

# Signalering van lichamelijke mishandeling

Manon Ceelen, Tina Dorn, Marcel Buster, Koos de Keijzer, Udo Reijnders

## Inleiding

Lichamelijke mishandeling is een veelvoorkomende vorm van huiselijk geweld en vormt een groot maatschappelijk probleem in Nederland. Onderzoek heeft aangetoond dat ongeveer 27% van de Nederlandse bevolking dagelijks tot wekelijks wordt blootgesteld aan huiselijk geweld.<sup>1</sup> In totaal loopt een op de vijf slachtoffers van huiselijk geweld lichamelijk letsel op tijdens het voorval. De consequenties van huiselijke geweldpleging voor de gezondheid

## Samenvatting

Ceelen M, Dorn T, Buster MCA, De Keijzer JC, Reijnders UJL. Signalering van lichamelijke mishandeling. *Huisarts Wet* 2010;53(9):479-83.

**Inleiding** Huisartsen spelen een belangrijke rol bij het signaleren van lichamelijk letsel dat is veroorzaakt door huiselijk geweld.

Doel van dit onderzoek was om de ervaringen van huisartsen op dit gebied te inventariseren.

**Methode** We schreven 412 zelfstandig gevestigde Amsterdamse huisartsen aan met het verzoek een vragenlijst over de signalering van lichamelijk geweld in te vullen. We kregen 251 bruikbare vragenlijsten terug (respons 61%).

**Resultaten** Vijfenzestig procent van de huisartsen gaf aan dat er gedurende de huisartsenopleiding aandacht is besteed aan de signalering van lichamelijke mishandeling; 64% van de huisartsen heeft na- en/of bijscholing gevolgd op dit gebied. Scholing en karakteristieken van de huisarts bleken belangrijke factoren die van invloed zijn op het aantal vermoedens van lichamelijke mishandeling. Bijna driekwart van de huisartsen gaf aan belemmeringen en/of beperkingen te ervaren bij het signaleren van lichamelijke mishandeling. Het merendeel van de huisartsen stond positief tegenover het idee huisartsen de mogelijkheid te bieden vermoedens van lichamelijke mishandeling direct te bespreken met een forensisch arts (70%).

**Conclusie** Een groot deel van de huisartsen ervaart belemmeringen bij het signaleren van lichamelijke mishandeling. Scholing en consultatie van een forensisch arts zouden kunnen worden ingezet om ervoor te zorgen dat huisartsen beter in staat zijn om lichamelijke mishandeling te signaleren.

GGD Amsterdam, afdeling Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering, Postbus 2200, 1000 CE Amsterdam: dr. M. Ceelen, onderzoeker; dr. T. Dorn, onderzoeker; dr. M.C.A. Buster, onderzoeker. Afdeling Forensische Geneeskunde: dr. U.J.L. Reijnders, forensisch arts; J.C. de Keijzer, forensisch arts.

Correspondentie: mceelen@ggd.amsterdam.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

en het welzijn van slachtoffers op korte en langere termijn zijn vaak ernstig. Jaarlijks overlijden zo'n veertig tot vijftig kinderen en zestig tot tachtig vrouwen aan de gevolgen van huiselijk geweld.<sup>2,3</sup> Veel slachtoffers van huiselijk geweld laten hun letsel behandelen bij de huisarts of spoedeisende hulp, bezoeken de huisarts geregeld met allerlei lichamelijk onverklaarbare klachten en gebruiken veelvuldig pijnstillers. Desondanks herkennen huisartsen het onderliggende geweldsprobleem vaak niet en maken ze dit niet bespreekbaar.<sup>4-7</sup> Bovendien blijkt uit onderzoek dat veel mishandelde vrouwen de arts niet uit eigen beweging inlichten over de mishandeling.<sup>8</sup> Veel slachtoffers ervaren door schaamte en/of angst een drempel en brengen de mishandeling daarom niet ter sprake. Zij blijken wel bereid erover te spreken als de arts dit onderwerp zou aansnijden.<sup>9</sup> Het is dus essentieel dat medici zeer alert zijn op tekenen die verband kunnen houden met huiselijk geweld, om vervolgens het gesprek met de patiënt aan te gaan. In Nederland dragen artsen in toenemende mate de verantwoordelijkheid voor de signalering, diagnostiek en aanpak van mishandeling, mede door de ontwikkeling van diverse meldcodes.<sup>10,11</sup> Gezien hun positie ten opzichte van de patiënt en het gezin zouden in het bijzonder huisartsen door vroegtijdige signalering een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de strijd tegen huiselijk geweld. Dankzij de begeleiding van de patiënt of verwijzing naar vervolghulp kunnen huisartsen hierbij een essentiële rol spelen. Uit onderzoek blijkt dat het geweld in ongeveer 50% van de gevallen stopt als het slachtoffer zich ertegen verzet.<sup>1</sup>

