# Impact van een e-learning over seksueel en intrafamiliaal geweld op kennis, attitude en praktijk van huisartsen

Laura Van Dorpe, Universiteit Gent

Promotor: Prof. dr. Ines Keygnaert, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar 2024 – 2025

*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.*

# Voorwoord

Graag wil ik enkele mensen bedanken die me geholpen hebben om deze masterproef tot een goed einde te brengen.

In de eerste plaats gaat mijn dank uit naar mijn promotor Prof. dr. Ines Keygnaert en mijn initiële begeleider Dr. Anke Vandenberghe. Jullie deskundige begeleiding, waardevolle feedback en aanmoediging hebben deze masterproef naar een hoger niveau getild. Zonder jullie steun en kritische blik zou dit werk niet hetzelfde zijn geweest.

Ook wil ik Els Andries en Lisa Fomenko van het Operatie Alertteam hartelijk bedanken. Dankzij jullie aanhoudende motivatie en steun slaagde ik erin om, ondanks de uitdagingen rond de publicatie van de e-learning op het RIZIV-platform, door te zetten.

Daarnaast ben ik mijn praktijkopleider Dr. Carl Tack en collega Dr. Benjamin Depuydt bijzonder dankbaar voor hun betrokkenheid, ondersteuning en hun bereidheid om mijn werk kritisch na te lezen.

Tot slot gaat mijn diepe dank uit naar mijn man Arne en mijn ouders. Jullie steun, het nalezen van mijn werk en het aanmoedigen onderweg hebben ervoor gezorgd dat ik dit proces met vertrouwen kon afronden.

Met oprechte dank,

Laura

# Inhoud


Abstract ..... 1
Context ..... 1
Onderzoeksvraag ..... 1
Methode ..... 1
Resultaten ..... 1
Conclusie ..... 1
Inleiding ..... 2
1. Probleemstelling ..... 2
1.1 Definities ..... 2
1.2 Wat wordt er nu al gedaan in België? ..... 2
1.3 Wat zeggen internationale richtlijnen? ..... 3
1.4 Online educatie: algemeen ..... 3
1.5 Online educatie rond seksueel en/of intrafamiliaal geweld ..... 3
1.6 Conclusie ..... 5
2. Interventie ..... 5
3. Eindpunten en hypothese ..... 6
Methodologie ..... 7
1. Dataverzameling ..... 7
2. Data-analyse ..... 8
Resultaten ..... 9
1. Demografische gegevens ..... 9
2. Statistische analyse ..... 9
3. Kwaliteit van de e-learning ..... 16
3.1 Kwantitatieve gegevens ..... 16
3.2 Kwalitatieve gegevens ..... 16
Discussie ..... 17
1. De studiepopulatie en studieopzet ..... 17
2. Het effect van de e-learning ..... 17
2.1 Kennis ..... 17
2.2 Attitude ..... 17
2.3 Praktijk ..... 18
2.4 Sterkte ..... 18
3. Evaluatie van de e-learning ..... 18
4. Kritische reflectie en toekomstperspectieven ..... 18
4.1 Beperkingen ..... 18

4.2 Toekomstperspectieven .....19
Conclusie .....20
Persoonlijke reflectie .....21
Referenties .....22
Bijlage 1: Rekruteringsmail .....24
Bijlage 2: Qualtrics vragenlijsten .....25
1. Inleiding .....25
2. Unieke code genereren .....26
3. Demografische gegevens .....27
4. Kennis .....28
5. Attitude .....30
6. Praktijk .....31
7. Sterkte .....32
8. Tussenvraag .....34
9. Kwaliteit e-learning .....35
10. Afsluiting a .....36
11. Afsluiting b .....37
12. Qualtrics vragenlijst om de contactgegevens te verzamelen .....38
13. Verwijzing naar de e-learning .....39
Bijlage 3: Informed consent form .....40
Bijlage 4: Herinneringsmail .....45

# Abstract

## Context

Seksueel en intrafamiliaal geweld is veelvoorkomend in de Belgische samenleving. Er is dus nood aan een correcte aanpak vanuit de eerste lijn. Onderzoek toont aan dat online educatie effectief is in het verbeteren van de kennis, attitude en praktijk van professionals in het herkennen en aanpakken van deze problematiek. Daarom werd een e-learning voor huisartsen ontwikkeld die gericht inspeelt op de praktische kennis en vaardigheden die nodig zijn voor een adequate aanpak in de eerste lijn.

## Onderzoeksvraag

Wat is de impact van een e-learning op de kennis, attitude, praktijk en sterkte van huisartsen (in opleiding) in de aanpak van seksueel en intrafamiliaal geweld in de eerste lijn?
Hoe beoordelen zij de kwaliteit van deze e-learning?

## Methode

In deze studie werd een pretest-posttestdesign gebruikt, waarbij 35 huisartsen (in opleiding) deelnamen aan het onderzoek. Deelnemers vulden voorafgaand aan het doorlopen van de e-learning een vragenlijst in, waarna ze de e-learning voltooiden. Gemiddeld anderhalve week na het doorlopen van de e-learning vulden 19 van de oorspronkelijke 35 deelnemers een tweede vragenlijst in. De vragenlijsten bestonden uit items die betrekking hadden op kennis, attitude, praktijk en sterkte, gequoteerd op een 5-punts Likertschaal. Per onderdeel werd de Wilcoxon signed-rank test voor deze 19 deelnemers uitgevoerd om de effectiviteit van de e-learning te bepalen. De kwaliteit van de e-learning werd beoordeeld aan de hand van kwantitatieve evaluaties (zoals tevredenheid en toepasbaarheid) en kwalitatieve feedback van de deelnemers. Significantie werd bereikt bij een p-waarde $< 0,05$.

## Resultaten

De resultaten lieten een significante verbetering zien op alle gemeten domeinen. De gemiddelde score voor kennis steeg van 3,7 naar 4,3 ($p < 0,001$), voor attitude van 3,9 naar 4,1 ($p = 0,005$), voor praktijk van 2,8 naar 3,8 ($p < 0,001$) en voor sterkte van 2,7 naar 3,2 ($p < 0,001$). De deelnemers gaven aan dat de e-learning hen praktische handvaten bood om seksueel en intrafamiliaal geweld in hun dagelijkse praktijk aan te pakken. De module werd positief onthaald door zijn structuur, interactieve casussen en inhoudelijke duidelijkheid. Bovendien zou elke deelnemer de e-learning aanbevelen aan collega's. Verbeterpunten betroffen technische aspecten en de wens tot meer gedetailleerde en gevarieerde casussen.

## Conclusie

De e-learning bleek effectief in het verbeteren van de kennis, attitude, praktijk en sterkte van huisartsen (in opleiding) met betrekking tot de aanpak van seksueel en intrafamiliaal geweld in de eerste lijn. De positieve evaluatie van de e-learning wees op de praktische toepasbaarheid van de geleerde vaardigheden in de dagelijkse praktijk. De studie had echter enkele beperkingen zoals de lage responsrate, de kleine steekproefgrootte en het ontbreken van een controlegroep. Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op de langetermijneffecten van de e-learning, evenals op de daadwerkelijke gedragsveranderingen in de praktijk.

# Inleiding

## 1. Probleemstelling

### 1.1 Definities

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) definieert seksueel geweld als: "Elke seksuele daad tegen iemands wil, uitgevoerd door eender welke persoon, onafhankelijk van de relatie met het slachtoffer en in eender welke setting" (1). In een recent onderzoek van Schapansky et al. (2021) werd gezien dat 64,1% van de 16-tot-69-jarige inwoners van België één of andere vorm van seksueel geweld meemaakten gedurende hun leven en 44,1% werd het slachtoffer van seksueel geweld in de afgelopen 12 maanden. Er is een duidelijk man-vrouw verschil: de prevalentie van seksueel geweld gedurende het leven kwam bij vrouwen (81%) 1,7 keer hoger voor in vergelijking met mannen (47,5%) (2).

De meest gangbare definitie in België voor intrafamiliaal geweld is: elk herhaald dwingend en/of intimiderend gedrag, uitgeoefend tegenover een gezins- of familielid of een (ex-) partner. Het geweld kan zowel van fysieke, psychische/emotionele, seksuele en/of economische aard zijn ongeacht de leeftijd van de betrokkenen. Het omvat onder meer kindermishandeling, oudermis(be)handeling, partnergeweld, stalking, incest, et cetera (3).

### 1.2 Wat wordt er nu al gedaan in België?

Sinds de oprichting van de Zorgcentra na Seksueel Geweld in België sinds 2017 zijn er intussen Zorgcentra aanwezig in Aarlen, Antwerpen, Brussel, Charleroi, Genk, Gent, Leuven, Luik, Namen en Roeselare.

Er meldden zich in de periode van 25 november 2017 tot en met 31 december 2022 al 8230 slachtoffers in één van de Zorgcentra: 2 884 in Brussel, 2 017 in Gent, 1 633 in Luik, 920 in Antwerpen, 305 in Charleroi, 318 in Roeselare en 153 in Leuven (4).

Indien mogelijk stuurt de huisarts het slachtoffer door naar het dichtstbijzijnde Zorgcentrum waar volgende zorg aangeboden wordt:

- Medische zorg: zowel verzorging van verwondingen en letsels als onderzoeken en behandeling van allerlei fysieke, seksuele of reproductieve gevolgen.
- Psychische zorg: de eerste psychische zorgen (zowel een luisterend oor als uitleg over wat normale reacties zijn na een schokkende gebeurtenis, advies over hoe je daar mee om kan gaan) alsook verdere begeleiding bij de psycholoog van het Zorgcentrum.
- Een forensisch onderzoek: vaststellen van letsels, onderzoeken van sporen van de pleger, verzamelen van bewijsmateriaal voor als een slachtoffer klacht wil neerleggen.
- Klacht neerleggen bij de politie indien gewenst, met behulp van speciaal opgeleide zedeninspecteurs.
- Nazorg: zowel medische opvolging voor eventuele medicatie of voor letsels, als psychische opvolging bij het verwerkingsproces van het gebeurde.

Wat de Zorgcentra kunnen doen, hangt af van hoelang geleden het seksueel geweld gebeurde:

*Aanmelding binnen de 7 dagen na het incident*

Als het seksueel geweld tot en met 7 dagen geleden (idealiter binnen 72u) plaatsvond, dan kan een slachtoffer naar het Zorgcentrum gaan (liefst begeleid door een vertrouwenspersoon, hulpverlener of politie), bellen of mailen en kan die gratis en onmiddellijk de nodige medische, forensische en psychische zorg ontvangen. Indien het slachtoffer dat wenst, kan die klacht neerleggen bij de zedeninspecteurs van de politie (op het Zorgcentrum).

De huisarts is mogelijk de eerste contactpersoon na een incident van seksueel geweld. Na het bieden van de eerste psychologische zorg en eventuele levensnoodzakelijke medische zorgen (niet-dringende medische handelingen moeten worden uitgesteld om vernietiging of contaminatie van sporen te vermijden), wordt de patiënt best zo snel mogelijk naar het dichtstbijzijnde Zorgcentrum verwezen. Ook is het mogelijk om telefonisch te overleggen met het Zorgcentrum.

*Aanmelding later dan 7 dagen na het incident*
Indien het seksueel geweld tussen een week en een maand geleden plaatsvond kan een slachtoffer, vertrouwenspersoon of zorgverlener bellen of mailen voor een afspraak in het Zorgcentrum. Er wordt in dit geval nagegaan wat er nog mogelijk is qua medische en psychologische zorg en forensisch onderzoek en wie welke zorg het beste kan bieden. Voor klachtneerlegging kan er een afspraak gemaakt worden bij de politie of op het Zorgcentrum.

Is het langer dan een maand geleden, dan is het beter om een afspraak te maken in het Zorgcentrum. Hierbij wordt gekeken welke medische en psychische zorg nodig is en er wordt hiervoor indien mogelijk doorverwezen naar het bestaande hulpverleningsaanbod. Voor klachtneerlegging kan er een afspraak gemaakt worden bij de politie (5).

## 1.3 Wat zeggen internationale richtlijnen?

In de Australische richtlijnen wordt er belang gehecht aan de traumasensitieve sfeer in de praktijk. Gezien de hoge prevalentie van seksueel geweld is de kans groot dat huisartsen patiënten ontmoeten die dit hebben meegemaakt. Het is onmogelijk dat een huisarts elke patiënt met een voorgeschiedenis van seksueel geweld kan identificeren, maar het blijft belangrijk om bedachtzaam te zijn dat seksueel geweld onderliggend kan zijn bij bepaalde aanmeldklachten (6).

De WHO geeft de eerstelijnsondersteuning aan via het acroniem LIVES (Listen – Inquire about needs and concerns – Validate – Enhance safety – Support). In het Nederlands is dit 'Luisteren – Informeren naar behoeften en zorgen – Valideren – Veiligheid verbeteren – Ondersteunen' (7).

## 1.4 Online educatie: algemeen

Een meta-analyse gepubliceerd in JAMA toonde aan dat online educatie bij professionele gezondheidsmedewerkers grote positieve effecten had in vergelijking met het uitvoeren van géén interventie. In vergelijking met 'offline' methoden waren de effecten heterogeen, suggestief dat de effectiviteit gelijkaardig was aan traditionele methoden (8).

