Mishandelde vrouwen over onthulling aan de huisarts: praten helpt echt

Sylvie Lo Fo Wong, Fred Wester, Saskia Mol, Renée Römkens, Door Hezemans, Toine Lagro-Janssen

Inleiding

Huisartsen vragen hun vrouwelijke patiënten zelden naar partnergeweld, uit angst dat ze daarmee de doos van Pandora openen.[1,2] Ook na een onthulling hebben veel huisartsen moeite om verder te praten met een mishandelde vrouw, omdat zij zich afvragen of hun inspanning wel iets oplevert. Gebrek aan training, tijdnood, angst om te beledigen en onzekerheid over wat ze moeten vragen en doen vormen belangrijke belemmeringen op dit gebied. Daarom wordt partnergeweld slechts zelden herkend.[3-9]

De meeste vrouwen, of ze nu zijn mishandeld of niet, vinden het echter wel geoorloofd dat artsen ernaar vragen.[3,5,10,11] Uit eerder onderzoek blijkt dat vrouwen er juist behoefte aan hebben dat de huisarts vragen stelt over partnergeweld.[10-13] Zij benadrukken hoe belangrijk het is dat de huisarts compassie toont, de eigenwaarde van de patiënte bevestigt, het geweld erkent en accepteert dat verandering de nodige tijd kost.[13,14] Twee recente onderzoeken toonden aan dat mishandelde vrouwen die over het geweld vertelden en vervolgens deelnamen aan een ondersteuningsprogramma, in staat waren tot verandering. Volgens het veranderingsmodel van Prochaska en DiClemente (voorbeschouwing, overweging, voorbereiding, actie en handhaving) is een voorwaarde voor verbetering van de situatie dat de vrouw haar mishandelingsrelatie als een probleem ziet en openstaat voor verandering.[15,16]

Er is nog weinig bekend over wat mishandelde vrouwen belangrijk vinden in de interactie met de huisarts en wat onthulling teweeg kan brengen.[17] Er zijn geen onderzoeken over vrouwen die samenwonen met hun mishandelaar, omdat het erg moeilijk is om deze groep te betrekken bij onderzoek.[16] Het enige wat bekend is over

Samenvatting

Lo Fo Wong SH, Wester F, Mol SSL, Römkens RG, Hezemans T, Lagro-Janssen ALM. Mishandelde vrouwen over onthulling aan de huisarts: praten helpt echt. Huisarts Wet 2009;52(3):122-9.

Doel Wij wilden onderzoeken wat vrouwen het belangrijkst vinden als zij hun huisarts vertellen over ervaren partnergeweld. We gaan na wat de gevolgen van de onthulling zijn voor de manier waarop de vrouwen de situatie hanteren.

Methode We interviewden 36 vrouwen om te achterhalen hoe zij de onthulling bij de huisarts ervaren hebben. De interviews vonden plaats binnen 4 weken na het bezoek aan de huisarts.

Resultaten De meeste vrouwen gingen naar de huisarts met een medische klacht. Slechts drie vrouwen hadden zich voor het huisartsbezoek voorgenomen om over het geweld te vertellen. Vijfentwintig vrouwen hadden de meeste waardering voor de communicatieve benadering, waarbij de huisarts empathie toont en 'empowerment' bevordert. Negen vrouwen gaven de voorkeur aan een instrumentele benadering, waarbij de nadruk ligt op medisch onderzoek, informatievoorziening en behandeling. Van deze laatste groep wensten acht vrouwen dat de huisarts deze aanpak combineerde met de communicatieve benadering.

Twintig vrouwen merkten op dat ze na de onthulling het gevoel hadden dat er een verandering had plaatsgevonden in de mogelijkheden om met de situatie om te gaan. De positie van deze groep vrouwen omschreven wij met de term 'in transitie.' Een groep van dertien vrouwen verkeerde in een toestand die wij 'opgesloten' noemden. Zij voelden zich niet in staat te veranderen, hadden geen controle over hun situatie en waren bang voor degene die hen had mishandeld. Drie vrouwen reageerden terughoudend op de mogelijkheid van verandering.

Conclusie Vrouwen die de huisarts over het geweld vertellen blijken een communicatieve benadering, die gepaard gaat met empathie en 'empowerment', te waarderen. Een ruime meerderheid van de vrouwen zag mogelijkheden om de situatie te veranderen. Praten over het geweld blijkt een belangrijk stap in het veranderingsproces van mishandelde vrouwen. Huisartsen behoren het belang van hun positie als vertrouwenspersoon te onderkennen en moeten vragen naar partnergeweld.

UMC St Radboud Radboud, afdeling Huisartsgeneeskunde/Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: S.H. Lo Fo Wong, huisarts/onderzoeker; T. Lagro-Janssen, hoogleraar. Radboud Universiteit Nijmegen, Communicatie Wetenschappen, Postbus 9104, 6500 HE Nijmegen: F. Wester, hoogleraar. Universitair Medisch Centrum Utrecht, Julius Centrum Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnsgeneeskunde: S.S.L. Mol, universitair docent. Universiteit van Tilburg, Intervict: R.G. Römkens, hoogleraar. Erasmus MC Rotterdam: T. Hezemans, tot 2005 groepsdocent/gedragswetenschapper.

Correspondentie: s.lofowong@hag.umcn.nl

Belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is de bewerkte vertaling van: 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. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Wat is bekend?

- Huisartsen herkennen partnergeweld in veel gevallen niet.
- Huisartsen vragen hun vrouwelijke patiënten zelden naar partnergeweld, uit angst dat ze daarmee de doos van Pandora openen.
- Vanwege vooroordelen en gebrek aan kennis zijn huisartsen bang om de patiënt te beledigen en twijfelen zij aan het nut van het bespreken van dit probleem.

Wat is nieuw?

