

Vrouwenmishandeling – luisteren of verwijzen?

HETTY WEMEKAMP*

Voordracht gehouden op het achtentwintigste Wetenschappelijk Congres van het Nederlands Huisartsen Genootschap, op 5 november 1983 in de Koningshof te Veldhoven.

Dames en Heren,

Die avond liet meneer Jansen mij roepen voor een niersteenkoliëk. Ik had hem drie maanden daarvoor voor het eerst op mijn spreekuur gezien, vergezeld van zijn vriendin, mevrouw De Groot. Mijn eerste confrontatie met een laryngectomie-patiënt.

Zeven jaar tevoren was zijn strottehoofd wegens kanker verwijderd. Ondanks alle goed bedoelde therapeutische hulp was hij er niet in geslaagd enigszins redelijk door zijn stoma te leren praten. Hij had sinds een paar jaar ook alle dokters gemeden, had het opgegeven ooit nog weer volledig aan het normale leven deel te nemen. Mijn associé kende hem van vroeger als een joviale, altijd moppen tappende, vrolijke vertegenwoordiger.

De eerste keer dat ik deze sympathieke man zag en merkte hoe slecht ik hem kon verstaan, werd ik diep geroerd. Met al mijn jeugdig enthousiasme probeerde ik hem te motiveren tot logopedie. Zo zou hij een beter aangepast sociaal leven kunnen leiden, niet meer zo afhankelijk van zijn vriendin.

Vergeefs: hij had het opgegeven, was te depressief.

Toen ik die avond laat aan zijn bed zat, zei hij: „Dit zie ik niet meer zitten, maak er maar een eind aan, ik wil niet meer leven, geef me maar een spuitje”.

Ik zei dat ik daar later wel eens met hem over wilde praten, maar niet nu op het moment van een niersteenkoliëk „Met een simpele injectie zal ik u nu eerst van de pijn afhelfen”.

Sindsdien was tussen ons een goede verstandhouding ontstaan en zo wendde hij zich in het volgende jaar, voor de spaarzame keren dat hij doktershulp nodig had, altijd tot mij. Hij durfde het ook

aan, zonder zijn vriendin op mijn spreekuur te verschijnen. Wel moeilijk, want zij was een goede tolk. Moeizaam liet hij zich na drie niersteenkoliëken tot een IVP overhalen. Logopedie, fysiotherapie of een hernieuwd contact met een KNO-arts zag hij echter niet zitten.

Valium en veto

En dan word je tijdens een druk spreekuur opeens opgebeld door mevrouw De Groot, die geagiteerd om een valiumrecept vraagt.

„Waarom dan, wilt u daar niet eerst een keer rustig over komen praten?”

’Nee, dat kan niet, want mijn man is nu net even wandelen en hij slaat me steeds vaker en ik kan er niet meer tegen. Hij bedreigt me, ik mag er met niemand over praten. Geef u me nou dat valiumrecept maar. Straks komt hij weer thuis. Als ik maar rustig ben, irriteer ik hem niet, en slaat hij niet.”

Daar zit je dan, met je mond vol tanden. Ik vond hem altijd zo sympathiek, had zo’n medelijden met hem. De manier waarop zij altijd het woord voor hem deed, irriteerde me. Maar wat kon zij anders doen, als hij weigerde zijn stemkwaliteiten te verbeteren? Ik had ontzettend met hen beiden te doen. Een man kan er toch slecht tegen om afhankelijk van zijn vrouw te zijn. En als hij verbaal niet tegen haar op kan, is hij met zijn lichaamskracht toch altijd nog de sterkste. Ik werd kwaad op hem. Dit ging te ver.

Wat kon ik meer voor haar doen dan een valiumrecept uitschrijven en haar stimuleren mij altijd op te bellen als het haar te veel werd en zo mogelijk langs te komen.

Dat deed ze daarna nog regelmatig. Ook bij mijn collega klaagde ze haar nood. We zagen regelmatig blauwe

plekken. Tegelijkertijd bleef ze haar veto volhouden. We mochten er niet met haar vriend over praten, bang als ze was anders helemaal in elkaar geslagen te worden.

Wat moet je daar nu mee?