Online educatie onder de vorm van e-learning is wereldwijd groeiend. Volgens een recente systematische review toonde e-learning een significante verbetering in minstens één van de volgende uitkomstmaten: tevredenheid, kennis of praktijkverandering (9).

## 1.5 Online educatie rond seksueel en/of intrafamiliaal geweld

Ter oriëntatie werd een literatuuronderzoek uitgevoerd over online educatie en computergebaseerde programma's voor professionals rond seksueel en/of intrafamiliaal geweld. Omdat er geen specifieke MeSH-termen voor dit onderwerp bestaan, werd gezocht via PubMed en Google Scholar met combinaties van de volgende termen *'gender based violence, sexual violence, intimate partner violence, domestic violence, child abuse, sexual abuse'; 'e-learning, online education'; 'primary care, physicians, general practitioners'*. Hierbij werden 24 bruikbare artikels geselecteerd. Op 23/03/2025 werd een laatste zoekopdracht uitgevoerd.

*Onderzoeken specifiek op kindermishandeling gericht*
De studies die hier worden besproken onderzoeken de effectiviteit van verschillende educatieve computergebaseerde programma's en trainingen gericht op de aanpak van kindermishandeling.

Dorsey et al. (1996) gebruikten een interactieve patiëntensimulatie om studenten geneeskunde bij te scholen in het herkennen van kindermishandeling. De resultaten wezen op een positieve houding van de studenten ten opzichte van de simulatie en een verbetering van hun probleemoplossend vermogen met betere prestaties gekoppeld aan hogere academische cijfers (10). Het onderzoek van Ryan (2020) beoordeelde de effectiviteit van casusgebaseerde e-learning voor studenten geneeskunde over niet-accidentele verwondingen. De studie toonde aan dat dit type e-learning effectief was in het verbeteren van de kennis en vaardigheden van studenten bij het herkennen van niet-accidentele verwondingen (11).

Smeekens (2011) en McEvoy (2011) onderzochten e-learningprogramma's voor verpleegkundigen op spoed en pediaters in opleiding. Het doel was de detectie van kindermishandeling verbeteren. Beide studies toonden positieve resultaten (12, 13), waarbij het e-learningprogramma voor verpleegkundigen effectief was voor het verbeteren van de anamnese (12) en de virtuele patiëntensimulaties de vaardigheden van pediaters in opleiding verbeterden in het omgaan met vermoedens van kindermishandeling (13).

Het onderzoek van Baba et al. (2023) evalueerde een e-learning voor vroedkundigen, gericht op het omgaan met risicovolle gevallen van kindermisbruik. Het toonde een significante verbetering in de kennis van vroedkundigen over het herkennen van en omgaan met gevallen van misbruik na het volgen van de e-learning (14).

Welbury et al. (2001) bekeken de effectiviteit van een computerondersteund leerprogramma voor tandartsen over de orofaciale tekenen van kindermishandeling. De deelnemers toonden een aanzienlijke verbetering in hun kennis over niet-accidenteel letsel bij kinderen (15). De studies van Shapiro (2014) en Al-Dabaan (2016) richtten zich ook op (student-) tandartsen en hun vermogen om kindermishandeling te herkennen en te rapporteren. De resultaten van beide onderzoeken waren positief, waarbij tandartsen significant meer kennis verwierven na het volgen van een online training (16, 17).

Rheingold et al. (2015) onderzochten de effectiviteit van een preventietraining voor kinderopvangprofessionals. Hierbij leidde de training tot verbeteringen in kennis en preventief gedrag ten aanzien van seksueel misbruik van kinderen (18). Keller et al. (2024) gebruikten diezelfde training bij verpleegkundigen en zagen een positief effect op het zelfvertrouwen (19).

Het onderzoek van Man-Ging (2015) richtte zich op het verbeteren van empathie bij professionals in de preventie van seksueel misbruik bij kinderen en jongeren. De studie toonde aan dat gerichte interventies een positieve invloed hadden (20). Kenny (2007) en Paranal (2012) onderzochten webgebaseerde trainingen voor studenten onderwijs, leerlingenbegeleiding en kinderzorgprofessionals. Beide studies toonden aan dat dergelijke programma's de kennis over kindermishandeling significant verhoogden en positieve veranderingen in attitudes teweegbrachten (21, 22).

Tot slot toonden de onderzoeken rond 'iLookOut', een onlineprogramma voor kinderopvangprofessionals, aan dat het de kennis en attitudes over het melden van kindermishandeling significant verbeterde (23-25). Mathews (2017) vond in een gerandomiseerde studie dat iLookOut de kennis en bereidheid om misbruik te melden verhoogde (23). Yang (2020) bevestigde deze resultaten in de praktijk, waarbij het programma effectief bleek in een real-world setting (24). Barnett (2023) onderzocht de implementatie en identificeerde welke groepen het meeste voordeel haalden uit het programma (25).

Samenvattend toonden de meeste van deze studies aan dat computergebaseerde programma's zeer effectief waren in het verbeteren van de kennis, attitudes en vaardigheden van zorgprofessionals in de aanpak van kindermishandeling (10-25).

*Onderzoeken specifiek op seksueel en/of intrafamiliaal geweld gericht*
Volgende studies belichten de effectiviteit van online en interactieve educatieprogramma's voor zorgverleners gericht op het herkennen en aanpakken van seksueel en/of intrafamiliaal geweld.

Harris et al. (2002) onderzochten een online training voor artsen over huiselijk geweld en toonden aan dat het programma het vertrouwen en de bereidheid van artsen om met slachtoffers aan de slag te gaan aanzienlijk vergrootte (26). Evenzo richtte het onderzoek van Short (2006) zich op een online training voor huisartsen en toonde positieve effecten op kennis en zelfvertrouwen. Dit suggereerde dat dergelijke programma's een waardevolle aanvulling kunnen zijn op de (huis)artsenopleiding (27).

Specifiek voor vroed- en verpleegkundigen onderzochten Maruyama et al. (2022) de impact van e-learning op de ondersteuning van vrouwen in de perinatale periode die slachtoffer waren van huiselijk geweld. De resultaten toonden een significante verbetering in de kennis en vaardigheden van zorgprofessionals, wat hun vermogen om slachtoffers adequaat te ondersteunen versterkte (28).

In de tandheelkunde onderzochten verschillende auteurs interactieve leermethoden om tandartsen (in opleiding) te trainen in het herkennen en rapporteren van huiselijk geweld (29-31). Danley (2004) toonde aan dat training de herkenning van tekenen van geweld verbeterde (29), terwijl Hsieh (2006) aantoonde dat een interactieve tutorial effectief was in het veranderen van kennis, attitude en gedrag van tandartsen (30). McAndrew (2014) bevestigde in een pilootstudie bij studenten tandheelkunde de effectiviteit van een online module. Dit benadrukte dat ook toekomstige tandartsen baat hebben bij e-learning op dit gebied (31).

Andere studies richtten zich op bredere programma's voor zorgprofessionals (32, 33). Etherington (2021) toonde aan dat een online programma deelnemers voorzag van uitgebreide kennis en praktische vaardigheden bij geweld tegen vrouwen (32), terwijl Drabkin (2021) aantoonde dat een digitale interventie het preventiewerk van professionals bij huiselijk geweld versterkte (33).

Samenvattend lieten deze studies zien dat online en interactieve trainingsprogramma's effectief waren in het vergroten van kennis, zelfvertrouwen en vaardigheden van zorgverleners in de aanpak van seksueel en/of intrafamiliaal geweld (26-33).

### 1.6 Conclusie
We kunnen stellen dat seksueel en intrafamiliaal geweld vaak voorkomt in de Belgische samenleving en er dus nood is aan een correcte aanpak vanuit de eerste lijn. Verschillende onderzoeken tonen consistent de effectiviteit van online educatie aan voor het verbeteren van kennis, attitude en vaardigheden van professionals in het herkennen en aanpakken van seksueel en/of intrafamiliaal geweld (10-33).

## 2. Interventie
De interventie in dit onderzoek was een e-learning. In opdracht van de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid publiceerden Vandenberghe A. & Keygnaert I. in de zomer van 2023 een praktische richtlijn voor huisartsen in de aanpak van seksueel en intrafamiliaal geweld in de eerste lijn (3). Naar aanleiding van deze richtlijn, ontwikkelde Dr. Anke Vandenberghe (de initiële masterproefbegeleider) samen met Dr. Laura Van Dorpe een eerste versie van een e-learning. Dit gebeurde onder begeleiding van Prof. dr. Ines Keygnaert van het International Centre for Reproductive Health België (UGent-ICRH) in opdracht van de FOD Volksgezondheid. De definitieve afwerking van de e-learning gebeurde in 2024

door Prof. dr. Ines Keygnaert en haar Operatie Alertteam. De e-learning werd beschikbaar gemaakt op het leerplatform van de FOD Volksgezondheid vanaf december 2024.

In de e-learning wordt dieper ingegaan op de praktische kennis en vaardigheden die nodig zijn om seksueel en intrafamiliaal geweld gericht aan te pakken in de eerste lijn. De e-learning bevat een variatie aan leermogelijkheden onder de vorm van tekst, video's, afbeeldingen, interactieve casussen en korte oefeningen per module.

De e-learning bevat verschillende modules:

1) Geweld herkennen
    a) Wat is geweld?
    b) Gevolgen & signalen van geweld
2) Onthulling van geweld
    a) Onthulling van geweld
    b) Bespreekbaar maken van geweld
    c) Reageren op onthulling van geweld
3) Zorg bieden na geweld
    a) Eerste psychische hulp
    b) Traumasensitieve & holistische zorg
    c) Warme verwijzing
4) Conclusie
    a) Meer weten?

De e-learning is beschikbaar via het e-learningsplatform van het RIZIV. De e-learning duurt één uur en je ontvangt als huisarts één accreditatiepunt ethiek en economie.

## 3. Eindpunten en hypothese

Het primaire eindpunt van deze studie was het evalueren van de impact van een e-learning op de kennis, attitude, praktijk en sterkte van huisartsen (in opleiding) betreffende de aanpak van seksueel en intrafamiliaal geweld in de eerste lijn. Hiervoor werden vragenlijsten voorafgaand en na het doorlopen van de e-learning afgenomen.

Het secundaire eindpunt was de kwaliteit van deze e-learning evalueren.

De hypothese was dat de scores van de deelnemers op deze vragenlijsten na de interventie hoger zouden zijn dan voor de interventie en dat zij de leerervaring als positief zouden ervaren.

# Methodologie

## 1. Dataverzameling

Om de impact van de e-learning op de kennis, attitude en praktijk van huisartsen (in opleiding) betreffende de aanpak van seksueel en intrafamiliaal geweld in de eerste lijn te evalueren, vond een gefaseerd onderzoek plaats in het kader van deze masterproef onder begeleiding van het UGent-ICRH. De vragenlijsten werden ontwikkeld in november 2023 toen de eerste Nederlandstalige versie van de e-learning was afgewerkt. Het onderzoek werd goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek van het Universitair Ziekenhuis Gent met het referentienummer THE-2023-0429. De finale e-learning werd gepubliceerd in december 2024 via het e-learningsplatform van het RIZIV.

In december 2024 werd via e-mail een verzoek gestuurd met een oproep tot deelname aan het onderzoek naar verantwoordelijken van onder meer huisartsenkringen, LOK's (lokale kwaliteitsgroep), ICHO (Interuniversitair Samenwerkingsverband HuisartsenOpleiding), Orde der Artsen, eerstelijnszones en Domus Medica (zie **bijlage 1**). De verantwoordelijken konden deze oproep verspreiden via hun nieuwsbrieven. Ook op de Dag van de Jonge Huisarts 2024, georganiseerd door Jong Domus, werden de e-learning en dit onderzoek gekaderd met de vraag tot deelname. Tevens werd een oproep naar de seminariegroep en via de sociale media van de onderzoeker gelanceerd.

Via een link naar de vragenlijst konden huisartsen (in opleiding) deelnemen aan het onderzoek. De vragenlijst was beschikbaar via het GDPR-proof platform Qualtrics. De volledige vragenlijst kan gevonden worden in **bijlage 2**.

Aan het begin van de vragenlijst werd online informed consent gegeven (zie **bijlage 3**). Er werden 5 vragen gesteld om elke deelnemer een unieke zelf geïdentificeerde code te kunnen geven. Deelname aan de vragenlijst duurde ongeveer 10-15 minuten.

Vervolgens werd op het einde van de vragenlijst gevraagd of de deelnemer de e-learning reeds had doorlopen.

Indien ja, werd de deelnemer verwezen naar de vragenlijst rond de kwaliteit van de e-learning. Ten slotte werd aan de deelnemer gevraagd of deze wou deelnemen aan verder onderzoek of op de hoogte gebracht wou worden van de resultaten. In dat geval werden zij verwezen naar een aparte vragenlijst om hun contactgegevens in te vullen.

Indien neen, kreeg de deelnemer de vraag of die wou deelnemen aan verder onderzoek of op de hoogte gebracht wou worden van de resultaten. Hierbij kon de deelnemer diens contactgegevens invullen. Vervolgens werd de deelnemer doorgestuurd naar de eigenlijke e-learning, beschikbaar via het e-learningsplatform van het RIZIV. De e-learning duurde één uur en de deelnemer kreeg één accreditatiepunt ethiek en economie.

