het gesprek niet aangaat.

Enkele huisartsen vinden dat het gesprek aangaan en het actief bevragen idealiter wel de taak van de huisarts is.

HA 1 *"Ik denk dat dat zeker, ja goed, de patiënt kan dat altijd initiëren, die moet dat niet per se maar die kan dat altijd, ja daarom zijn we ook hulpverleners, ik denk wel dat het ook wel onze taak is om daar actief naar te vragen."*

HA 5 *"Ik vind eigenlijk als arts dat je elk gesprek zou moeten kunnen initiëren. Als je ergens over twijfelt of je stelt je vragen bij iets of je vindt van 'dit is misschien toch niet oké' of dit komt de patiënt niet ten goede, zou je in principe elke gesprek moeten kunnen aangaan, dus ik vind dat ook over VGV. Ik vind ook dat de patiënt in principe met al zijn vragen bij ons terecht moet kunnen. Maar ik vind wel dat je het als arts eigenlijk zou moeten initiëren als je het nodig acht, of toch tenminste vragen van 'ik zie dat, ik merk dat op, willen we het daar even over hebben?'."*

HA 8 *"Maar eigenlijk vind ik wel dat wij er alert voor moeten zijn en het zelf op tafel moeten brengen."*

Twee huisartsen hebben reeds een positieve reactie gekregen van de patiënt nadat zij het onderwerp actief bevroegen.

HA 1 *"Ik heb wel al één keer een reactie gehad van 'Amai dat is goed dat jij daar aan denkt', waaruit je dan zou kunnen afleiden van misschien verwachten ze dat wel."*

HA 7 *"Ik denk dat ik vaak, of meestal wel het gevoel heb dat de vrouwen wel blij zijn dat je daar zelf iets over zegt, omdat dat dan kan besproken worden."*

b) Context voor het gesprek

Een duidelijke drempel bij meerdere geïnterviewde artsen is de context waarbij het gesprek over VGV geïnitieerd wordt. Zonder aanleiding het gesprek aangaan over VGV leidt bij de huisartsen tot veel weerstand.

Mogelijke aanleidingen om het gesprek aan te gaan, die naar boven komen uit de interviews zijn: hulpvraag van de patiënt zelf, vaginale of urinaire klachten, opmerken van afwijkingen tijdens het gynaecologisch onderzoek, zwangerschap, bespreken van seksuele gezondheid of anticonceptie, nieuwe patiënten afkomstig uit een risicoland, reisadvies bij meisjes die terug gaan naar hun land van herkomst, of het invullen van een medisch attest bij meisjes of vrouwen die asiel aanvragen.

> HA 1 *"Ik denk dat het iets is dat niet gemakkelijk bespreekbaar is, maar pas bespreekbaar wordt op de moment dat je bijvoorbeeld vaginale klachten hebt en je moet een onderzoek doen."*
>
> HA 7 *"Er moet ergens een aanleiding zijn, ik ga niet gewoon als ze voor een verkoudheid komen.. Nee maar ik denk als ze om het even welke vaginale of urinaire klachten hebben en ze zijn uit één van de risicolanden, dan ga ik dat vragen.*"
>
> HA 8 *"Maar omdat zo out of the blue te gaan zeggen als iemand komt voor een snotvalling 'by the way, ik moet u ook informeren dat in uw regio mogelijks rituelen bestaan rond de genitale zone bij vrouwen, maar weet dat de wetgeving zo is'. Dat komt dan zo ja, gelijk een olifant in een porseleinwinkel. (...) Maar het feit van zoiets op tafel te brengen zonder dat de mensen zelf een aanleiding geven, dat is de moeilijkheid."*
>
> HA 9 "*Ja, in een context, ik zou het nooit zo random aanhalen. Of naar pijn vaginaal, urinair, dat ik het dan een keer erbij vraag 'Heb je ingrepen gehad?', ik zou dat nooit zomaar op de man smijten en ervan uitgaan dat ze verminkt zijn."*

c) Beleving van het gesprek

Algemeen wordt het onderwerp VGV door de huisartsen gepercipieerd als een moeilijk bespreekbaar en gevoelig onderwerp. Huisartsen met weinig ervaring over VGV gaan ervan uit dat ze het gesprek over VGV als moeilijk zouden ervaren. Huisartsen met reeds ervaring hebben wisselende ervaringen.

> HA 1 *"Ik denk dat het iets is dat niet gemakkelijk bespreekbaar is. (...) Dat hangt een beetje af van de persoonlijkheid van de vrouw vooral (...) Alles hangt een beetje van af van hoe dat*

zij daarover kan spreken. Er zijn vrouwen die eerder toeklappen er zijn vrouwen die het eigenlijk wel appreciëren dat we het bevragen."

HA 5 *"Ik merk dat ik dat wel moeilijk vind om daar, dat ik het niet zo gemakkelijk vind om te bespreken. als het besproken wordt, dan is het vaak zo vrij neutraal, van 'Ah ja dat is zo'."*

HA 6 *"Heb je daar dan al over gesproken met die patiënten?"* - *"Moeilijk, ik vind dat heel moeilijk. Niet veel eigenlijk."*

HA 8 *"Dat was best een moeilijk gesprek. Dat was een hoogopgeleide vrouw, waarbij we zo een beetje een andere standpunt hadden, en dat wij zeggen alles wat je in die genitale regio van plan bent te doen, mag niet, dus dat was in mijn herinnering het moeilijkste gesprek dat ik daar rond gehad heb."*

d) Positie van de huisarts tijdens het bespreken van VGV

Door het wettelijk verbod en de meldcode in België geven enkele artsen aan het moeilijk te vinden de juiste positie als huisarts in te nemen. De huisarts neemt niet graag een controlerende rol aan, ook wel voorgesteld als politiefunctie, in deze problematiek, omdat dit niet overeenstemt met hoe de huisarts zich wil positioneren als hulpverlener. Ook over het mogelijks verbreken van het beroepsgeheim werd nagedacht, hoewel dit voor de huisarts eerder een drempel voor de patiënt lijkt te zijn dan voor de huisarts zelf.

HA 8 " *We willen zo ook niet als arts een soort van politiefunctie hebben van 'voor dat jij naar familie gaat, moet je eerst eens komen bij mij voor een gynaecologisch onderzoek, en als je terugkomt ook'. Dat is bijna traumatiserend op zich. En daar hebben we dan nog een eindje in groep met de LOK over gediscussieerd van 'hoe positioneer je je daarin?'. (...) en ik vind het feit dat die wet daarbij zit, en je hebt dan die meldcode waarin dat we eigenlijk zouden moeten gewoon melding doen van 'let op dit meisjes loopt gevaar' en dan zet je zo'n hele batterij van of de procureur moeten bellen ofzo. Dan vind ik dat, als hulpverlener sta je niet graag in die positie."*

HA 9 *"Lijkt mij toch wel strafbaar te zijn, ik denk strafbaar. Ahja dat dat ook een impact kan hebben op de patiënt als ze het dan vertellen, dat je dan je beroepsgeheim misschien moet breken, ik weet niet. "*

Competenties van de huisarts

I. *Ervaring van de huisarts met VGV*

De meerderheid van de geïnterviewde huisartsen geven aan dat hun ervaring met VGV in de huisartspraktijk zeer beperkt is. Sommigen hebben geen enkele ervaring met het bespreken, onderzoeken of aanpakken van VGV. Anderen hebben weet van enkele patiënten die VGV ondergingen, maar hadden dit nog niet besproken met de patiënt.

Eén huisarts had uitgebreide ervaring opgedaan in een Engeland waar een grote Somalische gemeenschap aanwezig was. Een andere arts had dit ook gezien in Gambia maar gaf zelf aan hier toen weinig over gesproken te hebben.

> HA 4 *"In Gambia was dat zo een beetje een anders iets. allee, dat was voornamelijk tijdens het onderzoek dat mij dat wel opviel, maar daar werd er niet altijd wel over gepraat. (...) Ik heb geen recente letsels gezien, dus ik heb daar dan eigenlijk ook niet veel over gepraat. En hier in de praktijk, heb ik eigenlijk zelf op alle jaren dat ik werk, nog niet veel mensen gehad."*

Het gebrek aan ervaring met patiënten met VGV zorgt voor veel huisartsen duidelijk voor een drempel om dit onderwerp te bespreken met de patiënt.

> HA 2 *"Misschien dat ik niet de juiste vragen zou stellen, dat kan wel zijn. niet dat ik schrik zou hebben om erover te praten maar misschien dat ik inderdaad, ja, daar, niet de juiste vragen of, dat kan wel zijn, omdat ik daar geen ervaring mee heb, ja dat zou wel kunnen, dat ik daar dan toch wel te onervaren ben, waardoor ik dan aan bepaalde dingen niet zou denken die wel belangrijk zouden zijn, ja dat kan wel."*
>
> HA 5 "*Maar dat ik daar niet echt verder op door ga omdat ik één daar zelf niet zo vertrouwd mee ben."*

II. *Algemene huisarts ervaring*

Enkele huisartsen geven aan dat hun algemene ervaring als huisarts ook een rol speelt in het bespreken van een onderwerp zoals VGV. Dit zijn allen artsen met minstens 10 jaar ervaring. Zij geven aan heden weinig drempels te voelen om VGV te bespreken dankzij hun algemene ervaring, maar vermoeden dat ze dit op jongere leeftijd als mogelijke drempels zouden ervaren hebben. Eén huisarts geeft aan dat onvoldoende ervaring vroeger effectief een drempel had gevormd in het bespreken van VGV.

HA 4 *"Ik denk, dat voel ik als huisarts, hoe ouder dat je eigenlijk ook wordt, hoe langer dat je je mensen kent, dat je wel makkelijker alles bespreekt, ik heb dikwijls, dus ik kan mij wel inbeelden dat, dat klinkt nu misschien stom want ik heb op dat gebied niets van ervaring, maar ik wil bedoelen, je hebt wel 21 jaar ervaring als huisarts om de meest eigenaardige dingen, de meest niet bespreekbare onderwerpen of familieruzies of nakende sterfgevallen of zeer zwaar verdriet of gewoon tegenslagen, omdat daar heel rustig in te zijn, om dat allemaal te bespreken, dus dat zou ik kunnen denken van een drempel dan, moest ik veel jonger geweest zijn, zou ik dat inderdaad als drempel hebben."*

HA 7 *"Ik denk dat dat anders is bij huisartsen die met veel migratiegroepen werken of mensen die daar zelf minder mee bezig zijn, ik denk dat je daarin ook sterk evolueert als persoon en als arts en in het begin van uw carrière gaat het niet hetzelfde zijn als op het einde."*

HA 9 *" Wel, wat dat daar voor mij de valkuil, allee wat ik denk, toen was ik nog heel jong."*

III. <u>Kennis</u>

a) Theoretische kennis over VGV

Voor bijna alle huisartsen is een tekort aan theoretische kennis over het onderwerp eén van de grootste drempel in het bespreken van VGV. Velen geven aan door onvoldoende kennis het onderwerp niet zelf actief aan te gaan of onvoldoende alert te zijn.

HA 1 *"Hoe meer dat je erover weet, hoe meer je eraan gaat denken, denk ik, hoe gemakkelijker je je er ook bij gaat voelen om het actief te bevragen of aan te brengen? Ja ik denk dat kennis of meer kennis altijd een voordeel kan zijn om dit te bespreken."*

HA 3 *"Mijn grootste drempel is dat ik er niet veel van weet, denk ik. (...) Sowieso ga je iets waar je meer kennis over hebt, ga je er rapper uitvissen."*

HA 5 *"Wat weet je allemaal over VGV?"* - *"Te weinig. ik denk zo de basis die je leert in de opleiding, zo de types die je hebt en mogelijke complicaties maar daar stopt het ook. Dus eigenlijk heel weinig. (...) Maar omdat ik nu denk van 'wie ben ik om daar nu iets over te zeggen want eigenlijk weet ik er niets van', vind ik dat moeilijk."*

HA 7 *"Ik was er enorm van verbaasd, hoe weinig kennis er hier in de buurt lokaal over was en ondanks onze populatie he. Ik weet heel goed dat ik zelf ook geen kennis had in het begin dus ik ben mij daar heel van bewust, maar zelfs ook bij meer ervaren artsen, was daar weinig, dus ik denk dat dat een hele grote drempel is. Wat dat je niet weet, daar begin je niet over."*

De meeste huisartsen linken VGV vooral met Afrikaanse landen, waarbij Somalië vaak naar voren wordt gebracht. De meeste artsen kennen geen landen buiten Afrika waar VGV voorkomt.

