

# Screening en vroegtijdige counseling bij partnergeweld?

## Achtergrond

In een recente studie in het V.K. bleek de levenslange prevalentie van partnergeweld bij vrouwen 13 tot 31% te bedragen<sup>1</sup>. Volgens de Global Burden of Disease Study van 2010 is het wereldwijd de vijfde meest voorkomende oorzaak van verloren levensjaren door invaliditeit bij vrouwen<sup>2</sup>. Zowel uit kwalitatief als uit kwantitatief onderzoek blijkt dat huisartsen het meest geschikte professionele aanspreekpunt zijn voor vrouwen die het slachtoffer worden van partnergeweld<sup>1</sup>. Screening naar partnergeweld zonder een gestructureerde interventie in de eerste lijn blijkt echter weinig effect te hebben<sup>3,4</sup>.

## Samenvatting

### Guiding

Kristof Hillemans, Domus Medica; mede-auteur van de Domus Medica richtlijn: Detectie van partnergeweld

### Referentie

Hegarty K, O'Doherty L, Taft A, et al. Screening and counselling in the primary care setting for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2013;382:249-58.

Tekst onder de verantwoordelijkheid van de Nederlandstalige redactie

## Bestudeerde populatie

- 52 huisartsen uit 52 verschillende huisartspraktijken in Victoria (Australië) die voldoende patiëntcontacten met Engelstalige vrouwen hadden en die gebruik maakten van een elektronisch medisch dossier (EMD)
- 272 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 38,5 jaar die gedurende het voorgaande jaar contact hadden met één van deze huisartsen en die via een schriftelijke vragenlijst positief screenden voor partnergeweld (= angst voor hun partner gehad in de afgelopen 12 maanden); 53% woonde samen met de partner; 59% had kinderen; 30% was werkloos
- exclusiecriteria: patiënten naar wie men geen schriftelijke vragenlijst kon verzenden omwille van geen beschikbaar adres of omdat ze een cognitieve beperking hadden of onvoldoende Engels kenden; patiënten die na het invullen en terugsturen van de vragenlijst geen contactinformatie gaven, de vraag over angst slecht begrepen hadden, onvoldoende Engels kenden, niet langer tot de praktijk behoorden.

## Onderzoekopzet

- clustergerandomiseerde, gecontroleerde studie
- interventiegroep (25 huisartsen, 137 vrouwen): huisartsen kregen een training (6 uur via e-learning en 2 uur via interactief praktijkbezoek) in het omgaan met vrouwen die slachtoffer zijn van partnergeweld (actief luisteren, motiverend interview, probleemoplossende technieken); vrouwen die positief screenden werden per brief uitgenodigd voor 1 tot 6 gratis counselingssessies over een periode van 6 maanden
- controlegroep (27 huisartsen, 135 vrouwen): vrouwen die positief screenden kregen de gebruikelijke zorg wanneer ze zich bij hun huisarts aanmeldden
- in beide groepen ontvingen alle huisartsen een basiseducatiepakket over partnergeweld en alle vrouwen een lijst met gespecialiseerde hulpverlening
- alle vrouwen kregen een vragenlijst per post bij aanvang van de studie, na 6 en na 12 maanden.

## Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaten: levenskwaliteit (**WHO Quality of Life-BREF**); psychische gezondheid (**mental health score SF-12**); een veiligheidsplan opgesteld?; meer dan 5 veiligheidsbevorderende gedragingen in de afgelopen 6 maanden vertoond?
- secundaire uitkomstmaten: depressie en angst ( $\geq 8$  op de **Hospital Anxiety and Depression**

## Klinische vraag

Leidt bij volwassen vrouwen screening naar partnergeweld en aanbieden van counseling door getrainde huisartsen tot een betere levenskwaliteit, een betere veiligheidsplanning en veiligheidsgedrag en een betere psychische gezondheid vergeleken met de gebruikelijke zorg?

**Scale**); informeerde de arts naar de veiligheid van de vrouw en haar kinderen?; voelde de vrouw zich behaaglijk om met de arts haar angst te bespreken (**5-punten Likert schaal**); aard van het geweld (**Composite Abuse Scale**); visueel analoge schalen (**VAS**) die de ondervonden schade of voordeel van deelname aan het onderzoek, de ondervonden steun vanwege de arts, het gebruik van medische en gespecialiseerde hulpverlening evalueerden

- intention to treat analyse
- correctie van de resultaten voor type praktijk (stedelijk of ruraal) en basiswaarden; multiële imputatie voor ontbrekende resultaten.

