

O ja, u bent ook nog slachtoffer van partnergeweld...

De computer is een handig hulpmiddel in de praktijk. Maar is het ook een aanrader om hiermee voorafgaand aan het consult vragen te stellen over geweld in de relatie? In Canada konden vrouwen in de wachtkamer van een huisartsenpraktijk meedoen aan een onderzoek naar gezondheidsrisico's (n=293, respons 61%). De interventiegroep (n=144) beantwoordde in een aparte ruimte een vragenlijst over gezondheidsrisico's via een 'touch screen' van een praktijkcomputer, voorafgaand aan het consult. Na het consult werd een schriftelijke exit-vragenlijst afgenomen. De controlegroep hoefde alleen de exit-vragenlijst in te vullen. De uitkomst gaf aan of een vrouw risico liep op partnergeweld in haar huidige relatie in het afgelopen jaar. De huisarts, die geblindeerd was voor de eigenlijke onderzoeksvraag, ontving de uitkomst als een waarschuwing op zijn computerscherm tijdens het consult met de betreffende patiënt. De vraag was of de huisarts hiervan gebruik zou maken en het probleem zou aansnijden tijdens het con-

sult. De patiënt was niet op de hoogte van de melding. De consulten werden opgenomen (audiotape) en het aantal keren dat de dokter van de gelegenheid gebruikmaakte om over partnergeweld te praten was de primaire uitkomstmaat. De secundaire uitkomst was hoe vaak de veiligheid van de vrouw aan de orde kwam.

Conform eerdere onderzoeken bleek 22% van de vrouwen actueel partnergeweld en controle (een vorm van partnergeweld) mee te maken. Huisartsen weten dit vrijwel nooit. Zij bespraken het probleem significant vaker in de interventiegroep (RR 1,4) en de identificatie nam toe (RR 2,0). De onderzoekers keken niet naar de kwaliteit van de wijze waarop dit probleem besproken werd.

Geschat wordt dat de baseline herkenning van partnergeweld 0-3% is.² Dit is erg laag voor een probleem met zulke grote gevolgen voor de gezondheid, en een blinde vlek bij de huisarts. Om dit patroon te doorbreken screent men in Canada onder de vrouwelijke patiënten in

de huisartsenpraktijk op partnergeweld. In het zoeken naar de beste manier komt ook de beschreven computermethode voorbij. Het bespreken van dit onderwerp blijft lastig, ook al geeft een patiënt aan erover te willen praten.

Een cursus volgen in het bespreekbaar maken van partnergeweld lijkt mij nuttiger dan een waarschuwing in het scherm. Is de computer geschikt als hulpmiddel om partnergeweld te kunnen signaleren en bespreken? Nou nee... Ik stel me al voor hoe dat gaat aan het einde van het consult: 'O ja, ik zie dat u ook nog slachtoffer bent van partnergeweld...' of een dokter zegt niets en denkt: 'Help, moet ik daar iets mee?'

Sylvie Lo Fo Wong

Ahmad F, et al. Computer-assisted screening for intimate partner violence and control. A randomized trial. *Ann Intern Med* 2009;153:370-374 (Electronic).

Ramsay J, et al. Should healthcare professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ* 2002;325:314.

Vriendelijk contact met roker werkt

De aanbevolen benadering van de rokende patiënt door de dokter is het met enige regelmaat en op uitnodigende wijze informeren naar de rookgewoonte. Gedragsverandering, zoals stoppen met roken, wordt bepaald door de motivatie of attitude van de patiënt (A), door diens zelfvertrouwen of 'self-efficacy' (E) en door de sociale omgeving (S). De S uit dit zogenaamde ASE-model bleef bij stoppen met roken tot voor kort onderbelicht.

Christiakis en Fowler analyseerden het sociale netwerk van 5123 deelnemers aan de Framingham-studie tussen 1971 en 2003, een periode waarin het percentage rokers onder volwassen Amerikanen afnam van 45% naar 21%. Zij onderzochten de invloed van het stoppen met roken door partners, broers en zussen, collega's, vrienden, kennissen en burens op het rookgedrag van de deelnemers. De onderzoekers brachten per deelnemer gemiddeld

meer dan 10 contacten in kaart. Stoppen met roken door de partner had het grootste effect: 67% afname van roken. Bij gestopte vrienden rookte 36% niet meer, bij gestopte collega's was dit 34%, en bij een broer of zus ging het om 25%. Het minst effect hadden gestopte kennissen en burens met wie er weinig contact was.

De invloed van de omgeving op stoppen met roken is dus betrekkelijk groot en concreet. Het doorvragen naar het rookgedrag van personen en eventuele stoppers in de directe omgeving van de patiënt, door de huisarts of praktijkondersteuner, verheldert de succeskans bij de patiënt die overweegt te stoppen. Via een uitnodigend, vriendelijk gesprekje met de roker – niet roken is beter – tijdens het herhaalde zorgcontact parti-

cipeert de huisartsenpraktijk in het heilzame deel van het sociale netwerk van de roker. Is dat niet mooi?

Ben Ponsioen

Christiakis NA, et al. The collective dynamics of smoking in a large social network. *N Engl J Med* 2008;358:2249-58.