Eén week na het doorlopen van de e-learning ontving de deelnemer aan de hand van hun eerder ingevoerde e-mailadres de link naar de vragenlijst (zie **bijlage 4**). Hier werd opnieuw de unieke code gegenereerd. Op die manier konden de antwoorden op de voor- en navragenlijst op een gepseudonimiseerde manier per deelnemer aan elkaar gekoppeld worden.

De inclusiecriteria voor deelname omvatten huisartsen (in opleiding) werkzaam in Vlaanderen of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De exclusiecriteria waren de volgende: het niet invullen van een informed consent.

## 2. Data-analyse

Informed consent werd verkregen voor alle deelnemers (n=35). In een eerste onderdeel werden de demografische gegevens van de studiepopulatie verzameld: gender, leeftijd, aantal jaren actief als huisarts en de provincie waarin men werkzaam was. Deze werden weergegeven door middel van descriptieve analyses.

Vervolgens werden 15 stellingen rond kennis, 14 stellingen rond attitude en 12 stellingen rond praktijk over de aanpak van seksueel en intrafamiliaal geweld in de eerste lijn gequoteerd op een 5-punts Likertschaal. Ten slotte werd een bewerkte versie van de gevalideerde vragenlijst 'Rape Myth Acceptance Strength scale' met 8 vragen gebruikt (34). De score range was 1 tot 5 per vraag (bv. 1 = helemaal niet akkoord tot 5 = helemaal akkoord). Hogere scores toonden bijvoorbeeld een betere kennis. Bij de vragen waarbij een omgekeerd effect werd verwacht, werd de score aangepast naar 5 tot 1 per vraag (bv. 5 = helemaal niet akkoord tot 1 = helemaal akkoord).

Tevens vulden de deelnemers na het doorlopen van de e-learning in hoelang geleden ze de vragenlijst hadden ingevuld (in weken) en vulden ze 6 vragen in (gequoteerd op een 5-punts Likertschaal) en 3 open vragen in rond de kwaliteit van de e-learning.

Wegens de kleine steekproefgrootte (n=19) werd de Shapiro-Wilk test gebruikt om normaliteit bij de variabelen na te gaan. Tevens werd de normaliteit beoordeeld aan de hand van de grafische voorstellingen (histogram, boxplot en QQ-plot). Hieruit leidden we af dat de onderliggende distributie voor de verschillende variabelen geen normale verdeling was.

Gezien de steekproeven gepaard en afhankelijk waren van elkaar, voerden we de gepaarde niet-parametrische test: de Wilcoxon signed-ranks test uit bij onze steekproef. Alle testen waren 2-zijdig en een p-waarde kleiner dan 0,05 werd als significant gezien. De statistische analyse van de data werd uitgevoerd met SPSS Statistics 29.

# Resultaten

## 1. Demografische gegevens

In totaal namen 35 huisartsen (in opleiding) deel aan het vooronderzoek. Hiervan namen slechts 19 deel aan het na-onderzoek. Voor de demografische gegevens splitsten we onze populatie in onderstaande tekst op voor alle 35 deelnemers en voor de 19 deelnemers tussen haakjes.

62,9% (57,9%) van de deelnemers identificeerde zichzelf als cisgender vrouw. De mediane leeftijd was 29 (29) waarbij de jongste deelnemer 24 (25) jaar oud was en de oudste deelnemer 65 (62) jaar oud was. De meeste deelnemers waren minder dan 10 jaar actief, dit was 54,3% (52,6%). Het grootste deel was werkzaam in Oost-Vlaanderen: 42,9% (42,1%) (zie **tabel 1**).

***Tabel 1:*** *Demografische gegevens*

| | | **Totale groep (n=35)** | **Deelgroep (n=19)** |
|---|---|---|---|
| *Gender* | Cisgender vrouw | 22 (62,9%) | 11 (57,9%) |
| | Cisgender man | 13 (37,1%) | 8 (42,1%) |
| *Mediane leeftijd (in jaren) (min.-max.)* | | 29 (24-65) | 29 (25-62) |
| *Aantal jaren actief* | HAIO | 7 (20,0%) | 5 (26,3%) |
| | < 10 jaar | 19 (54,3%) | 10 (52,6%) |
| | 10-20 jaar | 5 (14,3%) | 3 (15,8%) |
| | 20-30 jaar | 2 (5,7%) | 0 (0%) |
| | 30-40 jaar | 1 (2,9%) | 1 (5,3%) |
| | > 40 jaar | 1 (2,9%) | 0 (0%) |
| *Provincie* | Oost-Vlaanderen | 15 (42,9%) | 8 (42,1%) |
| | Antwerpen | 5 (14,3%) | 3 (15,8%) |
| | West-Vlaanderen | 11 (31,4%) | 5 (26,3%) |
| | Vlaams-Brabant | 3 (8,6%) | 3 (15,8%) |
| | Brussel | 1 (2,9%) | 0 (0%) |
| | Andere | 0 (0%) | 0 (0%) |

Gemiddeld genomen vulden de deelnemers de tweede vragenlijst anderhalve week na het doorlopen van de e-learning in, variërend tussen 0 en 8 weken.

## 2. Statistische analyse

Het doorlopen van de e-learning leidde tot een significante stijging ($p < 0,001$) van de gemiddelde score van de kennisvragen. De score steeg van 3,7 naar 4,3. Opvallend was dat voor élke individuele deelnemer de gemiddelde score steeg. Er was een significant effect bij 8 van de 15 kennisvragen (zie **tabel 2**).

Tevens steeg de gemiddelde score op de attitudevragen significant na het maken van de e-learning van 3,9 naar 4,1 ($p = 0,005$). **Tabel 3** toont bij 6 van de 14 attitudevragen een significant effect.

Daarnaast scoorden de deelnemers hoger bij de gemiddelde score op de praktijkvragen (van 2,8 naar 3,8 met $p < 0,001$). Hier was opvallend dat dit effect significant was bij alle afzonderlijke praktijkvragen (zie **tabel 4**).

Ten slotte leidde het maken van de e-learning tot een significante stijging van de gemiddelde score van de sterkte-analyse: de score steeg van 2,7 naar 3,2 ($p < 0,001$). Het effect was significant bij 5 van de 8 vragen (zie **tabel 5**).

***Tabel 2**: Kennis*

| ***Vraag*** | **Gemiddelde gehele groep (n=35) (SD)** | **Gemiddelde deelgroep voortest (n=19) (SD)** | **Gemiddelde deelgroep natest (n=19) (SD)** | **Wilcoxon signed-ranks test: p-waarde** |
|---|---|---|---|---|
| *1. Wanneer we kijken vanuit de drie perspectieven op seksueel of intrafamiliaal geweld, vertrek je als zorgverlener vanuit het slachtofferperspectief.* | 3,66 (0,906) | 3,58 (0,838) | 4,74 (0,452) | **< 0,001** |
| *2. Verplicht worden om naar porno te kijken is een vorm van seksueel geweld.* | 4,89 (0,323) | 4,89 (0,315) | 4,95 (0,229) | 0,564 |
| *3. Alcohol en drugs zijn de hoofdoorzaak van het seksueel of intrafamiliaal geweld.* | 3,20 (0,901) | 3,00 (0,816) | 3,63 (1,165) | **0,035** |
| *4. Externe hulp zoeken is één van de fasen in de cyclus van intrafamiliaal geweld.* | 2,23 (0,770) | 2,37 (0,684) | 3,37 (1,535) | **0,007** |
| *5. Minstens 2 op 3 Belgen tussen 16 en 69 jaar werd al minstens 1 keer in hun leven slachtoffer van seksueel geweld.* | 3,17 (0,954) | 3,21 (0,855) | 3,74 (1,147) | 0,110 |
| *6. Sporen van niet-fatale verwurging wijzen op het feit dat een persoon acuut en ernstig gevaar loopt.* | 4,43 (0,739) | 4,47 (0,612) | 4,95 (0,229) | **0,013** |
| *7. Hoe we als maatschappij naar geweld kijken, en bijgevolg hoe de media geweld portretteert, heeft geen invloed op wat we als slachtoffer ook als geweld beschouwen.* | 4,00 (1,138) | 4,00 (1,000) | 3,89 (1,696) | 0,915 |
| *8. Het hulpzoekgedrag van slachtoffers verandert niet in de loop van de tijd.* | 3,80 (1,023) | 3,74 (1,098) | 4,32 (0,885) | 0,067 |
| *9. Wanneer de pleger iemand met veel macht is, is dit voor het slachtoffer een belemmerende factor voor onthulling van geweld.* | 4,40 (0,553) | 4,42 (0,607) | 4,74 (0,452) | **0,034** |
| *10. Wanneer een slachtoffer over het seksueel of intrafamiliaal geweld spreekt, is de reactie van een omstaander zoals een vriend, partner, hulpverlener of politieagent zeer bepalend.* | 4,66 (0,539) | 4,63 (0,496) | 4,79 (0,419) | 0,180 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| *11. Een geweldservaring en trauma als een onderdeel van gezondheid en als een onderdeel van jouw taak benoemen, is deel van de 'Onder vier ogen'-methode van Sensoa.* | 3,43 (0,815) | 3,16 (0,602) | 4,32 (0,749) | **<0,001** |
| *12. Een voorbeeld van het principe 'creëer een gevoel van kalmte' bij het bieden van de eerste psychische hulp is aan je patiënt zeggen dat alles wel in orde komt.* | 3,83 (0,985) | 3,95 (0,780) | 4,16 (0,898) | 0,331 |
| *13. Bij het toepassen van traumasensitieve zorg kan je bijvoorbeeld tegen je patiënt zeggen: 'ik vind het niet prettig als je op deze manier tegen mij praat'.* | 2,97 (0,923) | 2,84 (0,898) | 3,37 (1,342) | 0,083 |
| *14. Forensisch onderzoek is één van de vier componenten van holistische zorg voor slachtoffers van seksueel of intrafamiliaal geweld.* | 3,49 (0,702) | 3,42 (0,769) | 4,68 (0,478) | **<0,001** |
| *15. In het Zorgcentrum krijgen slachtoffers van seksueel geweld alle zorg gratis aangeboden.* | 3,63 (0,770) | 3,47 (0,697) | 4,42 (0,769) | **0,002** |
| *Gemiddelde score* | 3,718 (0,234) | 3,677 (0,216) | 4,270 (0,311) | **<0,001** |

***Tabel 3:*** *Attitude*

| ***Vraag*** | **Gemiddelde gehele groep (n=35) (SD)** | **Gemiddelde deelgroep voortest (n=19) (SD)** | **Gemiddelde deelgroep natest (n=19) (SD)** | **Wilcoxon signed-ranks test: p-waarde** |
|---|---|---|---|---|
| *1. Het is biologisch zo bepaald dat mannen van tijd tot tijd aan seksuele druk moeten toegeven, die druk moet van de ketel.* | 4,49 (0,853) | 4,74 (0,562) | 4,68 (0,582) | 0,763 |
| *2. De gevolgen voor vrouwen na seksueel geweld zijn erger dan voor mannen.* | 4,43 (0,655) | 4,47 (0,772) | 4,503 (0,513) | 0,739 |
| *3. Een slachtoffer van seksueel of intrafamiliaal geweld beseft meteen dat wat er gebeurd is, geweld is.* | 4,51 (0,562) | 4,53 (0,513) | 4,95 (0,229) | **0,011** |
| *4. Vandaag de dag stelt de media relaties op een dergelijke manier voor dat mogelijke plegers zodanig geprikkeld worden dat het niet vreemd is dat ze iemand aanranden.* | 3,97 (0,891) | 3,84 (0,958) | 4,00 (1,106) | 0,490 |
| *5. Seksueel of intrafamiliaal geweld gepleegd door vrouwen is minder gevaarlijk in vergelijking met geweld gepleegd door mannen.* | 4,03 (0,954) | 4,11 (0,737) | 4,37 (0,831) | 0,197 |
| *6. Als slachtoffers van seksueel of intrafamiliaal geweld de relatie niet beëindigen na herhaaldelijke geweldsituaties, moeten ze hun eigen verantwoordelijkheid voor het geweld aanvaarden.* | 4,80 (0,406) | 4,84 (0,375) | 4,84 (0,501) | 1,000 |
| *7. Als je zelf nooit in je directe of indirecte omgeving seksueel of intrafamiliaal geweld hebt meegemaakt, kan je jou als arts onvoldoende inleven in het geweldsverhaal van de patiënt.* | 3,83 (0,822) | 3,68 (0,885) | 4,21 (0,535) | **0,020** |
| *8. Door de specifieke arts-patiëntrelatie is de huisarts dé hulpverlener bij uitstek om de stilte rond seksueel of intrafamiliaal geweld te doorbreken.* | 3,91 (0,562) | 3,89 (0,658) | 4,37 (0,597) | **0,007** |
| *9. Gezien je als huisarts vaak de verhalen van verschillende betrokken personen hoort, is het niet altijd gemakkelijk om oordeelvrij te blijven en patiëntgerichte zorg te bieden.* | 3,46 (0,980) | 3,53 (0,841) | 3,00 (1,000) | **0,028** |
| *10. Ik ben als huisarts voldoende geschoold om patiënten die slachtoffer zijn van seksueel of intrafamiliaal geweld op te vangen.* | 1,91 (0,781) | 1,89 (0,737) | 2,84 (1,167) | **0,004** |
| *11. Als een patiënt een geweldservaring niet als dusdanig erkent, is er maar weinig dat ik kan doen om te helpen.* | 3,77 (0,731) | 3,84 (0,834) | 4,16 (0,898) | 0,177 |
| *12. Wanneer een slachtoffer van seksueel of intrafamiliaal geweld diens verhaal doet, is het belangrijk dat ik als huisarts alle details ken.* | 3,86 (0,845) | 3,74 (0,933) | 4,37 (0,496) | **0,010** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| *13. Het is aan mij als arts om te bepalen welke stappen er nodig zijn in de zorg voor mijn patiënt na seksueel of intrafamiliaal geweld.* | 3,49 (0,951) | 3,42 (0,902) | 3,21 (0,976) | 0,248 |
| *14. Als mijn patiënt een ongezonde copingstrategie zoals alcoholmisbruik hanteert, denk ik aan een mogelijk trauma in de voorgeschiedenis.* | 3,77 (0,731) | 3,84 (0,834) | 4,00 (0,816) | 0,477 |
| *Gemiddelde score* | 3,874 (0,243) | 3,884 (0,279) | 4,109 (0,318) | **0,005** |