- Bij ons onderzoek blijkt dat slecht een klein deel van de mishandelde vrouwen van plan was het geweld aan de huisarts te onthullen.
- Het merendeel van de vrouwen vond een communicatieve benadering het belangrijkst, ook al gingen zij met lichamelijke klachten naar de huisarts.
- Het grootste deel van deze vrouwen blijkt werkelijk in staat hun situatie te veranderen na de onthulling aan de huisarts.

de wensen en behoeften van mishandelde vrouwen met betrekking tot het contact met de huisarts, is afkomstig uit onderzoek onder vrouwen die aan een opvangprogramma deelnamen.[12,15,16] Het is algemeen bekend dat partnergeweld langdurige gevolgen heeft. Patiënten die ooit mishandeld zijn en die de huisarts bezoeken met somatische of psychische klachten, vertellen zelden spontaan over hun ervaringen met geweld.[7,18-20] Onderzoek naar communicatie in de huisartsenpraktijk laat zien dat patiënten zich meer op hun gemak voelen en er gemakkelijker over vertellen als de huisarts empathie toont.[21,22]

Een onderzoek onder vrouwen die de huisarts over het partnergeweld hebben verteld, kan meer inzicht bieden in de effecten van het optreden van de huisarts. Zo'n onderzoek kan informatie opleveren over de wijze waarop huisartsen mishandelde vrouwen kunnen bijstaan en hun betrokkenheid bij deze groep patiënten kunnen vergroten.[1,23,24]

Wij wilden de vrouwen zo spoedig mogelijk na de onthulling van het geweld interviewen, om zo te achterhalen wat zij het belangrijkst vonden in de benadering van de huisarts en welke invloed deze had op de wijze waarop zij het geweld hanteerden. We hebben vooral primaire indrukken en meningen verzameld, die niet beïnvloed zijn door tijdsverloop en blootstelling aan hulpprogramma's.

Methode

Onderzoeksopzet

Wij hielden diepte-interviews met vrouwelijke patiënten die hun huisarts kort tevoren over het geweld hadden verteld. Dit kwalitatieve onderzoek maakte deel uit van een gerandomiseerd interventieonderzoek (RCT) onder huisartsen in Rotterdam (2003). Hiervoor werden in 2002 412 huisartsen uitgenodigd, van wie er uiteindelijk 54 (13%) aan het onderzoek meededen. De deelnemers werden eerst gestratificeerd (geslacht, werkvorm, wijk) en daarna gerandomiseerd. Het interventieonderzoek moest achterhalen welk effect een training had op de signalering van partnergeweld.[25] Wij includeerden gedurende 6 maanden alle vrouwelijke patiënten bij wie de huisarts had geïnformeerd naar partnergeweld als deze vermoedde dat daarvan sprake was. Eenenveertig huisartsen in de RCT rapporteerden 118 vrouwelijke patiënten die partnergeweld hadden gemeld. Uit de RCT bleek dat de betreffende vrouwen te maken hadden met actueel geweld (n = 76; 64,4%), voormalig geweld (n = 33; 28%) of beide (n = 9; 7,6%). Vooraf verzochten wij de huisartsen om alle geïdentificeerde patiënten te vragen of ze bereid waren mee te werken aan een interview. Vrouwen die weigerden mee te doen, vroeg de huisarts naar de reden. Vrouwen die toestemden, ontvingen direct schriftelijke informatie over het onderzoek, waarna ze een toestemmingsformulier ondertekenden.

Gegevensverzameling

Het onderzoek vond plaats van maart 2003 tot november 2003. De vrouwen werden binnen een week nadat zij toestemming hadden gegeven, door de onderzoeksassistent gebeld voor een afspraak. Het interview vond indien mogelijk plaats bij de vrouw thuis of op de praktijk van de huisarts. Daarbij hielden we rekening met de wensen van de vrouw en met veiligheidsaspecten. De interviews werden gehouden in het Nederlands of Engels en duurden één tot twee uur. De twee interviewers zijn ervaren communicatie-experts (de een is gecertificeerd beroepskeuzeadviseur en onderzoeksassistent, de ander gedragswetenschapper en gesprekstherapeut). Tussentijds bespraken zij hun ervaringen om discrepanties tussen de interviews en notities te voorkomen. Vrouwen met een niet-Nederlandse achtergrond en een zwakke taalvaardigheid boden wij een tolk aan. Geen van hen maakte van deze mogelijkheid gebruik. In drie gevallen nam de vrouw een dochter of een vriendin mee om zonodig te helpen bij de vertaling. Aan het eind van het interview ontving de vrouw een cadeaubon van 15 euro.

Het interview bestond uit open vragen, waarmee we de vrouwen hoopten aan te moedigen hun eigen antwoorden te formuleren. We hebben de vragen ontwikkeld in overleg met de onderzoeksgroep en in samenspraak met beide interviewers. We gebruikten de open vragen als een themalijst, waardoor de geïnterviewden de gelegenheid kregen om uit te weiden over relevante onderwerpen (*zie tabel* 1). We verzamelden ook achtergrondinformatie, zoals leeftijd, burgerlijke staat, etniciteit en woonwijk. Om de vertrouwelijkheid te maximaliseren namen we de gesprekken niet op. In plaats daarvan maakte de interviewer een samenvatting van de antwoorden, die aan de vrouwen werd voorgelegd, waarna de interviewer vroeg of ze ermee akkoord gingen. Pas als ze akkoord waren gegaan, sneed de interviewer een nieuw onderwerp aan. Ten slotte nam de interviewer de (vertaalde) Composite Abuse Scale (CAS) af om het type en de ernst van het ervaren geweld te beoordelen en om mogelijk fout-positieven (niet-mishandelde vrouwen) te ontdekken. De CAS is een vragenlijst met dertig items aan de hand waarvan de vier belangrijkste dimensies van partnergeweld zijn te onderscheiden: emotioneel geweld, fysiek geweld, belaging en ernstig gecombineerd geweld. De schaal is ontwik-

keld en gevalideerd in de huisartsenpraktijk in Australië en wordt als standaard gebruikt in onderzoek naar partnergeweld onder vrouwelijke patiënten in de medische setting.[26]

Direct na het interview schreef de onderzoeksassistent de notities uit en zette deze over in ATLAS.ti (een softwareprogramma voor kwalitatief onderzoek). Omdat we de interviews niet opnamen bestonden de transcripten uit de samenvatting van de antwoorden, verlevendigd met citaten. Omdat veel van de deelnemende vrouwen zich in een actuele gewelddadige relatie bevonden, konden we de interviews om veiligheidsredenen niet voor controle aan de geïnterviewden sturen.