Letsels vormen een belangrijke aanwijzing voor mishandeling. Huisartsen hebben echter moeite om verwondingen te herkennen die door geweld zijn veroorzaakt.<sup>12</sup> Recent dossieronderzoek toonde aan dat men kindermishandeling op de huisartsenpost vaak niet opmerkt.<sup>13</sup> Ook het feit dat het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en het Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld relatief weinig meldingen ontvangen van huisartsen, doet vermoeden dat zij belemmeringen ervaren bij de signalering en/of aanpak van huiselijk geweld.<sup>14,15</sup> Huisartsen zijn zelf van mening dat er tijdens hun opleiding weinig aandacht was voor het herkennen van lichamelijke mishandeling en dat zij op dit punt praktijkervaring missen.<sup>16</sup>

Ons onderzoek heeft als doel zicht te krijgen op de signalering door huisartsen van lichamelijke letsels die zijn veroorzaakt door huiselijk geweld, de knelpunten die zij hierbij ervaren en op welke wijze deze signalering verbeterd dan wel ondersteund kan worden.

## Methode

In juni 2008 schreven we 412 zelfstandig gevestigde Amsterdamse huisartsen aan met het verzoek een vragenlijst over de signalering van lichamelijk geweld in te vullen. Half juli en begin september

### Wat is bekend?

► Huisartsen spelen een belangrijke rol bij het signaleren van lichamelijk letsel dat is veroorzaakt door huiselijk geweld.

### Wat is nieuw?

► Scholing en de mogelijkheid tot het consulteren van een forensisch arts zouden een positieve bijdrage kunnen leveren aan de deskundigheidsbevordering van huisartsen met betrekking tot de herkenning van huiselijk geweld.

van datzelfde jaar stuurden we een herinneringsbrief, inclusief een vragenlijst naar de huisartsen. De vragenlijst bevatte vragen over de volgende onderwerpen: scholing op het gebied van signalering van lichamelijke mishandeling, aantal vermoedens van lichamelijk geweld en handelen van de huisarts, knelpunten bij de signalering van lichamelijke mishandeling, forensische consultatie en informatieoverdracht. Bij de ontwikkeling van de huidige vragenlijst maakten we onder andere gebruik van de KNMG-vragenlijst voor onderzoek naar de knelpunten bij de signalering van kindermishandeling.<sup>17</sup>

De Amsterdamse huisartsenkring, de belangenvereniging voor Amsterdamse huisartsen, steunde het huidige vragenlijstonderzoek door een aankondiging van het onderzoek op hun website te plaatsen.

We analyseerden de gegevens met behulp van SPSS (versie 17). We voerden een multivariate logistische regressieanalyse uit om na te gaan welke factoren invloed uitoefenen op het volgen van na- en/of bijscholing op het gebied van signalering van lichamelijke mishandeling. De invloed van factoren op het aantal vermoedens van lichamelijke mishandeling onderzochten we met behulp van multivariate poissonregressie.