***Tabel 4:*** *Praktijk*

| ***Vraag*** | **Gemiddelde gehele groep (n=35) (SD)** | **Gemiddelde deelgroep voortest (n=19) (SD)** | **Gemiddelde deelgroep natest (n=19) (SD)** | **Wilcoxon signed-ranks test: p-waarde** |
|---|---|---|---|---|
| *1. Ik voel mij comfortabel om seksueel en intrafamiliaal geweld met mijn patiënten te bespreken.* | 2,91 (1,121) | 2,84 (1,119) | 3,47 (0,964) | **0,028** |
| *2. Ik weet hoe gepast te vragen naar een voorgeschiedenis van seksueel of intrafamiliaal geweld.* | 2,77 (1,087) | 2,74 (1,147) | 3,79 (0,631) | **0,002** |
| *3. Ik herken de signalen bij mijn patiënten die kunnen wijzen op een geweldservaring.* | 2,89 (1,078) | 2,95 (1,026) | 3,79 (0,631) | **0,014** |
| *4. Ik pas de 'onder 4 ogen'-methode van Sensoa in samenwerking met o.a. Domus Medica toe bij mijn patiënten.* | 2,43 (1,1170) | 2,47 (1,307) | 3,53 (1,172) | **0,004** |
| *5. Ik voel me comfortabel om een vermoeden van een geweldservaring te bespreken met mijn patiënten.* | 3,20 (1,023) | 3,05 (1,079) | 3,79 (0,631) | **0,008** |
| *6. Ik weet hoe gepast te reageren op een onthulling van een geweldservaring.* | 3,29 (0,957) | 3,26 (1,046) | 3,95 (0,621) | **0,010** |
| *7. Ik kan de eerste psychische hulp bij een slachtoffer van seksueel of intrafamiliaal geweld voorzien.* | 3,34 (0,938) | 3,32 (0,885) | 3,84 (0,501) | **0,015** |
| *8. Ik ben in staat om de psychologische opvolging voor een slachtoffer van seksueel of intrafamiliaal geweld te voorzien.* | 2,80 (0,994) | 2,79 (0,918) | 3,37 (0,955) | **0,015** |
| *9. Ik ben in staat om traumasensitieve zorg te bieden.* | 2,80 (1,023) | 2,95 (1,026) | 3,63 (0,684) | **0,006** |
| *10. Ik weet welke instanties een slachtoffer holistische zorg kunnen bieden.* | 2,77 (1,003) | 2,68 (1,003) | 4,21 (0,535) | **0,001** |
| *11. Ik gebruik de bestaande richtlijnen en handreikingen voor de aanpak van seksueel of intrafamiliaal geweld.* | 2,37 (1,190) | 2,21 (1,084) | 3,74 (0,733) | **0,002** |
| *12. Ik weet hoe ik een slachtoffer van seksueel of intrafamiliaal geweld gericht kan verwijzen naar meer gespecialiseerde instanties.* | 2,89 (1,022) | 2,58 (1,017) | 4,21 (0,535) | **< 0,001** |
| *Gemiddelde score* | 2,871 (0,705) | 2,820 (0,731) | 3,776 (0,297) | **< 0,001** |

***Tabel 5:*** *Sterkte*

| ***Vraag*** | **Gemiddelde gehele groep (n=35) (SD)** | **Gemiddelde deelgroep voortest (n=19) (SD)** | **Gemiddelde deelgroep natest (n=19) (SD)** | **Wilcoxon signed-ranks test: p-waarde** |
|---|---|---|---|---|
| *1. Hoe vaak denkt u over seksueel en intrafamiliaal geweld na?* | 2,74 (0,950) | 2,47 (0,905) | 2,74 (0,933) | 0,059 |
| *2. Hoe snel komt uw houding tegenover seksueel en intrafamiliaal geweld in u naar boven wanneer u dergelijke vragen moet beantwoorden?* | 2,94 (0,873) | 2,68 (0,946) | 3,32 (0,749) | **0,048** |
| *3. Zou u zeggen dat wat seksueel en intrafamiliaal geweld betreft u een eenduidige mening hebt, of dat u ze met gemengde gevoelens bejegent?* | 2,94 (0,998) | 3,00 (1,000) | 3,47 (0,841) | **0,020** |
| *4. Hoe belangrijk is uw mening over seksueel en intrafamiliaal geweld voor u?* | 3,51 (0,981) | 3,37 (1,012) | 3,58 (0,769) | 0,285 |
| *5. Hoe zeker voelt u zich over uw houding tegenover seksueel en intrafamiliaal geweld?* | 3,03 (1,043) | 2,84 (1,015) | 3,47 (0,841) | **0,008** |
| *6. Hoe goed voelt u zich over seksueel en intrafamiliaal geweld op de hoogte?* | 2,40 (0,881) | 2,37 (0,831) | 3,32 (0,820) | **0,003** |
| *7. Hoeveel weet u volgens uzelf over seksueel en intrafamiliaal geweld?* | 2,37 (0,731) | 2,32 (0,671) | 3,00 (0,667) | **0,002** |
| *8. Het thema seksueel en intrafamiliaal geweld belangt mij ook persoonlijk aan.* | 2,54 (1,094) | 2,68 (1,003) | 2,95 (0,970) | 0,290 |
| *Gemiddelde score* | 2,81 (0,553) | 2,717 (0,576) | 3,230 (0,449) | **< 0,001** |

# 3. Kwaliteit van de e-learning

## 3.1 Kwantitatieve gegevens

Over het algemeen werd de e-learning bijzonder positief ontvangen bij de deelnemers (n=19).

Elke deelnemer zou de e-learning aanraden aan een andere collega (47,4% helemaal akkoord, 52,6% eerder akkoord).

De meesten zouden de e-learning in de toekomst nog gebruiken (31,6% helemaal akkoord, 36,8% eerder akkoord, 26,3% wist het niet, 5,3% eerder niet akkoord). Het merendeel van de deelnemers vond de e-learning gebruiksvriendelijk (57,9% helemaal akkoord, 36,8% eerder akkoord, 5,3% helemaal niet akkoord).

Het grootste deel van de deelnemers (73,7%) vond de e-learning eerder eenvoudig. 15,8% wist het niet en de overige 10,5% vond het eerder moeilijk. Alle deelnemers vonden de e-learning toepasbaar in de praktijk (26,3% erg toepasbaar, 73,7% eerder toepasbaar).

Elke deelnemer was akkoord dat de e-learning praktische handvaten bood om seksueel en intrafamiliaal geweld in de eerste lijn aan te pakken (31,6% helemaal akkoord, 68,4% eerder akkoord).

## 3.2 Kwalitatieve gegevens

De deelnemers gaven aan dat de algemene info en praktische toepassingen, de duidelijke structuur en inhoud, de (interactieve) casussen, de eerste psychologische hulp, de verklaring van begrippen en cijfers, de hoeveelheid beschikbare informatie, de lijst van instanties waar naar doorverwezen kan worden en de methodiek van het benaderen moesten bewaard blijven.

Verbetering was volgens de deelnemers mogelijk bij een aantal praktische zaken. De link naar externe websites openden niet op een apart tabblad. De pijltjes waarop je moest klikken om de e-learning te doorlopen waren soms onduidelijk aangegeven.

Bepaalde onderdelen vonden de deelnemers minder relevant: de verbindingsoefening rond de principes van eerste psychische hulp was te eenvoudig, het luik communicatie was iets te uitgebreid en het deel rond verwijzing te beperkt. Sommige deelnemers wilden een iets meer gedetailleerde inhoud en meer verschillende en persoonlijke casussen.

Algemene opmerkingen waren onder meer dat er een quiz had kunnen zijn rond de cijfers zodat deze kennis beter bleef hangen. De website van het RIZIV werkte niet altijd even vlot. Samenvattend gaven de deelnemers aan dat het een goede e-learning was die hen veel heeft bijgebracht.

# Discussie

## 1. De studiepopulatie en studieopzet

De resultaten van deze studie moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd vanwege de lage responsrate. De stijging van de scores bij de deelnemers kan niet worden veralgemeend naar alle huisartsen (in opleiding) in Vlaanderen en Brussel, zoals beschreven door Welbury (2001) (15). Dit onderzoek omvatte een kleine steekproef, met slechts 19 deelnemers die zowel de voor- als natest aflegden, wat de betrouwbaarheid van de resultaten beperkte.

Een belangrijke factor in de lage deelname was de late start van de gegevensverzameling. Door onverwachte omstandigheden was er 10 maanden vertraging vooraleer de e-learning op het platform toegankelijk was. Hierdoor was er minder tijd was om deelnemers te rekruteren. Daarnaast viel de start van de dataverzameling midden in het infectieseizoen (december - januari), wat mogelijk de participatie van huisartsen (in opleiding) beïnvloedde. Ook de tijdsinvestering voor het volgen van de e-learning en het invullen van de vragenlijsten (anderhalf uur in totaal) kon een belemmering geweest zijn, zoals eerder gerapporteerd door McAndrew et al. (2014) (31).

Het uitvalspercentage voor het invullen van de tweede vragenlijst was hoog (45,7%), vergelijkbaar met andere studies (14, 20, 27). Een mogelijke verklaring hiervoor was de opzet van de accreditatie: deze werd verkregen na het doorlopen van de e-learning, maar er stond geen extra stimulans tegenover voor het invullen van de tweede vragenlijst. Dit had mogelijk kunnen worden voorkomen door accreditatie pas toe te kennen na voltooiing van de natest. Dit was echter organisatorisch niet haalbaar in dit onderzoek, gezien accreditatie door de FOD standaard werd voorzien eens de e-learning werd afgelegd.

Daarnaast betrof de studiepopulatie een relatief jonge groep (mediane leeftijd 29 jaar). Mogelijk zijn jongere artsen meer geïnteresseerd in online educatie en voelen zij zich comfortabeler met digitale leermethoden, alsook om rond deze problematiek aan de slag te gaan (17).

Dit onderzoek bevatte geen controlegroep, waardoor niet kon worden vastgesteld of de waargenomen effecten direct toe te schrijven zijn aan de e-learning. Andere studies met controlegroepen toonden echter significante effecten van interventies aan (12, 16, 18, 22, 23, 26-29, 31, 33). Bovendien kon een zelfselectiebias aanwezig zijn. Deelname was immers vrijwillig en mogelijk waren vooral huisartsen met interesse in het onderwerp betrokken, zoals eerder beschreven in de literatuur (11, 15, 33).

## 2. Het effect van de e-learning

Dit onderzoek toonde aan dat de e-learning over de aanpak van seksueel en intrafamiliaal geweld in de eerste lijn een significant effect had op kennis, attitude, praktijk en sterkte van huisartsen (in opleiding).

### 2.1 Kennis

Deze studie toonde een significante toename in objectieve kennis na het doorlopen van de e-learning, met een gemiddelde scorestijging van 3,7 naar 4,3 ($p < 0,001$). Dit resultaat was in lijn met de literatuur (14, 16-18, 21, 23-31, 33), met uitzondering met de resultaten van Ryan et al. (2020), waar een daling in kennis werd gerapporteerd (11). De eerder lage voorkennis over dit onderwerp, zoals in andere studies beschreven (21), suggereerde een grote behoefte aan educatie op dit gebied. Het was ook mogelijk dat het invullen van de voortest op zichzelf al een leereffect had (14).