Gegevensanalyse

Om inzicht te krijgen in wat de vrouwen tijdens het bewuste bezoek aan de huisarts ervoeren, lazen twee onderzoekers (een huisarts en een gedragswetenschapper) de transcripten. Dit gebeurde direct nadat de onderzoeksassistent de interviews had verwerkt. Op deze manier wilden we inzicht krijgen in de belangrijkste thema's.

De interviewers bespraken vervolgens onderling deze thema's. We wijzigden de opzet van het interview niet, omdat deze de geïnterviewden voldoende mogelijkheden bleek te bieden om uit te weiden over belangrijke thema's.[27] Aan het einde van de interviewperiode probeerden beide onderzoekers patronen te onderscheiden in drie van de interviews. Zij bespraken hun bevindingen intensief en voorzagen de belangrijkste thema's vervolgens van codes. Bij verschillen werd in dialoog consensus bereikt. Vervolgens codeerden ze alle interviews en analyseerden ze de gecodeerde fragmenten. Ten slotte categoriseerden zij, onafhankelijk van elkaar, de positie van vrouwen op grond van verschillende aspecten: de manier waarop zij met het geweld omgingen, ervaren mogelijkheden, overwegingen en acties om verandering teweeg te brengen. Opnieuw ontstond er een consensus.[28] De onderzoeksgroep besprak vervolgens de resultaten van de analyse en voorzag deze van commentaar. Ten slotte werden eindconclusies geformuleerd.

Het onderzoek is uitgevoerd met goedkeuring van de ethische commissie van het UMC St Radboud.

Resultaten

De vrouwen

Van de geïdentificeerde vrouwen (n = 118) vroeg de huisarts er daadwerkelijk 86 (73%) voor het interview. Tweeëndertig vrouwen (27%) werden niet gevraagd vanwege taalproblemen, de aanwezigheid van kinderen (tijdens het bezoek), de psychiatrische voorgeschiedenis of een onveilige situatie. Van de vrouwen die weigerden noemden de meesten als redenen: bang voor ontdekking door de partner of een familielid, en in enkele gevallen angst om gedood te worden. Een van de huisartsen noteerde als antwoord van een patiënte: 'Als ik hieraan meedoe, eindig ik op het kerkhof.'

Zesendertig vrouwen (30,5%) stemden toe. De interviews vonden plaats binnen vier weken na het bezoek aan de huisarts.

De geïnterviewde vrouwen vormden een redelijke afspiegeling van de totale groep. Vrouwen uit alle leeftijdscategorieën, woonwijken en de meeste etnische subgroepen waren vertegenwoordigd (zie *tabel* 2 voor de kenmerken van de deelnemers). Onze respondenten waren echter gemiddeld iets ouder dan de totale groep en vrouwen die tot etnische minderheden behoorden (van wie de meesten woonachtig waren in achterstandswijken) bleken veel minder bereid tot een interview dan vrouwen uit welstandswijken.

We categoriseerden de geweldsituatie waarin een vrouw zich ten tijde van het interview bevond als volgt: 'actueel geweld'; 'recentelijk vertrokken' (het ervaren geweld is minder dan een jaar geleden); 'voormalig geweld' (het geweld is meer dan een jaar geleden gestopt). De huisarts legde de geweldsituatie aan het einde van het consult op het registratieformulier vast (*tabel* 2). De huisartsen maakten gebruik van de informatie die de vrouw op dat moment gaf. Tijdens het interview bleek dat enkele vrouwen die aanvankelijk waren ingedeeld in de categorie 'actueel geweld', inmiddels uit de relatie vertrokken waren. Bij hen veranderden we de geweldsituatie daarom in 'recentelijk vertrokken'.

De geïnterviewden waren bijzonder gemotiveerd om te praten, ook al wisten zij dat het voor onderzoek was en niet voor een gespreksbehandeling. Omdat sommigen bang waren voor ontdekking door hun partner, maakte de praktijkassistente de afspraak,

Tabel 1 De vragen uit de interviews

1	U hebt bij uw huisarts aangegeven dat u mee wilt doen met het vraaggesprek. Bent u nog steeds bereid om vragen te beantwoorden?
2	Voelt u zich veilig genoeg om met mij als interviewer te spreken?
3	Waarvoor ging u naar de huisarts? Wat was uw vraag?
4	Wat verwachtte u van uw huisarts?
5	Vindt u het een taak van uw huisarts om vragen te stellen over uw achtergrond?
6	Wat vond u het belangrijkste in het gesprek met uw huisarts?
7	Heeft de dokter voldoende naar u geluisterd?
8	Heeft de dokter genoeg vragen aan u gesteld?
9	Heeft uw huisarts u op de hoogte gebracht van de mogelijkheden voor hulp bij uw probleem?
10	Heeft uw huisarts u een vervolgafspraak aangeboden om over uw problemen te praten?
11	Hebt u behoefte om met uw huisarts verder over uw problemen te praten?
12	Hebt u contact gezocht met de hulpbronnen waarnaar uw huisarts u heeft verwezen?
13	Had u het gevoel dat de dokter begrip had voor uw situatie?
14	Hebt u het gevoel dat de dokter uw gegevens voldoende geheimhoudt?
15	Hebt u het gevoel dat u nu meer kunt doen om uw situatie te veranderen als u dat zou wensen?
16	Hoe ziet u uzelf als persoon?
17	Hoe voelde u zich na het gesprek met de dokter?
18	Zijn er nog dingen die u had willen zeggen tegen uw huisarts over uw situatie?
19	Bent u bereid om een tweede keer geïnterviewd te worden door mij?