## Resultaten

### De respons

In totaal kregen we 251 bruikbare vragenlijsten terug (respons 61%). De achtergrondkenmerken van de deelnemende huisartsen staan in tabel 1.

### Scholing op het gebied van de signalering van lichamelijke mishandeling

Ongeveer 56% (n = 137) van de huisartsen gaf aan dat er gedurende de huisartsenopleiding aandacht was voor de signalering van lichamelijke mishandeling. Ruim 22% van de huisartsen (n = 27) beoordeelde de aandacht voor dit onderwerp gedurende hun opleiding als 'onvoldoende'; 37% (n = 45) en 40% (n = 49) van de huisartsen vond de aandacht respectievelijk 'matig' en 'voldoende'. Geen van de respondenten beoordeelde de aandacht als 'goed'. Vierenzestig procent van de huisartsen heeft na- en/of bijscholing gevolgd op het gebied van de signalering van lichamelijke geweldpleging (n = 159). De mate waarin deze scholing volgens de artsen heeft geleid tot een verbeterd vermogen om lichamelijke mishandeling te signaleren varieerde van 'onvoldoende' (2%; n = 3), 'matig' (42%; n = 63), 'voldoende' (47%; n = 71) tot 'goed' (9%; n = 13). Veertien procent van de huisartsen gaf aan noch

scholing tijdens de huisartsenopleiding, noch na- of bijscholing gevolgd te hebben. Het volgen van na- en/of bijscholing bleek afhankelijk van geslacht en het aantal jaren werkervaring (tabel 2). Mannelijke huisartsen en huisartsen met relatief weinig werkervaring hebben significant minder vaak na- en/of bijscholing gevolgd. Huisartsen die aangaven tijdens hun opleiding geen onderwijs in signalering te hebben gekregen, bleken niet significant vaker na- en/of bijscholing te hebben gevolgd.

### Vermoedens en handelen van de huisarts

Het merendeel van de huisartsen heeft in de voorafgaande 12 maanden het vermoeden gehad dat er binnen hun eigen patiëntenpopulatie gevallen van lichamelijke mishandeling waren (76%; n = 191). Ongeveer de helft van de huisartsen heeft dit gedurende deze periode 1 tot 2 keer meegemaakt, 35% van de huisartsen vermoedde dit 3 tot 5 keer en 11% meer dan 5 keer. Huisartsen die bij- en/of nascholing gevolgd hadden rapporteerden significant meer vermoedens van lichamelijke mishandeling, dan huisartsen die geen nascholing hadden gevolgd (tabel 3). Ook bleken huisartsen met relatief veel werkervaring, huisartsen die < 32 uur per week werkten en vrouwelijke huisartsen significant vaker vermoedens te hebben. Zo'n 55% van de huisartsen gaf aan vermoedens altijd uit te spreken richting de patiënt, 35% van de huisartsen deed dit soms en 10% van de huisartsen deed dit nooit. In de gevallen dat de huisarts een vermoeden uitsprak, bevestigde de patiënt dit altijd (37%), soms (29%) of nooit (35%).

### Knelpunten

Bijna driekwart van de huisartsen bleek in de praktijk belemmeringen en/of beperkingen te ervaren bij het signaleren van lichamelijke mishandeling (n = 182). De belangrijkste knelpunten waren 'onduidelijke signalen', 'tekort aan kennis en vaardigheden' en 'tekort aan ervaring' (tabel 4). De overige aspecten, waaronder 'vertrouwsrelatie jegens gezinsleden', 'te weinig tijd', 'persoonlijke betrokkenheid' en 'organisatorische belemmeringen' werkten in