## Resultaten

- 67 van de 137 vrouwen (49%) die een uitnodiging kregen volgden in totaal 160 counselingssessies (mediaan 1 sessie, range 1-6)
- primaire uitkomstmaten: na 12 maanden zag men geen statistisch significant verschil tussen de interventie- en de controlegroep in verbetering van levenskwaliteit, psychische gezondheid, opstellen van een veiligheidsplan en veiligheidsbevorderend gedrag
- secundaire uitkomstmaten: na 12 maanden waren er in de interventiegroep minder vrouwen met depressie (OR 0,3; 95% BI van 0,1 tot 0,7;  $p=0,005$ ); na 6 maanden was er in de interventiegroep bij meer vrouwen gepeild naar hun veiligheid en deze van de kinderen (OR 5,1; 95% BI van 1,9 tot 14,0;  $p=0,002$ ) en voelden meer vrouwen zich gesteund door hun arts (verschil in VAS van 16,0 (95% BI van 3,4 tot 28,7;  $p=0,01$ ).

## Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat hun bevindingen een stimulans zijn voor verder onderzoek naar korte counseling van vrouwen die partnergeweld in de eerste lijn ervaren. Zij besluiten ook dat screening per post geen goede manier is om deze vrouwen te identificeren. Verder moeten volgens hen huisartsen getraind worden in het bevragen van veiligheid bij vrouwen en hun kinderen. Hoewel geen verbetering in levenskwaliteit is aangetoond, moet men artsen ook leren om ondersteunende counseling te bieden aan vrouwen die partnergeweld ondergaan omdat deze aanpak depressieve symptomen kan verminderen.

Financiering van de studie Australian National Health and Medical Research Council

Belangenconflicten van de auteurs de auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben.

## Methodologische beschouwingen

In deze WEAVE-studie werd er gerandomiseerd op het niveau van de deelnemende artsen. Daardoor was het onmogelijk dat getrainde artsen zowel vrouwen uit de interventie- als uit de controlegroep behandelden. Op die manier kon men dus contaminatie vermijden. Bij de berekening van de steekproefgrootte hielden de onderzoekers rekening met het clustereffect. Men kon voldoende artsen en vrouwen includeren om met een power van 80% klinisch belangrijke verschillen in primaire uitkomstmaten aan te tonen. De primaire en de secundaire uitkomstmaten zijn grondig beschreven en de onderzoekers gebruikten gevalideerde vragenlijsten<sup>5-9</sup> om het effect te meten. De randomisatie en de statistische verwerking van de resultaten gebeurde blind. Blinding van artsen en vrouwen was door de aard van de interventie uiteraard niet mogelijk. Omdat men vooral gebruik maakte van zelfgerapporteerde resultaten bestaat er hierdoor een reëel risico van **responsbias**. We moeten hierbij meteen opmerken dat objectief meten van mortaliteit en morbiditeit in dit onderzoeksdomein erg moeilijk is. In beide groepen was er 30% studie-uitval. Voor de intention to treat analyse van de resultaten gebruikte men een imputatietechniek om te corrigeren voor ontbrekende gegevens.

## Interpretatie van de resultaten

Deze Australische studie is de derde gerandomiseerde, gecontroleerde studie in een Westers land over de aanpak van partnergeweld in de eerste lijn. Ook beide voorgaande studies<sup>4,10</sup> kwamen tot het besluit dat screening van asymptomatische vrouwen en aanbieden van hulp niet noodzakelijk leidt tot een verbetering van de levenskwaliteit. In tegenstelling tot de WEAVE-studie die het effect van een meer intensieve interventie door de huisarts zelf onderzocht, gebruikten de andere studies na screening een kortere interventie zoals het aanbieden van een folder, het opstellen van een veiligheidsplan of een verwijzing naar gespecialiseerde centra.

