

Vrouwelijke slachtoffers van huiselijk geweld zoeken meestal geen hulp bij de huisarts

Babette Drijber, Udo Reijnders, Manon Ceelen

Inleiding

Huiselijk geweld is schadelijk voor zowel de slachtoffers als voor het gezin waarvan zij deel uitmaken.^{1,2} Niet zelden zijn slachtoffers geneigd bij een volgende generatie zelf ook geweld toe te passen. Door schaamte of angst durven slachtoffers vaak niet over het geweld te praten en raken ze gemakkelijk in een isolement. Dit is een groot probleem; onderzoeksresultaten tonen aan dat 45% van de Nederlanders ooit slachtoffer is geweest van een vorm van huiselijk geweld.³ Huiselijk geweld komt in alle lagen van de samenleving voor en treft vooral vrouwen.

Van de vrouwelijke slachtoffers die zich voor hun letsel laten behandelen, bezoekt 43% de huisarts en 53% de spoedeisende hulp.⁴ Veel slachtoffers komen herhaaldelijk bij de huisarts met niet-specifieke, moeilijk verklaarbare psychische en somatische klachten, zonder dat de huisarts denkt aan de mogelijkheid van huiselijke geweld. Recent onderzoek laat zien dat mishandelde vrouwen tweemaal zo vaak naar de huisarts gaan en drie tot zeven keer zo vaak pijnstillers gebruiken als niet-mishandelde vrouwen. Een fulltime huisarts zou elke week ten minste een tot twee

slachtoffers zien met klachten als gevolg van huiselijk geweld.⁵ De ene huisarts heeft sneller door dat er sprake is van geweld dan de andere.

Omdat de huisarts voor iedereen goed toegankelijk is, kan deze een belangrijke rol spelen bij het signaleren en bespreekbaar maken van huiselijk geweld. Vaak denkt de huisarts er echter niet aan of spreekt hij of zij een vermoeden niet uit. Hieraan liggen verschillende oorzaken ten grondslag.⁶⁻¹⁰ Allereerst besteedt de huisartsopleiding weinig aandacht aan het signaleren en bespreekbaar maken van huiselijk geweld. Maar ook tijdgebrek, de vrees om het mis te hebben of gebrek aan kennis over verwijsmogelijkheden kunnen een rol spelen.

Wij wilden onderzoeken hoeveel vrouwelijke slachtoffers met hun huisarts over het huiselijke geweld gepraat hebben en, zo ja, wat hiervoor de redenen waren en of ze tevreden waren over dit contact. We vroegen slachtoffers die het geweld *niet* met de huisarts bespraken naar hun motivatie daarvoor en of zij er wel over gesproken zouden hebben als de huisarts ernaar gevraagd had.

Samenvatting

Drijber BC, Reijnders UJL, Ceelen M. Vrouwelijke slachtoffers van huiselijk geweld zoeken meestal geen hulp bij de huisarts. *Huisarts Wet* 2009;52(1):6-10.

Inleiding Met dit onderzoek wilden wij inzicht krijgen in de redenen van vrouwelijke slachtoffers van huiselijk geweld om wel of niet met hun huisarts over de mishandeling te spreken.

Methode Van oktober 2005 tot oktober 2007 namen 576 volwassen vrouwelijke slachtoffers van huiselijk geweld deel aan het onderzoek. We vroegen hun of zij *wel* of *niet* met de huisarts over het geweld gesproken hadden en wat de redenen hiervoor waren. De slachtoffers die het geweld niet bespraken met de huisarts (de 'niet-praters') vroegen we of ze de huisarts voor andere klachten hadden bezocht en of ze er *wél* over zouden hebben gesproken als de huisarts ernaar had gevraagd. Vrouwen die het geweld wel met de huisarts hadden besproken (de 'praters') vroegen we of dit contact bevredigend was verlopen.

Resultaten Van de 576 deelnemende vrouwen sprak 37% met de huisarts over het geweld, 63% deed dat niet. De belangrijkste reden om het geweld *niet* met de huisarts te bespreken was schaamte. Ongeveer 60% van de niet-praters bezocht gedurende de periode van huiselijk geweld de huisarts. Dit gold vooral voor langdurig en veelvuldig mishandelde vrouwen (circa 80%). Ruim de helft van de niet-praters zou wel gesproken hebben als de

huisarts ernaar gevraagd had. Van de praters sprak bijna de helft met de huisarts in de hoop doorverwezen te worden. Driekwart van de praters was tevreden over het contact met de huisarts. Een kwart van hen was ontevreden, vooral vanwege gebrek aan tijd of kennis op dit gebied, of omdat ze zich niet serieus genomen voelden. Slechts 5% van de praters besprak het geweld omdat de huisarts het initiatief nam.