Tabel 2 Kenmerken van de geïnterviewde vrouwen (n = 36) en de totale groep (n = 118)

	Geïnterviewden n = 36	%	Totale groep n = 118	%
Leeftijdscategorie				
17-25 jaar	4	11,1	20	16,9
26-35 jaar	9	25,0	39	33,1
36-45 jaar	13	36,1	33	28,0
46-55 jaar	8	22,2	17	14,4
> 55 jaar	2	5,6	9	7,6
Etniciteit				
Nederlands	16	44,4	47	39,8
Hindoestaans (Surinaams)*	7	19,4	16	13,6
Creools (Surinaams)*	3	8,3	5	4,2
Turks	5	13,9	21	17,8
Andere niet-westers	3	8,3	26	22,0
Andere westers	2	5,6	3	2,5
Woonwijk				
Welstandswijk	10	27,8	23	19,5
Gemengde wijk	7	19,4	27	22,9
Achterstandswijk	19	52,8	68	57,6
Geweldssituatie				
Actueel geweld	21	58,3	76	64,4
Voormalig geweld	7	19,4	33	28
Recentelijk vertrokken	8	22,2		
Beide			9	7,6

* Hindoestanen zijn Surinamers die oorspronkelijk uit India komen; Creolen zijn Surinamers die een gemengde, vaak deels Afrikaanse afstamming hebben.

zodat de reden van het bezoek geheim bleef. Nadat alle vrouwen de CAS hadden ingevuld, bleken er geen fout-positieven te zijn. Tweeëndertig vrouwen scoorden positief op drie of vier dimensies van de schaal. Hen brachten we onder in de categorie 'ernstig gecombineerd geweld'. Drie vrouwen scoorden op twee dimensies en daarom categoriseerden we hen met: 'fysiek en emotioneel geweld' of 'belaging'. Eén vrouw viel uitsluitend in de categorie 'emotioneel geweld'.

Waarom bezochten zij de huisarts?

We vroegen de vrouwen naar de belangrijkste reden voor het bezoek aan de huisarts. Deze reden bepaalt doorgaans zowel de verwachtingen van de patiënte, als de aanpak van de huisarts. Slechts drie vrouwen waren van plan geweest de huisarts over het partnergeweld te vertellen. Geen van de vrouwen die naar de huisarts gingen voor verwondingen die door mishandeling waren veroorzaakt (n = 7), was van plan geweest om over het geweld te beginnen. De andere vrouwen (n = 24) gingen voornamelijk voor pijnklachten van het bewegingsapparaat, hoofdpijn, maagpijn, psychische klachten (depressie, angst, slaapproblemen, alcoholmisbruik) of kinderen met gedragsproblemen. Sommige vrouwen vertelden dat hun partner meestal meeging, maar dat ze ditmaal moeite hadden gedaan om alleen naar de dokter te gaan. Andere vrouwen hadden met opzet niet hun eigen huisarts, maar een andere in dezelfde praktijk bezocht, omdat ze verwachtten dat hun eigen dokter partij zou kiezen voor hun partner.

Wat was het belangrijkst?

Toen we nagingen wat de meerderheid het belangrijkst vond aan het bezoek, constateerden we dat de communicatieve benadering van de huisarts twee vormen kon aannemen: bij de ene ligt de nadruk op empathie, bij de andere op 'empowerment'. Andere vrouwen hadden een voorkeur voor een instrumentele (medische) benadering, al moest deze wel gecombineerd worden met een van beide communicatieve benaderingen.

Communicatieve benaderingen

Hoewel de meerderheid naar de dokter ging voor een of andere medische klacht en niet van plan was om over de mishandeling te beginnen, vonden 25 vrouwen het belangrijkst in het consult dat de huisarts in reactie op hun klachten had doorgevraagd en over de mogelijkheid van mishandeling was begonnen. Het was belangrijk dat hij of zij vriendelijk en aandachtig naar hun verhaal had geluisterd, bezorgdheid en compassie had getoond, het geweld had erkend en emotionele steun had geboden: de *empathische* benadering.

'Het belangrijkst was dat hij naar me luisterde, me serieus nam en dat ik alles kon vertellen…'

'De dokter zei dat ik de mishandeling niet verdiend had…'

Sommigen gaven zelfs aan dat de huisarts geen geloof moest hechten aan verklaringen die dienden om het geweld te verbergen. Ze moesten volgens hen doorgaan met vragen stellen.

'De dokter moet vragen, ook al begin ik er zelf niet over.'

Een andere bevinding was dat slechts twee vrouwen een oplossing verwachtten voor hun problemen. De meeste vrouwen vonden het al waardevol als ze met een professional konden praten:

'I did not expect anything. I wanted it off my chest' (Engelssprekende vrouw).

In dit kader verwezen de vrouwen naar de rol van de huisarts als vertrouwenspersoon:

'Je vertrouwt je huisarts meer nog dan ieder ander, die het weer kan gaan doorvertellen.'

Sommige vrouwen wilden dat de huisarts benadrukte dat partnergeweld niet acceptabel is:

'Al is het in onze (Turkse) cultuur gewoon, de dokter moet toch zeggen dat het niet mag.'

In de groep van 25 vrouwen die de empathische benadering het belangrijkst vonden, waardeerden er 15 de actieve rol van de huisarts.

Bij de 'empowerment'-aanpak stimuleert de huisarts de patiënte om actie te ondernemen en behandelt deze haar niet als slachtoffer. De arts benadrukt hierbij dat ze niet bang hoeft te zijn en biedt haar actieve steun.

'De dokter opent je ogen … de dokter zei dat ik voor mijzelf en de kinderen moest kiezen.'

'Hij bleef vragen stellen, waardoor het mijzelf ook duidelijk werd…'

'Ze zei dat ik niet bang moest zijn, dat ik niet in S. ben en dat ik hier het recht heb om mijn kinderen te houden.'