Tabel 1 Achtergrondkenmerken van de deelnemende huisartsen

	Onderzoekspopulatie (n = 251)	%
Mannelijk geslacht	127	53
Vrouwelijk geslacht*	114	47
Leeftijd		
- Gemiddelde leeftijd	49,7 ± 8,3 jaar	
- 30-39 jaar	29*	12,1
- 40-49 jaar	85	35,4
- 50-59 jaar	97	40,4
- ≥ 60 jaar	29	12,1
Huisartsgeneeskundige werkervaring		
- Gemiddelde aantal jaren werkervaring	17,5 ± 9,7 jaar	
- < 10 jaar	66*	27,6
- 10-19 jaar	68	28,5
- 20-29 jaar	72	30,1
- ≥ 30 jaar	33	13,8
Duur huidige werkweek		
- Gemiddelde werkweek (uren)	34,3 ± 9,3 uur	
- < 24 uur	31*	13,0
- 25-32 uur	98	41,2
- 33-40 uur	78	32,8
- ≥ 40 uur	31	13,0

\* De totalen tellen bij de verschillende variabelen niet op tot 251, omdat sommige huisartsen vragen hebben opengelaten.

**Tabel 2** Multivariate logistische regressieanalyse: factoren die samenhangen met het volgen van na- en/of bijscholing op het gebied van de signalering van lichamelijke mishandeling

	Volgen van na- en/of bijscholing		
	OR	95%-BI	p-waarde
Mannelijk geslacht	0,4	0,2-0,7	0,002
Meer huisartsgeneeskundige werkervaring (> 15 jaar)	2,0	1,0-3,9	0,04
Langere werkweek (> 32 uur)	0,7	0,4-1,2	0,2
Aandacht tijdens de opleiding	0,8	0,4-1,5	0,4

**Tabel 3** Multivariate poissonregressieanalyse: factoren die van invloed zijn op het aantal vermoedens van lichamelijke mishandeling van de huisarts in twaalf maanden tijd

	Aantal vermoedens		
	B	95%-BI	p-waarde
Mannelijk geslacht	-0,64	-1,08 - -0,20	0,005
Meer huisartsgeneeskundige werkervaring (> 15 jaar)	1,31	0,79 - 1,82	< 0,001
Langere werkweek (> 32 uur)	-0,67	-1,14 - -0,21	0,005
Aandacht tijdens opleiding	0,10	-0,42 - 0,63	0,7
Bij- en/of nascholing	1,24	0,79 - 1,69	< 0,001

**Tabel 4** Aard en mate van belemmering ervaren door 182 huisartsen bij de signalering van lichamelijke mishandeling

	Nooit	Soms	Vaak	Altijd
<b>Ervaren knelpunten</b>				
Onduidelijke signalen	3,3%	26,5%	61,9%	8,3%
Tekort aan kennis en vaardigheden	6,1%	72,4%	19,3%	2,2%
Tekort aan ervaring	8,3%	54,7%	33,7%	3,3%
Vertrouwensrelatie versus gezinsleden	12,7%	51,9%	28,2%	7,2%
Te weinig tijd	31,8%	40,4%	24,4%	3,4%
Persoonlijke betrokkenheid	43,9%	48,4%	5,5%	2,2%
Organisatorische belemmeringen	46,2%	38,2%	15,6%	-

**Tabel 5** Verwacht gebruik van verschillende typen forensische consultatie door huisartsen

Type forensische consultatie	Nooit	Soms	Vaak	Altijd
Telefonisch overleg	6,0%	50,6%	31,8%	11,6%
Beoordeling letsel door forensisch arts met behulp van foto's	38,3%	51,9%	8,4%	1,4%
Beoordeling patiënt met letsel door forensisch arts	20,6%	61,9%	13,0%	4,5%

lichtere mate beperkend. Daarnaast noemden diverse huisartsen factoren als 'onvoldoende gesprekstechnieken', 'ontkenning van de patiënt', 'culturele en/of taalbarrière', 'angst om het mis te hebben' en de 'aanwezigheid van de (vermoedelijke) dader, die het onderzoek/gesprek belemmerde'. Enkele huisartsen dachten dat huisartsen gevallen van mishandeling soms niet opmerken doordat ze de signalen waarschijnlijk niet voldoende (h)erkennen en/of niet stilstaan bij de mogelijkheid van mishandeling. Huisartsen die aangaven knelpunten te ervaren maakten gemiddeld langere werkweken dan huisartsen die zich niet belemmerd voelden (respectievelijk  $36,7 \pm 9,9$  uur per week versus  $33,4 \pm 8,9$  uur;  $p = 0,013$ ). Wat betreft scholing, het aantal jaar werkervaring, leeftijd en geslacht waren er geen verschillen tussen deze twee groepen.