Conclusie Veel vrouwelijke slachtoffers van huiselijk geweld bezoeken de huisarts in de periode dat het geweld plaatsvindt. Een groot deel van hen begint niet zelf over het geweld te praten. Schaamte is daarvoor de belangrijkste reden. De vrouwen die het wel bespreken, doen dat om doorverwezen te worden. Huisartsen moeten daarom huiselijk geweld vaker in de differentiële diagnostiek opnemen en er meer gericht naar vragen. Dat kan slachtoffers uit hun isolement halen, zodat ze adequaat geholpen kunnen worden.

GGD Amsterdam, Afdeling Forensische Geneeskunde, Postbus 2200, 1000 CE Amsterdam; B.C. Drijber, huisarts en forensisch arts; dr. U.J.L. Reijnders, forensisch arts; M. Ceelen, epidemiologisch onderzoeker.
Correspondentie: bcbabs@hotmail.com
Belangenverstremming: niets aangegeven.

Wat is bekend?

- ▶ De meeste slachtoffers bespreken huiselijk geweld niet spontaan met de huisarts.
- ▶ Veel vrouwelijke slachtoffers van huiselijk geweld willen hier wel met de huisarts over praten.

Wat is nieuw?

- ▶ Ruim 60% van de niet-praters bezoekt de huisarts ten tijde van het geweld.
- ▶ De helft van de niet-praters zou wel met de huisarts over het geweld spreken als de huisarts ernaar had gevraagd.
- ▶ Niet-praters zoeken anoniem informatie op internet.
- ▶ In slechts 5% van de gevallen waarin slachtoffers over het geweld spreken ligt het initiatief bij de huisarts.

Methoden

Onderzoekspopulatie

Van oktober 2005 tot oktober 2007 benaderden we tijdens het letselsprekuur op de afdeling Forensische Geneeskunde van de GGD Amsterdam volwassen vrouwelijke slachtoffers van huiselijk geweld voor ons onderzoek. Daarnaast ontwikkelden we een website, zodat vrouwelijke slachtoffers ook via internet aan het onderzoek konden deelnemen. Via van een oproep in verschillende tijdschriften en door het verspreiden van flyers in diverse gezondheidscentra probeerden we aandacht te trekken voor de website. Ten slotte rekruteerden we vrouwen via verschillende vrouwenopvanginstellingen. In totaal namen aan het onderzoek 576 vrouwen deel; 56% (n = 325) via het letselsprekuur, 31% (n = 177) via internet en 13% (n = 74) via instellingen voor vrouwenopvang. Op het letselsprekuur nam de arts de vragenlijst af. De slachtoffers die via internet en vrouwenopvanginstellingen deelnamen vulden de vragenlijst zelf in.

Vragenlijst

De vragenlijst bevatte vragen naar demografische gegevens, dader, frequentie en duur van het geweld. We vroegen ook of de vrouwen *wel* of *niet* met de huisarts over het geweld hadden gesproken en wat de redenen daarvoor waren. Aan de slachtoffers die het geweld niet met de huisarts hadden besproken (de 'niet-praters'), vroegen we of ze de huisarts voor andere klachten hadden bezocht en of ze er *wél* over hadden gesproken als de huisarts ernaar had gevraagd. De vrouwen die het geweld wel met de huisarts hadden besproken (de 'praters'), vroegen we of dit contact bevredigend was geweest.