Een vrouw vertelde dat ze na het bezoek aan de huisarts actie had ondernomen:

'Na deze laatste aanval ben ik naar de politie gegaan. Eerst durfde ik dat nooit. Ik was veel te bang en vernederd. Ik had veel eerder met de dokter moeten praten.'

Een aantal vrouwen waardeerde het zeer dat de huisarts hun vroeg om aan het eind van het spreekuur terug te komen om uit-

Foto: Hollandse Hoogte/Arie Kievit

gebreider te praten over hun situatie en om naar oplossingen te zoeken.

Instrumentele benadering

Een groep van negen vrouwen vond de *instrumentele* benadering het belangrijkst, die vooral bestaat uit een medisch onderzoek, informatievoorziening en behandeling. Zij verwachtten dat de huisarts de hechtingen zou verwijderen, pijnmedicatie zou geven of zou doorverwijzen naar een fysiotherapeut of medisch specialist. Acht van deze vrouwen wilden daarnaast dat hun dokter ook niet-medische vragen stelde, naar hun verhaal luisterde of hen stimuleerde om actie te ondernemen – een instrumentele benadering gecombineerd met een empathische benadering of 'empowerment'.

'Ik was bang dat ik opnieuw kanker had en ging voor onderzoek. De dokter nam de juiste beslissingen, maar ze had ook aandacht voor mij en vroeg naar mijn situatie thuis.'

Slechts één vrouw kwam alleen voor de instrumentele benadering: 'Ik ging naar de dokter voor onderzoek en informatie over migraine, en voor behandeling.' Niettemin vertelde ook zij over de mishandeling toen de huisarts ernaar vroeg.

Gevoelens na het bezoek aan de huisarts

Alle vrouwen herinnerden zich hoe ze zich voelden nadat ze de huisarts over het geweld hadden verteld. De meesten voelden zich opgelucht, rustig en tevreden (n = 25):

'Eindelijk voelde ik me opgelucht, jammer dat ik het niet eerder verteld heb…'

'Nu heb ik tenminste niets meer te verbergen.'

Geen van de vrouwen voelde zich beledigd en slechts één vrouw vond dat haar huisarts haar niet voldoende serieus had genomen. Veel vrouwen vertelden dat ze alleen over het geweld hadden kunnen vertellen omdat hun dokter daarnaar had gevraagd en aandachtig had geluisterd.

Ondanks de opluchting waren sommigen nog erg bang vanwege de kinderen. Of ze vreesden dat hun partner alsnog zou ontdekken dat ze erover verteld hadden.

'Ik ben nog steeds bang vanwege mijn kinderen, maar ik kan nu weer wat ademhalen...'

Een aantal vrouwen uitte zich in neutrale bewoordingen en zag geen verschil met daarvoor. Zij reageerden afstandelijk en vertelden dat ze afwachtten en wel zouden zien hoe het zou uitpakken (n = 4). Een van deze vrouwen had het gevoel dat haar huisarts haar niet voldoende serieus had genomen.

Sommige vrouwen voelden zich voor het blok gezet en gedwongen de feiten onder ogen te zien (n = 7). Twee van hen vonden deze confrontatie noodzakelijk. Deze had hen aan het denken gezet, waardoor ze waren gaan inzien dat al hun klachten voortkwamen uit (vroegere) ervaringen met geweld. De vijf andere vrouwen uit deze groep hadden zich gebroken gevoeld, betrapt, beschaamd, vernederd en machteloos. Enkelen hadden daarna urenlang gehuild.

'Gebroken, ik schaamde me en voelde me vernederd. Thuisgekomen vroeg ik mezelf af hoe het zover had kunnen komen in mijn leven.'

Hoewel sommige vrouwen emotioneel verward waren geraakt, gaven ze allemaal aan dat het belangrijk was geweest dat de dokter hen gevraagd had naar het geweld, zodat zij het niet langer meer hoefden te verbergen.

Positie in het hanteren van het geweld

Op grond van een analyse van de houding van de vrouwen ten aanzien van verandering onderscheidden wij drie posities. Ten eerste vonden wij een groep vrouwen die na het bezoek aan de huisarts nieuwe mogelijkheden zag om hun situatie te veranderen. Zij voelden zich aangemoedigd en enkelen hadden al actie ondernomen. Deze vrouwen beschreven hun situatie aan de hand van assertieve termen. We noemden deze groep 'in transitie': een toestand waarin een vrouw begint of verder gaat met een veranderingsproces.

Een tweede groep zag geen enkele mogelijkheid voor verandering, was bang voor de mishandelaar en had zich bij de situatie neergelegd. Deze vrouwen benadrukten uitsluitend hun machteloze positie. Wij noemden deze groep 'opgesloten': een toestand zonder uitzicht op verandering, waarin de vrouw niet het gevoel heeft dat ze de situatie in eigen hand heeft.

Ten slotte konden we een aantal vrouwen in geen van beide categorieën plaatsen vanwege hun neutrale opmerkingen over ervaren mogelijkheden tot verandering. We noemden deze groep 'terughoudend': een toestand waarin de vrouw een afstandelijke houding inneemt ten aanzien van verandering.

'In transitie'

Een grote groep vrouwen was 'in transitie' (n = 20). Deze vrouwen waren opgelucht en optimistisch, en bleken zich in de vier weken tussen de onthulling aan de huisarts en het interview al op actie te beraden of hadden inmiddels stappen gezet. Ze wogen daarbij de belangen van de kinderen mee. Er waren vrouwen bij die nadachten over weggaan, zich al voorbereidden op vertrek of hun partner al hadden verlaten. Zij waren grenzen gaan stellen aan het gedrag van hun mishandelaar, stopten met drinken, hadden professionele hulp gezocht of waren van plan dit te gaan doen. Bijna de helft (n = 9) van deze groep zat in een actuele geweldssituatie, sprak nu over verandering en had al actie ondernomen.