> HA 2 *"Want ik denkt dat het vooral, Afrikaanse mensen, zijn, dacht ik, ben ik daar juist in?"*
>
> HA 5 *"In mijn hoofd zit altijd direct Somalië. Ik denk omdat we ook een aantal patiënten hebben van daar en zo de landen daar rond als ik mij niet vergis, aan de oostkant van Afrika. Dat zou ik zo standaard zeggen, maar ik weet niet of er eigenlijk nog andere gebieden zijn waar het ook heel frequent voorkomt."*
>
> HA 8 *"Ja ik denk dan zo het kaartje, vooral Somalië en Ethiopië, maar ik weet er zitten, die landen die daarnaast liggen zijn ook niet risicovrij, maar dat zijn zo voor mij de voornaamste."*
>
> HA 9 *"Ja ik weet dat eigenlijk niet meer. Is dat niet de Islamitische gemeenschap? Of is dat in Azië? Ik weet het eigenlijk echt niet meer."*

Qua risicogroepen voor VGV zijn er verschillende interpretaties. Voor sommige huisartsen zijn jonge meisjes die terug naar hun thuisland, waar VGV nog gepraktiseerd wordt, gaan, voornamelijk at risk. De site van het Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG) is hierbij voor een huisarts een hulpmiddel. Eén huisarts is hier nu ook van op de hoogte maar geeft aan hier vroeger niet bewust van geweest te zijn. Voor andere huisartsen zijn het vooral vrouwen uit risicolanden die hier recent zijn. Meerdere huisartsen gaan ervan uit dat het in België niet meer gebeurt.

> HA 1 *"We zijn ook alert voor jonge meisjes die samen met hun gezin terug gaan naar hun thuisland. Proberen we in dermate van het mogelijke te bevragen of dat er daarrond plannen zijn. Wat dat een hulpmiddel is, vind ik wel, is als je reisadvies doet en je neemt de website van het tropisch instituut erbij, Wanda, en je overloopt dat wat er moet gebeuren op vlak van vaccinaties en malaria preventie en reizigersdiarree enz., dat er dat ook wel effectief bij staat van "Opgelet risico voor vrouwenbesnijdenis: bespreek het met de ouders'."*
>
> HA 2 *"Mensen at risk, zijn volgens mij denk ik, mensen die hier nog niet zo lang zijn. ja met die dames heb ik dan eigenlijk nog niet veel contact gehad."*
>
> HA 3 *"Ik link dat eigenlijk zelf niet met andere landen dan Afrika. ik weet niet of dat in.. ik weet ook niet of dat hier gebeurt, ik denk het, misschien in de groepen van, maar ik link dat eigenlijk wel echt nog meer met de primitievere dorpen in zo wat en minder met de steden die al een beetje geëvolueerder zijn."*

HA 4 *"Het doet mij voornamelijk aan de Afrikaanse migratie achtergrond denken uiteraard. Ik merk dat nu nog altijd, dat het wel nog altijd daar actief in sommige dorpen wordt toegepast. Ik denk hier in België, hoop ik toch ergens van niet."*

HA 7 *"Ik denk van risicogroepen, ja de jonge meisjes, die ofwel naar hun thuisland gaan of waarvan de ouders wel nog sterk geloven dat dat belangrijk is voor hen, dus ik denk, dat zijn de risicogroepen."*

HA 8 *"Ja maar wat dat ik niet wist is dat dat risico bestaat als meisjes dan terug op vakantie gaan naar hun familie. Dat was initieel niet in mij opgekomen dat er dan een risico was op VGV tijdens die reis zo, snap je. Dus dat was zo meer iets exotisch, dat heel sporadisch opkwam bij een vrouw die ofwel daarvoor juist hier asiel had gekregen. Maar niet dat we echt zo binnen die eerste lijn alert moeten zijn, dat dat niet opnieuw gebeurt, dat was eigenlijk iets dat voor mij nog niet duidelijk was."*

De meeste huisartsen denken bij de complicaties van VGV aan een combinatie van lichamelijke, psychische en seksuele klachten. Ook problemen bij de zwangerschap en bevalling worden vernoemd, dit wordt dan vaker in de tweede lijn gezien en opgevolgd.

HA 2 *"Zeker pijn bij betrekking volgens mij wel, dat lijkt mij wel iets, misschien vaginale irritatie, veronderstel ik ook he, dus uuh, denk dat dat wel ook in de partnerrelatie, misschien dat daar ook wel problemen kunnen zijn. dan ja naar vragen rond zwangerschap en geboorte, misschien zijn daar ook wel vragen rond, kan ik mij voorstellen. emotionele dingen misschien."*

HA 5 *"Vooral denk ik, dat wij de urineweginfecties zien he. Ja verder, dank ik zwangerschaps gewijs, menstruatie gewijs, dat dat er ook een heleboel zijn, maar dat, als het zo gaat, in het kader van voortplanting, zwangerschap enz., zijn die meestal in het UZ, die patiëntes."*

HA 7 *"En van complicaties ontstekingen en allerhande, veel pijn, incontinentie, verlies, problemen met seksueel contact, psychologisch, een traumatische ervaring die ze niet altijd kunnen plaatsen."*

HA 8 *"De fertiliteitsproblemen, ontstekingen, blaasontstekingen, pijn, moeilijkheden perinataal, en dan natuurlijk ook de psychische, depressie, PTSS, ik denk dat dat zo wat de voornaamste bijwerkingen zijn die ik voor de geest kan halen."*

b) Sociale kaart

Ook het tekort aan kennis over de sociale kaart voor deze problematiek leidt tot een drempel bij de huisartsen. Onvoldoende kennis over de doorverwijsmogelijkheden leidt bij sommige artsen tot terughoudendheid om het onderwerp aan te gaan.

> HA 1 *"Geen kennis, onvoldoende kennis daarover of onvoldoende weten wat er dan mee te doen, kan misschien ook een drempel zijn. (...) Maar ook vooral waar kan je terecht, waar kan ik die patiënt naartoe verwijzen bij hulpvragen. Ik denk dat je vooraleer je de stap neemt of het initiatief neemt om iets te vragen of aan te brengen, heb je natuurlijk ook wel iets nodig om mee te doen."*

> HA 2 *"Toch wel wat onzeker dan he, ja toch wel. Je wilt dat wel goed doen, maar je voelt u dan toch wel onzeker en je wilt dan de juiste informatie geven, je wilt ze naar de juiste persoon sturen of je wilt ze wel helpen maar in eerste instantie weet je het zelf niet goed."*

Het eerste aanspreekpunt voor de huisartsen is duidelijk de gynaecoloog. Het merendeel zou de patiënt hiervoor doorsturen naar het UZ Gent. Echter slechts enkele huisartsen zijn op de hoogte van het bestaan van het specifieke referentiecentrum voor VGV in het UZ Gent.

> HA 2 *"Maar mijn allereerste aanspreekpunt zou wel de gynaecoloog zijn denk ik, ja, het hangt ervan af welke bijkomende vragen dat die dames zouden hebben natuurlijk daarrond."*

> HA 5 *"Ik zou die naar het UZ doorverwijzen, omdat ze daar toch het referentiecentrum zijn, dat klopt he?"*

> HA 8 *"Die vrouwen die ik toen heb, die heb ik naar het UZ doorverwezen. Dan was dat, ik denk dat Marleen Temmerman daar nog werkte, dus dan of bij prof Roelens, dus ja het UZ, ik zou die gewoon naar het UZ doorverwijzen, ik zou dat nu nog altijd doen eigenlijk."*

Slechts 3 van de huisartsen halen de organisatie GAMS aan.

> HA 1 *"Dus ik denk als ze daar hulp rond willen, denk ik dat ik, mijn eerste reflex zou zijn GAMS denk ik."*

> HA 7 *"Zelfs al zitten wij in Gent en hebben wij hier de kliniek dichtbij en hebben we GAMS dichtbij, ik denk ook niet dat dat wijdverspreid gekend is."*

Andere organisaties waar de huisartsen aan denken voor doorverwijzing, die aan bod kwamen tijdens de interviews, zijn het CGG en het PAKT voor psychologische ondersteuning en Unicef.

c) Opleiding

Sommige huisartsen hebben tijdens hun opleiding tot huisarts (zowel basisopleiding als huisartsenopleiding) absoluut geen info gekregen over VGV. Anderen herinneren zich een beperkte hoeveelheid informatie over het onderwerp. Voor sommige huisartsen is dit duidelijk onvoldoende, andere vinden dit wel voldoende. Enkele huisartsen hebben een bijscholing via GAMS gevolgd.

> HA 3 *"We hebben daar absoluut niet veel info over gekregen."*
>
> HA 4 *"Bij ons werd dat niet, ik kan mij niet herinneren dat wij daar een opleiding rond gehad hebben."*
>
> HA 6 *"Ja niet veel he. Nee, ik weet eigenlijk niet of ik dat, misschien tijdens gynaeco, zo eens heel kort en dan redelijk sec waarschijnlijk, zo de verschillende graden van, maar voor de rest kan ik mij daar niets van herinneren."*
>
> HA 7 *"En had je het gevoel dat je voldoende kennis had gekregen vanuit je basisopleiding?" - "Nee, 0 he, ik had daar nog nooit van gehoord, ik had er letterlijk nog nooit van gehoord."*
>
> HA 8 *"Ik denk, dat dat sowieso in onze cursus gynaecologie wel aan bod gekomen."*
>
> HA 9 *"Nee we hebben daar 1 les, maar ik denk ook dat dat voldoende misschien was voor de praktijkervaring."*

d) Informatiebronnen

Een groot deel van de huisartsen zou informatie inwinnen door te overleggen met een gynaecoloog. De meeste hiervan zouden specifiek het UZ Gent contacteren.

> HA 1 *"We werken ook samen, of in overleg met het UZ, als er daar vragen over zijn. ja dat zijn zo, op dit moment wat de belangrijkste repèrpunten, als ik daar iets rond zou moeten opzoeken."*
>
> HA 2 *"Dan zou ik misschien toch snel een keer met een gynaecoloog gaan bellen, ik denk dat ik dan naar het UZ zou telefoneren en eens horen bij wie ik daar terecht kan voor meer informatie."*

Meerdere huisartsen geven aan niet goed te weten waar precies ze online informatie zouden kunnen vinden over het onderwerp. Sommige huisartsen zouden het thema via Google opzoeken en dan verder kijken wat de mogelijke informatiebronnen zijn.

> HA 4 *"Maar ik denk dat ik zou beginnen googelen en kijken waar dat er bronnen zitten."*

HA 5 *"Nee, als ik daar nu niets over weet, dan zoek ik dat gewoon op Google, maar dan is dat gewoon ja, dan kom je op zo veel of zo weinig informatie uit, maar heel gericht zou ik eigenlijk niet zo goed weten waar ik moet zoeken."*

Enkele huisartsen zouden contact opnemen met het Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG).

HA 6 *"Misschien via ITG ofzo? Ik denk dat ik daar eens zou beginnen."*

HA 9 *"Ik zou eens met het tropisch instituut ook altijd kunnen bellen, ik denk dat zij daar ook wel zeker op de hoogte van zullen zijn."*

Andere online informatiebronnen waar aan gedacht wordt tijdens de interviews zijn, Cebam, Huisarts-migrant en Gezondheid en Wetenschap.

IV. <u>Vaardigheden</u>

a) Communicatievaardigheden

Op vlak van communicatieve vaardigheden ervaren de geïnterviewde huisartsen geen moeilijkheden tijdens het gesprek over VGV. Algemeen wordt een open houding om dit onderwerp te bespreken en te exploreren als ideaal voorgesteld. Ook eerlijkheid tegenover de patiënt over de huisarts zijn eigen kennis of het gebrek daaraan, wordt door een huisarts aangehaald. Huisartsen met meer ervaring met het bespreken van VGV leidden het onderwerp in, wat voor hen drempelverlagend werkt.

HA 1 "*Ik ervaar geen drempels, want ik leid het altijd in, in de zin, ik leid het in van ' we weten uit studies, of ik weet uit een opleiding dat dit in dit land veel voorkomt, zou dat kunnen dat jij ook, dat hebt meegemaakt en dan eigenlijk een open vraag stellen en kijken hoe die vrouw daar op reageert en kijken, staat die daar voor open om over te spreken of niet?*

HA 2 *"Ik zou mijn best wel doen en ik zou vooral luisteren, en eens horen, wat ze te vertellen hebben en hoe dat dat gekomen is, en wat voor last dat zij hebben, dus daar, ik denk dat dat deel wel goed zou lukken. (...) Ik zou daar wel eerlijk in zijn, ik zou tegen die persoon ook wel zeggen , amai dat is ook nieuw voor mij, uh ja, ik zou proberen samen op zoek te gaan naar een oplossing of naar hulp, naar, het is te zien wat de hulpvraag is, maar ik zou dat ook tegen die persoon toch proberen open communiceren van 'dat is nieuw'."*

HA 7 *"En als je daar zelf op een normale manier of op een open manier over spreekt, heb ik nog nooit gehad dat mensen daar schroom over hebben of terughoudend over zijn omdat ik*

het voorstel als 'kijk ik weet dat er zo'n overgangsritueel bestaat, is dat iets waar jij zelf mee in contact bent geweest of is dat iets dat jij kent of niet?'"

Wat wel een moeilijkheid is bij de communicatie over VGV, is de terminologie die gebruikt wordt om het onderwerp te bespreken. Het merendeel van de huisartsen voelt de term 'verminking' aan als een beladen en mogelijks kwetsende beschrijving. Eén huisarts gebruikt de terminologie die de patiënt zelf gebruikt, omdat dit voor haar gemakkelijker is.