Gelukkig kon ik hierover praten tijdens onze wekelijkse home-team besprekingen. Stoom afblazen en proberen een beleid uit te stippelen. Uiteindelijk lukte het haar te verwijzen naar Stans, de maatschappelijk werkster. Deze had regelmatig gesprekken met haar, maar ook in die periode verbood zij ons nog steeds, daar met hem over te praten.

Weliswaar had ik daar alle begrip voor, maar ik vond het heel oneerlijk tegenover hem. Ik voelde me een soort verrader. Hij had zó geen enkele kans om zich te verdedigen. En hij had het toch al zo moeilijk door zijn handicap. We konden ook absoluut niet beoordelen in hoeverre de angst van mevrouw De Groot reëel was. Overdreef ze niet? Zou hij haar echt half dood slaan, als hij er achter kwam dat ze hulp had gevraagd. We konden het ons haast niet voorstellen; het leek zo’n beschaafde man.

Maar daar schijn je niet op af te kunnen gaan.

Het heeft niet veel zin in zo’n situatie met het slachtoffer een discussie aan te gaan, of haar angst niet wat overdreven is. We hebben haar hulpvraag als uitgangspunt genomen en geprobeerd haar te helpen, voor zover dat in ons vermogen lag. Na een paar maanden kon ze tot het besluit komen om een eind aan de situatie te maken. De vraag was alleen hoe.

Kort geding

Hij was tien jaar geleden bij haar ingetrokken. Ze was niet van plan haar huis uit te gaan: ze wilde hem er uit laten zetten. Aan *Blijf van m’n Lijf* vroegen we welke advocaat op dit gebied deskundig was. Via deze advocate leerden we de mogelijkheid van een kort geding kennen.

Onze patiënte heeft haar vriend uiteindelijk – binnen 24 uur nadat hij daarvan in kennis was gesteld – door een kort geding het huis uit laten zetten. En ze heeft zich voor die 24 uur laten beschermen door broers en vrienden. Ze had ook onze hulp daarvoor ingeroepen, maar dat hebben we geweigerd. Ik vond het al heel ver gaan dat ik ten behoeve van het kort geding een medische verklaring had afgegeven, dat ik regelmatig blauwe plekken had geconstateerd. Wel

* Huisarts te Amsterdam.

heb ik hulp aangeboden voor het geval hij het te kwaad zou krijgen.

Gedwongen door de rechter heeft meneer Jansen zijn biesen gepakt, zonder mevrouw De Groot in elkaar te slaan. Ik kreeg van haar zijn nieuwe adres. Daar heb ik hem een brief geschreven, hem uitgelegd hoe vervelend ik het vond dat ik niet eerder in staat was geweest, hierover met hem te communiceren. Dat ik gemeend had – hoeveel begrip ik voor zijn moeilijke situatie ook had – toch partij te moeten kiezen voor zijn ex-vriendin en haar te helpen. Maar dat dit niet betekende dat ik partij koos tegen hem, dat ik hem niet afwees; dat ik hoopte toch als huisarts voor hem te kunnen blijven fungeren.

Tot mijn grote opluchting schreef hij me terug dat hij me graag als huisarts zou blijven houden, en dat, wat hem betreft, het vertrouwen niet geschaad was.

Met haar heeft het daarna nooit echt goed geklikt. Ik blijf het haar nog steeds een beetje kwalijk nemen dat ze me in zo'n positie gemanoeuvreerd heeft. Toch zou ik misschien, als ik zelf in zo'n situatie zou verkeren, ook op die manier gebruik maken van de hulpverleners.

Kernpunten

Tot zover dit verhaal. Aan de hand daarvan wil ik een aantal kernpunten aanstippen: punten waar ik bij gevallen van vrouwenmishandeling regelmatig tegenaan loop.

Ik zal vertellen hoe ik daarmee omga. Ik wil het daarbij hebben over:

- het feit dat ik een vrouw ben;
- over mijn eigen emoties;
- over de steun van mijn home-team;
- over luisteren;
- over verwijzen – wat nog niet hetzelfde is als afwijzen;
- over de lijst van verwijs- en opvangmogelijkheden die achter in het boek *Handen thuis*¹ staat;
- over het niet wachten op de hulpvraag;
- over de huisarts als gezinsarts;
- over wat je met de echtgenoot moet;
- over de continue zorg, de tweestrijd en de schuldvraag.