Zes vrouwen uit de groep 'recentelijk vertrokken' waren erg positief gestemd en meenden dat de onthulling hun mogelijkheden daadwerkelijk veranderd had. Zij uitten zich ook navenant.

Van de groep 'voormalig geweld' werkten vijf vrouwen toe naar een echte verandering. Zij zagen de eetstoornis, depressie of problemen met intimiteit die na de mishandeling waren ontstaan, nu in een ander perspectief. Deze vrouwen meenden in staat te zijn om op een nieuwe manier om te gaan met de dagelijks ervaren gevolgen van het geweld.

'Opgesloten'

Een tamelijk grote groep vrouwen bevond zich in een 'opgesloten' positie (n = 13). Deze vrouwen benadrukten voornamelijk hun angst en onvermogen om te handelen of ook maar iets te doen om de situatie te verbeteren. Hoewel sommigen aanvankelijk toegaven dat verandering mogelijk was, bleken zij gaandeweg het gesprek, hun situatie overziend, de gevangene van hun mishandelaar. Bovendien hadden zij weinig tot geen vertrouwen in hulpinstanties of hulpverleners. De meeste van deze vrouwen (n = 11) behoorden tot de groep 'actueel geweld'. De onthulling bracht vooral enige opluchting omdat zij er met iemand over hadden kunnen praten, maar niet omdat het probleem nu werd opgelost.

Twee vrouwen uit deze 'opgesloten'-groep hadden kort tevoren hun mishandelaar verlaten. Zij waren echter nog steeds bang en zagen geen mogelijkheid voor verandering.

'Terughoudend'

Een derde groep vrouwen omschreven wij als 'terughoudend' (n = 3). Een van deze vrouwen bevond zich in een actuele geweldssituatie en twee behoorden tot de groep 'voormalig geweld'. Deze vrouwen reageerden afstandelijk op de mogelijkheid tot verandering en betwijfelden of de onthulling zou helpen om anders om te gaan met hun situatie.

Begeleiding door de huisarts en verwijzingen

Nadat zij de huisarts over de mishandeling hadden verteld, werden 21 vrouwen uitgenodigd voor een vervolgconsult. Negen vrouwen werden hier niet speciaal voor gevraagd, maar gaven aan dat ze het gevoel hadden indien nodig altijd wel bij hun huisarts terecht te kunnen. In zes gevallen gaven vrouwen aan dat ze geen aanbod voor een vervolgconsult hadden gekregen omdat ze verwezen waren voor begeleiding.

De meeste vrouwen (n = 31) vertelden dat zij verwezen waren door de huisarts of dat deze hen had geïnformeerd over diverse begeleidingsmogelijkheden. Ten tijde van het interview, vrij kort na de onthulling, maakten achttien vrouwen gebruik van een verwijzing naar de psycholoog (n = 11), het maatschappelijk werk (n = 5), de vrouwenopvang (n = 1) of de fysiotherapeut (n = 1).

Een kleine groep had geen enkele informatie over hulp ontvangen of was niet doorverwezen (n = 5).

Wat verborgen bleef

Aan het eind van het interview stelden wij de vraag of er nog iets was waarover de vrouwen wilden vertellen aan de huisarts. Zevenentwintig vrouwen hadden geen geheimen meer. Zij benadrukten dat zij door de vragen van de huisarts veel meer gezegd hadden dan zij ooit van plan geweest waren.

Acht vrouwen hadden veel meer te vertellen en waren van plan dat te zijner tijd ook te doen. 'Ik heb alleen het tipje van de sluier opgelicht, er is veel meer te vertellen.' Zij wilden schoon schip maken en noemden eerdere gelegenheden waarbij zij gelogen hadden over ongelukken, omstandigheden bij hun miskramen, drankmisbruik en over hoe de kinderen onder de situatie leden.

Discussie

Wij zijn er in dit onderzoek in geslaagd om, anders dan in andere onderzoeken het geval is, de vrouwen vrij kort na de onthulling te spreken, op een moment waarop ze nog niet of nauwelijks aan hulpprogramma's deelnamen. Van de 36 geïnterviewde vrouwen waren er slechts 3 voorafgaand aan het huisartsbezoek van plan geweest het geweld met de huisarts te bespreken. Vrijwel alle vrouwen die hulp zochten voor lichamelijke of psychische klach-

ten wilden dat de dokter met hen over hun privésituatie sprak en hun ook andere dan exclusief biomedische aandacht gaf. Het was dus geen verrassing toen bleek dat de empathische benadering van de huisarts tot onthullingen leidde en emotionele verlichting gaf. De bevinding dat een aantal vrouwen grote waardering had voor de 'empowerment'-benadering (gericht op herstel van eigen kracht) is opmerkelijk en zou huisartsen moeten aanmoedigen om vrouwen op een actieve (stimulerende) wijze te ondersteunen. De vraag of vrouwen meer baat hebben bij actieve 'empowerment' dan bij empathie is een punt van discussie. Sommige vrouwen hebben een krachtige stimulerende aanpak nodig, terwijl voor anderen een aandachtig luisterende huisarts voldoende is.

De bevinding dat meer dan de helft van de vrouwen vrijwel meteen baat had bij de onthulling, is bemoedigend. Zij voelden zich nu in staat om de situatie te veranderen.

Huisartsen die zich afvragen of 'simpelweg' praten wel de moeite waard is, kunnen voortaan (door)vragen naar geweldservaringen. Vrouwen verwachten geen kant-en-klare oplossing en vinden de mogelijkheid om met de dokter een vertrouwelijk gesprek te voeren het belangrijkst.