#### Forensische consultatie en informatieoverdracht

We inventariseerden wat Amsterdamse huisartsen vinden van de mogelijkheid om hun vermoedens over lichamelijke mishandeling direct met een forensisch arts te bespreken. Zeventig procent van de huisartsen ( $n = 170$ ) beoordeelde deze mogelijkheid als nuttig, van wie 41% redelijk nuttig en 29% zeer nuttig. Tweeëntwintig procent koos de antwoordoptie 'neutraal', 6% de antwoordoptie

'redelijk onnuttig' en 3% de antwoordoptie 'erg onnuttig'. Deze beoordeling hing niet samen met het ervaren van knelpunten bij de signalering van lichamelijke mishandeling of andere kenmerken van de huisarts. Vrijwel alle huisartsen verwachtten gebruik te zullen maken van de mogelijkheid om vermoedens van lichamelijke mishandeling telefonisch te bespreken met een forensisch arts (94%; tabel 5). Minder huisartsen verwachtten dat zij fotografisch beeldmateriaal van verdacht lichamelijk letsel ter beoordeling aan de forensisch arts zouden sturen (62%). Ongeveer 79% van de huisartsen dacht dat zij patiënten met lichamelijk verdacht letsel zouden laten onderzoeken door een forensisch arts. Tot slot wilden de meeste huisartsen graag informatie over het bezoek van hun eigen patiënten aan het letselsprekuur van de GGD (88%). Ongeveer 45% van de huisartsen gaf aan een kopie van de letselverklaring van de forensisch arts te willen ontvangen.

#### Beschouwing

Ons onderzoek beschrijft de ervaringen van huisartsen op het gebied van de signalering van lichamelijke mishandeling. Slechts een krappe meerderheid van de huisartsen gaf aan scholing te hebben ontvangen op het gebied van de signalering van lichamelijke mishandeling tijdens de huisartsenopleiding. Daarnaast was een aanzienlijk deel van de huisartsen niet tevreden over de beperkte aandacht voor dit onderwerp tijdens deze opleiding. Ruim de helft van de huisartsen bleek na- en/of bijscholing te hebben gevolgd over het signaleren van lichamelijke geweldpleging. Vrouwelijke huisartsen gaven significant vaker aan na- en/of bijscholing op dit gebied te hebben gevolgd dan mannelijke huisartsen. Op basis van ons onderzoek zijn deze verschillen niet te verklaren. In de literatuur suggereert men echter dat de sekse van de huisarts van invloed is op de houding en het handelen ten aanzien van slachtoffers van huiselijk geweld.<sup>18,19</sup> Ongeveer de helft van de huisartsen voelde zich na het volgen van bij- en/of nascholing beter in staat lichamelijke mishandeling te signaleren. Onlangs werd forse kritiek geuit op de huidige curriculumsamenstelling van zowel de basisopleiding als de huisartsenopleiding.<sup>20</sup> Het onderwijs over huiselijk geweld is facultatief, met als gevolg

## Abstract

Ceelen M, Dorn T, Buster MCA, De Keijzer JC, Reijnders UJL. Identifying physical abuse *Huisarts Wet* 2010;53(9):479-83.

**Objective** General practitioners (GPs) play an important role in identifying physical injuries caused by domestic violence. The aim of this study was to investigate the experience of GPs in this area.

**Design** Questionnaire survey.

**Method** In total, 412 GPs in Amsterdam, the Netherlands, were asked to complete a questionnaire on identifying physical violence and 251 questionnaires were returned (response rate 61%).