### 2.2 Attitude

De gemiddelde attitudewijziging was positief met een stijging van 3,9 naar 4,1 ($p = 0,005$), vergelijkbaar met eerdere onderzoeken (13, 17-19, 23, 24, 26, 27, 29, 30, 32). De antwoorden op vraag 9: '*Gezien je*

*als huisarts vaak de verhalen van verschillende betrokken personen hoort, is het niet altijd gemakkelijk om oordeelvrij te blijven en patiëntgerichte zorg te bieden.'*, gaven een omgekeerd verwacht effect aan. Deze vraag was allicht niet duidelijk genoeg geformuleerd. Opvallend was dat de score op vraag 10: '*Ik ben als huisarts voldoende geschoold om patiënten die slachtoffer zijn van seksueel of intrafamiliaal geweld op te vangen.*' steeg van 1,9 naar 2,8 (waarbij score 3 overeenkomstig is met 'ik weet het niet'). Hoewel significant ($p = 0,004$), duidde dit op een gevoel van blijvende onzekerheid bij veel deelnemers. Dit zou kunnen wijzen op een noodzaak voor verdere educatie en ondersteuning (12).

### 2.3 Praktijk

De zelfgerapporteerde gemiddelde praktijkscore steeg significant van 2,8 naar 3,8 ($p < 0,001$), waarbij elke deelvraag een significante verbetering toonde. Dit suggereerde dat deelnemers zich competenter voelden in de praktische aanpak van dit probleem. Vergelijkbare resultaten werden gerapporteerd in andere onderzoeken (11, 17, 26, 29), terwijl geen effect werd gevonden in studies van Etherington (2021) en Drabkin (2021) (32, 33). Belangrijk is dat onze resultaten uitsluitend gebaseerd waren op zelfrapportage en niet op objectieve metingen van gedragsverandering, zoals verwijsgedrag of patiëntuitkomsten. Idealiter zou toekomstig onderzoek zich richten op objectieve indicatoren van gedragsverandering en het effect op de slachtoffers (12, 26, 27).

De literatuur suggereerde echter wel dat gerichte educatie gedragsverandering zou kunnen bevorderen (34). Dit werd aangetoond in een studie van Gadomski et al. (2001), waarin een training en bewustwordingscampagne over intrafamiliaal geweld werd opgezet voor zorgprofessionals. Deelnemers toonden significante verbeteringen in kennis en gedrag, objectief gemeten aan de hand van hun verslaggeving in patiëntendossiers (35).

### 2.4 Sterkte

In dit onderzoek steeg de gemiddelde sterktescore van 2,7 naar 3,2 ($p < 0,001$). Hoewel sterkteanalyses over dit onderwerp beperkt waren in de literatuur, suggereerde dit een toename in het vertrouwen van de deelnemers in hun eigen capaciteiten.

## 3. Evaluatie van de e-learning

Over het algemeen werd de e-learning positief onthaald door de deelnemers. De sterktes lagen in de variatie van leermaterialen, zoals tekst, video's, afbeeldingen, interactieve casussen en korte vragen per module. Alle deelnemers vonden de e-learning toepaspaar in de praktijk en vonden dat de e-learning praktische handvaten bood om seksueel en intrafamiliaal geweld in de eerste lijn aan te pakken. Bovendien zou elke deelnemer de e-learning aanraden aan collega's, een bevinding die in lijn ligt met de literatuur (14, 17).

In dit onderzoek werd gekozen voor een e-learning als educatievorm. Shapiro et al. (2014) toonden aan dat hun online module minstens even effectief was als traditioneel onderwijs (16). In de literatuur varieerde de duur van de online opleidingen sterk, met de langste opleiding tot vier weken (32). Dit is in de praktijk moeilijk te implementeren, maar kortere e-learningmodules bleken eveneens effectief (11, 12, 14, 16-19, 21, 23-31). In dit onderzoek werd gekozen voor een compacte e-learning van één uur, gericht op het verstrekken van kerncompetenties voor huisartsen in de aanpak van seksueel en intrafamiliaal geweld in de eerste lijn.

## 4. Kritische reflectie en toekomstperspectieven

### 4.1 Beperkingen

De korte follow-up (gemiddeld anderhalve week) maakte het onmogelijk om langetermijneffecten te evalueren. In de literatuur werden effecten zowel op korte (onmiddellijk tot 3 weken) (11-14, 16, 19,

21, 24-26, 29-31) als op langere termijn (1 tot 12 maand) (17, 18, 20, 22, 23, 27, 28, 33) gerapporteerd. Het was onduidelijk of de waargenomen verbeteringen in kennis, attitude, praktijk en sterkte op langere termijn zouden behouden blijven. Toekomstig onderzoek zou langere follow-up kunnen overwegen om dit te evalueren (19, 33).

Daarnaast ontbrak verdere opvolging om te bepalen of de deelnemers de geleerde vaardigheden daadwerkelijk toepasten in de praktijk. Gedragsverandering en impact op patiënten werden niet gemeten. Een grootschalige real-world studie, zoals die van Yang et al. (2020), met meer dan 11.000 deelnemers, zou een sterkere evaluatie kunnen bieden (24).

## 4.2 Toekomstperspectieven

Om de aanpak van seksueel en intrafamiliaal geweld verder te verbeteren, zijn er verschillende toekomstperspectieven. Een belangrijke stap is het creëren van meer ruimte voor dit onderwerp binnen de basisopleiding geneeskunde. Momenteel krijgt deze thematiek weinig aandacht in het curriculum, ondanks de zeer hoge prevalentie van seksueel geweld in België, zowel bij vrouwen als mannen, van alle leeftijden, met hogere kwetsbaarheid bij seksuele en genderminderheden alsook migranten (36). Door het structureel inbedden in zowel de basisopleiding geneeskunde als de opleiding huisartsgeneeskunde kunnen toekomstige artsen al vroeg vertrouwd raken met de problematiek en de juiste vaardigheden ontwikkelen.

Daarnaast is het essentieel om het effect van de e-learning op lange termijn te evalueren. Hoewel de resultaten uit dit onderzoek positieve veranderingen in kennis, attitude en praktijkgedrag hebben aangetoond, is het onduidelijk of deze effecten behouden blijven. Een follow-upstudie zou kunnen nagaan of de verworven kennis en vaardigheden in de huisartsenpraktijk daadwerkelijk worden toegepast en of er een duurzame gedragsverandering optreedt.

Tot slot is samenwerking met beleidsmakers en beroepsorganisaties cruciaal om de implementatie van dergelijke educatieve programma's te versterken. Deze e-learning werd door het RIZIV gepubliceerd op hun platform en er werd één accreditatiepunt ethiek en economie aan gekoppeld. Hierdoor kunnen huisartsen gestimuleerd worden om hun kennis over seksueel en intrafamiliaal geweld up-to-date te houden. Tevens werd Operatie Alert geïntroduceerd, een groot ondersteuningsprogramma voor alle zorgverleners van alle ziekenhuizen in België met verschillende e-learningmodules. Operatie Alert zet in op het versterken van basiscompetenties van ziekenhuispersoneel, die helpen om signalen van geweld beter en sneller te identificeren, slachtoffergerichte zorg te bieden en naar gespecialiseerde zorg te verwijzen waar nodig (37). De combinatie van de richtlijn en e-learning voor huisartsen en Operatie Alert is ideaal om de continuïteit van zorg voor slachtoffers te waarborgen. Structurele ondersteuning en beleidsmatige erkenning kunnen bijdragen aan een bredere bewustwording en betere patiëntenzorg op lange termijn.

# Conclusie

Deze masterproef heeft aangetoond dat de e-learning een positieve impact kan hebben op de kennis, attitude, praktijk en sterkte van huisartsen (in opleiding) met betrekking tot de aanpak van seksueel en intrafamiliaal geweld in de eerste lijn. Ondanks de beperkte studiepopulatie en de lage responsrate, tonen de resultaten een significante verbetering in de kennis, attitude, praktijk en sterkte. Dit suggereert dat de e-learning een effectieve manier is om de basiscompetenties rond dit onderwerp te vergroten. De positieve evaluatie van de e-learning door de deelnemers wijst op de toepasbaarheid van het geleerde in de praktijk en benadrukt de waarde van deze onderwijsmethode.

De studie heeft echter verschillende beperkingen, zoals de korte termijn follow-up, de aanwezigheid van zelfrapportage en het ontbreken van een controlegroep. De effecten op lange termijn en de daadwerkelijke gedragsverandering in de praktijk blijven onduidelijk, wat de noodzaak voor vervolgonderzoek met langere follow-upperiodes, grotere steekproeven en objectieve meetinstrumenten benadrukt.

Om de impact van deze educatie verder te versterken, is het essentieel om aandacht voor seksueel en intrafamiliaal geweld te vergroten in de opleiding (huisarts)geneeskunde en samenwerking met beleidsmakers en beroepsorganisaties te bevorderen. Dit zou niet alleen bijdragen aan de verbetering van de kennis en vaardigheden van zorgprofessionals, maar ook aan een bredere maatschappelijke bewustwording en betere zorg voor slachtoffers van geweld in de toekomst.

# Persoonlijke reflectie

Als toekomstige huisarts besef ik dat ik een vertrouwenspersoon ben voor mensen in kwetsbare situaties. Seksueel en intrafamiliaal geweld blijkt in de praktijk vaak onderbelicht. Het besef dat patiënten misschien al jaren signalen geven zonder dat deze opgemerkt worden, motiveerde me om dit thema verder te verkennen.

Toen we een onderwerp voor onze masterproef moesten kiezen, heb ik daarom zelf contact opgenomen met Dr. Vandenberghe, die als huisarts verbonden was aan het UGent-ICRH. Zij had een aantal projecten waaruit ik kon kiezen om mee te werken, maar 'de training van huisartsen in de aanpak van seksueel en intrafamiliaal geweld in de eerste lijn' had mijn voorkeur.

Ik koos dit onderwerp omdat ik merkte dat ik zelf, net zoals allicht vele andere huisartsen (in opleiding), nog zoekende ben naar hoe we in zulke situaties op een juiste en empathische manier kunnen handelen. De drempel om geweld te herkennen en bespreekbaar te maken is hoog – niet alleen voor de patiënt, maar ook voor de arts. Het ontwikkelen en evalueren van een e-learning had als doel om die drempel te verlagen: om artsen te versterken met kennis, tools en vertrouwen om dit complexe probleem beter aan te pakken.

Wat ik vooral meeneem naar mijn toekomstige praktijk is het belang van alertheid. Seksueel en intrafamiliaal geweld kan zich uiten via vage klachten, frequente consultaties of non-verbale signalen. Ik wil leren vertrouwen op mijn 'niet-pluisgevoel', gepaste vragen durven stellen en een veilige omgeving creëren voor patiënten.

Daarnaast vond ik het waardevol om iets tastbaars bij te dragen tot de huisartsengemeenschap. Dit probleem komt vaak voor en we moeten als artsen beter gewapend zijn om ermee om te gaan. Tevens besef ik het belang van samenwerking: met collega's binnen de praktijk, sociale diensten, psychologen en de tweede lijn. Als huisarts sta ik er niet alleen voor, maar ik ben wel vaak het eerste aanspreekpunt.

Bovendien raakte het thema mij niet alleen in mijn toekomstige rol als huisarts, maar ook persoonlijk. In mijn nabije omgeving heb ik van dichtbij meegemaakt welke impact seksueel en intrafamiliaal geweld kan hebben. Deze ervaring heeft mijn betrokkenheid bij het onderwerp vergroot en mijn besef versterkt hoe moeilijk het kan zijn voor slachtoffers om hulp te zoeken. Het thema van deze masterproef voelde daardoor niet alleen professioneel relevant, maar kreeg een persoonlijke betekenis.

Tot slot heeft deze masterproef mijn motivatie versterkt om in moeilijke situaties betrokken te blijven. Net dan kunnen we als arts een verschil maken.