Wij introduceerden de term 'positie' om de houding van de vrouwen ten aanzien van verandering te beschrijven. We onderzochten wat zij na een veelal ongeplande onthulling vertelden over de ervaren mogelijkheden in het omgaan met de mishandelingsrelatie en vroegen hun of hun gedrag was veranderd. De 'positie' van de vrouw omvat meer dan een stadium in het veranderingsmodel van Prochaska en DiClemente. Vrouwen die 'in transitie' waren, konden zich in vrijwel elk stadium van dit model bevinden. In de positie 'opgesloten' – theoretisch een vroeg stadium waarin de eerste afwegingen gemaakt worden om het geweld als een probleem te gaan zien – zaten vrouwen die al gehandeld hadden door weg te gaan (het stadium van actie), maar nog steeds geen innerlijke verandering doormaakten. In de 'terughoudende' positie zaten vrouwen die zich sterk bewust waren van hun situatie, maar terugdeinsden voor verdere stappen. Zij bevonden zich in een later stadium van het model. Deze posities vergen dan ook een verschillende aanpak en interventie. Omdat de meeste vrouwen zeer ernstig waren mishandeld, is het opmerkelijk dat zoveel vrouwen zo kort na een ongeplande onthulling in een positie van emotionele verandering verkeerden en zich in staat voelden om een veranderingsproces te beginnen of door te zetten. Voorafgaand aan actie zullen de vrouwen eerst moeten afwegen wat de voor- en nadelen van verandering zijn.[16,29] In ons onderzoek vonden we vrouwen in elk van de drie posities, of ze nu op dat moment in een gewelddadige relatie zaten, recentelijk vertrokken waren of eerder in hun leven mishandeld waren. We namen aan dat vrouwen die (nog) niet van plan waren om het geweld te onthullen maar desondanks hulp zochten, zich het meest in de stadia van voorbeschouwing en overweging zouden bevinden. Van diegenen die onlangs vertrokken waren namen we aan dat zij in het actiestadium verkeerden. Twee van hen voelden zich nog even gevangen en hopeloos als de vrouwen in de actuele geweldsrelaties.

In dit opzicht was het ook opmerkelijk dat de vrouwen die niet direct baat hadden bij de onthulling zeiden dat het praten toch betekenisvol was geweest. Het was een van de zeldzame momenten geweest waarop ze met een professional over de situatie hadden kunnen praten.

Deze consulten kunnen de basis vormen voor een volgende stap. Vrouwen die in een vroege fase verkeerden en die nooit eerder enige verandering overwogen hadden, merkten dat praten hen op zijn minst bewuster maakte. Deze bevinding ondersteunt Zinks aanbeveling dat huisartsen zich gedurende de eerste fasen (voorbeschouwing, overweging) op bewustmaking moeten richten.[16] Ook vrouwen uit de groep 'in transitie' konden zich in vrijwel alle stadia van het veranderingsmodel bevinden. Het veranderingsmodel gaat dus niet zonder meer op voor vrouwen die te maken hebben met partnergeweld. Veranderingen en ander manieren om het geweld in de relatie te hanteren leiden ertoe dat de betrokken vrouw een worsteling doormaakt. Ze moet hierbij een intieme relatie loslaten – een gecompliceerd proces. Dit veranderingsproces zal verder onderzocht moeten worden en er zou ruimte moeten komen voor andere modellen.

Voor huisartsen is het van belang inzicht te krijgen in de houding en het taalgebruik van de vrouw ten aanzien van de wijze waarop zij omgaat met het geweld. Om te kunnen bepalen welk type hulp/ondersteuning het best bij haar past moet de huisarts kijken in welke *positie* zij verkeert. Vrouwen 'in transitie' blijken na de onthulling gereed voor interventies en verwijzingen die gericht zijn op daadwerkelijke verandering. Vrouwen die 'opgesloten' zijn hebben meer baat bij bewustmaking en motivering. Het is hierbij noodzakelijk om de vrouwen erop te wijzen dat verandering echt mogelijk is. Vrouwen die hun mishandelaar verlieten en nog steeds 'opgesloten' waren, zijn kwetsbaar en lopen het risico opnieuw in eenzelfde type relatie te belanden. Ten slotte moet de huisarts altijd aandacht besteden aan de veiligheid van de vrouw, wat in overeenstemming is met alle bekende richtlijnen over partnergeweld.

Het bleek dat de meeste geïnterviewde vrouwen actueel partnergeweld meemaakten of nog maar kort tevoren uit de gewelddadige relatie vertrokken waren. Het is daarom essentieel dat huisartsen vrouwen in een dergelijke situatie vervolgconsulten, informatie en adequate verwijzingen voor verdere hulp aanbieden.

Het gegeven dat sommige vrouwen zeer geëmotioneerd waren na de onthulling, zou huisartsen kunnen weerhouden van het stellen van vragen. Geen van deze vrouwen zag dit echter als een reden om terughoudend te zijn. Huisartsen zullen zich moeten realiseren dat een eerste onthulling een belangrijke stap is in het veranderingsproces en dat het veel uitmaakt of een huisarts durft door te vragen of niet.

De bevindingen van ons onderzoek vormen een ondersteuning van de aanbeveling om vrouwen te helpen om te praten, zodat zij uit hun toestand van ontkenning worden gehaald.[30] Net als andere onderzoekers vonden we geen steun voor de stelling dat vragen naar geweld de arts-patiëntrelatie negatief beïnvloedt.[3,4,31,32] Vrouwen bleken juist erg opgelucht te zijn en hadden waardering voor de inspanningen van de huisarts.

De kracht van ons onderzoek is dat wij erin geslaagd zijn om een

populatie ernstig mishandelde vrouwen te interviewen, kort nadat zij hun huisarts erover verteld hadden. De meeste onderzoeken naar partnergeweld betreffen vrouwen die in opvanghuizen zitten of die hun huisarts er al veel langer geleden over verteld hadden.[12,15,16]

Conclusie

Vrouwen wensen bij voorkeur een communicatieve benadering van de huisarts bij de onthulling van partnergeweld. Empathie is daarbij onontbeerlijk. 'Empowerment' kan mogelijk meer vrouwen stimuleren door middel van directieve steun.