HA 5 *"Ik denk dat ik het dan vooral heb over besnijdenis, maar ook daar weet ik eigenlijk niet zo goed of dat dat eigenlijk wel, allee ik weet wel dat ze het vrouwelijke genitale verminking noemen of female genital mutilation, maar dat is ook zo een mond vol en dan ja de standaardtaal is dan vrouwenbesnijdenis maar ook dat weet ik niet zo goed, is dat kwetsend als ik dat zo benoem of niet?"*

HA 6 *"Wat dat ik zou gebruiken van termen? Ja, ewel, wat dat ik dus toen meegenomen heb, dat was een opleiding van, ik weet niet meer van wat het was, maar waarin ze eigenlijk zeiden dat, de term verminking al zo beladen was, dat dat ook een soort waarde oordeel in zich had, dat sommige mensen dat niet aangenaam vinden dat dat gebruikt wordt en dat ze dan zeggen van het is beter om iets neutralere termen zoals uhm besnijdenis te gebruiken in plaats van verminking, wat ik wel snap, ik denk dat daar wel op zou proberen te letten."*

HA 8 *"Dus ja dan neem je zo een beetje de termen over hoe zij daar zelf over spreken. Ik denk dat dat dan gemakkelijker is dan uw eigen termen te gebruiken. Ik denk dat ik mij eerder zou aanpassen hoe dat zij dat zelf benoemen."*

HA 9 *"Ik denk dat het zeker een rol speelt, hoe je het verwoordt, dat je dat niet te recht op de man af misschien mag zo zeggen van 'ja je bent verminkt', maar eerder kijken van is er iets gebeurd en dan wel kaderen dat het niet oké is wat er gebeurd is."*

Eén huisarts vindt de impact van de gebruikte terminologie minder van belang gezien er toch vaak reeds een taalbarrière aanwezig is.

HA 3 *"Eigenlijk niet zo omdat we met die taalbarrière gaan zitten, dus dat we toch in omwegen gaan moeten bespreken. Allee die terminologie, je kunt omfloerste woorden gebruiken als je alle twee dezelfde taal spreekt, maar als je toch niet dezelfde taal spreekt, dan weet je toch niet hoe dat het vertaald wordt he, dus ik denk eigenlijk niet dat dat er zoveel gaat toe doen."*

b) Inschatting

Eén huisarts geeft aan het moeilijk te vinden om in te schatten welke klachten toe te wijten waren aan VGV en welke niet. Ook de inschatting van de risicogroepen verschilt bij de huisartsen (zie eerder).

> HA 5 *"Maar klachten, wat dat betreft, vind ik moeilijk te kaderen, omdat ik niet zo goed weet 'wat is er normaal bij vrouwen die slachtoffer geworden zijn van VGV en wat hoort daar eigenlijk niet bij."*

c) Klinisch onderzoek

Meerdere huisartsen hebben reeds klinisch onderzoek uitgevoerd bij een vrouw die vrouwelijke genitale verminking onderging. De huisartsen geven echter toe dat ze zelf klinisch niet duidelijk de verminking zien of niet kunnen onderscheiden welk type verminking er aanwezig was. Eén van de huisartsen ziet het herkennen van de verschillende types ook niet als een taak van de huisarts omdat ze hier niet genoeg expertise over heeft.

> HA 1 *"Het is niet dat ik bijvoorbeeld, allee kan inschatten wat voor soort besnijdenis het geweest is enzovoort, je kan wel grosso modo zien wat er ontbreekt, maar dat is meestal niet mijn expertise of dat is meestal niet de bedoeling."*

> HA 3 *"Ik heb ook wel al gehad dat het erin stond in het dossier 'vrouwenbesnijdenis' en dat ik dan gynaecologisch onderzoek moet doen en dat ik het eigenlijk niet echt zie, uhm, wat dat er mis is per se."*

Emoties van de huisarts

Geen enkele huisarts geeft aan bij zichzelf schaamte te voelen om het onderwerp te bespreken. Echter wordt (de perceptie van) schaamte bij de patiënt wel vaak als drempel aangehaald, zoals eerder besproken.

> HA 2 *"Ja schaamte zou ik het niet echt noemen, maar wel, ja onwetendheid he, daar eigenlijk nog niet mee in aanraking mee geweest zijn."*

> HA 7 *"En ik weet dat daar in theorie veel schaamte rond is en ik zeg in theorie, maar ik heb dat zelf echt zo nog niet ervaren."*

Onzekerheid en angst zijn daarentegen emoties die wel duidelijk aan bod komen bij de huisartsen. Veel huisartsen voelen zich onzeker door een gebrek aan kennis. Daarnaast is er vaak angst voor de mogelijke reactie van de patiënt.

HA 1 *"Geen kennis, onvoldoende kennis daarover of onvoldoende weten wat er dan mee te doen, kan misschien ook een drempel zijn. Toch ook misschien een angst om het te bevragen, angst voor de reactie bij de patiënt."*

HA 2 *"Toch wel wat onzeker dan he, ja toch wel. Je wilt dat wel goed doen, maar je voelt u dan toch wel onzeker en je wilt dan de juiste informatie geven, je wilt ze naar de juiste persoon sturen of je wilt ze wel helpen maar in eerste instantie weet je het zelf niet goed."*

HA 3 *"Op dit moment vrij onzeker omdat ik er niets over weet."*

HA 5 *"En dan heb ik zo wat schrik van 'ik ga hier iets verkeerd zeggen'"*

Enkele huisartsen geven ook aan geëmotioneerd te zijn of zouden zijn door het gebeuren van vrouwelijke genitale verminking op zich.

HA 7 *"Helemaal in het begin als ik er niets van af wist, weet ik nog heel goed, dat ik heel geschokt was."*

HA 9 *"Dat zou mij wel aangrijpen, moest een vrouw mij dat verhaal vertellen dat ze verminkt is. Ik zou dat toch wel eventjes meepakken en meedragen."*

Contextfactoren

I. *Consulttijd*

Alle geïnterviewde huisartsen zijn van mening dat er voor het bespreken van VGV meer consulttijd nodig is. Enerzijds vanwege de mogelijke taalbarrière en de nood aan een tolk. Anderzijds ook door complexiteit van de problematiek, die zowel lichamelijk, psychisch als seksueel een impact heeft. De patiënten komen ook vaak voor een andere reden bij de huisarts waardoor het gesprek over VGV er nog bovenop komt en de tijd nog meer gelimiteerd is.

HA 1 *"Ik denk dat gewoon de tijd die je hebt in een consultatie te gering kan zijn, omdat er misschien nog vele andere vragen zijn, ik denk dat dat een organisatorische of praktische drempel kan zijn."*

HA 2 "*Ja, als dat duidelijk wordt dat dat daarover gaat, dan denk ik wel dat daar iets meer tijd voor uitgetrokken worden, zeker als er dan ook nog eens een taalbarrière is, ja dan gaat dat toch wel wat meer tijd in beslag nemen."*

HA 3 *"Je moet ook de ruimte vinden in je consult om zoiets zelf op tafel te smijten dus als dat als iets super complex is, het is al met een tolk, het gaat al maar de helft zo traag, dat is*

allemaal veel ambetanter voor in te plannen, je moet een tolk boeken, je moet dubbel tijd voorzien.(...) Want ze gaan komen voor iets anders he, dat de ruimte niet zo gigantisch gaat zijn om dan ook nog eens zoiets op tafel te smijten. Dat je zoiets gaat hebben van 'oké, het is welletjes geweest, mijn wachtzaal zit nog vol, ik ga moeten voortdoen gewoon' en dat daardoor het misschien ook nog moeilijker is."

HA 5 "*Maar er komt wel wat meer bij kijken dan puur het lichamelijke dus als je zo wat dieper wilt ingaan op 'Wat betekent dat voor jou?' , 'Welke gevolgen heeft dat voor jou?', 'Wat doet dat voor jou?'. Dan wordt het eigenlijk ook een psychologisch consult denk ik en dan heb je aan een kwartier echt niet genoeg."*

II. <u>Taalbarrière</u>

De meeste huisartsen vinden de taalbarrière een belangrijke drempel in het bespreken van VGV. Eén huisarts ondervindt minder last van de taalbarrière omdat de patiënten vaak Engels of Frans spraken en het gesprek dan alsnog redelijk vlot kon verlopen. Echter andere huisartsen geven aan dat zij zelfs in een gekende taal zoals het Engels of het Frans toch een meer een drempel ervaren. Het merendeel van de huisartsen vindt wel een oplossing om deze taalbarrière te overwinnen, meestal een formele of informele tolk (zie verder).

HA 1 *"Maar op vlak van dit onderwerp, als ik mij herinner, het aantal vrouwen die ik zo voor mij zie, waarmee ik daar een gesprek over had, herinner ik mij geen grote taalbarrière, het was ofwel Frans ofwel Engels en dat ging dan redelijk vlot."*

HA 2 *"Het heeft een grote invloed volgens mij, het heeft echt een hele grote invloed. Ik vind dat je beperkt bent, niet enkel als het over gynaecologische zaken gaat, maar ook in een gewone consultatie, als er een taalbarrière is, dat beperkt enorm het gesprek, ja dat vind ik zeker. Waardoor je dan veel minder snel tot zo'n soort thema's gaat komen he, waardoor je je beperkt tot de klacht die ze hebben, waarmee ze komen, maar dat je inderdaad niet verder doorgaat."*

HA 5 *""En de taalbarrière sowieso, als er een taalbarrière is, dan maakt het wel nog extra moeilijk. (...) Gelijk zo, een aantal patiënten uit Somalië, die niet zo goed Nederlands spreken maar wel Engels. En dan is het in het Engels te doen en dan vind ik dat wel nog meer drempel."*

HA 9 *"Sowieso als de taalbarrière iets beperkter is, vind ik dat ook al moeilijker, zelfs in het Frans, ik kan wel Frans, maar je hebt toch altijd het gevoel dat je het minder goed kan verwoorden en de patiënt dan ook moeilijker kan terug.. ja…*

De huisartsen geven zelf niet aan dat de aanwezigheid van een externe tolk voor hen een drempel was. Ze gaan er wel vanuit dat dit voor de patiënt een hogere drempel veroorzaakt.

> HA 3 *"Als we voelen dat we niet kunnen communiceren gaan we ook voor andere dingen oplossingen hebben, dus meestal hebben we dan wel een tolk ofzo, maar natuurlijk over zo'n dingen met een tolk babbelen, dat zal dan ook wel weer nog een brug verder zijn."*

> HA 5 *"Het is sowieso een gevoelig onderwerp dus sommige vrouwen… ja dat maakt de drempel denk ik om het te bespreken soms wel nog wat hoger, omdat je het dan nog een keer aan een derde persoon zogezegd moet vertellen, ook al, ja je weet het he, onze tolken zijn neutraal en onpartijdig."*

> HA 6 *"Ik denk dat het al beter is dan een familielid, dat denk ik wel, maar dat blijft een vreemd persoon die dan aanwezig is en ja dat lijkt mij wel een barrière."*

Echter huisartsen met ervaring in het bespreken van VGV, geven aan dat zij eigenlijk geen weerstand voelen bij de patiënt, wanneer er een externe tolk aanwezig is. Wel wordt er duidelijk op voorhand gevraagd aan de patiënt of zij akkoord gaat om dit onderwerp te bespreken met een externe tolk.

> HA 1 *"Ik werk heel vaak met tolk, van zodra dat ik voel dat er een taalbarrière is, reserveer ik een tolk of bel ik een tolk ad hoc op, natuurlijk in deze materie is dat wel wat delicater, dus ik ga altijd vragen aan de patiënt of dat dat, of dat die daarmee akkoord is om een tolk erbij te nemen."*

> HA 7 *"Maar we werken heel veel met tolken dus meestal is dat met tolken en taalbarrière, ik denk dat is hetzelfde als bij de andere consultaties, dan komt die vrouw gewoon terug maar dan met een tolk. Ik heb nog geen problemen gehad om ook over vaginale dingen te spreken met tolken erbij, maar ik vraag wel altijd, maar dat is standaard, ik doe dat altijd, genitaal, rectaal, om het even, gevoelige regio's van 'vind je dat oké als ik u vragen stel met een tolk erbij? is dat oké voor jou?'"*

> HA 7 *"Dus dat heeft eigenlijk niet zoveel impact op het gesprek als er een externe tolk bij is dan?" - "Ik heb dat zelf toch nog niet zo ervaren."*

De organisatie van een consult met een professionele tolk zorgt vooral in de prestatiegeneeskunde voor een drempel. Enerzijds speelt de tijdsinvulling een rol: de patiënt dient terug te komen voor een nieuwe afspraak, de reservatie voor de externe tolk moet gemaakt worden, er moet dubbel zoveel tijd voorzien worden voor het consult met een tolk. Ook

het financiële aspect komt ter sprake, een consult met tolk wordt op dezelfde manier vergoed als een normaal consult terwijl het minstens dubbel zoveel tijd in beslag neemt.