Analyse

We bewerkten de gegevens met het programma Acces (Microsoft). Voor de statistische analyse gebruikten we de chi-kwadraattoets (Statistical Package for the Social Sciences International, versie 15.0). Een verschil met een p-waarde < 0,05 beschouwden we als statistisch significant. Met behulp van logistische regressieanalyse onderzochten we het verband tussen etniciteit, frequentie en

duur van het geweld, en het bezoek aan de huisarts van de niet-praters. Resultaten van de logistische regressieanalyse vermeldden we als oddsratio (OR) en bijbehorende 95%-betrouwbaarheidsinterval en p-waarde. De verkregen OR's geven de kans weer dat bepaalde subgroepen (bijvoorbeeld autochtone vrouwen en vrouwen die vaak of langdurig mishandeld worden) vaker de huisarts bezoeken. Wanneer de OR > 1 is en de bijbehorende p-waarde < 0,05, betekent dit dat de kans significant verhoogd is. Soortgelijke analyses voerden we ook uit voor de bereidheid van de niet-praters om over het geweld te spreken als de huisarts het onderwerp ter sprake zou brengen. Percentages in de onderzoeksresultaten hebben we afgerond op hele getallen.

Resultaten

Kenmerken van de totale onderzoekspopulatie

Van de 576 deelnemende vrouwen hadden er 211 (37%) wel met de huisarts over het geweld gepraat en 365 (63%) niet. Er waren geen significante verschillen tussen de praters en de niet-praters met betrekking tot etniciteit, dader, frequentie en duur van het geweld (zie tabel 1). Wel waren de praters in het algemeen ouder dan de niet-praters (p = 0,013). Ruim de helft van de deelnemende vrouwen was van Nederlandse, 33% van Nederlands-allochtoone en 13% van buitenlandse afkomst. De helft van de slachtoffers noemde de partner als dader. Opvallend is dat bijna 40% meer dan 10 keer per jaar slachtoffer is van huiselijk geweld. Ongeveer 60% van de vrouwen werd langer dan 1 jaar blootgesteld aan mishandeling.

Niet-praters

Van de niet-praters (n = 365) gaf ongeveer eenderde 'schaamte' als reden op om het geweld niet met de huisarts te bespreken

Tabel 1 Kenmerken van de totale populatie

	Praters (n = 211)	%	Niet-praters (n = 365)	%	Totaal (n = 576)	%
<i>Leeftijd</i>						
18-20 jaar	10	5	30	8	40	7
21-30 jaar	57	27	128	35	185	32
31-40 jaar	76	36	106	29	182	32
41-50 jaar	49	23	79	22	128	22
> 51 jaar	19	9	22	6	41	7
<i>Afkomst</i>						
Nederlands	117	56	199	55	316	55
Nederlands-allochtoon	69	33	119	33	188	33
Buitenlands	25	12	47	13	72	13
<i>Veroorzaker geweld*</i>						
Partner	104	49	187	51	291	51
Ex-partner	82	39	128	35	210	37
Familieid	19	9	43	12	62	11
Overig	7	3	9	3	16	3
<i>Frequentie geweld</i>						
Eerste keer	20	10	31	9	51	9
< 5x per jaar	59	28	130	36	189	33
5-10x per jaar	40	19	79	22	119	21
> 10x per jaar	92	44	125	34	217	38
<i>Duur geweld</i>						
< ½ jaar	33	16	75	21	108	19
½-1 jaar	22	10	60	16	82	14
1-5 jaar	80	38	122	33	202	35
> 5 jaar	53	25	80	22	133	23
Geweld inmiddels gestopt	23	11	28	8	51	9

*Bij Veroorzaker geweld waren meer antwoorden mogelijk.

(zie tabel 2). Andere belangrijke redenen waren 'niet aan gedacht' (26%), 'geen goede vertrouwensband met de huisarts' (22%) en 'angst omdat de veroorzaker dezelfde huisarts heeft' (15%). Ruim 60% van de niet-praters (n = 226) gaf aan gedurende de periode van mishandeling de huisarts wel bezocht te hebben. De niet-praters die veelvuldig werden blootgesteld aan geweld (> 10 keer per jaar) gaven vaker aan een bezoek te hebben gebracht aan de huisarts dan de niet-praters die minder vaak mishandeld werden (respectievelijk 78% versus 53%, p < 0,001) (zie tabel 3). Ook de niet-praters die langdurig mishandeld werden (> 5 jaar) kwamen vaker bij de huisarts dan de niet-praters die minder langdurig mishandeld werden (respectievelijk 81% versus 56%, p < 0,001). Daarnaast bleek dat autochtone niet-praters de huisarts vaker bezochten dan allochtone niet-praters (respectievelijk 68% versus 55%, p = 0,011). Deze bevinding hangt echter samen met de

duur en de frequentie van het geweld – etniciteit blijkt geen onafhankelijke factor te zijn die een rol speelt bij de slachtoffers voor hun bezoek aan de huisarts. Ruim de helft van de niet-praters die de huisarts bezochten, kwam langs met psychische klachten, zoals slaap- en eetproblemen, depressiviteit en angstgevoelens. Een vrijwel even groot deel bezocht de huisarts voor lichamelijke problemen, zoals buikpijn, hoofdpijn en gewrichtsklachten. Ongeveer 12% zocht hulp vanwege direct aan het geweld gerelateerd letsel.