**Results** Sixty-five percent of the GPs indicated that their GP training programme had included how to identify physical abuse, and 64% had attended a refresher course on this. Education and GP characteristics appeared to be important factors influencing suspicions of physical abuse. Almost 75% of the GPs reported experiencing barriers and/or limitations when identifying physical abuse. The majority (70%) welcomed the idea of directly consulting a forensic doctor if they suspected physical abuse.

**Conclusion** A large proportion of GPs experienced difficulties when identifying physical abuse. Education and consultation with a forensic doctor could enable GPs to better identify physical abuse.

dat de kennis over kindermishandeling en geweld binnen het gezin bij artsen in het algemeen grote lacunes vertoont.

Een groot deel van de huisartsen in ons onderzoek gaf aan knelpunten te ervaren bij de signalering van lichamelijk geweld, in het bijzonder een gebrek aan kennis, vaardigheden en ervaring, en onduidelijke signalen van de patiënt. Het feit dat een groot deel van de huisartsen worstelt met verschillende aspecten die tijdige signalering kunnen belemmeren, pleit voor een aanpak ter verbetering. Scholing zou hierbij een belangrijke rol kunnen spelen. Huisartsen die bij- en/of nascholing op dit gebied volgden, rapporteerden significant meer vermoedens van lichamelijk mishandeling en spraken dit vermoeden vaker uit richting de patiënt, dan huisartsen zonder deze vorm van scholing. Eerder onderzoek naar het effect van scholing toonde een verbeterd bewustzijn van huisartsen aan ten aanzien van partnergeweld en liet ook zien dat ze actiever doorvroegen bij vrouwelijke patiënten met onduidelijke signalen die niet direct wijzen op mishandeling.<sup>21</sup> Huisartsen die een anderhalve dag durende training volgden rapporteerden 4,5 keer meer gevallen van partnergeweld in vergelijking met de controlegroep. Nascholing lijkt dus een geschikte methode om het bewustzijn, de signalering en de aanpak van geweld in de huiselijke sfeer te bevorderen.

Consultatie van een forensisch arts door huisartsen bij verdacht lichamelijk letsel kan misschien leiden tot een verbeterde opsporing van stelselmatige lichamelijke mishandeling. Forensisch artsen hebben expertise op het gebied van letselbeoordeling, inclusief de ontstaansmechanismen. Bij de GGD Amsterdam maken forensisch artsen in opdracht van politie en justitie jaarlijks ongeveer 1500 letselverklaringen op.<sup>22</sup> Reijnders et al. toonden aan dat

forensisch geneeskundigen beter in staat zijn geweldgerelateerde letsels te beoordelen, dan artsen en verpleegkundigen die werkzaam zijn op de spoedeisende hulp.<sup>23</sup> Het merendeel van de huisartsen staat positief tegenover de mogelijkheid tot forensische consultatie om de signalering en kennis op dit gebied binnen hun beroepsgroep te verbeteren. Men verwacht dat forensische consultatie vooral meerwaarde heeft op het moment dat de huisarts lichamelijk letsel signaleert, maar niet goed kan achterhalen of er werkelijk sprake is lichamelijke mishandeling. Hoewel er op het gebied van intercollegiale consultatie binnen de huisartsgeneeskunde al enige ervaring is,<sup>24,25</sup> is de consultatie van een forensisch arts door huisartsen nog relatief nieuw en onbekend. Een goede samenwerking met en bereikbaarheid van de forensisch arts zijn belangrijke vereisten om de huisartsen op deze wijze een werkbaar aanvulling te kunnen bieden. Per heden is het mogelijk voor artsen, al dan niet huisartsen, om 24 uur per dag en 7 dagen per week te overleggen met een forensisch arts die verbonden is aan het Forensisch Medisch Expertisecentrum ([www.formedex.nl](http://www.formedex.nl)). Telefonische consultatie van een forensisch arts is hierdoor praktisch gezien gemakkelijk uitvoerbaar en vrijwel de helft van de huisartsen (43%) gaf aan deze mogelijkheid vaak tot altijd te zullen benutten. De overige genoemde forensische consultatiemogelijkheden zullen eerst een praktische uitwerking moeten krijgen. Zo is het ontbreken van een digitale camera in de huisartsenpraktijk een veelgenoemde reden om fotografisch beeldmateriaal niet te laten beoordelen. Bij het signaleren en aanpakken van huiselijk geweld kan het ook nuttig zijn als de forensisch arts zijn letselverklaringen aan de huisarts overdraagt.