Maakt het wat uit dat ik een vrouw ben? Ik bedoel: voor de hulpverlening bij vrouwenmishandeling.

Misschien wel. Ik voel me vaak erg betrokken bij een vrouw die mishandeld wordt. Vrouwenmishandeling roept allerlei emoties bij me op. Daarmee wil ik absoluut niet zeggen dat een vrouwelijke huisarts hiermee beter overweg kan dan een mannelijke. Het belangrijkste is, dat je je realiseert dat je zelf emoties

hebt met betrekking tot het onderwerp vrouwenmishandeling, en dat die emoties je werk beïnvloeden. De aard daarvan zal voor elke individuele huisarts verschillen. Dat heeft ook alles te maken met wat je zelf in je leven op het punt van mishandeling hebt meegemaakt. Als je je van die gevoelens bewust bent, hoeft dat overigens geen belemmering voor je werk te zijn; het kan zelfs bijzonder nuttig zijn.

Wat misschien ook met mijn vrouw-zijn te maken heeft, is het feit dat mevrouw De Groot aanvankelijk mij opbelde, hoewel ze over het algemeen mijn collega voor haar gezondheidsproblemen consulteerde. Misschien is het voor een mishandelde vrouw toch makkelijker daar met een vrouwelijke huisarts over te praten. Het is me de afgelopen jaren opgevallen dat ik helemaal niet zo hoeft te zoeken naar signalen die kunnen wijzen op mishandeling. Veel vrouwen komen me het uit zichzelf vertellen.

Team

Uit het voorbeeld wordt, hoop ik, ook duidelijk hoe belangrijk de steun voor mijn team is. Ik ben lid van het Samenwerkingsproject Amsterdam² en werk samen met een zeer ervaren maatschappelijk werkster en een prima wijkverpleegkundige. Mede daardoor kan ik me veroorloven hiervoor open te staan. Door te vragen. Ik sta er niet alleen voor.

Bovendien heb ik in de loop der jaren geleerd dat ik niet alles hoeft op te lossen, ook bij vrouwenmishandeling niet. Luisteren en begrip tonen is vaak al heel veel. Je wordt gebruikt als klein stapje op de lange weg die een vrouw nodig heeft om te kunnen besluiten wat ze met haar leven wil.

Als u als huisarts net de eerste bent aan wie een vrouw durft te bekennen dat ze mishandeld wordt, is het vaak beter niet direct te verwijzen. Dan kan verwijzen beleefd worden als afwijzen. Vaak is het veel zinvoller zelf te luisteren, open te staan, haar te stimuleren te praten. U hoeft niet altijd onmiddellijk wat te doen. Haar gesprek met u is soms de eerste stap die haar kan helpen haar isolement te doorbreken. Dan doet u al heel veel.

Soms denk je dat de situatie zo acuut is, dat je haar onmiddellijk naar *Blijf van m'n Lijf* moet brengen. Maar je kunt niet voor haar handelen. Zij moet zelf die stap zetten, er zelf aan toe zijn.

Ook als verwijzen niet aan de orde is, sta je er als huisarts niet alleen voor. Er zijn veel mensen bereid ons daarin consulta-

tief bij te staan. In *Handen thuis* hebben we een lijst opgenomen van groepen en instellingen die op dit gebied werkzaam zijn. Ook in uw regio: daar is altijd iemand te vinden met wie u kunt overleggen.

Zij zullen zeker niet zeggen dat u het helemaal fout doet en uw patiënte maar direct naar hen moet sturen. Ze zullen blij zijn dat ze in ieder geval met u in gesprek is, en u kunnen adviseren hoe u het misschien aan kunt pakken. Zij zullen u bijvoorbeeld juridische informatie kunnen geven. Enige kennis van juridische aspecten in deze is erg belangrijk. Ik had ook nog nooit van de mogelijkheid van een kort geding gehoord. Het is bijvoorbeeld ook heel belangrijk het misverstand weg te nemen dat een vrouw die wegloopt, haar rechten op huis en kinderen verliest.