De meerderheid van de niet-praters (56%) gaf aan dat ze het geweld wel besproken zouden hebben als de huisarts ernaar had gevraagd. Zeventien procent wist niet hoe zij zouden reageren en de overige 28% zou er niet over gesproken hebben. Hoe ernstiger het geweld, hoe kleiner de bereidheid van de niet-praters om er desgevraagd over te spreken (zie tabel 4). Van de niet-praters die langdurig mishandeld werden (> 5 jaar) gaf 50% aan dat ze wel met de huisarts zouden praten; 26% twijfelde daarover. Van de niet-praters die minder langdurig mishandeld werden, zou 58% wel praten en twijfelde 11% erover. Bij de niet-praters die vaak werden blootgesteld aan mishandeling (> 10 keer per jaar) zou 49% praten over het geweld als de huisarts ernaar zou vragen en twijfelde 22%. Van de niet-praters die minder vaak werden mishandeld zou 59% het bespreken; 13% twijfelde. De autochtone niet-praters betwijfelden vaker of ze het geweld met de huisarts zouden bespreken dan de allochtone niet-praters (respectievelijk 25% versus 6%, p < 0,001). Deze opmerkelijke bevinding zou in de toekomst verder moeten worden onderzocht. In dit verband

Tabel 2 Redenen waarom het geweld niet met de huisarts is besproken

	Niet-praters (n = 365)	%
<i>Redenen niet bespreken geweld met huisarts*</i>		
Schaamte	121	33
Niet aan gedacht	94	26
Geen goede vertrouwensband met huisarts	79	22
Angst: (ex-)partner heeft dezelfde huisarts	55	15
Voorkeur bespreken met anderen	33	9
Mannelijke huisarts	16	4
Huisarts te weinig tijd	14	4
Taalbarrière	7	2
Anders	46	13

* Er waren meer antwoorden mogelijk.

Tabel 3 Etniciteit en ernst van het geweld in relatie tot het bezoeken van de huisarts van niet-praters

	Huisarts bezocht	%	Huisarts niet bezocht	%	Univariate logistische regressie OR (95%-BI)*	Multivariate logistische regressie† OR (95%-BI)*
<i>Etniciteit</i>						
Autochtoon	135	68	64	32	1,7 (1,1-2,7)	1,5 (0,9-2,5)
Allochtoon‡	91	55	75	45		
<i>Frequentie geweld</i>						
≤ 10 keer per jaar‡	128	53	112	47	3,2 (1,9-5,2)	2,5 (1,4-4,3)
> 10 keer per jaar	98	78	27	22		
<i>Duur geweld</i>						
≤ 5 jaar‡	124	56	98	44	3,4 (1,8-6,4)	2,7 (1,4-4,3)
> 5 jaar	65	81	15	19		

* OR= oddsratio; 95%-BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval

† Etniciteit, frequentie van het geweld en duur van het geweld analyseerden we simultaan

‡ Referentiecategorie in de logistische regressieanalyse

Tabel 4 Etniciteit en ernst van het geweld in relatie tot de bereidheid van niet-praters om het geweld te bespreken wanneer de huisarts ernaar vroeg

	Wel spreken met huisarts	%	Twijfel om met huisarts te spreken	%	Niet spreken met huisarts	%	Chi-kwadraattoets p-waarde	Univariate logistische regressie OR (95%-BI)†	Multivariate logistische regressie‡ OR (95%-BI)†
<i>Etniciteit</i>									
Autochtoon	95	48	50	25	53	27	< 0,001	5,3 (2,6-10,8)	5,5 (2,3-12,8)
Allochtoon§	108	65	10	6	48	28			
<i>Frequentie geweld</i>									
≤ 10 keer per jaar§	142	59	32	13	65	27	0,056	1,9 (1,1-3,3)	1,5 (0,8-3,0)
> 10 keer per jaar	61	49	28	22	36	29			
<i>Duur geweld</i>									
≤ 5 jaar§	127	58	25	11	69	31	0,006	2,8 (1,5-5,3)	2,1 (1,0-4,2)
> 5 jaar	40	50	21	26	19	24			

