

## Huiselijk geweld (1): Cijfers en herkenning

Huiselijk geweld is een serieus maatschappelijk en medisch probleem en komt zowel bij kinderen, volwassenen als ouderen voor. Ondanks de toenemende aandacht in de media en de nascholing herkent een groot deel van de (huis)artsen de verschijnselen van huiselijk geweld niet. Daarom gaat *In de praktijk* de komende maanden in op een aantal aspecten waarbij de alarmbellen van de huisarts zouden moeten gaan rinkelen. Deze eerste aflevering geeft enkele achtergronden en cijfers.

### Tegen de kast gelopen

Het is maandagmorgen en de 34-jarige mevrouw Servaes komt bij u met buikklachten en slaapproblemen. Een snelle blik in haar dossier laat zien dat ze de laatste twee jaar regelmatig op het spreekuur is geweest met deze klachten, waarvoor ze ook tweemaal de huisartsenpost heeft bezocht. Sinds haar scheiding, een jaar geleden, heeft ze drie keer een blaasontsteking gehad. Bij lichamelijk onderzoek ziet u dat ze op haar rechterschouder, borstwand, boven- en onderarmen en het linkerbovenbeen bloedingstoringen heeft van verschillende omvang en ouderdom. U vraagt hoe ze daaraan is gekomen, maar ze ontwijkt uw blik en antwoordt dat ze een paar keer in het donker tegen de slaapkamerkast is aangelopen. Omdat de combinatie van deze letsels u niet erg waarschijnlijk lijkt voor stoten tegen

een kast, besluit u haar op een directe wijze te vragen of er sprake is van huiselijk geweld. Hierop volgt een emotioneel relaas van een reeks mishandelingen door haar ex-partner.

### Enkele achtergronden op een rij

Huiselijk geweld wordt omschreven als een aantasting van de persoonlijke integriteit van het slachtoffer door iemand uit zijn of haar huiselijke kring, waaronder (ex-)partners, gezins- en familieleden en huisvrienden. Huiselijk geweld komt in vele gedaanten voor: er is lichamelijk, geestelijk en seksueel geweld, verwaarlozing en - bij kinderen - het Münchausen-by-proxy syndrome.

Geschat wordt dat in Nederland 45 procent van de bevolking ooit slachtoffer is geweest van een vorm van huiselijk geweld; 11 procent houdt daar letsel aan over, 27 procent maakt het dagelijks of wekelijks mee en 21 procent langer dan vijf jaar.

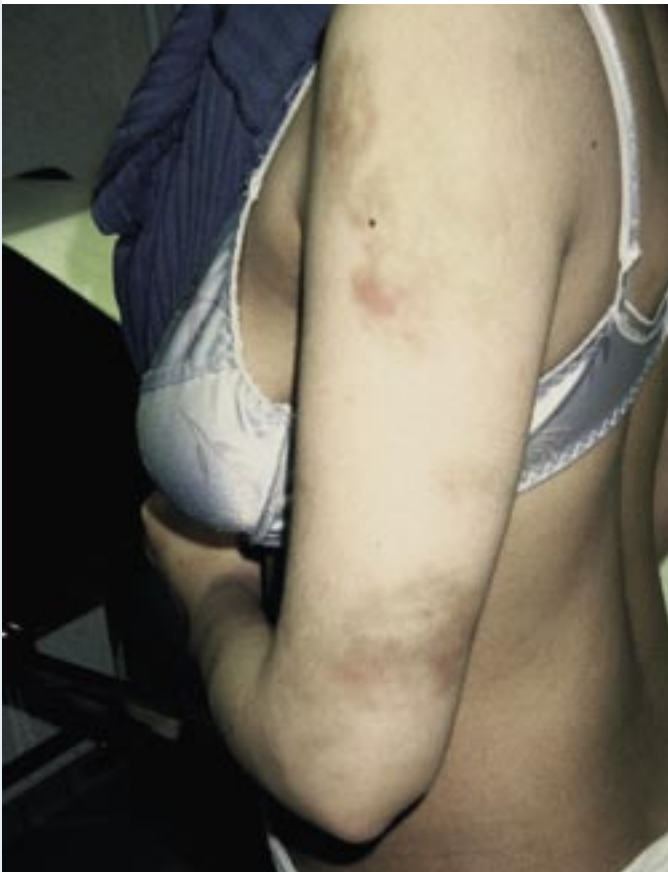
Ten gevolge van huiselijk geweld zijn ook dodelijke slachtoffers te betreuren. Bij vrouwen liggen de schattingen op 80 gevallen per jaar, bij kinderen op 50. Bij 35 procent van alle geweldsmisdrijven gaat het om huiselijk geweld. Een groot probleem is dat huiselijk geweld en de gevolgen daarvan door de omgeving onvoldoende worden gesignaleerd. Dit wordt wel het omstanderdilemma genoemd: men kan, durft of wil het niet zien.