De respons op ons vragenlijstonderzoek is met 61% alleszins redelijk te noemen. We konden geen non-responsanalyse uitvoeren omdat we niet beschikten over achtergrondgegevens van de niet-responderende huisartsen. Hierdoor konden we niet nagaan in hoeverre de achtergrondkenmerken van respondenten en niet-respondenten verschilden. Het is niet uit te sluiten dat er selectiebias is opgetreden. Daarnaast is *recall bias* een veelvoorkomende beperking van retrospectief onderzoek.<sup>26</sup> Onder recall bias verstaat men de vertekening van de onderzoeksresultaten doordat de relevante gebeurtenis lang geleden heeft plaatsgevonden. In het huidige onderzoek kunnen verschillende aspecten onderhevig geweest zijn aan deze vorm van bias. Zo vroegen we artsen in hoeverre er tijdens hun opleiding aandacht was voor de signalering van lichamelijk geweld. Voor sommigen is het inmiddels tientallen jaren geleden dat zij hun opleiding volgden. Enkele huisartsen hebben de opleiding in het geheel niet gevolgd omdat die pas in de jaren zeventig is gestart. Ook vroegen we huisartsen hoe vaak zij vermoedden dat er in hun patiëntenpopulatie sprake was van lichamelijke mishandeling. We verwachten dat hier de recall bias beperkt is gebleven doordat we voor een recent tijdvak hebben gekozen (de voorafgaande twaalf maanden). Tot slot moet men bedenken dat lichamelijk zichtbaar letsel niet de belangrijkste indicator van huiselijke geweldpleging is. Slachtoffers van huiselijk geweld vertonen vaak specifieke somatische en psychische klachten, waardoor identificatie van deze groep bijzonder com-



Foto: Shutterstock/Rudiyanto Wijaya

plex is. Diverse screeningsmethoden kunnen artsen ondersteuning bieden bij de opsporing van deze slachtoffers.<sup>6,27,28</sup>

Dit artikel wil inzicht bieden in de huidige knelpunten die huisartsen ervaren bij de signalering van lichamelijke mishandeling. Scholing en de mogelijkheid om een forensisch arts te consulteren kunnen een positieve bijdrage leveren aan de deskundigheidsbevordering van huisartsen ten aanzien van de herkenning van huiselijk geweld. Dit is zowel voor de patiënt, als voor de behandelend arts van groot belang.

#### Literatuur

- 1 Van Dijk T, Flight S, Oppenhuis E, Duesmann B. Huiselijk geweld – aard, omvang en hulpverlening. Den Haag: Intomart, Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek, 1997.
- 2 Kuyvenhoven MM, Hekkink CF, Voorn TB. Overlijdensgevallen onder 0-18-jarigen door vermoede mishandeling: naar schatting 40 gevallen in 1996 gebaseerd op een enquête onder huisartsen en kinderartsen. Ned Tijdschr Geneesk 1998;142:2515-8.
- 3 Van Gurp L. De veilige gemeente. Utrecht: Stichting TransAct, 2000.
- 4 Hamberger LK, Ambuel B, Marbella A, Donze J. Physician interaction with battered women: the women's perspective. Arch Fam Med 1998;7:575-82.
- 5 Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römken R, Lagro-Janssen T. Utilisation of health care by women who have suffered abuse: a