*s Vrouwen die 'twijfelden om met huisarts te spreken' versus de overige vrouwen

† OR= oddsratio; 95%-BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval

‡ Etniciteit, frequentie van het geweld en duur van het geweld analyseerden we simultaan

§ Referentiecategorie in de logistische regressieanalyse

bleken etniciteit en duur van het geweld onafhankelijke factoren te zijn, die van invloed waren op het wel of niet bespreken van het geweld. Ongeveer 40% van de niet-praters (n = 146) gaf aan anoniem informatie gezocht te hebben. Dit betrof vooral de Nederlandse (73%) en in mindere mate de Nederlands-allochtone (21%) en de buitenlandse slachtoffers (6%). De meerderheid (74%) van de vrouwen die informatie zochten, maakte hiervoor gebruik van internet.

Praters

Van de praters (n = 211) besprak bijna de helft het geweld met de huisarts in de hoop dat hij hen zou doorverwijzen voor verdere hulp (zie tabel 5). Een andere belangrijke reden was de goede vertrouwensband met de huisarts (35%). De overige redenen die deze groep noemde, staan in tabel 5. Ongeveer 73% van de praters gaf aan dat de bespreking van het geweld bevredigend was verlopen. Ruim een kwart van de praters was niet tevreden over het contact. Redenen hiervoor waren dat de huisarts niet genoeg tijd had, dat deze te weinig van huiselijk geweld afwist of dat het slachtoffer zich niet serieus genomen voelde (zie tabel 5). Tweeëntachtig procent van de praters sprak met de huisarts op eigen initiatief. Slechts 5% van de praters sprak over het geweld omdat de huisarts ernaar vroeg. De resterende 12% deed dat op advies van anderen, zoals vrienden, familieleden of de politie.

Beschouwing

Met dit onderzoek wilden wij inzicht verkrijgen in de redenen van vrouwelijke slachtoffers om wel of niet met de huisarts over de mishandeling te spreken. We rekruteerden de vrouwen via het letselsprekuur van de GGD, internet en verschillende vrouwenopvanginstellingen. Een groot deel van de slachtoffers bleek huiselijk geweld niet met de huisarts te bespreken. De meerderheid van hen bezocht de huisarts ten tijde van het geweld met zowel psychische als lichamelijke klachten. Vooral de vrouwen die werden blootgesteld aan zeer frequent en/of zeer langdurig geweld gaven aan wel bij de huisarts geweest te zijn in de periode van het geweld. De meerderheid van de niet-praters zou wel over het geweld praten als de huisarts dit onderwerp had aangesneden. Bij toenemende ernst van geweld nam de bereidheid om met de huisarts hierover te praten echter af. Verder bleek internet voor de niet-praters een belangrijk medium te zijn om anoniem informatie te zoeken. Een andere opvallende bevinding is dat slachtoffers die wel met de huisarts over het geweld hadden gesproken, zelf hiertoe het initiatief hadden genomen.

Sterke punten van dit onderzoek zijn: het grote aantal vrouwen dat deelnam en de grote variatie in afkomst, leeftijd en ernst van het huiselijk geweld. Bij de interpretatie van de resultaten moet men echter rekening houden met een mogelijke selectiebias. De vrouwen die deelnamen aan ons onderzoek zochten op eigen initiatief hulp of ondersteuning (via de politie, op het letselsprekuur, op internet of via de vrouwenopvang). Het is niet uit te sluiten dat deze groep slachtoffers met betrekking tot het bespreken van het geweld en de achterliggende redenen hiervan verschilt

Tabel 5 Ervaringen van praters met betrekking tot het bespreken van het geweld met de huisarts