### Lastige herkenning

Huiselijk geweld wordt onvoldoende herkend, hoewel het gepaard kan gaan met forse lichamelijke en psychische klachten. Ondanks de toenemende aandacht voor het onderwerp in literatuur en symposia, zou 75 procent van de artsen het geweld niet herkennen. Veel slachtoffers melden zich voor behandeling van hun letsel bij de afdeling Spoedeisende Hulp of de huisarts. Lang niet altijd vertellen ze dan de ware toedracht. Soms heeft de behandelend arts wel een vermoeden maar ontkent de patiënt. Patiënten beseffen vaak niet dat de arts een geheimhoudingsplicht heeft. Anderzijds herkennen ook artsen soms duidelijke gevallen van geweld niet: de ene arts ziet het wel tien keer per jaar en de andere arts nooit. Herkenning lijkt daarmee nogal persoonsgebonden te zijn.

### Belemmerende factoren

Wat zijn dan de redenen dat mishandeling zo lastig wordt herkend? Om te beginnen wordt in de basis- en vervolgopleiding niet of nauwelijks aandacht besteed aan dit onderwerp. En wat men niet kent valt ook moeilijk te herkennen. Artsen zijn ook bang om de verkeerde diagnose te stellen of families onterecht te stigmatiseren. De dader is vaak een eigen patiënt of zelfs een bekende, wat het extra lastig maakt. Sommige artsen willen zich niet als politieman opwerpen of bagatelliseren het voorval. Of er is onvoldoende tijd om het gesprek aan te gaan. Niet zelden worden de instanties die zich met





huiselijk geweld bezighouden gewantrouwd of weten artsen niet welke verwijsmogelijkheden er zijn. Angst om de vertrouwensrelatie op het spel te zetten speelt ook een rol, hoewel onderzoek heeft aangetoond dat dit zelden zo uitpakt. Al deze argumenten wegen echter niet op tegen de mogelijke gevolgen als mishandeling niet (tijdig) wordt gesignaleerd.

#### Overwinnen van barrière

De omvang van huiselijk geweld zal nooit exact duidelijk worden. Duidelijk is wel dat het een zeer complex probleem vormt dat enorme verborgen kosten met zich meebrengt door huisartsen- en specialistenbezoek, medicijngebruik, bezoeken aan de Spoedeisende Hulp en zelfs ziekenhuisopnames. Artsen zullen een barrière moeten overwinnen om slachtoffers van huiselijk geweld beter te screenen. In de komende nummers van *In de praktijk* wordt geprobeerd hiertoe de nodige handvatten aan te reiken.

*Dr. Udo.J.L. Reijnders, forensisch geneeskundige GGD Amsterdam (ureijnders@ggd.amsterdam.nl)*

*Babette.C. Drijber, aios en arts afdeling Forensische Geneeskunde GGD Amsterdam*

## Leren van leden

## Nascholing GGZ en het vervolg daarop: 'Het consult wordt weer een uitdaging'

In 2004 volgde Mark Valk een week lang nascholing over GGZ, waar hij naar eigen zeggen veel van opstak. Aan het eind van de week maakten de cursusdeelnemers voor zichzelf een verbeteringsplan. Toen tijdens de terugkommiddag bleek dat veel van de goede voornemens in de alledaagse drukte verloren gingen, stelde hij de groep voor vierwekelijks bijeen te komen om ervaringen uit te wisselen en aldus van elkaar te leren. Het concept blijkt goed te werken en wordt bovendien leuk gevonden. Onderstaand beschrijft Valk zijn ervaringen.

#### Onderwerpen in de nascholing

Tijdens de cursus GGZ, die in Frankrijk werd gegeven, besteedden we steeds gedurende een dag aandacht aan een deelgebied van de psychiatrie: depressie, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en functionele klachten. Hoewel GGZ altijd al mijn belangstelling had, bleek toch dat mijn zorgverlening wat sleets was geraakt in de loop der jaren. Zo had ik bijvoorbeeld geen hoge pet op van de DSM-IV: het nut van de opsomming aan het einde van de ontslagbrieven van de psychiater ontging mij, en vooral de conclusie 'diagnose uitgesteld' zorgde voor een flinke dosis scepsis. Maar nu ik de

vijf assen heb leren kennen en waarderen, lees ik de ontslagbrieven anders: juist die afsluiting met de DSM-IV is het wezen van de brief. Ik neem die nu integraal op in de samenvatting in het EMD.

Ook over het handelen bij depressie leerde ik veel nieuws. Ik stel nu altijd de vragen 'Bent u somber?' en 'Kunt u nog genieten?', omdat daarmee direct duidelijk wordt of je verder kunt gaan met de werkhypothese depressie. De zeven vervolgvragen leveren zoveel aanwijzingen op, dat ik nu veel meer voor mijn patiënten kan betekenen dan voorheen. Maar we kregen nog meer nuttig gereedschap aangedragen in de cursus. Omdat patiënten met een depressie hun interesses verliezen en geen initiatieven meer ontplooien, vraag ik ze nu om thuis een lijstje te maken van activiteiten die ze vroeger leuk vonden. Het is verrassend om te zien wat zoiets simpels betekent voor de betrokkene.

#### Eigen verbeteringsplannen

Kennis opdoen is niet zo moeilijk, maar deze toepassen vergt flink wat meer. Daarom werden we de laatste cursusdag aan het werk gezet om een aspect van het geleerde te vertalen in een uitvoerbaar plan voor de eigen praktijk. De diversiteit daarvan verbaasde me