> HA 2 *"Maar ja je moet daar toch een afspraak voor maken, dus als die mensen hier zitten kan je zo geen contact, allee lukt dat niet, die hebben dat toch zo uitgelegd, dus je moet daar dan een aparte afspraak voor maken om zo'n tolk te gaan reserveren, dat gaat allemaal wel maar in een eerste consult of op het moment dat ze hier zitten lukt dat dan niet."*

> HA 3 *"Ja en ook ja, die tolk consulten, tolk reserveren, dubbel tijd, er staat daar ook niets, als ik nu in het prestatiesysteem kijk, er staat daar niets tegenover. Eigenlijk werk je 2 a 3 keer voor dezelfde inkomst, en je doet dat allemaal wel maar soit, allee, de boel moet ook wel draaien he, dat is ook wel iets dat meespeelt en zeker, ik denk als ik kijk, artsen in prestatie die met tolken werken.."*

III. <u>Aanwezigheid van derden</u>

De meeste huisartsen vinden de aanwezigheid van een derde zoals de man of een informele tolk een drempelverhogende factor voor het gesprek over VGV. Enerzijds omdat het over intieme zaken gaat en men niet altijd weet of dit mag of kan besproken worden met derden bij, in het bijzonder met een persoon van het mannelijke geslacht. Anderzijds bij informele tolken, omdat een hetero-anamnese niet hetzelfde is als een directe anamnese met de patiënt en er mogelijk informatie verloren gaat.

> HA 2 *"Soms is er dan iemand, een tolk of vertaler bij, meestal is dat iemand van de familie, zo gebeurt dat meestal en in zo'n problematiek is dat misschien ook niet altijd ideaal, als het over intiemere zaken moet gaan. Ofwel een partner of iemand van de kinderen bijvoorbeeld, dus dat is voor zoiets toch zeker al een belemmering."*

> HA 3 *"Als er een partner is die daar heel de tijd naast zit, dat kan soms ook moeilijk zijn, als dat echt nog in zo'n controlerende factor is, want je hebt zo vrouwen die niet alleen op consult mogen komen, ja dan is dat super moeilijk, kun je daar niet zo veel aan doen."*

> *HA 6 " En ik denk zo ook de cultuursensitieve communicatie daarrond, daar weet ik eigenlijk niet zoveel over van 'is dat oké om zoiets te vragen als er een mannelijk familielid bij is ofzo'."*

> HA 9 *"Ik vind dat zelf wel altijd minder leuk als er hetero-anamnese is, omdat je zo het gevoel hebt van 'ik wil eigenlijk horen wat de patiënt denkt en voelt en wilt zeggen', ja je communicatie is anders."*

Eén huisarts werkt niet met externe tolken. Daarbij is een informele tolk dus noodzakelijk bij een taalbarrière. Hierbij is de informele tolk iemand die wel door de patiënt vertrouwd wordt volgens de huisarts, waardoor dit geen drempel veroorzaakt.

> HA 4 *"Ik heb wel de indruk dat als mensen voor intiemere zaken, maar niet alleen gynaecologisch maar ook, sommige vrouwen zijn verlegen om een borst te laten zien, of over emotionele zaken te praten of om te komen zeggen dat het thuis moeilijker gaat. Maar het moment dat ze dan komen met een tolk, is dat wel iemand die ze vertrouwen, heb ik de indruk, ja. Wij werken niet met externe tolken, dus ja."*

IV. <u>Gender van de huisarts</u>

Wanneer aan de deelnemende huisartsen de vraag gesteld wordt of het geslacht van de huisarts een invloed heeft bij het bespreken van VGV, wordt er grotendeels affirmatief geantwoord. Hierbij wordt dus het andere geslacht dan dat van de patiënt bedoeld. In deze problematiek gaat het dus over de mannelijke huisartsen.

Echter wordt de drempel vooral bij de patiënt en niet bij de mannelijke huisarts zelf gelegd. Sommige huisartsen geven aan dat zij niet het vermoeden hadden dat hun mannelijke collega's daar zelf een drempel bij zouden ervaren, maar dat hun mannelijke collega's vaak de kans niet krijgen om erover te praten omdat er vanuit de patiënt zelf expliciet de vraag is voor een vrouwelijke arts. Enkele huisartsen geven aan dat er andere factoren zijn die mogelijks meer een rol spelen dan het gender bij het bespreken van dergelijke onderwerpen, zoals de leeftijd en de persoonlijkheid van de arts.

> HA 1 *"De mannen artsen hebben gezegd, ik kom daar quasi nooit mee in aanraking, zij doen ook gewoon veel minder uitstrijkjes bijvoorbeeld, vaginale klachten worden ook minder besproken bij de mannelijke artsen. (...) Vanuit de patiënt ja, maar het neemt niet weg dat zij bijvoorbeeld ook het thema kunnen aanbrengen he.. (...) Ik denk dat dat van arts tot arts zal afhangen, als ik denk aan onze artsen, denk ik dat sommige misschien wel een drempel zullen ervaren, en anderen niet. Dus dat is moeilijk om te zeggen."*

> HA 3 *"Op dat vlak is er toch wel een cultuurbarrière. Ik heb toch wel regelmatig gemerkt dat gynaecologische onderzoeken, dat mannen, die deden bijna geen gynaecologische onderzoeken omdat ze allemaal naar de vrouwen toe gingen en dan zeker uit landen waar dat het allemaal nog wat strenger en moeilijker loopt op dat vlak."*

HA 4 *"Misschien geslacht, ja misschien bij mannelijke collega's, maar dan zou ik dat ook eerder denken aan eerder te wijten aan leeftijd toch, ik kan mij niet inbeelden dat mijn oudere mannelijke collega's hier een onderwerp uit de weg zouden gaan."*

HA 5 *"Sowieso heb je heel vaak, allee vaak, gebeurt het wel regelmatig dat vrouwen echt expliciet een vrouwelijke arts vragen, als het gaat over genitale of plasklachten, of alles daar gerelateerd. Dus heel vaak komen zij dan niet bij een mannelijke arts denk ik. Omdat het al wat gevoeliger of wat moeilijker is. Dus ik denk als mannelijke arts, dat je waarschijnlijk sowieso 1 al minder de vraag krijgt maar dat zeker de drempel nog hoger ligt, omdat het ook wel wat, allee ik ben nu gewoon een Westerse vrouw, maar dat is wel makkelijker om zo'n dingen met een vrouw te bespreken, dan met een man."*

HA 8 *"Ik denk dat dat heel wisselend is, voor sommige wel, en voor anderen helemaal niet. Ik denk dat mijn mannelijke collega's dat zeker geen probleem vinden om dat te bespreken. Maar anderzijds hoor ik bijvoorbeeld van alle HAIO's, van alle mannelijke HAIO's, van 'ja ik krijg nooit geen gynaecologie te zien, mensen komen niet met die klachten bij mij' dus dan sowieso."*

HA 9 *"Ik denk dat wel, ik merk dat ook bij patiënten die bij ons, omdat wij ook veel gynaecologisch onderzoek doen, dat ze toch wel zeggen soms van 'ik had vroeger een mannelijke arts, die deed dat niet graag of die stond daar minder voor open' maar ik denk niet alle mannelijke artsen daar tegen zijn, dat er een deel daar ook wel graag mee bezig is. Maar ik denk voor de patiënt zelf, dat het vaker een drempel ook is, allee niet voor iedereen, maar ik merk wel, mensen met migratieachtergrond, dat er toch bij klinisch onderzoek iets meer schaamte is en verlegenheid ook. Dat het voor hun wel belangrijk is en ook voor hun geloof he, als ze gaan bidden, gaan ze ook apart gaan bidden, dus dan denk ik ook wel dat ze daar zeker voor die intieme dingen, liever bij een vrouw zouden gaan."*

Mogelijk kan door het gebrek aan ervaring in het bespreken en onderzoeken van gynaecologische problematieken, in het bijzonder bij vrouwen met een migratieachtergrond, dit wel leiden tot een drempel bij mannelijke huisartsen zelf. Of de mannelijke huisartsen ook effectief een drempel ervaren in het bespreken en aanpakken van VGV is op basis van deze resultaten niet mogelijk omdat er geen input van mannelijke huisartsen beschikbaar is wegens geen respons voor deelname aan het onderzoek.

V. <u>Huisartspraktijk kenmerken</u>

Enkele huisartsen gaven ook de impact van het type huisartsenpraktijk aan. Enerzijds is er het verschil tussen een stedelijke en landelijke omgeving. Anderzijds is er de patiëntenpopulatie die

een rol speelt. Ook het verschil tussen een wijkgezondheidscentrum en een klassieke huisartsenpraktijk wordt vermeld.

> HA 5 *"Ik denk dat dat een beetje afhankelijk is in welke sector, of waar dat je terechtkomt. als je als huisarts in een dorpsgemeente terecht komt, is de kans dat je daarmee te maken krijgt gewoon heel klein. Wetende dat ik nu in een WGC werk, had ik daar graag wat meer over geweten."*

> HA 7 *"Ik denk dat dat anders is bij huisartsen die met veel migratiegroepen werken of mensen die daar zelf minder mee bezig zijn."*

> HA 9 *"Ik denk, moest ik in een wijkgezondheidscentrum staan of nog meer in contact komen met mensen met migratieachtergrond, dat ik dan misschien wat meer zelf zou bekijken."*

NODEN

Opleiding

I. *<u>Kennis</u>*

Veel huisartsen hebben nood aan meer kennis over het onderwerp VGV. Zowel theoretische kennis over het onderwerp, als over de sociale kaart.

> HA 2 *"Ik zou het wel interessant vinden om eens naar een bijscholing te gaan, iemand die daar meer duiding rond geeft en die dan ook aangeeft naar welke diensten wij die vrouwen kunnen doorverwijzen, ik zou dat wel interessant vinden. (...) Zeker als je iets langer bezig bent is dat niet slecht om af en toe een keer opnieuw wat info te krijgen, want iets wat 20 jaar geleden gezegd is daarom nu niet meer gangbaar. Misschien is dat wel interessant om in de opleiding een keer een uur of 2, wat inleidende les van te krijgen en ik denk dat je dat wel kunt meedragen voor de jaren die volgen."*

> HA 5 *"Ik denk dat het wel zinvol zou zijn om 1 nog een keer hernieuwde uitleg te krijgen over 'wat is het precies, wat gebeurt er, wat zijn de mogelijke complicaties, bij welke bevolkingsgroepen, en ook wat kunnen wij als huisarts zelf doen, wat is niet oké, wat moet je zeker doorsturen, hoe kun je begeleiden, want allee, dat is echt voor mij een zwarte vlek. allee wel een heel mini mini mini beetje kennis maar zowel praktisch in het gesprek weet ik niet zo goed hoe ik eraan moet beginnen en ook de klachten, weet ik ook niet zo goed hoe ik eraan moet beginnen."*

II. <u>Vaardigheden</u>

Ondanks dat de meeste huisartsen geen moeilijkheden ondervinden met de communicatievaardigheden tijdens het gesprek over VGV, blijkt er toch wel nood te zijn aan meer kennis en training over cultuursensitieve communicatie bij onderwerpen zoals seksualiteit.

> HA 5 "*Maar ook echt heel concreet van, oké als je nu zo iemand hebt, hoe pak je zo'n gesprek aan. Waar moet ik op letten, wat moet je zeker zeggen, allee je mag in principe alles zeggen, maar oké waar moet ik op letten, wat ligt er vaak moeilijk, hoe kun je daar mee omgaan."*
>
> HA 6 *"En ik denk zo ook de cultuursensitieve communicatie daarrond, daar weet ik eigenlijk niet zoveel over."*
>
> HA 8 *"Wij moeten ook blijven trainen in consultvoering he, dingen bespreekbaar maken, er zijn ook heel veel huisartsen die nooit vragen naar seksuele beleving ofzo dus ja er sowieso nog veel onontgonnen terrein van waarin we mensen moeten leren om dat meer open te bespreken en ja dat is echt oefenen he, de juiste zinnetjes aanleren, om dat te doen. En dat hoeft daarom niet alleen voor VGV te zijn."*

Patiënten perspectief en feedback

Meerdere huisartsen geven aan graag meer inzicht te krijgen in de emoties en de beleving van de patiënt in verband met VGV. Er is nood om te weten waar de gevoeligheden bij de patiënten liggen en hoe de patiënt zelf wenst geholpen te worden. Huisartsen die reeds feedback kregen van patiënten ervaarden dit steeds als waardevol.