Ik zal hier nu niet verder ingaan op de mogelijkheden die het strafrecht en het civiel recht in dit soort situaties biedt. Samen met de criminologe Tineke Thomassen heb ik daarover in *Handen thuis* geschreven. Daar leggen we ook uit waarom wij vinden dat je in dit soort situaties wél een medische verklaring mag geven. Dat wijkt dus af van het officiële KNMG-standpunt, zoals dat door Roelink is verwoord in *Handen thuis*.

Actieve houding

Maar we hadden het over verwijzen. Als ik iemand verwijs, vraag ik haar altijd bij mij terug te komen om te vertellen hoe het gegaan is. Ik denk dat verwijzen dan niet beleefd wordt als afwijzen. Vooral bij mishandeling ben ik daar actief in. Als ze niet uit zichzelf terugkomt, bel ik haar op. Bijna alle hulpverleners die zich met mishandeling bezighouden, dringen aan op deze actieve houding: je moet niet wachten op de hulpvraag.

Naar wie moet je verwijzen? Ik wijs nogmaals op de lijst in *Handen thuis*. We hebben geprobeerd de karakteristieke werkwijze van elke groep of instelling aan te geven.

Bij veel artsen en patiënten heerst het vooroordeel dat je per se moet scheiden als je in handen van feministische hulpverleners valt.

Dat klopt niet. Hun ideologie is juist dat een vrouw zelf moet beslissen wat ze wil. Dat betekent dat de adviezen flexibel zijn. Als zij niet wil scheiden, zullen ze proberen haar zelfbewustzijn te versterken, zodat ze minder hulpeloos thuis terugkomt.

Anderzijds heerst bij feministen vaak het vooroordeel dat maatschappelijk werkers altijd de man bij het gesprek willen betrekken, waardoor zijn echtgenote het daarna nog zwaarder te verduren krijgt. Dat klopt ook niet. Naar mijn ervaring zijn ook maatschappelijk werkers over het algemeen flexibel genoeg om te luisteren naar wat de vrouw zelf wil.

Huisarts-gezinsarts

Ja, wat moet je met de echtgenoot. Een maatschappelijk werker/ster kan, samen met de cliënt, besluiten dat het beter is hem er niet bij te betrekken. Maar u als huisarts bent meestal *gezinsarts*. Hij is ook uw patiënt. Daarmee zitten we in een moeilijke positie. Uit mijn verhaal blijkt wel hoe moeilijk ik zat met mijn gevoel van sympathie voor meneer Jansen.

Het belangrijkste dat ik mezelf en mijn patiënten in zo'n geval altijd voorhoud, is dat de één helpen niet betekent dat je partij kiest tegen de ander. Wél kies ik partij tegen lichamelijk geweld.

Onze positie als gezinsarts zal het voor veel vrouwen ook moeilijk maken ons in vertrouwen te nemen: ze zijn bang dat we het aan hun man zullen vertellen. Daarom is het belangrijk om, als u haar vraagt of zijn handen weleens te los zitten, daar onmiddellijk bij te zeggen dat u daar met niemand over zult praten, als ze dat niet wil.

Als gezinsarts verlenen we ook continue zorg. Dat maakt dat je ook de continue reeks van ruzies, mishandelingen, weglopen en weer terugkeren, meemaakt. Ik vond dat aanvankelijk ontzettend frustrerend. Ik begreep niet hoe een vrouw die regelmatig geslagen wordt, toch telkens weer haar man gelooft als hij beterschap belooft; dat ze na het derde verblijf in een opvanghuis toch weer naar huis teruggaat. Je krijgt dan bijna zoiets van: „Bij mij hoeft je niet meer aan te komen met je geklaag”.

Tegelijkertijd generen de betrokken vrouwen zich meestal voor deze tweestrijd en durven zij ook niet meer terug te komen. Meestal stel ik zelf dat punt aan de orde. Ik vertel dat ik dat heen-en-weer-geloop en niet kunnen kiezen soms onbegrijpelijk vind, maar dat ik gemerkt heb dat de meeste vrouwen in die situatie daar zo mee omgaan; dat dit een uiting is van de machteloze situatie waarin veel vrouwen in onze maatschappij verkeren.

Het aan de orde stellen van deze tweestrijd schept ruimte voor mijn patiënte en voor mezelf.