# Referenties


1. Organization WH. Strengthening the medico-legal response to sexual violence. World Health Organization; 2015.
2. Schapansky E, Depraetere J, Keygnaert I, Vandeviver C. Seksueel geweld in België: Aard, omvang en risicofactoren van slachtofferschap van seksueel geweld in een nationaal representatieve bevolkingssteekproef. Panopticon. 2021;42(3).
3. België ICfRH. Implementeren van een praktische richtlijn voor huisartsen in de aanpak van intrafamiliaal en seksueel geweld in de eerste lijn 2023. Available from: https://www.icrhb.org/nl/projecten/implementeren-van-een-praktische-richtlijn-voor-huisartsen-in-de-aanpak-van-intrafamiliaal-en-seksueel-geweld-in-de-eerste-lijn.
4. De Zorgcentra na Seksueel Geweld in cijfers 2025. Available from: https://zsg.belgium.be/nl/de-zorgcentra-na-seksueel-geweld-cijfers?
5. Over de Zorgcentra na Seksueel Geweld 2025. Available from: https://zsg.belgium.be/nl/over-de-zorgcentra-na-seksueel-geweld?
6. (RACGP) RACoGP. Adult sexual assault 2022 [updated 13/04/2022; cited 2023. Available from: https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/abuse-and-violence/specific-abuse-issues-for-adults-and-older-people/adult-sexual-assault.
7. Organization WH. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A clinical handbook. World Health Organization; 2014.
8. Cook DA, Levinson AJ, Garside S, Dupras DM, Erwin PJ, Montori VM. Internet-based learning in the health professions: a meta-analysis. Jama. 2008;300(10):1181-96.
9. Thepwongsa I, Kirby C, Schattner P, Piterman L. Online continuing medical education (CME) for GPs: does it work?: a systematic review. Australian family physician. 2014;43(10):717-21.
10. Dorsey JK. Medical student response to an interactive patient simulation program used to supplement child abuse education. Child Abuse & Neglect: The International Journal. 1996;20(10):973-77.
11. Ryan N, Sadler D. Non-accidental injury for medical students–is case-based e-learning effective? MedEdPublish. 2020;9:147.
12. Smeekens A, Broekhuijsen-van Henten D, Sittig JS, Russel I, Ten Cate OTJ, Turner N, et al. Successful e-learning programme on the detection of child abuse in emergency departments: a randomised controlled trial. Arch Dis Child. 2011;96(4):330-4.
13. McEvoy MM, Butler B, MacCarrick G, Nicholson AJ. Virtual patients: an effective educational intervention to improve paediatric basic specialist trainee education in the management of suspected child abuse? 2011.
14. Baba K, Kataoka Y. An E-Learning Program for Continuing Midwifery Education on Handling High-Risk Abuse Cases: A Pretest–Posttest Design. International journal of environmental research and public health. 2023;20(13):6317.
15. Welbury R, Hobson R, Stephenson J, Jepson N. Evaluation of a computer-assisted learning programme on the oro-facial signs of child physical abuse (non-accidental injury) by general dental practitioner. British dental journal. 2001;190(12):668-70.
16. Shapiro MC, Anderson OR, Lal S. Assessment of a novel module for training dental students in child abuse recognition and reporting. Journal of dental education. 2014;78(8):1167-75.
17. Al-Dabaan R, Asimakopoulou K, Newton J. Effectiveness of a web-based child protection training programme designed for dental practitioners in Saudi Arabia: a pre-and post-test study. European journal of dental education. 2016;20(1):45-54.
18. Rheingold AA, Zajac K, Chapman JE, Patton M, de Arellano M, Saunders B, et al. Child sexual abuse prevention training for childcare professionals: An independent multi-site randomized controlled trial of stewards of children. Prevention Science. 2015;16:374-85.
19. Keller LA, Kayser K. The Impact of Training on Nurses' Attitudes Toward Reporting Child Sexual Abuse: a Pilot Study. Journal of Child & Adolescent Trauma. 2024;17(2):373-81.

20. Man-Ging CI, Böhm B, Fuchs KA, Witte S, Frick E. Improving empathy in the prevention of sexual abuse against children and youngsters. Journal of child sexual abuse. 2015;24(7):796-815.
21. Kenny MC. Web-based training in child maltreatment for future mandated reporters. Child Abuse & Neglect. 2007;31(6):671-8.
22. Paranal R, Washington Thomas K, Derrick C. Utilizing online training for child sexual abuse prevention: Benefits and limitations. Journal of child sexual abuse. 2012;21(5):507-20.
23. Mathews B, Yang C, Lehman EB, Mincemoyer C, Verdiglione N, Levi BH. Educating early childhood care and education providers to improve knowledge and attitudes about reporting child maltreatment: A randomized controlled trial. PLoS one. 2017;12(5):e0177777.
24. Yang C, Panlilio C, Verdiglione N, Lehman EB, Hamm RM, Fiene R, et al. Generalizing findings from a randomized controlled trial to a real-world study of the iLookOut, an online education program to improve early childhood care and education providers' knowledge and attitudes about reporting child maltreatment. PLoS one. 2020;15(1):e0227398.
25. Barnett WC, Panlilio CC, Mullins C, Levi BH, Humphreys KL. Identifying what works for whom: Implementation outcomes following iLookOut, a child abuse identification and referral training program. Journal of clinical and translational science. 2023;7(1):e205.
26. Harris JM, Kutob RM, Surprenant ZJ, Maiuro RD, Delate TA. Can Internet-based education improve physician confidence in dealing with domestic violence? FAMILY MEDICINE-KANSAS CITY-. 2002;34(4):287-92.
27. Short LM, Surprenant ZJ, Harris Jr JM. A community-based trial of an online intimate partner violence CME program. American journal of preventive medicine. 2006;30(2):181-5.
28. Maruyama N, Kataoka Y, Horiuchi S. Effects of e-learning on the support of midwives and nurses to perinatal women suffering from intimate partner violence: A randomized controlled trial. Japan journal of nursing science. 2022;19(2):e12464.
29. Danley D, Gansky SA, Chow D, Gerbert B. Preparing dental students to recognize and respond to domestic violence: the impact of a brief tutorial. The Journal of the American Dental Association. 2004;135(1):67-73.
30. Hsieh NK, Herzig K, Gansky SA, Danley D, Gerbert B. Changing dentists' knowledge, attitudes and behavior regarding domestic violence through an interactive multimedia tutorial. The Journal of the American Dental Association. 2006;137(5):596-603.
31. McAndrew M, Pierre GC, Kojanis LC. Effectiveness of an online tutorial on intimate partner violence for dental students: a pilot study. Journal of dental education. 2014;78(8):1176-81.
32. Etherington C, Baker L, Ham M, Glasbeek D. Evaluating the effectiveness of online training for a comprehensive violence against women program: A pilot study. Journal of interpersonal violence. 2021;36(1-2):160-83.
33. Drabkin AS, Baden L, Solomon J, Card JJ. IMPACT: effects of an online capacity-building intervention for IPV prevention professionals. Journal of interpersonal violence. 2021;36(15-16):NP7899-NP919.
34. Süssenbach P, Eyssel F, Bohner G. Metacognitive aspects of rape myths: subjective strength of rape myth acceptance moderates its effects on information processing and behavioral intentions. Journal of interpersonal violence. 2013;28(11):2250-72.
35. Gadomski AM, Wolff D, Tripp M, Lewis C, Short LM. Changes in health care providers' knowledge, attitudes, beliefs, and behaviors regarding domestic violence, following a multifaceted intervention. Academic medicine. 2001;76(10):1045-52.
36. Keygnaert I, De Schrijver L, Cismaru Inescu A, Schapansky E, Nobels A, Hahaut B, et al. UN-MENAMAIS-understanding the mechanisms, nature, magnitude and impact of sexual violence in Belgium. 2021.
37. Operatie Alert: Ondersteuningsprogramma 2025. Available from: https://operatiealert.be/ondersteuningsprogramma/.

# Bijlage 1: Rekruteringsmail

Beste,

Ik ben Laura, huisarts in opleiding. Voor mijn masterproef ben ik op zoek naar huisartsen (in opleiding) die willen deelnemen aan een studie over de rol van een nieuwe, geaccrediteerde e-learning in de aanpak van intrafamiliaal en seksueel geweld in de eerste lijn.

Zou u het onderstaande bericht via uw kanalen en/of nieuwsbrief willen verspreiden?

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

Met vriendelijke groeten,

Laura Van Dorpe – Huisarts in opleiding

---

Beste collega,

Er is een nieuwe, geaccrediteerde e-learning beschikbaar over de aanpak van intrafamiliaal en seksueel geweld in de eerste lijn. Deze praktische training biedt u waardevolle tools om dit belangrijke thema aan te pakken.

Voor mijn masterproef aan de Universiteit Gent ben ik op zoek naar huisartsen en huisartsen in opleiding om deze e-learning te evalueren en de impact ervan te meten.

Wat houdt uw deelname in?

U vult een korte vragenlijst in (ca. 15 minuten), één keer voorafgaand aan en één week na het volgen van de e-learning.

De e-learning duurt 1 uur en levert u 1 accreditatiepunt op.

Heeft u interesse? Klik dan hier om te starten:
https://icrh.qualtrics.com/jfe/form/SV_6kSd0fZlRrEoxYG

Alvast hartelijk dank voor uw deelname!

Met vriendelijke groeten,

Laura Van Dorpe – Huisarts in opleiding

# Bijlage 2: Qualtrics vragenlijsten

## 1. Inleiding

Beste,

Bedankt voor uw interesse in deelname aan het onderzoek over de impact van de e-learning voor huisartsen en huisartsen in opleiding op hun kennis, attitude en praktijk betreffende de aanpak van intrafamiliaal en seksueel geweld in de eerste lijn. Dit onderzoek wordt uitgevoerd in het kader van de masterproef in de master-na-master huisartsgeneeskunde.

Deze verzameling en analyse van gegevens worden uitgevoerd door masterproefstudente Laura Van Dorpe, onder supervisie van Anke Vandenberghe, huisarts in het Wijkgezondheidscentrum Lokeren, en Prof. dr. Ines Keygnaert, verbonden aan het International Centre for Reproductive Health van de Universiteit Gent.

Deelname aan deze vragenlijst duurt ongeveer 15 à 20 minuten.

Deze vragenlijst bestaat uit 6 delen, waarbij uw demografische gegevens, kennis, attitude en praktijk betreffende de aanpak van intrafamiliaal en seksueel geweld in de eerste lijn. Verder wordt ook de kwaliteit van de e-learning bevraagd.

Uw deelname aan deze vragenlijst is volledig vertrouwelijk en vrijblijvend. U kan uw deelname op ieder moment stopzetten.

Meer informatie over dit onderzoek, hoe we de verzamelde gegevens verwerken en hoe we uw privacy beschermen, kan u hier terugvinden: Informatiebrief voor de deelnemers *(link naar informed consent form)*.

Door hieronder aan te vinken, verklaart u zich akkoord met deze informatie en geeft u uw toestemming tot deelname aan het onderzoek. 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 zoals vermeld in de rechtsgrond op basis van toestemming en wettelijk voorzien op basis van artikel 6, paragraaf 1 (a) en is noodzakelijk met het oog op wetenschappelijk onderzoek conform artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

*(optie met vinkje)* Ik ga akkoord met deze informatie en geef toestemming tot deelname aan het onderzoek.

We danken u alvast voor uw tijd en deelname.

Vriendelijke groet

Laura Van Dorpe – Huisarts in opleiding

Prof. dr. Ines Keygnaert – Onderzoekscoördinator
International Centre for Reproductive Health - Universiteit Gent

## 2. Unieke code genereren

Omdat we met deze studie bepaalde veranderingen doorheen de tijd willen bestuderen, is het van belang dat antwoorden die je tijdens je eerdere deelname gaf, gekoppeld kunnen worden aan je huidige antwoorden en niet aan die van iemand anders. Daarom vragen we jou om onderstaande vragen in te vullen zodat we via jouw persoonlijke code de (gepseudonimiseerde) gegevens aan elkaar kunnen koppelen.

We willen benadrukken dat deze data niet gekoppeld of gebruikt worden om jou als persoon te identificeren. Jouw gegevens blijven pseudoniem via onderstaande persoonlijke code en zijn enkel toegankelijk voor de betrokken onderzoekers.

1. Duid de EERSTE LETTER van je moeders VOORNAAM aan.

Met moeder bedoelen we diegene die je 'moeder' noemt. Dit hoeft dus niet per definitie je biologische moeder te zijn. Duid XX aan indien je je moeder niet kent.

2. Duid de EERSTE LETTER van je vaders VOORNAAM aan.

Met vader bedoelen we diegene die je 'vader' noemt. Dit hoeft dus niet per definitie je biologische vader te zijn. Duid XX aan indien je je vader niet kent.

3. Duid aan op welke dag van de maand je bent geboren. Duid XX aan indien je niet weet op welke dag van de maand je geboren bent.

4. Duid de EERSTE LETTER van je VOORNAAM aan.

5. Duid de EERSTE LETTER van je GEBOORTEPLAATS aan. Duid XX aan indien je je geboorteplaats niet kent.

## 3. Demografische gegevens

1. Wat is uw leeftijd (in jaren)

Opties van 18 tot 80.