> HA 5 *"Eigenlijk zou het niet slecht zijn om een keer iemand te hebben die dus slachtoffer is van VGV en die daar heel open over praat van oké wat zijn jouw ervaringen, hoe wil jij zelf liefst benaderd worden, kun je zo spreken vanuit zussen, mama's ofzo, hoe dat voor hen voelt, zodat je een keer weet, want nu, allee waarschijnlijk maar ik en misschien nog anderen daar een te groot taboe van en dan een ervaringsdeskundige zou misschien wel helpen om dat zo wat ja een beetje de taboe te doorbreken ofzo. (...) Ik heb eigenlijk nog nooit feedback gehad van een vrouw met wie ik zo'n gesprek heb gedaan, dus eigenlijk zou dat wel relevant zijn."*

Hulpmiddelen

Eén huisarts geeft de mogelijkheid van de ondersteuning door technologie, meer bepaald de medische software, aan. Enerzijds zou het kunnen helpen om meer alert te zijn voor de problematiek en ondanks beperkte kennis over het thema, toch enkele risicogroepen te kunnen identificeren. Anderzijds zou het mogelijks ook drempelverlagend kunnen werken om het gesprek aan te gaan met de patiënt.

> HA 8 " *Ik denk wat dat misschien, maar dat is bijna niet haalbaar he, maar je zou zo bijna een pop-up moeten krijgen als zo'n patiënten bij u binnenkomen he, in uw dossier van 'let op, vraag dat eens na', dat zou handig zijn. Want dan zou je er onmiddellijk aan denken en dan, ik denk moest er zo'n pop-up komen dat ik ook misschien wel gemakkelijker zou hebben van 'ja jij komt uit die regio en wij zijn eigenlijk, we vragen aan alle meisjes die uit die regio komen van is er een risico geweest of heb je daar weet van', dat zou misschien wel handig zijn. (...) Maar ik denk dat onze dossiers daar ook nog zouden kunnen, allee dat technologie ook wel kan in helpen."*

Organisatorisch

Eén huisarts geeft het voorstel om een nomenclatuurnummer aan te maken voor een consultatie met tolk. Omdat hier meer tijd en moeite in kruipt dan een gewoon consult.

> HA 3 *"Dat is een beetje triestig he soms, dus ja ik denk dat dat ook wel belangrijke drempels zijn, als er daar al eens iets zou aan gebeuren, dat er daar wat meer ondersteuning is. Nu het is al goed dat de tolken gratis zijn he, want vroeger moest eigenlijk opleggen bijna voor een consult te doen met iemand die anderstalig was, dus dat is wel oké nu, maar toch ja, je steekt daar veel meer tijd in he, eigenlijk zou er een nomenclatuurnummer moeten zijn 'consult met tolk'."*

DISCUSSIE

DREMPELS

Uit dit kwalitatief onderzoek kwamen heel wat drempels aan het licht die huisartsen ervaren in het bespreken en aanpakken van vrouwelijke genitale verminking. Een deel komt overeen met de reeds besproken drempels in de literatuur. Ook verschillende nieuwe drempels werden aangestipt door de deelnemende huisartsen.

Percepties

De deelnemende huisartsen zien VGV duidelijk als een negatief gebeuren. Ze zijn zich bewust dat hun mening mogelijks anders is dan die van de patiënten en dat hun mening tijdens het gesprek over VGV (onbewust) geuit kan worden. Hieruit ontstaat een drempel om het onderwerp aan te gaan. Ze zijn bang om zo de patiënt of hun cultuur te beoordelen of schuld te induceren. Ook in de literatuur (21) wordt deze drempel beschreven. Anderzijds ervaarde één huisarts reeds een meningsverschil met een patiënt waardoor ze hierdoor als zorgverlener in een onwennige positie stond. Een verschil in culturele identiteit is onoverkoombaar, het zou wel nuttig kunnen zijn om zorgverleners hier beter mee te leren omgaan.

In dit onderzoek hebben de huisartsen heel wat percepties rond de emoties en beleving van de patiënt in verband met het onderwerp VGV. Deze percepties vormen een drempel om het gesprek aan te gaan. Voor veel huisartsen is het onduidelijk hoe gevoelig dit onderwerp ligt bij de patiënt en hoe de patiënt zal reageren. Dit zorgt voor een angst en terughoudendheid om het te bespreken. Bijna alle huisartsen gaan ervan uit dat de patiënt zelf schaamte voelt. Daarnaast zijn er meerdere assumpties die leiden tot het minder actief bespreken van VGV. Zo denken enkele huisartsen dat de patiënten dit mogelijks al verwerkt en aanvaard hadden, dat patiënten het vanzelfsprekend vinden, of dat ze geen nood hebben om erover te praten omdat ze geen klachten ervaren. Studies (4, 20, 24) bevestigen inderdaad dat er terughoudendheid is bij zorgverleners om het onderwerp van VGV aan te gaan uit respect of onwetendheid over de andere cultuur. In een multiculturele samenleving is kennis en inzicht over de etnisch-culturele achtergrond van de patiënt duidelijk van belang om goede zorg te kunnen bieden. Huisartsen dienen hier verder op te blijven inzetten, anderzijds kan ook de patiënt helpen door de huisarts de nodige feedback te geven (zie verder).

Veel huisartsen zien VGV als een weinig voorkomend gebeuren en voor meerdere huisartsen is het een probleem dat ver van hun beleving staat. Dit vormt een mogelijke drempel, de assumptie dat het zelden voorkomt kan mogelijk leiden tot minder alertheid en het minder actief bevragen.

Daarnaast kan dit er ook voor zorgen dat huisartsen VGV niet beschouwen als iets dat zij moeten opmerken. Ook in de literatuur wordt aangehaald dat educatie over VGV mogelijks door huisartsen ook niet als prioritair gezien wordt, omdat deze patiënten maar weinig voorkomen in de huisartspraktijk. (21) Eén arts geeft tijdens het interview aan dat, gezien het zo zeldzaam is, ze dit eerder de taak van de gynaecoloog vond. De meeste huisartsen geven daarentegen wel aan dat het bespreekbaar maken, het exploreren en het doorverwijzen tot hun takenpakket behoort. Dit stemt in met de literatuur die stelt dat eerstelijns gezondheidswerkers dankzij hun nabijheid en vertrouwensrelatie met patiënten, een grote opportuniteit om (mogelijke) slachtoffers van VGV te identificeren, in te schatten of gezondheidsproblemen van de patiënten gerelateerd zijn aan VGG en de patiënt correct door te verwijzen. (5, 19)

Meerdere studies geven aan dat de initiatie van het gesprek over VGV de taak van de huisarts is. (5, 19, 21) In deze studie vindt een deel van de huisartsen dat zij zelf verantwoordelijk zijn om het gesprek over VGV te initiëren. De meerderheid vindt dat beide partijen het gesprek kunnen initiëren. Ondanks deze visie geven de meeste huisartsen toe dat ze zelf in realiteit het gesprek niet initiëren, maar de initiatie van de patiënt afwachten. Dit bevestigt dat de huisartsen hierbij nog drempels ervaren. Huisartsen die het gesprek zelf reeds initieerden, kregen positieve reacties van de patiënt.

Een duidelijke drempel die tijdens de interviews aan bod komt, is de context waarbij het gesprek over VGV geïnitieerd kan worden. De huisartsen vinden het moeilijk om zonder aanleiding het gesprek over VGV te initiëren. Mogelijke context waarbij het gesprek kan geïnitieerd worden, zijn: hulpvraag van de patiënt zelf, vaginale of urinaire klachten, opmerken van afwijkingen tijdens het gynaecologisch onderzoek, zwangerschap, bespreken van seksuele gezondheid of anticonceptie, nieuwe patiënten afkomstig uit een risicoland, reisadvies bij meisjes die terug gaan naar hun land van herkomst, of het invullen van een medisch attest bij meisjes of vrouwen die asiel aanvragen. Onderzoek (21) toont inderdaad aan dat de aanmeldingsklacht bepaalt of het onderwerp VGV wordt aangehaald, maar ook hoe het onthaald wordt bij de patiënt. De initiatie door de huisarts kan immers ook negatief ervaren worden door de patiënt , wanneer zij het gevoel heeft dat de huisarts meer bezig is met VGV, of het mogelijke risico op VGV bij familieleden, dan met de huidige gezondheidsproblemen.

Algemeen wordt het onderwerp VGV door de huisartsen in dit onderzoek gepercipieerd als een moeilijk bespreekbaar en gevoelig onderwerp. De review van Dixon et al. (21) beschreef gelijkaardige bevindingen, namelijk dat sommige huisartsen angstig zijn, omdat ze het onderwerp VGV als taboe of een gevoelig onderwerp ervaren, wat eveneens leidt tot het vermijden van het gesprek.

Competenties

De meerderheid van de geïnterviewde huisartsen heeft weinig ervaring met VGV in de huisartspraktijk. Sommigen hebben zelfs geen enkele ervaring met het bespreken, onderzoeken of aanpakken van VGV. Het gebrek aan ervaring zorgt bij veel huisartsen voor een drempel in het bespreken en aanpakken van VGV. De literatuur toont inderdaad aan dat artsen met meer ervaring in VGV, meer zelfvertrouwen hebben om VGV te bespreken en aan te pakken. Dit geldt ook voor artsen met meer dan 5 jaar algemene klinische ervaring. (5, 21) Dit wordt bevestigd door deze studie. Enkele huisartsen met minstens 10 jaar ervaring geven in dit onderzoek aan, weinig drempels te voelen om VGV te bespreken dankzij hun algemene ervaring. Ze vermoeden echter wel dat een tekort van algemene huisarts-ervaring op jongere leeftijd een mogelijke drempel zou zijn geweest.

Op vlak van kennis en vaardigheden zijn er heel wat drempels, die bevestigd worden door de bestaande literatuur.

Meerdere studies bespreken hoe een tekort aan kennis een belangrijke drempel vormt. (4, 5, 19-21) Het gebrek aan theoretische kennis over de VGV komt in de interviews duidelijk naar voren als een belangrijke drempel voor de huisartsen in het bespreken en aanpakken van VGV. De meeste huisartsen uit dit onderzoek geven aan onvoldoende kennis te hebben over het onderwerp. Dit zorgt ervoor dat ze terughoudend zijn in het actief bevragen van het onderwerp. Daarnaast wordt in het onderzoek van Leye E. (4) en Dixon S. (21) ook twijfel en onzekerheid over de wettelijke status aangehaald. Ook dit wordt door enkele huisartsen tijdens de interviews naar boven gebracht. Belangrijk is ook de onduidelijkheid over de risicogroepen voor VGV bij meerdere artsen. Er is onvoldoende kennis over de landen waar VGV gepraktiseerd wordt, maar daarnaast zijn niet alle huisartsen bewust van dat gemigreerde meisjes of vrouwen ook nog steeds risico lopen op VGV. Dit zorgt voor minder alertheid en dus minder bespreking van het onderwerp met patiënten. De studie van Dixon S et al. (21) toont reeds aan dat dit de acties en respons van artsen beïnvloedt. Het blijven inzetten op kennis en opleiding over VGV, blijft dus een aandachtspunt.

VGV is in België expliciet bij wet verboden, hiervoor kan het beroepsgeheim zelfs worden opgeheven, daarnaast is ook het aanzetten tot uitvoeren van VGV strafbaar. In de literatuur (4) wordt onvoldoende kennis over de wettelijke status ook aangehaald als drempel, in dit onderzoek, komt dit minder aan bod. Wanneer het wettelijke aspect besproken werd, blijkt de drempel bij de huisarts vooral te liggen bij de (onwennige) positie die ze dan als hulpverlener aannemen, namelijk een soort van controlerende functie.

Bovendien is er ook onvoldoende kennis over de doorverwijsmogelijkheden, hetgeen leidt tot terughoudendheid om het onderwerp aan te gaan, gezien de artsen niet weten wat de volgende stap is. Dit wordt ook reeds beschreven door Gonzalez-Timoneda et al. (19), in deze studie gaf 34% van de deelnemers aan niet te zullen handelen, omdat ze niet weten hoe.

Het gebrek aan goede informatiebronnen over VGV is mogelijks ook een drempel. Google werd door sommigen gebruikt als bron, enkele huisartsen zouden ook het Instituut voor Tropische Geneeskunde contacteren. Het merendeel van de deelnemende artsen zouden wel contact opnemen met de gynaecoloog voor meer info. Nochtans toont het onderzoek van Leye et al. (4) dat er ook bij de Vlaamse gynaecologen een duidelijk gebrek is aan kennis over VGV. De specifieke referentiecentra voor VGV worden slechts door enkele huisartsen benoemd. Interdisciplinair werken is zeker aan te bevelen bij deze problematiek en de interviews tonen aan dat de huisartsen hier ook nood aan hebben. De doorverwijsmogelijkheden meer onder de aandacht brengen bij de huisartsen zou dus al een belangrijke stap kunnen zijn. Hetzelfde gaat op voor de organisatie GAMS, die slechts door enkele huisartsen gekend is.

Literatuur beschrijft het belang van de manier van communiceren over VGV. Huisartsen dienen tactvol en fijngevoelig het onderwerp te bespreken. (21) De geïnterviewde huisartsen blijken een gelijkaardige visie te hebben hierover. Openheid en eerlijkheid wordt ook belangrijk geacht. De huisartsen ervaren in dit onderdeel weinig tot geen drempels en hebben er vertrouwen in dat ze dit goed zouden aanpakken. De huisartsen hebben vrij veel vertrouwen in hun eigen communicatievaardigheden, terwijl in de literatuur communicatieproblemen vaak als drempel worden beschreven (4, 20). Communicatieproblemen gaan uiteraard verder dan communicatievaardigheden alleen. Taalbarrière en terminologie spelen ook een rol bij communicatieproblemen en worden door de huisartsen in dit onderzoek wel als drempel beschreven.

