

Ondersteuningsprogramma in de eerste lijn voor identificatie en verwijzing van vrouwelijke slachtoffers van intrafamiliaal geweld

Duiding: L. Tilley, huisarts, tutor LOK IFG bij Domus Medica

Referentie: Feder G, Davies RA, Baird K, et al. Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2011;378:1788-95.

Klinische vraag

Leidt een trainings- en ondersteuningsprogramma rond intrafamiliaal geweld (IFG) voor huisartsen tot een betere identificatie en verwijzing van vrouwelijke slachtoffers van IFG in vergelijking met huisartsen die geen training volgden?

Achtergrond

Intrafamiliaal geweld (IFG) schaadt de gezondheid^{1,2}. De slachtoffers hebben naast de directe gevolgen van het geweld ook meer kans op chronische aandoeningen zoals chronische pijn, neurologische, gastro-intestinale en gynaecologische problemen en vooral ook psychische ziektes³. Niet alle momenteel actieve huisartsen hebben in hun opleiding een training rond IFG gekregen. We vermoeden dat er in België net als in het buitenland nog te weinig gevallen van IFG geïdentificeerd worden. Uit observationeel onderzoek is gebleken dat het beleid van de Belgische huisartsen in verband met IFG zeer variabel en vaak ontoereikend is⁴.

Samenvatting van de studie

Bestudeerde populatie

- inclusie van 51 (van de 82 uitgenodigde) huisartspraktijken en eerstelijnsgezondheidscentra in twee steden in Engeland (Bristol, Londen)
- exclusiecriteria: geen EMD, onderzoeker van de studie actief in de praktijk.

Onderzoekopzet

- **clustergerandomiseerde**, gecontroleerde studie
- **stratificatie** op aandeel vrouwelijke artsen in de praktijk, aantal geregistreerde patiënten, percentage patiënten met laag inkomen en doorgemaakte postgraduaat training van de artsen
- de onderzoeksgroep nam deel aan het trainingsprogramma IRIS (Identification and Referral to Improve Safety) dat bestond uit:
 - ~ twee multidisciplinaire trainingen van twee uur voor de praktijkmedewerkers waarbij identificatie, ondersteuning en verwijzing van slachtoffers van IFG aan bod kwamen; begeleid door een psycholoog of huisarts verbonden aan de gespecialiseerde centra waarnaar achteraf kon doorverwezen worden; ondersteund met een handboek
 - ~ extra opleiding van acht uur voor één lid van het medische team (arts of verpleegkundige) die nadien de taak van referentiepersoon binnen de praktijk kreeg
 - ~ training van één uur voor het administratief personeel over beroepsgeheim en veiligheid voor patiënten
 - ~ feedbacksessies in verband met herkenning en verwijzing
 - ~ ad-hoc advies zowel telefonisch als via e-mail
 - ~ template in het EMD specifiek voor een IFG-consult
 - ~ posters en flyers voor de wachtkamer
- de controlegroep kreeg pas na afloop van de studie hetzelfde aanbod
- geen blinding van praktijkmedewerkers en begeleiders
- onderzoeker buiten het onderzoeksteam die blind was voor de randomisatie controleerde de data die uit het EMD waren geëxtraheerd.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat: aantal verwijzingen naar een gespecialiseerd centrum voor IFG, vermeld in het EMD, van 12 maanden vóór de eerste training tot 12 maanden na de tweede training (in de interventiepraktijken)

- secundaire uitkomstmaat: aantal identificaties van IFG, vermeld in het EMD voor dezelfde periode als de primaire uitkomst
- post-hoc secundaire uitkomst: aantal verwijzingen geregistreerd in de gespecialiseerde centra, zowel verwijzingen van de huisartspraktijken in de studie, zelfverwijzingen als verwijzingen via andere instanties
- resultaten gecorrigeerd voor clusterrandomisatie.