2. Gender

- Cisgender vrouw*
- Cisgender man*
- Transgender vrouw **
- Transgender man **
- Anders: *open vraag*

** De term cis(gender) wil zeggen dat het geslacht dat u toegewezen krijgt bij uw geboorte (op basis van uw geslachtsdelen) overeenkomt met uw genderidentiteit. Als u bij de geboorte het vrouwelijk geslacht krijgt toegewezen en u voelt zich ook vrouw, dan noemt men dit cisgender.*

*** De term trans(gender) wil zeggen dat het geslacht dat u toegewezen kreeg bij de geboorte niet overeenkomt met uw genderidentiteit. Als u bij de geboorte het vrouwelijk geslacht krijgt toegewezen maar u voelt zich een man, dan bent u een trans man.*

*Bron: https://www.cavaria.be/woordenlijst*

3. Hoe lang ben je al als huisarts actief?

- Ik ben HAIO
- <10 jaar
- 10-20 jaar
- 20-30 jaar
- 30-40 jaar
- >40 jaar

4. In welke provincie bent u werkzaam?

- Limburg
- Oost-Vlaanderen
- Antwerpen
- West-Vlaanderen
- Vlaams-Brabant
- Brussel
- Andere: *open*

## 4. Kennis

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | **Wanneer we kijken vanuit de drie perspectieven op seksueel of intrafamiliaal geweld, vertrek je als zorgverlener vanuit het slachtofferperspectief.** | | | | |
| Opties | Helemaal niet akkoord | Eerder niet akkoord | Ik weet het niet | Eerder akkoord | Helemaal akkoord |
| Score | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | **Verplicht worden om naar porno te kijken is een vorm van seksueel geweld.** | | | | |
| Opties | Helemaal niet akkoord | Eerder niet akkoord | Ik weet het niet | Eerder akkoord | Helemaal akkoord |
| Score | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | **Alcohol en drugs zijn de hoofdoorzaak van het seksueel of intrafamiliaal geweld.** | | | | |
| Opties | Helemaal niet akkoord | Eerder niet akkoord | Ik weet het niet | Eerder akkoord | Helemaal akkoord |
| Score | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | **Externe hulp zoeken is één van de fasen in de cyclus van intrafamiliaal geweld.** | | | | |
| Opties | Helemaal niet akkoord | Eerder niet akkoord | Ik weet het niet | Eerder akkoord | Helemaal akkoord |
| Score | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | **Minstens 2 op 3 Belgen tussen 16 en 69 jaar werd al minstens 1 keer in hun leven slachtoffer van seksueel geweld.** | | | | |
| Opties | Helemaal niet akkoord | Eerder niet akkoord | Ik weet het niet | Eerder akkoord | Helemaal akkoord |
| Score | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | **Sporen van niet-fatale verwurging wijzen op het feit dat een persoon acuut en ernstig gevaar loopt.** | | | | |
| Opties | Helemaal niet akkoord | Eerder niet akkoord | Ik weet het niet | Eerder akkoord | Helemaal akkoord |
| Score | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | **Hoe we als maatschappij naar geweld kijken, en bijgevolg hoe de media geweld portretteert, heeft geen invloed op wat we als slachtoffer ook als geweld beschouwen.** | | | | |
| Opties | Helemaal niet akkoord | Eerder niet akkoord | Ik weet het niet | Eerder akkoord | Helemaal akkoord |
| Score | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8 | **Het hulpzoekgedrag van slachtoffers verandert niet in de loop van de tijd.** | | | | |
| Opties | Helemaal niet akkoord | Eerder niet akkoord | Ik weet het niet | Eerder akkoord | Helemaal akkoord |
| Score | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9 | **Wanneer de pleger iemand met veel macht is, is dit voor het slachtoffer een belemmerende factor voor onthulling van geweld.** | | | | |
| Opties | Helemaal niet akkoord | Eerder niet akkoord | Ik weet het niet | Eerder akkoord | Helemaal akkoord |
| Score | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | **Wanneer een slachtoffer over het seksueel of intrafamiliaal geweld spreekt, is de reactie van een omstaander zoals een vriend, partner, hulpverlener of politieagent zeer bepalend.** | | | | |
| Opties | Helemaal niet akkoord | Eerder niet akkoord | Ik weet het niet | Eerder akkoord | Helemaal akkoord |
| Score | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | **Een geweldservaring en trauma als een onderdeel van gezondheid en als een onderdeel van jouw taak benoemen, is deel van de 'Onder vier ogen'-methode van Sensoa.** | | | | |
| Opties | Helemaal niet akkoord | Eerder niet akkoord | Ik weet het niet | Eerder akkoord | Helemaal akkoord |
| Score | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | **Een voorbeeld van het principe 'creëer een gevoel van kalmte' bij het bieden van de eerste psychische hulp is aan je patiënt zeggen dat alles wel in orde komt.** | | | | |
| Opties | Helemaal niet akkoord | Eerder niet akkoord | Ik weet het niet | Eerder akkoord | Helemaal akkoord |
| Score | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13 | **Bij het toepassen van traumasensitieve zorg kan je bijvoorbeeld tegen je patiënt zeggen: 'ik vind het niet prettig als je op deze manier tegen mij praat'.** | | | | |
| Opties | Helemaal niet akkoord | Eerder niet akkoord | Ik weet het niet | Eerder akkoord | Helemaal akkoord |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Score | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | **Forensisch onderzoek is één van de vier componenten van holistische zorg voor slachtoffers van seksueel of intrafamiliaal geweld.** | | | | |
| Opties | Helemaal niet akkoord | Eerder niet akkoord | Ik weet het niet | Eerder akkoord | Helemaal akkoord |
| Score | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | **In het Zorgcentrum krijgen slachtoffers van seksueel geweld alle zorg gratis aangeboden.** | | | | |
| Opties | Helemaal niet akkoord | Eerder niet akkoord | Ik weet het niet | Eerder akkoord | Helemaal akkoord |
| Score | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## 5. Attitude

Hieronder volgen enkele stellingen. Geef voor elke stelling de waarde tussen 1 en 5 aan die uw situatie het best weergeeft.

*De deelnemer kan steeds antwoorden met:*

- Helemaal niet akkoord 1
- 2
- 3
- 4
- Helemaal akkoord 5

1. Het is biologisch zo bepaald dat mannen van tijd tot tijd aan seksuele druk moeten toegeven, die druk moet van de ketel.
2. De gevolgen voor vrouwen na seksueel geweld zijn erger dan voor mannen.
3. Een slachtoffer van seksueel of intrafamiliaal geweld beseft meteen dat wat er gebeurd is, geweld is.
4. Vandaag de dag stelt de media relaties op een dergelijke manier voor dat mogelijke plegers zodanig geprikkeld worden dat het niet vreemd is dat ze iemand aanranden.
5. Seksueel of intrafamiliaal geweld gepleegd door vrouwen is minder gevaarlijk in vergelijking met geweld gepleegd door mannen.
6. Als slachtoffers van seksueel of intrafamiliaal geweld de relatie niet beëindigen na herhaaldelijke geweldsituaties, moeten ze hun eigen verantwoordelijkheid voor het geweld aanvaarden.
7. Als je zelf nooit in je directe of indirecte omgeving seksueel of intrafamiliaal geweld hebt meegemaakt, kan je jou als arts onvoldoende inleven in het geweldsverhaal van de patiënt.
8. Door de specifieke arts-patiëntrelatie is de huisarts dé hulpverlener bij uitstek om de stilte rond seksueel of intrafamiliaal geweld te doorbreken.
9. Gezien je als huisarts vaak de verhalen van verschillende betrokken personen hoort, is het niet altijd gemakkelijk om oordeelvrij te blijven en patiëntgerichte zorg te bieden.
10. Ik ben als huisarts voldoende geschoold om patiënten die slachtoffer zijn van seksueel of intrafamiliaal geweld op te vangen.
11. Als een patiënt een geweldservaring niet als dusdanig erkent, is er maar weinig dat ik kan doen om te helpen.
12. Wanneer een slachtoffer van seksueel of intrafamiliaal geweld diens verhaal doet, is het belangrijk dat ik als huisarts alle details ken.
13. Het is aan mij als arts om te bepalen welke stappen er nodig zijn in de zorg voor mijn patiënt na seksueel of intrafamiliaal geweld.
14. Als mijn patiënt een ongezonde copingstrategie zoals alcoholmisbruik hanteert, denk ik aan een mogelijk trauma in de voorgeschiedenis.

## 6. Praktijk

Hieronder volgen enkele stellingen. Geef voor elke stelling de waarde tussen 1 en 5 aan die uw situatie het best weergeeft.

*De deelnemer kan steeds antwoorden met:*

- Helemaal niet akkoord 1
- 2
- 3
- 4
- Helemaal akkoord 5

1. Ik voel mij comfortabel om seksueel en intrafamiliaal geweld met mijn patiënten te bespreken.
2. Ik weet hoe gepast te vragen naar een voorgeschiedenis van seksueel of intrafamiliaal geweld.
3. Ik herken de signalen bij mijn patiënten die kunnen wijzen op een geweldservaring.
4. Ik pas de 'onder 4 ogen'-methode van Sensoa in samenwerking met o.a. Domus Medica toe bij mijn patiënten.
5. Ik voel me comfortabel om een vermoeden van een geweldservaring te bespreken met mijn patiënten.
6. Ik weet hoe gepast te reageren op een onthulling van een geweldservaring.
7. Ik kan de eerste psychische hulp bij een slachtoffer van seksueel of intrafamiliaal geweld voorzien.
8. Ik ben in staat om de psychologische opvolging voor een slachtoffer van seksueel of intrafamiliaal geweld te voorzien
9. Ik ben in staat om traumasensitieve zorg te bieden.
10. Ik weet welke instanties een slachtoffer holistische zorg kunnen bieden.
11. Ik gebruik de bestaande richtlijnen en handreikingen voor de aanpak van seksueel of intrafamiliaal geweld.
12. Ik weet hoe ik een slachtoffer van seksueel of intrafamiliaal geweld gericht kan verwijzen naar meer gespecialiseerde instanties.

## 7. Sterkte

Hieronder volgen enkele stellingen. Geef voor elke stelling de waarde tussen 1 en 5 aan die uw situatie het best weergeeft.

1. Hoe vaak denkt u over seksueel en intrafamiliaal geweld na?

- Heel zelden 1
- 2
- 3
- 4
- Heel vaak 5

2. Hoe snel komt uw houding tegenover seksueel en intrafamiliaal geweld in u naar boven wanneer u dergelijke vragen moet beantwoorden?

- Helemaal niet snel 1
- 2
- 3
- 4
- Zeer snel 5

3. Zou u zeggen dat wat seksueel en intrafamiliaal geweld betreft u een eenduidige mening hebt, of dat u ze met gemengde gevoelens bejegent?

- Helemaal niet eenduidig 1
- 2
- 3
- 4
- Zeer eenduidig 5

4. Hoe belangrijk is uw mening over seksueel en intrafamiliaal geweld voor u?

- Helemaal niet belangrijk 1
- 2
- 3
- 4
- Erg belangrijk 5

5. Hoe zeker voelt u zich over uw houding tegenover seksueel en intrafamiliaal geweld?

- Helemaal niet zeker 1
- 2
- 3
- 4
- Erg zeker 5

6. Hoe goed voelt u zich over seksueel en intrafamiliaal geweld op de hoogte?

- Zeer slecht op de hoogte 1
- 2
- 3
- 4
- Zeer goed op de hoogte 5

7. Hoeveel weet u volgens uzelf over seksueel en intrafamiliaal geweld?

- Heel weinig 1
- 2
- 3
- 4
- Heel veel 5

8. Het thema seksueel en intrafamiliaal geweld belangt mij ook persoonlijk aan.

- Helemaal niet akkoord 1
- 2
- 3
- 4
- Volledig akkoord 5

## 8. Tussenvraag

a. Heeft u de e-learning voor de aanpak van seksueel en intrafamiliaal geweld in de eerste lijn reeds gevolgd?
   - Ja
   - Neen

*Zo antwoord **ja** op vraag a: krijgen de deelnemers volgende 2 vraag:*

Hoe lang geleden heeft u de e-learning doorgenomen?

- *(cijfer van 0 tot 52)* we(e)k(en) geleden

*Vervolgens worden de deelnemers verwezen naar punt 9, vervolgens naar punt 10 en ten slotte naar punt 12.*

*Zo antwoord **neen** op vraag a: worden deelnemers verwezen naar punt 11 en vervolgens naar punt 12 en naar punt 13.*

## 9. Kwaliteit e-learning *(indien ja bij vraag 8)*

Hieronder volgen enkele stellingen. Geef voor elke stelling de waarde tussen 1 en 5 aan die uw situatie het best weergeeft.

1. Ik zou deze e-learning aanraden aan andere collega's.
    - o Helemaal niet akkoord 1
    - o 2
    - o 3
    - o 4
    - o Helemaal akkoord 5
2. Ik zou de e-learning in de toekomst nog gebruiken.
    - o Helemaal niet 1
    - o 2
    - o 3
    - o 4
    - o Zeker wel 5
3. De e-learning was gebruiksvriendelijk.
    - o Helemaal niet akkoord 1
    - o 2
    - o 3
    - o 4
    - o Helemaal akkoord 5
4. Wat vond u van de moeilijkheidsgraad van de e-learning?
    - o Erg eenvoudig 1
    - o 2
    - o 3
    - o 4
    - o Erg moeilijk 5
5. Wat vindt u van de toepasbaarheid van de e-learning in de praktijk?
    - o Helemaal niet toepasbaar 1
    - o 2
    - o 3
    - o 4
    - o Erg toepasbaar 5
6. Deze e-learning bood mij praktische handvatten om seksueel en intrafamiliaal geweld in de eerste lijn aan te pakken.
    - o Helemaal niet akkoord 1
    - o 2
    - o 3
    - o 4
    - o Helemaal akkoord 5
7. Wat moet volgens u zeker behouden blijven in de e-learning? *Open vraag*
8. Wat kan volgens u beter in de e-learning? *Open vraag*
9. Heeft u nog algemene opmerkingen/aanvullingen/feedback over de e-learning? *Open vraag*

## 10. Afsluiting a *(indien ja bij vraag 8)*

Bedankt voor uw deelname aan dit onderzoek.

Uw deelname draagt op deze manier bij aan het onderzoek naar de impact van de e-learning voor huisartsen en huisartsen in opleiding op hun kennis, attitude en praktijk betreffende de aanpak van intrafamiliaal en seksueel geweld in de eerste lijn.

Indien u na het invullen van deze vragenlijst nog vragen of opmerkingen heeft ten aanzien van de onderzoekers, kan u steeds contact opnemen via mail (laura.vandorpe@ugent.be).