Dixon S et al. (21) beschrijft dat de terminologie een belangrijke rol speelt in het bespreken van het onderwerp. Meerdere huisartsen geven in de interviews aan dat ze het moeilijk vinden om de juiste terminologie te gebruiken. Dit vooral uit schrik om de patiënt te kwetsen.

De inschatting van welke klachten aan VGV gerelateerd zijn en welke niet, wordt door een huisarts als moeilijkheid beschreven. Hetzelfde geldt voor het klinisch onderzoek. De huisartsen uit deze studie, die reeds een klinisch onderzoek bij een patiënte met VGV uitvoerden, geven toe dat ze zelf klinisch niet duidelijk de verminking zien of niet kunnen onderscheiden welk type verminking er aanwezig was. Dit wordt ook beschreven door Dixon et al. (21), sommige types kunnen namelijk subtiel zijn en klinisch moeilijk te identificeren zijn, en minimale of aspecifieke symptomen geven, waardoor huisartsen met onvoldoende ervaring hier op een drempel botsen.

Emoties

Geen enkele van de huisartsen geeft aan zelf schaamte te voelen bij het bespreken van dit onderwerp, dit in tegenstelling tot bestaande literatuur. (24)

Onzekerheid en angst zijn emoties die wel vaak worden aangehaald. Deze emoties komen vooral voort uit onvoldoende kennis over het onderwerp alsook veronderstellingen over de emoties, belevingen en mogelijke reacties van de patiënt. Deze gevoelens liggen in dezelfde lijn als wat Dixon et al. (21) beschreef: angst om de patiënt te affronteren. Emoties van medelijden en verschrikking worden, zoals in de literatuur (20, 21), ook door enkele deelnemende huisartsen geuit.

Context

Het gebrek aan consultatie tijd wordt, net zoals in de literatuur (21, 27) ook hier als drempel besproken. Vaak komen patiënten met een andere reden waardoor de consulttijd al beperkt is, daarnaast hebben ook de taalbarrière, en de mogelijke nood aan een tolk, alsook de complexiteit van een onderwerp zoals VGV een impact op de consulttijd.

De taalbarrière komt tijdens de interviews vaak naar voren als een drempel in het bespreken van VGV. Dit wordt ook bevestigd door reeds bestaande studies (4, 21, 27) Een deel van de patiënten die VGV onderging, spreekt naast hun moedertaal ook Engels of Nederlands. Voor sommige artsen blijft dit een drempel, ondanks dat ze deze talen machtig zijn. Dit omdat ze zich onvoldoende kunnen uitdrukken, de termen in verband met VGV niet kennen in de andere taal of niet voldoende fijngevoelig kunnen communiceren. De taalbarrière wordt door de meeste artsen wel beholpen door middel van een formele of informele tolk. Echter, dit vraagt vaak meer tijd en organisatie, wat dan weer bij meerdere huisartsen, vooral in de prestatiegeneeskunde, een drempel veroorzaakt.

Meerdere huisartsen zijn van mening dat de aanwezigheid van een formele tolk een drempel zou zijn voor de patiënt. Dit werd ook aangehaald in de literatuur (21). Echter, huisartsen uit dit onderzoek die reeds een formele tolk gebruikten in het bespreken van VGV, merkten geen weerstand bij de patiënt.

Een andere optie is het gebruik van een informele tolk. Dit zorgt voor de meeste huisartsen dan wel weer voor een drempel in het bespreken van VGV. De hetero-anamnese is namelijk niet hetzelfde als een directe anamnese met de patiënt en zo gaat er mogelijks informatie verloren. Daarnaast weten de huisartsen niet goed of ze over intieme zaken mogen spreken met derden erbij, in het bijzonder met een persoon van het mannelijke geslacht. Deze terughoudendheid over de aanwezigheid van derden werd ook beschreven door Dixon et al. (21)

Literatuur (5, 21) haalde het verschil in gender tussen huisarts en patiënt aan als drempel bij het bespreken van VGV. Helaas waren er in deze studie geen mannelijke deelnemers waardoor het onduidelijk blijft of mannelijke huisartsen zelf een drempel ervaren om dit thema te bespreken. Daarnaast blijkt ook uit literatuur dat de interesse in het onderwerp VGV bij mannelijke zorgverleners lager is dan bij de vrouwelijke collega's (5, 19, 22). Volgens de vrouwelijke huisartsen uit dit onderzoek speelt het geslacht van de arts vaak een belangrijke rol, zeker wanneer het gaat over meer intieme onderwerpen of patiënten met een migratieachtergrond. De drempel ligt volgens hen echter meer bij de patiënt dan bij de huisarts zelf. Sommige huisartsen denken dat hun mannelijke collega's geen enkele drempel zouden ervaren, anderen denken dat het wel mogelijk is gezien ze vaak minder ervaring hebben doordat patiënten zich minder aanbieden bij hen hiervoor. Deze laatste denkwijze wordt ondersteund door recente literatuur waaruit bleek dat vrouwen die VGV ondergingen, vrouwelijke zorgverleners verkiezen. (5) Het gebrek aan respons van mannelijke huisartsen kan mogelijks impliceren dat ze hier minder ervaring mee hebben of inderdaad meer drempels ervaren, maar het is onmogelijk om hier zonder mannelijke deelnemers een conclusie uit te trekken. Om meer inzicht in te krijgen, zou het dus een meerwaarde zijn om ook onderzoek te verrichten bij mannelijke huisartsen om hun ervaring en drempels in verband met VGV te exploreren.

Nieuw in dit onderzoek is de impact van het type huisartspraktijk. Zowel het verschil tussen een stedelijke en landelijke omgeving als het type praktijk, wijkgezondheidscentrum versus prestatiegeneeskunde, wordt aangehaald. Anderzijds is er de patiëntenpopulatie die een rol speelt. De huisartsen geven aan dat ze meer kennis zouden nodig hebben en meer geneigd zouden zijn om zelf meer informatie op te zoeken, wanneer ze in een stedelijke praktijk, in een WGC, of veel met migratiegroepen werken. Dit leunt aan bij de drempel die Dixon et al. (21) reeds beschreef, namelijk dat sommige huisartsen educatie rond VGV niet als prioritair ervaren omdat deze patiënten slechts een klein deel uitmaakten van hun patiëntenpopulatie.

NODEN

Uit de interviews komt duidelijk de nood aan meer opleiding over VGV naar boven. De huisartsen hebben nood aan meer kennis over het onderwerp. Dit betreft theoretische kennis over VGV: de types, de risicogroepen, de klachten maar ook kennis over de sociale kaart en de doorverwijzingsmogelijkheden voor VGV. Deze nood wordt bevestigd door de studies van Leye et al. (4, 20) die de nood aan adequate en gedetailleerde richtlijnen over de gepaste zorg, alsook de juiste doorverwijzing beschrijven. Deze noden sluiten aan bij de hierboven beschreven drempels die de huisartsen aangeven. Het onderwerp VGV zou ook moeten opgenomen worden in de opleiding van zorgverleners zoals artsen. (20) In dit onderzoek gaven sommige huisartsen

aan tijdens hun opleiding tot huisarts (zowel basisopleiding als huisartsenopleiding) absoluut geen info te hebben gekregen over VGV. Anderen herinneren zich een beperkte hoeveelheid informatie over het onderwerp. Momenteel wordt er aan de Universiteit van Gent in de basisopleiding geneeskunde een les over VGV in het vak "Problemen van de borst en het urogenitaal stelsel" gegeven, is er een klinische les rond het onderwerp en is er in de vervolgopleiding huisartsgeneeskunde een keuzetopic over VGV.

Leye et al. (20) geeft ook aan dat meer training van de zorgverleners op verschillende vlakken, waaronder communicatie, counseling en houding, nodig is. Dit wordt bevestigd door deze masterproef, waarbij er wordt aangegeven dat er een nood is aan meer kennis en training over cultuursensitieve communicatie bij onderwerpen zoals VGV en seksualiteit. Ook een bevraging van SENSOA (23) gaf reeds aan dat huisartsen seksuele gezondheid in het algemeen meer ter sprake willen brengen en hier ook meer kennis over en oefening in willen krijgen.

Een tweede aspect dat door meerdere huisartsen wordt aangegeven is de nood aan meer inzicht in de emoties en de beleving van de patiënt in verband met VGV. De huisartsen willen weten waar de gevoeligheden bij de patiënten liggen en hoe de patiënt zelf wenst geholpen te worden. Leye et al. (20) beschrijft reeds dat er onvoldoende kennis van de verwachtingen van de patiënten zelf is. Verder onderzoek zou zich kunnen focussen op het patiënten perspectief of het perspectief van de partners van de vrouwen rond VGV.

Qua hulpmiddelen wordt de technologie naar voren geschoven. Deze kan helpen om huisartsen meer alert te maken voor patiënten at risk voor VGV. Bovendien zou het mogelijks drempelverlagend kunnen werken om het gesprek over VGV aan te gaan.

Op organisatorisch vlak wordt een voorstel geuit om een nomenclatuurnummer te maken voor een consult met tolk. Dit vooral om tegemoet te komen aan de drempel die ervaren wordt in de prestatiegeneeskunde, waar meer tijd en moeite kruipt in een consult met tolk, terwijl hier geen vergoeding tegenover staat.

ZWAKTES VAN DE STUDIE

Gezien de initiële rekrutering onvoldoende respons opleverde, werden nadien enkele huisartsen uitgekozen en persoonlijk aangesproken met de vraag om deel te nemen aan het onderzoek. Deze selectie van deelnemers waren dus huisartsen die mogelijks meer geïnteresseerd waren in het onderwerp en hier ook tijd voor wilden vrijmaken. Zoals eerder gezegd werd bij de rekrutering getracht een zo goed mogelijk evenwicht te hebben in geslacht, leeftijd, praktijkvorm en aantal jaren ervaring van de huisartsen. Respons van mannelijke deelnemers

bleef echter uit, waardoor de resultaten van dit onderzoek enkel uit interviews komen van vrouwelijke artsen. Deze elementen leidden allen tot een selectiebias in deze studie.

Bij de rekrutering werd een exclusiecriterium gebruikt. Dit hield in dat artsen die reeds een opleiding tropische geneeskunde gevolgd hadden, geëxcludeerd werden. Hierdoor werden meerdere huisartsen niet geïncludeerd in de studie. Ondanks het vermoeden van meer kennis bij deze artsen, was het achteraf gezien toch zinvol geweest om ook de ervaring en drempels van deze huisartsen te exploreren. Huisartsen die het postgraduaat tropische geneeskunde volgden hebben meer opleiding over VGV gekregen maar daarom niet per se meer ervaring met VGV. Het gebrek aan opleiding en kennis is slechts een klein onderdeel van de vele drempels die in deze studie aan bod kwamen en de huisartsen met een vooropleiding tropische geneeskunde konden dus nog veel andere drempels ook ervaren. Eén deelnemende huisarts had werkervaring in Gambia, maar gaf toe hier niet mee in aanraking gekomen te zijn met VGV.

CONCLUSIE

Uit dit onderzoek blijkt dat er duidelijk nog heel wat drempels aanwezig zijn bij de huisartsen die een impact hebben op het bespreken en aanpakken van VGV in de Vlaamse huisartspraktijk.

Uit de interviews kwamen verschillende drempels naar voor die berusten op percepties van de huisartsen: verschil in culturele achtergrond, assumpties over de reacties en emoties bij de patiënt, de rol van de huisarts bij VGV

Betreffende de competenties van de huisarts werden volgende drempels gevonden: onvoldoende ervaring met VGV, onvoldoende algemene huisarts ervaring, gebrek aan theoretische kennis over VGV, moeilijke inschatting van welke klachten gerelateerd zijn aan VGV en de moeilijkheid van het klinisch onderzoek bij VGV.

Op vlak van emoties ervaren deze huisartsen geen schaamte, in tegenstelling tot wat literatuur aangaf, maar wel vooral angst en onzekerheid.

Als laatste zijn er verschillende contextfactoren die een belangrijke drempel vormen. De voornaamste drempels waren tekort aan consulttijd en de taalbarrière. Ook de aanwezigheid van derden tijdens het consult speelden een rol. Het verschil in gender tussen arts en patiënt, reeds door literatuur beschreven, werd hier deels ook bevestigd, echter door het gebrek aan mannelijke deelnemers, is er een belangrijke bias in het onderzoek en zou het aangewezen zijn om hierover verder onderzoek te verrichten met ook mannelijke huisartsen.