Wanneer huisartsen vermoeden dat er bij een vrouwelijke patiënt sprake is van partnergeweld, moeten zij zich realiseren dat zij zich in een bevoorrechte positie bevinden. Als zij de betrokken vrouw vragen stellen over het geweld en haar aanmoedigen om te praten, zal dat grote invloed hebben op de manier waarop de vrouw met de geweldssituatie omgaat.

Implicaties voor de praktijk

Tijdens ons onderzoek bleek dat vrouwen angstig werden zodra zij over het geweld vertelden. Bij de aanpak van de gevolgen van geweld is het dus essentieel om veiligheidsaspecten ter sprake te brengen. Daarnaast zal ook de situatie van de patiënte in een breder perspectief moeten worden geplaatst. De huisarts zal daarom moeten vragen naar de toestand van haar kinderen en moeten nagaan of er sprake is van een drankprobleem. Daarnaast zal de huisarts moeten beseffen dat niet alles meteen op tafel komt. Een behoedzame follow-up en respect voor het tempo en de autonomie van de patiënte zijn hierbij noodzakelijk.

Om te bepalen welk type hulp/verwijzing op zijn plaats is, kan de huisarts een inschatting maken van de positie waarin de betrokken vrouw zich bevindt ('in transitie', 'opgesloten' of 'terughoudend').

Literatuur

1 Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence. Opening Pandora's Box. JAMA 1992;267:3157-60.
2 Rhodes KV, Levinson W. Interventions for intimate partner violence against women: clinical applications. JAMA 2003;289:601-5.
3 Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. BMJ 2002;324:271.
4 Hegarty KL, Bush R. Prevalence and associations of partner abuse in women attending general practice: a cross-sectional survey. Aust N Z J Public Health 2002;26:437-42.
5 Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. BMJ 2002;324:274.
6 Plichta S. The effects of woman abuse on health care utilization and health status: a literature review. Women's Health Issues 1992;2:154-63.
7 Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. Lancet 2002;359:1331-6.
8 Cohen S, De Vos E, Newberger E. Barriers to physician identification and treatment of family violence: lessons from five communities. Acad Med 1997;72:S19-25.
9 Rodriguez MA, Bauer HM, McLoughlin E, Grumbach K. Screening and intervention for intimate partner abuse: practices and attitudes of primary care physicians. JAMA 1999;282:468-74.
10 Hegarty KL, Taft AJ. Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending general practice. Aust N Z J Public Health 2001;25:433-7.
11 Stenson K, Saarinen H, Heimer G, Sidenvall B. Women's attitudes to being asked about exposure to violence. Midwifery 2001;17:2-10.
12 Hamberger LK, Ambuel B, Marbella A, Donze J. Physician interaction with battered women: the women's perspective. Arch Fam Med 1998;7:575-82.
13 Rodriguez MA, Quiroga SS, Bauer HM. Breaking the silence. Battered women's perspectives on medical care. Arch Fam Med 1996;5:153-8.
14 Gerbert B, Abercrombie P, Caspers N, Love C, Bronstone A. How health care providers help battered women: the survivor's perspective. Women Health 1999;29:115-35.
15 Chang JC, Cluss PA, Ranieri L, Hawker L, Buranosky R, Dado D, et al. Health care interventions for intimate partner violence: what women want. Women's Health Issues 2005;15:21-30.
16 Zink T, Elder N, Jacobson J, Klostermann B. Medical management of intimate partner violence considering the stages of change: precontemplation and contemplation. Ann Fam Med 2004;2:231-9.
17 Feder G, Hutson M, Ramsay J, Taket AR, Feder L, Henning K. Responding to intimate partner violence: what role for general practice? Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. Br J Gen Pract 2006;56:243-4.
18 Vos T, Astbury J, Piers L, Magnus A, Heenan M, Stanley L, et al. Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. Bull World Health Organ 2006;84:739-44.
19 Fanslow J, Robinson E. Violence against women in New Zealand: prevalence and health consequences. N Z Med J 2004;117:U1173.
20 Dickinson LM, deGruy FV 3rd, Dickinson WP, Candib LM. Health-related quality of life and symptom profiles of female survivors of sexual abuse. Arch Fam Med 1999;8:35-43.
21 Hall JA, Roter DL. Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. Patient Educ Couns 2002;48:217-24.
22 Van den Brink-Muinen A. The role of gender in healthcare communication. Patient Educ Couns 2002;48:199-200.
23 Sugg NK, Thompson RS, Thompson DC, Maiuro R, Rivara FP. Domestic violence and primary care. Attitudes, practices, and beliefs. Arch Fam Med 1999;8:301-6.
24 Easteal PW, Easteal S. Attitudes and practices of doctors toward spouse assault victims: an Australian study. Violence Vict 1992;7:217-28.
25 Lo Fo Wong SH, Wester F, Mol SSL, Lagro-Janssen ALM. Increased awareness of intimate partner abuse after training. A randomised controlled trial. Br J Gen Pract 2006;56:249-57.
26 Hegarty K, Bush R, Sheehan M. The composite abuse scale: further development and assessment of reliability and validity of a multidimensional partner abuse measure in clinical settings. Violence Vict 2005;20:529-47.
27 Strauss A, Corbin J. Basics of Qualitative Research; Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. London: Sage Publications, 1998.
28 Wester F, Peters V. Kwalitatieve analyse; uitgangspunten en procedures. Bussum: Coutinho, 2004.
29 Chang JC, Decker M, Moracco KE, Martin SL, Petersen R, Frasier PY. What happens when health care providers ask about intimate partner violence? A description of consequences from the perspectives of female survivors. J Am Med Womens Assoc 2003;58:76-81.
30 McCauley J, Yurk RA, Jenckes MW, Ford DE. Inside 'Pandora's box': abused women's experiences with clinicians and health services. J Gen Intern Med 1998;13:549-55.
31 Fitzpatrick M. Routinely asking women about domestic violence: Ill considered professional interference in personal relationship will prove damaging. BMJ 2003;327:1345.
32 Brown JB, Lent B, Schmidt G, Sas G. Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. J Fam Pract 2000;49:896-903.