Sympathieën en vooroordelen

Ik vond meneer Jansen veel aardiger dan mevrouw De Groot. Ik had medelijden met hem. Het irriteerde me dat zij bepaalde op welke manier ik haar mocht helpen.

Kortom, allerlei sympathieën en antipathieën die een belangrijke rol spelen bij ons werk.

We weten allemaal hoe moeilijk het is om daarmee om te gaan. Ik kan het bijvoorbeeld nooit laten me een oordeel aan te meten over wiens schuld het nu eigenlijk is. Je ontkomt niet aan die gevoelens. U denkt vast wel eens: „Dat is zo'n rotwijf, die haalt mij ook het bloed onder de nagels vandaan; ik geef die kerel groot gelijk”. Of u denkt: „Ze moet het wel lekker vinden om zich te laten slaan, anders was ze allang weggelopen”. Dit soort vooroordelen hebben we allemaal. Erken ze, probeer er met iemand anders over te praten, durf er voor uit te komen; waarschijnlijk hebt u er dan het minste last van bij uw werk. Gelukkig hoeven we geen rechter te spelen. We hoeven niet na te gaan wie schuldig is. Wat er ook voor toestanden of conflicten binnen een relatie voorkomen, dat betekent nog niet dat de sterkere partij de zwakkere in elkaar mag slaan. Als u daarmee geconfronteerd wordt, moet u proberen hulp te geven. Ook als ze er niet rechtstreeks om vraagt, en of u nu vindt dat ze het er naar gemaakt heeft, of niet.

Hiermee ben ik aan het eind van mijn lezing gekomen. Een pasklaar recept voor wat u moet doen bij vrouwenmishandeling heb ik niet gegeven. Zo gemakkelijk ligt dat niet.

Waarschijnlijk heb ik wel de nodige vragen opgeroepen...

¹ Moors J, Wemekamp H. *Handen thuis*. Opstellen voor hulpverleners over geweld. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1983.

² Meijerink G, Willigen V van der. Het samenwerkingsproject Amsterdam. *Huisarts en Wetenschap* 1981; 24: 222-5.

Literatuur van p. 97.

- ¹ Es JC van, Melker RA de, Goosmann F. *Kenmerken van de huisarts II*. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.
- ² Oosterhuis HJM. *Klinische neurologie*. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1980.
- ³ Lamberts H. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 1982; 25: 401-14.
- ⁴ Continue Morbiditeits Registratie NUH 1971-1978, Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. *Gewone ziekten*. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.
- ⁵ Jansen ENH. Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van de ziekte van Parkinson. In: *Neurologie voor de huisarts [Syllabus]*. Enschedé: Van Hoytema Stichting, 1983.
- ⁶ Anoniem. *Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 1981*. Utrecht: Nederland Huisartsen Instituut, etc., z.j.
- ⁷ Young RR. De ziekte van Parkinson, het stellen van de diagnose. *Patient Care* 1981, 8: 7.
- ⁸ Drift JHA van der, Stoof J. Pathogenese en achtergronden van de therapie van de ziekte van Parkinson. *Ned Tijdschr Geneesk* 1981; 125: 620-5.
- ⁹ Anonymous. Parkinsonism may be diagnosed too fuely in elderly patients. *JAMA* 1976; 235: 12-21.
- ¹⁰ Anoniem. Mevrouw Dieks. *Huisarts en Wetenschap* 1977; 20: 402-6.
- ¹¹ Verkuyl A. De eeuwige moed, de liefde, de verdraagzaamheid tekenen de mens van hoge waarde. *Papaver* 1982 (oktober).
- ¹² Kortjen JJ. De paralytis agitans ziekte. Leiden: Stafleu, 1970.
- ¹³ Schulte BPM. Nooit meer dan één anticholinergicum tegelijk. *Patient Care* 1981; 8: 8.
- ¹⁴ Voorn ThB. *Chronische ziekten in de huisartspraktijk*. Utrecht: Bunge, 1983.
- ¹⁵ Jacobs M, Melker RA de. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten in relatie tot de kwaliteit van de hulpverlening. Utrecht: Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1983.
- ¹⁶ Drift JHA van der. *Leven met de ziekte van Parkinson*. Assen: Van Gorcum, 1979.

VERLOSKUNDIG SYMPOSIUM 7 APRIL 1984:
Samenwerken beter, beter samenwerken