Naast de vele drempels kwamen ook enkele noden aan bod. Er is duidelijk nog steeds nood aan meer opleiding. Zowel theoretische kennis als training in cultuursensitieve communicatie. Er is tevens ook nood aan meer inzicht in de emoties, belevingen, gevoeligheden en verwachtingen van de patiënt zelf. Verder onderzoek zou zich kunnen focussen op het patiënten perspectief of het perspectief van de partners rond VGV. Daarnaast kan ook gekeken worden of in de toekomst technologie een ondersteunende rol kan bieden en organisatorische drempels in de prestatiegeneeskunde kunnen weggenomen worden door een tegemoetkoming bij het gebruik van een tolk.

Gezien de toenemende prevalentie van VGV in België en zeker in Vlaanderen, en de negatieve gevolgen voor zowel het individu als de maatschappij, is het zeker zinvol om te blijven inzetten om zorgverleners te helpen deze drempels te overwinnen en tegemoet te komen aan hun noden.

LITERATUURLIJST

1. Who.int. 2021. *Female genital mutilation. Fact sheet.* [online] Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation> [Accessed 27 July 2021].
2. *Different types of female genital mutilation.* (n.d.). Retrieved May 28, 2021, from https://uksaysnomore.org/fgm/.
3. *Global prevalence of Fgm.* (n.d.). Retrieved May 28, 2021, from https://www.end-violence.org/articles/what-cost-female-genital-mutilation.
4. Leye E, Ysebaert I, Deblonde J, Claeys P, Vermeulen G, Jacquemyn Y, Temmerman M. Female genital mutilation: knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2008 Jun;13(2):182-90. doi: 10.1080/13625180701780957. PMID: 18465481.
5. Ziyada, M. M., Johansen, R. E. B., Berthelsen, M., Lien, I., & Bendiksen, B. (2023). Factors associated with general practitioners' routines and comfortability with assessing female genital cutting: a cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, 23(1). https://doi.org/10.1186/s12913-023-09085-4.
6. Dubourg, D. and Richard, F., 2014. *Studie over de prevalentie van en het risico op vrouwelijke genitale verminking in België.* FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
7. Mohammad-Hossein Biglu, Alireza Farnam, Parvaneh Abotalebi, Sahar Biglu, Mostafa Ghavami. Effect of female genital mutilation/cutting on sexual functions. *Sexual & Reproductive Healthcare* (2016). http://dx.doi.org/doi: 10.1016/j.srhc.2016.07.002.

8. Owojuyigbe Michael, Bolorunduro Miracle-Eunice & Busari Dauda (2017): Female genital mutilation as sexual disability: perceptions of women and their spouses in Akure, Ondo state, Nigeria. *Reproductive Health Matters*, DOI: 10.1080/09688080.2017.1331685
9. Vloeberghs E, Van der Kwaak A, Knipscheer J, et al. (2012) Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethnicity & Health* 17(6): 677–695.
10. Kizilhan JL. Impact of psychological disorders after female genital mutilation among Kurdish girls in northern Iraq. *Eur J Psychiatry*. 2011;25:92–100.
11. Magdy R. Ahmed, Mohamed M. Shaaban, Heba K. Meky, Mohamed E. Amin Arafa, Tamer Y. Mohamed, Waleed F. Gharib & Abeer B. Ahmed (2017): Psychological impact of female genital mutilation among adolescent Egyptian girls: a cross-sectional study, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, DOI: 10.1080/13625187.2017.1355454
12. Parikh N, Saruchera Y, Liao L. It is a problem and it is not a problem: Dilemmatic talk of the psychological effects of female genital cutting. *Journal of Health Psychology*. 2018;25(12):1917-1929.
13. Applebaum J, Cohen H, Matar M, et al. Symptoms of posttraumatic stress disorder after ritual female genital surgery among Bedouin in Israel: myth or reality? *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2008;10:453–456.
14. Berg RC, Denison E, Fretheim A. Psychological, Social and Sexual Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): A Systematic Review of Quantitative Studies [Internet]. Oslo, Norway: Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health (NIPH); 2010 Jun. *Report from Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (NOKC)* No. 13-2010. PMID: 29320049.
15. Dubourg, D. and Richard, F., 2022. *Schatting van de prevalentie van in België wonende vrouwen en meisjes die vrouwelijke genitale verminking ondergingen of het risico lopen om verminkt te worden, 2022*. Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
16. Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen, 2015. *Nationaal actieplan ter bestrijding van alle vormen van gendergerelateerd geweld.* [online] Available at: <https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/nap_2015-2019.pdf> [Accessed 3 August 2021].
17. Home - GAMS. (2023, February 16). GAMS. https://gams.be/nl/.
18. Intact asbl. (n.d.). https://www.intact-association.org/nl/.
19. González-Timoneda, A., Ros, V. C., González-Timoneda, M., & Sánchez, A. G. (2018). Knowledge, attitudes and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain: are we ready for this challenge? *BMC Health Services Research*, 18(1). https://doi.org/10.1186/s12913-018-3396-z.
20. Els Leye , Richard A. Powell , Gerda Nienhuis , Patricia Claeys & Marleen Temmerman (2006) Health Care in Europe for Women with Genital Mutilation, *Health Care for Women International*, 27:4, 362-378, DOI: 10.1080/07399330500511717.

21. Dixon S, Duddy C, Harrison G, et al. Conversations about FGM in primary care: a realist review on how, why and under what circumstances FGM is discussed in general practice consultations. *BMJ Open*. 2021;11:e039809. doi:10.1136/bmjopen-2020-039809.
22. Kaplan-Marcusán, A., Torán, P., Moreno-Navarro, J., Fàbregas, M. J. C., & Muñoz-Ortiz, L. (2009). Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence. *BMC Health Services Research*, 9(1). https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-11
23. Borms R, Vermeire K. Hoe seksuele gezondheid ter sprake brengen? Huisartsen kunnen seksmythes weerleggen. *Huisarts Nu*. 2017;46:219–23.
24. Hendrick, H., 2019. *Seksuele gezondheid bij vrouwen met migratieachtergrond: een interventie met een kaartspel.* Master of Family Medicine. Universiteit Gent.
25. Dees MK. Seksualiteit en interculturele communicatie Dossier. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2018;162:34–7.
26. Vahabi M, Lofters A. Muslim immigrant women's views on cervical cancer screening and HPV self-sampling in Ontario, Canada. *BMC Public Health* [Internet]. BMC Public Health; 2016;16:1–13. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3564-1
27. Sensoa. *Handleiding: Praten over seksuele gezondheid met anderstaligen en migranten.* https://www.sensoa.be/sites/default/files/onder-vier-ogen-anderstaligen-en-migranten.pdf
28. Manninen SM, Kero K, Perkonoja K, Vahlberg T, Polo-Kantola P. General practitioners' self-reported competence in the management of sexual health issues - a web-based questionnaire study from Finland. *Scand J Prim Health Care*. 2021 Sep;39(3):279-287. doi: 10.1080/02813432.2021.1934983. Epub 2021 Jul 13. PMID: 34256654; PMCID: PMC8475104.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: GOEDGEKEURD PROTOCOL

29/11/21

Universitair ziekenhuis
Commissie voor medische ethiek
Ingang 75 – Route 7522
C. Heymanslaan 10
9000 GENT

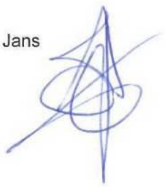
Aanpak van vrouwelijke genitale verminking in de huisartspraktijk : drempels en noden bij Vlaamse huisartsen.

Geachte voorzitter

Bijgevoegd vindt u voor beoordeling door de Commissie voor medische ethiek

- Begeleidend schrijven dd. 29/11/21
- Adviesaanvraagformulier dd. 29/11/21
- Informatie- en toestemmingsformulier voor de patiënt: niet van toepassing
- Interview guide, informed consent voor de geïnterviewde artsen

Anna Jans



UZ GENT

UNIVERSITEIT GENT

Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. Titel van het onderzoek

Aanpak van vrouwelijke genitale verminking in de huisartspraktijk: drempels en noden bij Vlaamse huisartsen.

☐ retrospectief ☒ prospectief

2. Gegevens van de begeleidende en superviserende onderzoekers

Promotor

- Naam: Stéphanie De Maesschalck
- Functie: Huisarts, PhD
- Universiteit: Universiteit Gent
- Faculteit/Vakgroep: Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen. Vakgroep Volksgezondheid en eerstelijnszorg
- Telefoonnummer: +32 9 332 36 12
- E-mail: Stephanie.Demaesschalck@UGent.be
- Naam vakgroepvoorzitter: Prof Dr Sara Willems

Co-Promotor

- Naam: Jessica Tilley
- Functie: Assistent
- Universiteit : Universiteit Gent
- Faculteit/Vakgroep of Opleidingspraktijk: Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen. Vakgroep Volksgezondheid en eerstelijnszorg
- Telefoonnummer: /
- E-mail: Jessica.Tilley
- Naam vakgroepvoorzitter : Prof Dr Sara Willems

3. Gegevens van de onderzoeker, huisarts-in-opleiding.

- Naam: Anna Jans
- Universiteit van inschrijving: Universiteit Gent
- Faculteit: Geneeskunde
- Opleiding: Master Huisartsengeneeskunde
- Telefoonnummer: +32 478 71 11 77
- E-mail: anna_jans@hotmail.com

4. Gegevens van de opleidingspraktijk van de huisarts-in-opleiding.

- Naam praktijkopleider: Isabel De Brabandere
- Adres: Maïsstraat 380, 9000 Gent
- Telefoonnummer: 09/216 86 50
- E-mail: isabel.de.brabandere@wgcdekaai.be

5. Soort onderzoek

- ☐ Patiëntengegevens verzamelen die klinisch standaardgegevens zijn
  (= geen enkel aanvullend onderzoek, bloed- of andere staalafname)
- ☐ Interventioneel onderzoek
  Specifieer interventie:
- ☐ Vragenlijsten (gelieve deze eveneens voor te leggen aan het CME)
- ☒ Interview (gelieve de vragen eveneens voor te leggen aan het CME)
- ☐ Retrospectief onderzoek
  - ☐ Gegevensverzameling van patiënten door u persoonlijk behandeld.
  - ☐ Gegevensverzameling van een groep patiënten van de opleidingspraktijk waar u stage loopt waarbij u niet bij de behandeling betrokken was.

6. Geef een korte samenvatting van het protocol (in het Nederlands, minimum 30 zinnen/ een halve pagina en maximum één pagina), verstaanbaar voor mensen niet gespecialiseerd in de materie. Verwijs niet naar een bijgevoegd protocol. Gebruik geen afkortingen.

INLEIDING
Vrouwelijke genitale verminking (VGV) wordt gedefinieerd als elke ingreep die leidt tot gedeeltelijke of volledige verwijdering van de externe geslachtsorganen van de vrouw of elke andere verwonding van de vrouwelijke geslachtsorganen, toegebracht om niet-medische redenen. Een groot aantal complicaties, zowel fysiek als psychosociaal, kan aan deze praktijk worden toegeschreven. VGV situeert zich voornamelijk in Afrika en enkele landen in het Midden-Oosten en Azië echter ten gevolge van migratie, ziet men de gevolgen van deze gebruiken meer en meer in andere regio's zoals Europa. Dit maakt vrouwelijke genitale verminking een globaal probleem. Studies tonen aan dat de huisarts een belangrijke rol heeft in het bespreken van seksuele gezondheid en dus ook problemen zoals VGV. Onderrapportering van de problematiek van VGV kan mogelijks worden toegeschreven aan beperkte bespreekbaarheid in de huisartspraktijk. Buitenlandse studies bespraken reeds enkele drempels die huisartsen ervaren in het aanpakken van VGV. In deze studie wordt onderzocht wat voor Vlaamse huisartsen drempels zijn om VGV te bespreken en welke noden er zijn om deze drempels te overwinnen.

ONDERZOEKSVRAAG
Aanpak van vrouwelijke genitale verminking in de huisartspraktijk: drempels en noden bij Vlaamse huisartsen.

METHODE
Aan de hand van literatuuronderzoek wordt een interview guide opgesteld. Huisartsen uit de regio Gent worden via mail via de wachtkring en/of LOK groepen gecontacteerd. Voor het interview wordt schriftelijke toestemming van de huisartsen gevraagd aan de hand van een informatie-en toestemmingsformulier. Een semigestructureerd interview wordt afgenomen met behulp van een interview guide (zie bijlage). Sociodemografische gegevens van de deelnemers worden verzameld. De interviews zullen worden afgenomen tot saturatie van gegevens optreedt. Er wordt geschat dat hiervoor een 10 tot 15-tal interviews nodig zullen zijn. Nadien zullen de opgenomen interviews getranscribeerd en gecodeerd worden voor kwalitatieve analyse.

VERWACHTE RESULTATEN
Met deze masterproef hoop ik beter in kaart te kunnen brengen wat de drempels zijn bij Vlaamse huisartsen in het bespreken en aanpakken van vrouwelijke genitale verminking en welke noden er zijn om deze drempels te overwinnen.