	Praters (n = 211)	%
<i>Redenen om geweld te bespreken met huisarts</i>		
Wens voor verdere hulp	101	48
Goede vertrouwensband met huisarts	73	35
Eigen vermoeden relatie geweld/overige klachten	41	19
Hoop dat huisarts in staat is geweld te stoppen	31	15
Zeker van geheimhoudingsplicht huisarts	28	13
Anders	47	22
<i>Resultaat contact met huisarts</i>		
Bevredigend	153	73
Huisarts wist weinig van huiselijk geweld	14	8
Slachtoffer voelde zich niet serieus genomen	14	7
Huisarts had weinig tijd	14	7
Anders	14	7
<i>Initiatief contact met huisarts</i>		
Eigen initiatief	173	82
Op advies van anderen	26	12
Huisarts	10	5

van de groep vrouwen die niet actief hulp zoekt. Het taboe dat op dit onderwerp rust, bemoeilijkt echter representatief onderzoek onder slachtoffers van huiselijk geweld.

Schaamte blijkt in dit onderzoek een belangrijke reden om het geweld niet met de huisarts te bespreken. Het is de moeite waard om nader te onderzoeken welke aspecten van schaamte het vrouwelijke slachtoffers onmogelijk maken het geweld te bespreken. In het algemeen is bekend dat slachtoffers vaak een negatief zelfbeeld opgebouwd hebben door de vernederingen die ze hebben moeten ondergaan. Daarbij zijn ze dikwijls verstrikt geraakt in een afhankelijkheidsrelatie met de dader. Schaamte omdat ze niet kunnen voldoen aan bepaalde verwachtingspatronen, bijvoorbeeld met betrekking tot het doen slagen van het huwelijksleven, kan slachtoffers ervan weerhouden over het geweld te praten. Ook is het voorstelbaar dat vrouwen zich schamen omdat zij al langdurig slachtoffer zijn en er altijd over gezwegen hebben.

Bekend is dat slachtoffers van partnergeweld er wel met de huisarts over zouden willen praten, maar dit niet uit zichzelf doen.⁵

Een belangrijke boodschap van dit onderzoek is dat slachtoffers dikwijls niet uit eigen beweging over de mishandeling praten, terwijl zij dit wel zouden doen als de huisarts er gericht naar zou vragen. Een andere belangrijke bevinding is de grotere terughoudendheid om het geweld te bespreken als de ernst ervan toeneemt, terwijl deze vrouwen in de periode van het geweld wel de huisarts bezoeken. Dit benadrukt eens te meer dat het belangrijk is dat huisartsen leren hoe zij huiselijk geweld kunnen signaleren en bespreekbaar maken. Recent onderzoek heeft aangetoond dat dit zinvol is. Na het volgen van een korte training herkennen huisartsen partnermishandeling vier keer vaker dan huisartsen die deze training niet gevolgd hebben.¹¹ Daarbij stellen zij zes keer vaker vragen over geweld wanneer een patiënt onverklaarde klachten heeft die niet direct duiden op geweld. Uit ander onderzoek blijkt dat vrouwen het helemaal niet belastend vinden als hun huisarts naar huiselijk geweld informeert, ook niet als zij daarvan geen slachtoffer zijn. Zij vinden dit juist zorgvuldig en begrijpelijk.¹²

Er zijn diverse screeningsmethoden ontwikkeld om slachtoffers te identificeren en waarmee de mogelijkheden om adequate hulp te bieden toenemen. Bij volwassen vrouwen kan men gebruikmaken

Abstract

Drijber BC, Reijnders UJL, Ceelen M. Female victims of domestic violence do not generally seek help from their GP. *Huisarts Wet* 2009;52(1):6-10.

Aim To investigate the reasons why female victims of domestic violence do or do not discuss the matter with their GP.

Method During the period from October 2005 to October 2007 a total of 576 adult female victims of domestic violence participated in the study. They were asked whether or not they had discussed the matter with their GP and their reasons for discussing it or not. The victims who did not discuss the violence with their GP ('non-talkers') were asked if they had visited the GP for other complaints and whether they would have discussed the violence if the GP had asked them about it. Furthermore victims who did discuss the violence with their GP ('talkers') were asked whether the discussion was satisfactory.