Resultaten

- uitval van drie praktijken waardoor gegevens beschikbaar waren van 24 praktijken of 7000 vrouwen voor elke onderzoekssarm
- in de interventiegroep waren er twaalf maanden na de tweede training 21 maal meer verwijzingen vermeld in het EMD dan in de controlegroep (223 versus 12 verwijzingen; rate ratio 22,1 (95% BI 11,5 tot 42,4)); van de 223 vermelde verwijzingen werden er slechts 184 gezien in de hulpcentra
- drie maal meer gevallen van IFG werden vermeld in het EMD van de interventiegroep versus de controlegroep (641 versus 236 gevallen; rate ratio 3,1 (95% BI 2,2 tot 4,3))
- zeven maal meer verwijzingen geregistreerd in de hulpcentra van patiënten uit interventiepraktijken versus controlepraktijken (238 versus 40 verwijzingen; rate ratio 6,4 (95% BI 4,2 tot 10,0)); onderscheid tussen verwijzingen van de huisartspraktijken, zelfverwijzingen en verwijzingen via andere instanties kon niet gemaakt worden.

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat een trainings- en ondersteuningsprogramma voor artsen en administratieve medewerkers in de eerste lijn de verwijzing naar gespecialiseerde diensten en de identificatie van IFG bij vrouwen verbetert. Verder menen ze dat hun bevindingen de onzekerheid over het nut van trainings- en ondersteuningsprogramma's in de eerste lijn voor IFG verminderen en aantonen dat screening van vrouwen voor IFG geen noodzakelijke voorwaarde is om de identificatie en verwijzing naar gespecialiseerde diensten te verbeteren.

Financiering van de studie: Health Foundation U.K.

Belangenconflicten van de auteurs: twee auteurs waren ook trainer van de sessies en werken nu als promotoren van het IRIS-model in het V.K.; de andere auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben.

Methodologische beschouwingen

De interventie van deze studie is uniek. De interventie werd geïmplementeerd voor alle verschillende medewerkers van een huisartspraktijk en had de bedoeling om aan elk lid de nodige tools te geven om met IFG om te gaan.

Om het effect van deze interventie op identificatie van IFG en doorverwijzing voor IFG door huisartsen correct te kunnen inschatten moesten de onderzoekers een clusterrandomisatie per praktijk uitvoeren. Na de interventie werden de resultaten geanalyseerd op individueel niveau en gecorrigeerd voor clusterrandomisatie. Correctie voor het clustereffect gebeurde ook tijdens de berekening van de power. Het aantal te includeren patiënten nodig om een verschil tussen de interventie en de controle te kunnen aantonen werd vlot gehaald. De stratificatie had als voordeel dat de groepen meer gelijk waren, maar had als nadeel dat we geen zicht meer hebben op de invloed van mogelijke confounders. Door de aard van de interventie kon men de praktijkmedewerkers en begeleiders niet blinden voor de interventie. Deze bias kon men enigszins goedmaken door de controle van de extractie van gegevens uit het EMD te laten gebeuren door een externe onderzoeker die blind was voor de randomisatie.

Het feit dat de trainers verbonden waren aan de gespecialiseerde centra waar naar verwezen kon worden, vormt een mogelijke bias voor de resultaten en bemoeilijkt de extrapolatie ervan.

Interpretatie van de resultaten

Deze studie kon een effect aantonen van het trainingsprogramma IRIS (Identification and Referral to Improve Safety) op identificatie en doorverwijzing van gevallen van IFG door de huisarts. Deze 'opleiding' verminderde de doctors-delay voor deze problematiek dus duidelijk. Deze interventie gebeurde in het V.K. waar de patiënten zijn ingeschreven bij een vaste huisarts. Extrapolatie naar de Belgische context vraagt omzichtigheid. Gezien het taboe dat op de problematiek van IFG rust, raadplegen Belgische slachtoffers van IFG vaak een spoeddienst of een andere huisarts voor geweldgerelateerde problemen, wat een gecoördineerde aanpak bemoeilijkt. In een gezondheidszorgsysteem waar de huisarts functioneert als poortwachter waardoor de patiënt verplicht is eerst hem te passeren voor hij toegang krijgt tot meer gespecialiseerde hulp, kan dat een onoverkomelijke drempel zijn met als gevolg dat de patiënt geen hulp gaat zoeken. De centra voor hulp bij IFG waren in deze studie ook wel rechtstreeks toegankelijk en verwijzing kon ook via andere instanties.