De afwezigheid van effect op het vlak van levenskwaliteit zou verklaard kunnen worden door het feit dat veel vrouwen op het moment van de diagnose van partnergeweld niet klaar zijn voor een verwijzing naar gespecialiseerde diensten. Ook in de WEAVE-studie zien we dat het gebruik van gespecialiseerde hulpverlening laag is (zo ging bijvoorbeeld slechts 1 tot 2% naar een vluchthuis) en bo-

vendien ging slechts 49% van de gescreende vrouwen van de interventiegroep in op de uitnodiging voor counseling door hun huisarts. Deze vaststelling stelt dan ook het nut van algemene screening naar partnergeweld in vraag. Over het nut van case-finding, waarbij men vrouwen vraagt naar partnergeweld in omstandigheden waar dit geweld direct geassocieerd kan zijn aan de aanmeldingsklacht, kan deze studie geen uitspraak doen. Misschien zijn vrouwen meer bereid om noodzakelijke veranderingen in hun leven, die een einde kunnen maken aan geweldadige relaties, door te voeren wanneer zij inzien dat hun gezondheidsproblemen hieruit voortvloeien.

Omdat wordt aangenomen dat elke interventie die volgt op de identificatie van asymptomatische personen moet resulteren in een verbeterde gezondheid van de gescreende populatie<sup>11</sup>, kunnen we ons ook afvragen of counseling door huisartsen op zich de moeite waard is. Het enige wat deze studie immers kon aantonen was dat vrouwen in de interventiegroep zich meer gesteund voelden, dat er meer gevraagd werd naar hun veiligheid en dat ze zich minder depressief voelden. Hierbij moeten we wel rekening houden met het feit dat een belangrijk Hawthorne-effect het effect van de interventie kan verdund hebben. In beide groepen stellen we immers vast dat het aantal vrouwen dat ernstig geweld (Composite Abuse Scale  $\geq 7$ ) onderging, afnam van 75% vrouwen in de interventiegroep en 71% in de controlegroep bij aanvang van de studie naar respectievelijk 47% en 42% vrouwen na 12 maanden follow-up. Ook waren de meeste vrouwen blij dat ze hadden deelgenomen aan de studie en de helft gaf aan dat de levenskwaliteit verbeterd was.

## Referenties

1. Feder G, Ramsay J, Dunne D, et al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technol Assess* 2009;13:1-347.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD 2010 leading causes and risks by region heat map.
3. Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I. Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the 2004 Preventive Services Task Force recommendation. *Ann Intern Med* 2012;156:796-808.
4. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, et al. Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA* 2009;302:493-501.
5. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA; WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res* 2004;13:299-310.
6. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-83.
7. McFarlane J, Parker B, Soeken K, et al. Safety behaviors of abused women after an intervention during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs* 1998;27: 64-9.
8. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
9. Hegarty K, Bush R, Sheehan M. The composite abuse scale: further development and assessment of reliability and validity of a multi-dimensional partner abuse measure in clinical settings. *Viol Vict* 2005;20:529-47.
10. Klevens J, Kee R, Trick W, et al. Effect of screening for partner violence on women's quality of life: a randomized controlled trial. *JAMA* 2012;308:681-9.
11. Wilson JM, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Public Health Papers nr 34. Geneva: WHO, 1968.
12. De Deken L, Pas L, Hillemans K, et al. Detectie van partnergeweld: een aanbeveling voor de huisarts. *Huisarts Nu* 2010;39:S57-S63.

## Besluit van Minerva

Deze studie van methodologisch goede kwaliteit toont aan dat een algemene screening van vrouwen naar partnergeweld en het aanbieden van counseling door de huisarts aan vrouwen die positief screenden voor partnergeweld, niet leidt tot een betere levenskwaliteit, meer veiligheidsplanning en veiligheidsgedrag en een betere psychische gezondheid vergeleken met gebruikelijke zorg.

## Voor de praktijk

De richtlijn van Domus Medica over detectie van partnergeweld raadt een algemene screening van vrouwen niet aan, tenzij tijdens de zwangerschap. Bij consensus wordt wel voorgesteld dat de arts in geval van onverklaarde en vage klachten, gedragsveranderingen, psychische problemen zoals angst en depressie, herhaalde traumata en veelvuldig consulteren peilt naar partnergeweld. Met het stellen van een beperkt aantal directe vragen kan partnergeweld hierbij vroegtijdig onthuld worden<sup>12</sup>. Zoals eerdere studies zet ook deze studie systematische screening naar partnergeweld in vraag.