Results Of the 576 participating women, 37% had talked about the domestic violence with their GP while 63% had not. The main reason for *not* bringing up the subject of domestic violence with the GP was shame. Approximately 60% of the 'non-talkers' visited their GP while the violence was taking place. This applied particularly to women who had long been victims or who were subjected to frequent violence (approximately 80%). More than 50% of the 'non-talkers' would have brought up the matter of domestic violence if their GP had asked about it. Of the 'talkers' almost 50% brought up the matter with their GP in the hope that they would be referred for further help. Three-quarters of the 'talkers' were satisfied with the contact they had had with the GP. A quarter of them were dissatisfied with the part played by the GP mainly because of lack of time or knowledge of the subject or because they felt they were not being taken seriously. Only 5% of the 'talkers' discussed the violence because the GP had taken the initiative.

Conclusion Many female victims of domestic violence visit their GP during the time when the violence is happening. A large proportion of these women do not take the initiative themselves to speak of the violence. Shame is the main reason for failing to bring up the matter with the GP. The women who do talk about the violence do so in order to be referred on. Thus GPs must include domestic violence more frequently in their differential diagnosis and ask more pointed questions about the matter. This can help victims to escape from their isolated position so that they can be given appropriate help.

van 3 korte vragen uit de Partner Violence Screen (PVS):

- 1) bent u het afgelopen jaar door iemand mishandeld;
- 2) voelt u zich onveilig in uw huidige relatie;
- 3) is er iemand uit een vorige relatie die maakt dat u zich nu nog onveilig voelt?¹³

Deze vragenlijst screent bij een positief antwoord op 1 van de vragen al 70% van de slachtoffers. De Woman Abuse Screening Tool (WAST) bevat een vragenlijst met een geleidelijkere opbouw, waardoor het slachtoffer zich mogelijk minder overvallen voelt.¹⁴

Vaak is het voor slachtoffers al een hele opluchting als zij hun verhaal kunnen vertellen, waardoor zij het contact met de huisarts als bevredigend ervaren. Huisartsen hoeven dus niet te vrezen dat ze niets kunnen betekenen voor slachtoffers. Niet handelen is uiteindelijk schadelijker.

Conclusie

Veel slachtoffers van huiselijk geweld bezoeken de huisarts in de periode waarin het geweld plaatsvindt. De meerderheid komt vanwege lichamelijke en psychische klachten, zonder over het geweld te spreken. Schaamte is de belangrijkste reden om het geweld niet met de huisarts te bespreken. Andere belangrijke redenen zijn 'niet aan gedacht', 'geen goede vertrouwensband' en 'angst omdat de veroorzaker dezelfde huisarts heeft'. De vrouwen die het geweld wel ter sprake brengen, doen dat om doorverwezen te worden. Als huisartsen huiselijk geweld vaker in de differentiële diagnostiek zouden opnemen en zouden leren het bespreekbaar te maken, kan dat slachtoffers uit hun isolement halen zodat hun adequaat hulp kan worden geboden.

Literatuur

- 1 www.nationaal Kompas.nl: Letsels als gevolg van geweld.
- 2 www.kindveilig.nl: factsheet: Letsels door ongevallen en geweld (februari 2007).
- 3 Van Dijk T, Flight S, Oppenhuis E, Dueman B. Huiselijk geweld. Aard, omvang en hulpverlening. Den Haag: Ministerie van justitie 1997.
- 4 Hamberger LK, Saunders DG, Hovey M. Physician interaction with battered women: the women's perspective. *Arch Fam Med* 1998;7:575-82.
- 5 Lo Fo Wong S. The doctor and the woman 'who fell down the stairs'. Family doctor's role in recognizing and responding to intimate partner abuse. Nijmegen: Thesis, 2006.
- 6 Abbott J, Johnson R, Koziol-McLain, Lowenstein SR. Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA* 1995;273:1763-7.
- 7 Reijnders UJL, Van Baasbank MC, Van der Wal G. Van de trap gevallen. *Med Contact* 2004;43:1678-9.
- 8 Jones R. Wound and injury awareness amongst students and doctors. *J Clin Forensic Med* 2003;10:231-4.
- 9 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.
- 10 Onderzoek naar huiselijk geweld (1997). *VWS bulletin*. 1999;7:14-5.
- 11 Lo Fo Wong S, Wester F, Mol SS, Lagro-Janssen TL. Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomized controlled trial. *Br J Gen Pract* 2006;56:243-4.
- 12 Chen PH, Rovi S, Washington J, Jacobs A, Vega M, Pan KY, et al. Randomized comparison of 3 methods to screen for domestic violence in family practice. *Ann Fam Med* 2007;5:430-5.
- 13 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.
- 14 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.