Twintig procent van de verwijzingen kwam uiteindelijk niet toe in de centra. Er zijn dus nog andere drempels die ervoor zorgen dat slachtoffers niet bij de gespecialiseerde hulp terecht komen. Er werden ook veel meer gevallen van IFG geïdentificeerd dan dat er uiteindelijk effectief in de centra toekwamen voor hulp. Dat hoeft ons niet meteen te verontrusten want zoals de richtlijn stelt⁵ is het belangrijk om bij inschakelen van extra hulpverlening het tempo van de patiënt te volgen en intussen de geweldproblematiek als eerstelijnsgezondheidswerker zelf actief op te volgen. Het is jammer dat deze studie niet onderzocht of de huisartsen na deze training er ook in slaagden om de geïdentificeerde maar niet verwezen patiënten extra te ondersteunen.

In deze studie werd overigens nergens vermeld wat het effect was op gezondheid en welbevinden van de verdere behandeling in gespecialiseerde centra voor de gezinnen. Hierover bestaat nog grote onduidelijkheid. Uit een systematische review⁶ van 10 heterogene studies (1 527 vrouwen) blijkt dat een intensieve be-

geleiding versus de gebruikelijke zorg van vrouwen in vluchthuizen leidt tot een daling van fysiek geweld, maar dat er onduidelijkheid is over het effect op emotionele mishandeling, depressie, levenskwaliteit en psychologische stress. Van ambulante behandelprogramma's of koppeltherapie is nog geen duidelijke meerwaarde op lange termijn aangetoond.

Als laatste bemerking stellen we vast dat het trainingsaanbod in België niet van dezelfde aard is als deze die onderzocht werd in de studie. De richtlijn van Domus Medica⁵ verscheen in 2009 en sindsdien wordt er een training aangeboden voor LOK-vergaderingen door Domus Medica. Deze LOK-training van een tweetal uur gebeurt in samenwerking met een medewerker van een Centrum voor Algemeen Welzijn (CAW). De CEBAM-richtlijn (met online-tool: www.ifgeweld.be) is beschikbaar voor alle huisartsen maar heeft zonder training mogelijks niet dezelfde steunende waarde bij de identificatie en doorverwijzing naar gespecialiseerde centra.

In België hebben de CAW's van de verschillende provincies in 2004 een cel partnergeweld opgericht. Zij bieden hulp aan voor koppels op doorverwijzing.

Besluit Minerva

Deze goed opgezette studie toont aan dat een doorgedreven training op praktijkniveau van huisartsen en medewerkers (ondersteund met folders, affiches en een referentiepersoon) nuttig is om een betere identificatie van IFG en een vlottere doorverwijzing voor deze problematiek naar gespecialiseerde centra te bekomen. Door de intensiteit van de interventie binnen een anders georganiseerde eerstelijns hulpverlening is extrapolatie naar de Belgische huisartspraktijk moeilijk.

Voor de praktijk

De huidige aanbeveling van Domus Medica⁵ geeft adviezen omtrent de opsporing en aanpak van partnergeweld door de huisarts. Er wordt aangeraden om bij vermoeden van partnergeweld de betrokkenen over mogelijke hulpverlening te informeren. Verder wordt benadrukt dat het belangrijk is om als hulpverlener rekening te houden met de eigen grenzen en te zoeken naar samenwerking. Deze aanbeveling wordt ondersteund door een internationale consensus dat artsen en gezondheidsmedewerkers slachtoffers van IFG moeten helpen identificeren en ondersteunen⁷.

De huidige studie toont het nut aan van intensieve trainingsprogramma's voor huisartsen en andere eerstelijns werkers en kan een belangrijke stimulans zijn om het huidige opleidingsaanbod voor Vlaamse huisartsen te intensifiëren.

Referenties: zie www.minerva-ebm.be