- descriptive study on medical records in family practice. Br J Gen Pract 2007;57:396-400.
- 6 Compernelle T. Eerste hulp bij kindermishandeling en het Struisartsyndroom. Tijdschr Kindergeneesk 1996;64:168-79.
- 7 Marquet R, Schellevis F, Donker G. Slachtoffers van geweld zijn grootgebruikers van de huisartsenzorg. Huisarts Wet 2006;10:489.
- 8 Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Romkens R, Hezemans D, Lagro-Janssen T. Talking matters: abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. Patient Educ Couns 2008;70:386-94.
- 9 Drijber B, Reijnders UJL, Ceelen M. Vrouwelijke slachtoffers van huiselijk geweld zoeken meestal geen hulp bij de huisarts. Huisarts Wet 2009;52:6-10.
- 10 Artsen en kindermishandeling. Meldcode en stappenplan. Utrecht: KNMG, 2008.
- 11 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Meldcode huiselijk geweld, kindermishandeling, vrouwelijke genitale verminking en eergeerelateerd geweld. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2008.
- 12 Reijnders UJL, Van Baasbank MC, Van der Wal G. Diagnosis and interpretation of injuries: a study of Dutch general practitioners. J Clin Forensic Med 2005;12:291-5.
- 13 Goren SS, Raat AC, Broekhuijsen-van Henten DM, Russel IMB, Van Stel HF, Schrijvers AJP. Kindermishandeling vaak niet herkend op de huisartsenpost. Retrospectief statusonderzoek bij mishandelde kinderen. Ned Tijdschr Geneesk 2009;153(B127).
- 14 Van Rijssel WGH. Oog voor kindermishandeling, meldingen bij het AMK. Epidemiol bull 2007;42:15-20.
- 15 Jaarrapport Blijf Groep – thuis in huiselijk geweld. Amsterdam: Stichting Blijf Groep, 2008.
- 16 Reijnders UJL, Van Baasbank MC, Van der Wal G. Van de trap gevallen. Med Contact 2004;43:1678-9.
- 17 De Vries KM, Wieggersma PA. Knelpunten bij de aanpak van kindermishandeling. Groningen: UMCG, Sociale Geneeskunde, 2007.
- 18 Rose K, Saunders DG. Nurses' and physicians' attitudes about women abuse: the effects of gender and professional role. Health Care Women Int 1986;7:427-38.
- 19 Lo Fo Wong SH, De Jonge A, Wester F, Mol SLS, Römken RR, Toine Lagro-Janssen, T. Discussing partner abuse: does doctor's gender really matter? Fam Prac 2006;23:578-86.
- 20 Lo Fo Wong S. Huisartsen herkennen kindermishandeling zelden. Ned Tijdschr Geneesk 2009;153:B89.
- 21 Lo Fo Wong S, Wester F, Mol SS, Lagro-Janssen TL. Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial. Br J Gen Pract 2006;56:249-57.
- 22 Dorn T, Ceelen M, De Keijzer JC. Verrichtingen forensische geneeskunde regio Amsterdam. Formatius 2005-2007. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2008.
- 23 Reijnders UJL, Giannakopoulos GF, De Bruin KH. Assessment of abuse-related injuries: a comparative study of forensic physicians, emergency room physicians, emergency room nurses and medical students. J Forensic Leg Med 2008;15:15-9.
- 24 Crebolder HFJM. Opnieuw: intercollegiale toetsing via waarneemgroepen – een haalbare kaart? Huisarts Wet 1993;28:168-70.
- 25 Schuit KW, Cost Bude PE, Van Heest FE, Rolf C. Bellen met een consultant is effectief bij terminale zorg. Huisarts Wet 2003;46:388-91.
- 26 Raphael K. Recall bias: a proposal for assessment and control. Int J Epidemiol 1987;16:167-70.
- 27 Brown JB, Lent B, Brett PJ, Sas G, Pederson LL. Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. Fam Med 1996;28:422-8.
- 28 Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Norton IM, Lowenstein SR, Abbott JT. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. JAMA 1997;277:1357-61.