Indien u interesse heeft om deel te nemen aan vervolgonderzoek of u wenst op de hoogte te worden gehouden van de resultaten van het onderzoek en verdere ontwikkelingen, kan u vrijblijvend via uw contactgegevens nalaten. Deze gegevens zullen apart worden bewaard van de antwoorden op de vragenlijst, waardoor volledige anonimiteit gegarandeerd wordt. Van zodra dit niet langer strikt noodzakelijk is voor de gespecifieerde doeleinden (i.e. deelnemen aan verder onderzoek of op de hoogte gebracht worden van de resultaten) en uiterlijk na afloop van het onderzoek worden alle persoonlijke contactgegevens vernietigd.

Klik op onderstaande blauwe pijl om uw contactgegevens te kunnen nalaten voor deelname aan vervolgonderzoek of om op de hoogte gehouden te worden van de resultaten van dit onderzoek.

We danken u alvast voor uw tijd en deelname.

Vriendelijke groet

Laura Van Dorpe – Huisarts in opleiding

Prof. dr. Ines Keygnaert – Onderzoekscoördinator

## 11. Afsluiting b *(indien neen bij vraag 8)*

*Afsluiting b.1*

**Zo meteen wordt u doorverwezen naar de e-learning.**

Indien u na het invullen van deze vragenlijst nog vragen of opmerkingen heeft ten aanzien van de onderzoekers, kan u steeds contact opnemen via mail (laura.vandorpe@ugent.be).

De onderzoekers plannen een week nadat u deze vragenlijst en de e-learning heeft doorlopen, u een nieuwe e-mail te sturen met de vraag een gelijkaardige vragenlijst in te vullen om de impact van de e-learning te beoordelen. Hiervoor kan u zo meteen uw contactgegevens nalaten.

Indien u op de hoogte wenst te worden gehouden van de resultaten van het onderzoek en verdere ontwikkelingen, kan u dit ook aanduiden.

Deze gegevens zullen apart worden bewaard van de antwoorden op de vragenlijst, waardoor volledige anonimiteit gegarandeerd wordt. Van zodra dit niet langer strikt noodzakelijk is voor de gespecifieerde doeleinden (i.e. deelnemen aan verder onderzoek of op de hoogte gebracht worden van de resultaten) en uiterlijk na afloop van het onderzoek worden alle persoonlijke contactgegevens vernietigd.

Laura Van Dorpe – Huisarts in opleiding

Prof. dr. Ines Keygnaert – Onderzoekscoördinator
International Centre for Reproductive Health - Universiteit Gent

*Afsluiting b.2*

Uw e-mailadres wordt gevraagd zodanig dat de onderzoekers een week na het invullen een geheugensteuntje kunnen mailen om de tweede vragenlijst in te vullen.

Vervolgens zal de link verschijnen om de e-learning te doorlopen, deze e-learning staat openbaar via het FOD Volksgezondheid waardoor de onderzoekers niet aan deze gegevens kunnen.

Klik op onderstaande pijl om uw contactgegevens te kunnen nalaten voor deelname aan vervolgonderzoek of om op de hoogte gehouden te worden van de resultaten van dit onderzoek.

## 12. Qualtrics vragenlijst om de contactgegevens te verzamelen

Duid aan welke opties voor u van toepassing zijn.

- o Ik wil deelnemen aan het vervolgonderzoek
- o Ik wil op de hoogte gehouden worden van de onderzoeksresultaten en verdere ontwikkelingen
- o Geen van bovenstaande

Aangezien we u op de hoogte moeten kunnen houden (in het kader van het vervolgonderzoek of de onderzoeksresultaten en verdere ontwikkelingen) hebben we uw contactgegevens nodig. Een e-mailadres volstaat. Dit e-mailadres zal enkel gebruikt worden voor het eerder beschreven doel en zal na afloop van het onderzoek worden verwijderd. Het e-mailadres wordt los van uw antwoorden opgeslagen. Daarom werd u nu doorverwezen naar een aparte webpagina. Het is voor de onderzoekers dus niet mogelijk om uw antwoorden in de enquête te koppelen aan uw persoonlijke gegevens (e-mailadres). Voor meer informatie over de bescherming van uw contactgegevens kan u contact opnemen met de Data Protection Officer (DPO) van de Universiteit van Gent (privacy@UGent.be).

Mijn e-mailadres: *open vraag*

Indien u na het invullen van deze vragenlijst nog vragen of opmerkingen heeft ten aanzien van de onderzoekers, kan u steeds contact opnemen via mail (laura.vandorpe@ugent.be). We danken u alvast voor uw tijd en deelname.

Vriendelijke groet

Laura Van Dorpe – Huisarts in opleiding

Prof. dr. Ines Keygnaert – Onderzoekscoördinator
International Centre for Reproductive Health - Universiteit Gent

## 13. Verwijzing naar de e-learning *(indien neen bij vraag 8)*

Klik ten slotte op deze link om de e-learning op de pagina van de FOD Volksgezondheid te doorlopen.

Je zal via het e-learningsplatform van het RIZIV kunnen inloggen en vervolgens naar de cursus 'Seksueel en intrafamiliaal geweld in de eerste lijn' verwezen worden.

Indien u na het invullen van deze vragenlijst nog vragen of opmerkingen heeft ten aanzien van de onderzoekers, kan u steeds contact opnemen via mail (laura.vandorpe@ugent.be).

We danken u alvast voor uw tijd en deelname.

Vriendelijke groet

Laura Van Dorpe – Huisarts in opleiding

Prof. dr. Ines Keygnaert – Onderzoekscoördinator

International Centre for Reproductive Health - Universiteit Gent

# Bijlage 3: Informed consent form



## Informatiebrief voor de deelnemers

**Titel van de studie:** Evaluatie van de impact van de e-learning voor huisartsen en huisartsen in opleiding op hun kennis, attitude en praktijk betreffende de aanpak van intrafamiliaal en seksueel geweld in de eerste lijn

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 eventueel dit te bespreken met de onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst.

### 1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

Intrafamiliaal en seksueel geweld vormen een belangrijk volksgezondheidsprobleem wereldwijd. Recent wetenschappelijk onderzoek toont aan dat 64,1% van de 16-tot-69-jarige inwoners van België één of andere vorm van seksueel geweld meemaakten gedurende hun leven en 44,1% werd het slachtoffer van seksueel geweld in de afgelopen 12 maanden.
We kunnen dus stellen dat intrafamiliaal en seksueel geweld veelvoorkomend is in de Belgische samenleving en er dus nood is aan een correcte aanpak vanuit de eerste lijn.
In de zomer van 2023 werd de praktische richtlijn voor huisartsen in de aanpak van intrafamiliaal en seksueel geweld in de eerste lijn gepubliceerd door het International Centre for Reproductive Health België (ICRH) in opdracht van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid.
Naar aanleiding van deze praktische richtlijn wordt een geaccrediteerde e-learning ontwikkeld voor huisartsen en gepubliceerd door het ICRH in het voorjaar van 2024 in opdracht van de FOD Volksgezondheid. Hierbij wordt dieper ingegaan op de praktische kennis en vaardigheden die nodig zijn om seksueel en intrafamiliaal geweld gericht aan te pakken.
Om de impact van deze e-learning op de kennis, attitude en praktijk van huisartsen en huisartsen in opleiding betreffende de aanpak van seksueel en intrafamiliaal geweld in de eerste lijn te evalueren, vindt een gefaseerd onderzoek plaats in het kader van deze masterproef onder begeleiding van het ICRH-UGent.
Deze evaluatie zal plaatsvinden door middel van een korte online vragenlijst naar de kennis, attitude en praktijk van huisartsen vooraf en 1 week na de hierboven beschreven e-learning.

Daarom vragen wij u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om een online vragenlijst, waarbij demografische gegevens, kennis, ervaring en houding betreffende de aanpak van seksueel en intrafamiliaal geweld in de eerste lijn zullen worden bevraagd, voor ons in te vullen. Dit zal ongeveer 15 tot 20 minuten van uw tijd in beslag nemen.

De inclusiecriteria voor deelname omvatten huisartsen en huisartsen-in-opleiding werkzaam in Vlaanderen of Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De exclusiecriteria zijn de volgende: het niet invullen van een informed consent. Deelnemers die geen huisarts of huisarts in opleiding zijn worden geëxcludeerd.
De verzamelde data kunnen in de toekomst hergebruikt worden voor een ander onderzoek.

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.

De opdrachtgever van deze studie is UGent. Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd door Laura Van Dorpe, onder supervisie van Anke Vandenberghe, huisarts in het Wijkgezondheidscentrum Lokeren, en Prof. dr. Ines Keygnaert, verbonden aan het International Centre for Reproductive Health van de Universiteit Gent.

## 2. TOESTEMMING EN WEIGERING

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om de vragenlijsten in te vullen 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. Dit zal ook geen negatieve invloed hebben op uw werkrelaties.

## 3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe en meer efficiënte methodes betreffende de aanpak van seksueel en intrafamiliaal geweld binnen de eerstelijnsgezondheidszorg.

## 4. KOSTEN

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

## 5. VERWERKING VAN PERSOONSGEGEVENS

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 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. Ook over uw andere rechten (o.a. het recht op beperking van de verwerking van uw (persoons)gegevens, het recht om uw (reeds verzamelde) gegevens te laten wissen in bepaalde omstandigheden, en het recht om een klacht in te dienen) wordt gewaakt.

Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website van de UGent (https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/privacyverklaring.htm).

Uw deelname aan de studie betekent dat uw gegevens verwerkt worden voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is noodzakelijk voor de vervulling van een taak in het algemeen belang volgens artikel 6, paragraaf 1 (e) en is noodzakelijk met het oog op wetenschappelijk onderzoek volgens artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal worden gepseudonimiseerd (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier). In het geval van pseudonimisering zal de sleutel tot deze codes enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekende en behandelende arts of de door hem/haar/hun aangestelde vervanger.
Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen worden gebruikt voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie.
Aan het begin van de vragenlijst stellen we 5 vragen om elke deelnemer een unieke code te kunnen geven. Het is voor de onderzoekers niet mogelijk om aan de hand van deze code uw identiteit te achterhalen. Deelname aan deze vragenlijst is dan ook volledig vertrouwelijk.

Enkel indien je in de vragenlijst aangeeft dat je wil deelnemen aan verder onderzoek of op de hoogte gebracht wil worden van de resultaten, vragen we om je contactgegevens in te vullen. Deze gegevens worden echter los van jouw antwoorden op de vragenlijst bevraagd en bewaard. Een koppeling van je contactgegevens met jouw antwoorden kan daardoor op geen enkele manier gebeuren. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd.

Van zodra dit niet langer strikt noodzakelijk is voor de gespecifieerde doeleinden (i.e. deelnemen aan verder onderzoek of op de hoogte gebracht worden van de resultaten) en uiterlijk na afloop van het onderzoek worden alle persoonlijke contactgegevens vernietigd. De onderzoeksgegevens moeten volgens de wetgeving op onderzoek gedurende minstens 10 jaar worden bewaard en zullen enkel worden aangewend ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek, onderwijs- of statistische doeleinden. Alle data bestemd voor lange termijn bewaring zullen worden opgeslagen op de centrale opslagplaats bij UGent DICT volgens de richtlijnen van het informatieveiligheidsbeleid.

De verantwoordelijke voor gegevensverwerking is de instelling van de hoofdonderzoeker, Prof Ines Keygnaert, verbonden aan het International Centre for Reproductive Health (UGent). Haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens. In het kader van de gegevensbescherming zullen de gegevens verwerkt worden door personen behorend tot het onderzoeksteam en aangeduid door en onder de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker inclusief interne medewerkers met een niet-gezondheidszorgberoep.
De Data Protection Officer van de Universiteit Gent (privacy@ugent.be) kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens.

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.

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam.
De Data Protection Officer kan u desgewenst ook meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

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 en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004, de Belgische wet van 7 mei 2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de Belgische Wet van 22 december 2020 betreffende medische hulpmiddelen (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 onderzoekers:

Naam: Prof. Dr. Ines Keygnaert – Anke Vandenberghe – Laura Van Dorpe

Adres: Corneel Heymanslaan 10- ICRH, ingang 75, 9000 Gent, Belgium

Telefoonnummer: Secretariaat +32 9 332 35 64

E-mail: Laura.VanDorpe@ugent.be

# Bijlage 4: Herinneringsmail

Beste collega,

Bedankt om de vragenlijst en e-learning betreffende de aanpak van intrafamiliaal en seksueel geweld in de eerste lijn vorige week te doorlopen.

Dankzij uw bijdrage kan de reeds bestaande ondersteuning verder op maat van de noden van huisartsen worden ontwikkeld en afgetoetst. Hiervoor wordt u nu gevraagd een tweede, gelijkaardige, vragenlijst in te vullen.

Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer 10-15 minuten.

De tweede vragenlijst vindt u hier: https://icrh.qualtrics.com/jfe/form/SV_6kSd0fZlRrEoxYG

Indien u reeds heeft deelgenomen aan deze tweede vragenlijst, gelieve deze e-mail te negeren.

Alvast bedankt voor uw deelname.

Met vriendelijke groeten,

Laura Van Dorpe – Huisarts in opleiding