WINST
Meer kennis over de drempels die huisartsen ervaren kan helpen om in de toekomst hierop in te spelen en eventueel aangepaste hulpstukken aan te reiken. Dit komt uiteraard ten goede voor vrouwen die genitale verminkingen ondergingen of 'at risk' zijn. Daarnaast kan een betere communicatie in de huisartspraktijk, hopelijk ook in een betere rapportering van de problematiek resulteren, zodat ook de beleidsmatige aanpak kan verbeterd worden. Voor de huisarts zelf kan het beseffen en idealiter het overwinnen van deze drempels een betere communicatieve en cultuur sensitieve werking teweeg brengen.

7. Gegevens over (meerdere keuzes zijn mogelijk)

- ☒ Volwassenen in staat om toestemming te geven
- ☐ Volwassenen niet in staat om toestemming te geven
- ☐ Minderjarigen
- ☐ Studie in urgentiesituatie
- ☐ Gegevensverzameling van patiënten die niet langer in follow up naar de arts of het ziekenhuis komen en/of ondertussen overleden zijn.

8. Gegevens over

- ☐ Gezonden
- ☐ Zieken
  Lijdend aan:
- ☒ Personeel, studenten
  Nader omschrijven: huisartsen
- ☐ Geslacht
  - ☐ Man
  - ☐ Vrouw

9. Hoe worden deze deelnemers gerekruteerd?

Oproep via mail via de Wachtkring van Gent en/of LOK groepen

10. Totaal aantal deelnemers in de studie in België?

- ☐ In het UZ Gent: 0
- ☒ Andere locatie: 15

Opgelet: het experiment is enkel verzekerd voor het aantal dat hier opgegeven wordt.
Indien men extra deelnemers wil includeren, zal men dat via een amendement moeten aanvragen.

11. Periode van het onderzoek (begin- en einddatum maand/jaar) (bij retrospectieve studie graag ook de periode van datacollectie vermelden)

zaterdag 1 januari 2022 – zaterdag 31 december 2022

Let wel op: elk experiment op mensen na de einddatum is niet meer gedekt door de verzekering zodat op dat ogenblik u in overtreding bent met de wettelijke beschikkingen.
U kan een verlenging van het experiment bij de Commissie voor Medische Ethiek aanvragen.

12. Wie is de opdrachtgever?

Faculteit geneeskunde Universiteit Gent (= faculteit promotor)

13. Verzekering

In principe is het de verzekering van de universiteit waaraan uw promotor verbonden is waardoor u gedekt bent. Wanneer u en/of uw promotor een andere verzekering hebben afgesloten, gelieve dan de verzekeringspolis in bijlage bij te voegen.

14. Het onderzoek is monocentrisch? Indien er meerdere ethische comités betrokken zijn gelieve multicentrisch aan te duiden. Dit is enkel van toepassing als het desbetreffend centrum over een ethisch comité beschikt. De onderzoeker dient op voorhand na te gaan of het centrum waar het onderzoek doorgaat over een ethisch comité beschikt.

☒ ja

☐ neen
Welke centra nemen hieraan nog deel? (Naam, adres, tel., fax en e-mail van andere Commissies voor Medische Ethiek die meewerken aan het onderzoek + naam van de lokale onderzoeker):

15. Toegang tot het elektronisch patiëntendossier vereist (student)?

☐ Ja
☒ Nee

16. Wordt voor dit onderzoek een informed consent gevraagd aan de patiënt voor inzage van dossier, afnemen vragenlijsten/interview (steeds het IC ter goedkeuring aan het CME voorleggen)

☐ ja

Indien u voor deze studie een nieuw informatie- en toestemmingsformulier opmaakt moet de template van HIRUZ (versie: v20200324) gebruikt worden. Deze documenten vindt u terug via http://hiruz.be/templates/

☒ neen: er zijn geen patiënten betrokken bij dit onderzoek, er wordt wel een informatie- en toestemmingsformulier gebruikt voor de huisartsen die deelnemen aan de studie.

Ik verklaar de gehele verantwoordelijkheid van het hierboven vermeld project op mij te nemen en bevestig dat voor zover de huidige kennis het toelaat, de gegeven inlichtingen met de werkelijkheid overeenstemmen.

Huisarts-in-opleiding

datum
29 / 11 / 21

naam
Anna Jans

handtekening

Praktijkopleider

datum
29/11/21

naam
Isabel De Brabandere

handtekening

Promotor

datum
24/11/2021

naam + affiliatie
Prof. Dr. Stéphanie De Maesschalck
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg

handtekening

Vakgroepvoorziter Huisartsengeneeskunde
(Enkel van toepassing voor onderzoek met als opdrachtgever Universiteit Gent)

datum
29 november 2021

naam
Prof.dr. Sara Willems

handtekening
Prof.dr. Sara Willems

VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID
EN EERSTELIJNSZORG
UNIVERSITEIT GENT
CAMPUS UZ GENT – 6K3
Corneel Heymanslaan 10
B-9000 GENT
TEL. +32(0)9 332 36 28

INTERVIEW

SOCIODEMOGRAFISCHE GEGEVENS

- Leeftijd:
- Geslacht:
- Type praktijk:
- Aantal jaren ervaring als huisarts:
- Hoe lang al ervaring met migranten (deel van patiënten)?
- Hoeveel procent van je consulten per maand is met migranten (in het voorbije jaar)?

INTERVIEW GUIDE

Wat betekent voor u VGV?
Welke zijn uw ervaringen met VGV?

Ervaring met VGV

- Heeft u reeds ervaring in het bespreken van VGV?
- Indien ja, hoe heeft u dit ervaren?
- Welke drempels ervaart u bij het bespreken van VGV?

Mogelijke drempels: Kennis over VGV

- Wat weet u over VGV?
- Welke complicaties kent u van VGV?
- Wat weet u over risicogroepen voor VGV.
- Welke kennis ontbreekt er bij u over VGV, volgens u?
- Waar haalt u informatie over VGV? Of waar zou u deze halen?
- Wat vindt u van eerdere informatie/opleiding die u kreeg rond VGV?
- Hoe heeft onvoldoende kennis over VGV een impact op het bespreken van VGV met uw patiënt(en)?

Mogelijke drempels: communicatie

- Hoe voelt u zich als u praat over VGV met patiënten?
- Hoe voelen patiënten zich als u praat over VGV? Hoe merkt u dit?
- Welke terminologie gebruikt u in het bespreken van VGV?
- Wie, verwacht u, dient het gesprek over VGV te initiëren?
- In welke context zou u het gesprek over VGV initiëren?
- Welke invloed heeft een mogelijke taalbarrière op de communicatie?
- Welke oplossing gebruikt u om deze mogelijke taalbarrières te overkomen?

Mogelijke drempels: interactie

- Welke invloed heeft het geslacht van de arts volgens u, in een gesprek over VGV?

Mogelijke drempels: structuur van de gezondheidszorg?

- Wat is volgens u de nodige consultatietijd om VGV te bespreken?
- Wat is voor u optimale zorg voor slachtoffers van VGV?
- Wat zou u nodig hebben om optimale zorg (mee) te verlenen?
- Welke instanties kent u die slachtoffers van VGV ondersteunen of hulp aanbieden?

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Aanpak van vrouwelijke genitale verminking in de huisartspraktijk: drempels en noden bij Vlaamse huisartsen.

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' voor deelname aan een experiment genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

U zal binnenkort deelnemen aan een semigestructureerd interview binnen de studie die de aanpak van vrouwelijke genitale verminking in de huisartspraktijk onderzoekt. Deze studie kadert binnen de masterproef van de opleiding huisartsgeneeskunde.

Ten gevolge van migratie, ziet men de gevolgen van vrouwelijke genitale verminking meer en meer in Westerse landen. Studies tonen aan dat de huisarts een belangrijke rol heeft in het bespreken van seksuele gezondheid en dus ook problemen zoals VGV. Onderrapportering van de problematiek van VGV kan mogelijks worden toegeschreven aan beperkte bespreekbaarheid in de huisartspraktijk. Buitenlandse studies bespraken reeds enkele drempels die huisartsen ervaren in het aanpakken van VGV. In dit onderzoek wordt aan de hand van interviews bij Vlaamse huisartsen onderzocht wat voor Vlaamse huisartsen drempels zijn om VGV te bespreken en welke noden er zijn om deze drempels te overwinnen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. De Maesschalck Stéphanie.

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om vragen te beantwoorden zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe en meer efficiënte methodes voor de behandeling van vrouwelijke genitale verminking.

4. KOSTEN

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. VERTROUWELIJKHEID

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 (die vanaf 25 mei 2018 in voege is) en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.
Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, paragraaf 1 (a), en artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier, maar zal de sleutel tot deze codes enkel toegankelijk zijn voor de onderzoeker of de door hem/haar aangestelde vervanger). Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Persoonsgegevens zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar.

Stel dat uw gegevens overgemaakt moeten worden aan een land buiten de Europese Economische Ruimte (EER) of aan een internationale organisatie, dan zal U(Z) Gent er zich van vergewissen of het land van bestemming een passend beschermingsniveau biedt. Wanneer het land waarnaar U(Z) Gent gegevens wenst over te maken geen passende waarborgen biedt, zal U(Z) Gent via modelovereenkomsten, ter beschikking gesteld door de Europese Commissie, of andere aanvaarde maatregelen zelf passende waarborgen afdwingen. Uw uitdrukkelijke toestemming voor deze gegevensoverdracht wordt gevraagd in het toestemmingsformulier onderaan.

De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Katya Van Driessche, dpo@uzgent.be *of* Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

6. VERZEKERING

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer voor UZ Gent BEL001889 – polisnummer voor UGent BEL000862).

7. CONTACT

Als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt u contact opnemen met de onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Naam: Anna Jans

Adres: Witte Beerstraat 7, 8200 Sint-Andries

Telefoonnummer: 0478711177

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 3 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan de volgende delen van de studie:

1) Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de onderzoeker. ☐

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de arts-onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard gedurende 20 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	☐
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	☐

BIJLAGE 2: POSITIEF ADVIES ETHISCH COMITÉ

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Dr. Stéphanie De Maesschalck
Huisartsengeneeskunde - HAG
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-11425	NVT	13/01/2022	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"Aanpak van vrouwelijke genitale verminking in de huisartspraktijk: drempels en noden bij Vlaamse huisartsen.- MaNaMa Anna Jans"

B.U.N.: B6702021001232

* Begeleidende brief dd. 29/11/2021
* Adviesaanvraagformulier dd. 29/11/2021
* Interview Guide versie ontv. dd. 1/12/2021
* Antwoord onderzoeker ontvangen op 29/12/2021 in antwoord op opmerkingen CME dd. 22/12/2021
* Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier: versie 1 dd. 22/12/2021 NL

Advies werd gevraagd door: Stéphanie De Maesschalck

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 12/01/2022 . INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 12/01/2023, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 12/01/2022. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 12/01/2023, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

° *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
° *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
° *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
° *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
° *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
° *Alle effectieve leden van het Ethisch Comité, of hun plaatsvervangers,hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
° *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
° *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT UNIVERSITEIT Universitair ; C. Heymansl

presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.
° *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
° *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
° *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
° *All effective members of the Ethics Committee, or their representatieves, have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

BIJLAGE 3: INFORMATIEBRIEF VOOR DE DEELNEMERS

UNIVERSITEIT GENT

FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN

GEZOCHT: HUISARTSEN VOOR EEN INTERVIEW OVER VROUWELIJKE GENITALE VERMINKING (VGV)

Beste huisarts,

In het kader van mijn masterproef over Vrouwelijk Genitale Verminking (VGV), ben ik op zoek naar huisartsen die willen deelnemen aan een interview.

MASTERPROEF
Deze masterproef is een kwalitatief onderzoek, onder begeleiding van Prof. Dr. De Maesschalck, dat peilt naar ervaringen van Vlaamse huisartsen in het bespreken en aanpakken VGV.

VGV komt namelijk ten gevolge van migratie meer en meer voor in Europa, hierdoor worden ook Vlaamse huisartsen hiermee geconfronteerd. Daarnaast kent VGV een groot aantal somatische en psychologische complicaties, waarbij de huisarts vaak als eerste aanspreekpunt fungeert. Deze worden vaak niet herkend door onvoldoende kennis of andere drempels. Het doel is om deze drempels te exploreren.

De resultaten van dit onderzoek kunnen dan bijdragen aan het verbeteren van de huidige hulpmiddelen ter ondersteuning van huisartsen in het bespreken en aanpakken van deze problematiek.

INTERVIEW
Het betreft een semigestructureerd interview (+/- 30 min) dat zal plaatsvinden in juli-september. Locatie voor het interview is door u te kiezen.

EXTRA INFO
- Huisartsen die een opleiding Tropische Geneeskunde volgden, worden geëxcludeerd uit deze studie.
- U hoeft zeker geen uitgebreide ervaring met VGV te hebben.
- Om representatieve resultaten te verkrijgen wordt gestreefd om zowel huisartsen uit WGC's als zelfstandige huisartsen te interviewen.
- Bij interesse kunt u contact opnemen via anna_jans@hotmail.com

Alvast bedankt voor de medewerking!

Anna Jans, HAIO UGent
anna_jans@hotmail.com