

Zorggebruik van vrouwen die slachtoffer zijn van partnergeweld

Samenvatting

Prosman G, Lo Fo Wong S, Bulte, E, Lagro-Janssen ALM. *Zorggebruik van vrouwen die slachtoffer zijn van partnergeweld*. *Huisarts Wet* 2013;56(6):258-62.

ACHTERGROND Uit voorgaande onderzoeken blijkt dat er een relatie bestaat tussen partnergeweld en een toename van gezondheidsklachten. Vroegtijdige herkenning van partnergeweld door huisartsen is noodzakelijk om een toename van gezondheidsklachten te voorkomen. Over het zorggebruik van mishandelde vrouwen in de huisartsenpraktijk is weinig bekend. Wij hebben onderzocht of het zorggebruik van mishandelde vrouwen verschilt van dat van niet-mishandelde vrouwen.

METHODE Een gematcht case-control-onderzoek met behulp van elektronische patiëntendossiers (EPD's) uit 16 huisartsenpraktijken in Rotterdam. We hebben de EPD's van 50 slachtoffers van partnergeweld over een periode van vijf jaar geanalyseerd. De EPD's van de controlegroep, die bestaat uit 50 vrouwen van wie is vastgesteld dat ze geen slachtoffer zijn van partnergeweld, hebben we gematcht op huisartsenpraktijk, aantal kinderen, leeftijd, land van herkomst en opleidingsniveau. In beide groepen hebben we het aantal huisartsenbezoeken, aantal verwijzingen, aantal voorgeschreven recepten en de reden van het huisartsenbezoek geanalyseerd.

RESULTATEN Vrouwelijke slachtoffers van partnergeweld bezochten de huisarts bijna 1,5 keer vaker dan niet-mishandelde vrouwen. Zij hadden meer sociale problemen (OR = 3,5; 95%-BI 1,2-10,5; $p = 0,01$) en gynaecologische en zwangerschapsklachten (OR = 3,0; 95%-BI 1,3-6,8; $p = 0,009$). Huisartsen verwezen slachtoffers van partnergeweld vaker voor aanvullend specialistisch onderzoek (OR = 3,6; 95%-BI 1,1-12,2; $p = 0,03$) en voor psychische hulp (OR = 2,9; 95%-BI 1,2-7,1; $p = 0,02$). Mishandelde vrouwen kregen veel vaker antidepressiva voorgeschreven dan niet-mishandelde vrouwen (OR = 4,1; 95%-BI 1,5-11,6; $p = 0,005$).

CONCLUSIE Vrouwelijke slachtoffers van partnergeweld vertoonden een hoger zorggebruik dan niet-mishandelde vrouwen. Deze uitkomsten geven huisartsen meer inzicht in het patroon van zorggebruik van mishandelde vrouwen, waardoor ze deze problematiek eerder kunnen herkennen en ze adequater beleid kunnen inzetten.

INLEIDING

Partnergeweld is een groot probleem in de gezondheidszorg en kan resulteren in een toename van het zorggebruik onder vrouwen.^{1,2} Voorbeelden van partnergeweld (PG) zijn fysiek geweld (slaan, schoppen, verstikking), seksueel geweld (gedwongen seks), psychisch misbruik (stalking, vernedering, bedreigingen) door een (voormalige) partner. Uit (inter)nationale onderzoeken²⁻⁶ blijkt dat 30% van de vrouwelijke patiënten in de huisartsenpraktijk ooit met partnergeweld is geconfronteerd. Hoewel men heeft aangetoond dat er een relatie bestaat tussen partnergeweld en gezondheidsklachten,⁷⁻¹¹ zoals meer gebruik van psychofarmaca^{9,12} en chronisch onverklaarde pijnklachten,¹³⁻²¹ constateert slechts 0-3% van de zorgverleners dat er sprake is van partnergeweld.²² Mishandelde vrouwen bespreken geweld zelden spontaan met hun huisarts.²³⁻²⁵ Het is onvoldoende bekend of de toename aan zorggebruik te wijten is aan partnergeweld of dat andere factoren, zoals onderwijs, sociale achtergrond en etniciteit van invloed zijn op deze uitkomsten. De hoge prevalentie van partnergeweld en de negatieve gezondheidseffecten onder mishandelde vrouwen benadrukken het belang van vroegtijdige herkenning van partnergeweld. Het doel van dit onderzoek is om kenmerken van het zorggebruik van mishandelde vrouwen te vergelijken met dat van vrouwen die geen slachtoffer zijn. De klinische relevantie is dat er meer inzicht komt in het zorggebruik van mishandelde vrouwen.

Wat is bekend?

- Vrouwelijke slachtoffers van partnergeweld hebben meer gezondheidsklachten.
- Huisartsen hebben moeite met het herkennen van partnergeweld bij vrouwen.
- Mishandelde vrouwen zijn terughoudend en bespreken partnergeweld niet snel spontaan.
- Er is weinig onderzoek gedaan naar de kenmerken van zorggebruik onder de slachtoffers van partnergeweld in de huisartsenpraktijk.

Wat is nieuw?

- Vrouwelijke slachtoffers van partnergeweld bezoeken de huisarts vaker dan vrouwen die niet mishandeld worden.
- Vrouwelijke slachtoffers van partnergeweld krijgen ook meer verwijzingen voor diagnostisch onderzoek in een ziekenhuis.
- Vrouwelijke slachtoffers van partnergeweld worden vaker verwezen voor psychische klachten en krijgen meer antidepressiva voorgeschreven.
- Vrouwelijke slachtoffers van partnergeweld bezoeken vaker het spreekuur met gynaecologische en zwangerschapsklachten.
- Vrouwelijke slachtoffers van partnergeweld bespreken vaker sociale problemen met de huisarts.

Radboud Universiteit, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Postbus 9101, huispost 118, 6500 HB Nijmegen: G.J. Prosman, eerstelijnsgezondheidszorgpsycholoog, onderzoeker; dr. S.H. Lo Fo Wong, huisarts, senior onderzoeker; E. Bulte, student geneeskunde; prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen, hoogleraar, huisarts • Correspondentie: g.prosman@elg.umcn.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: de GGD Rotterdam, Stichting Kinderpostzegelfonds en de Stichting Volkskracht gaven financiële steun.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Prosman G, Lo Fo Wong S, Bulte, E, Lagro-Janssen ALM. *Healthcare utilization of abused women: a case-control study*. *Eur J Gen Pract* 2012;18:107-13. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

METHODE

Onderzoeksontwerp en deelnemers

Naast een interventieonderzoek voor mishandelde moeders hebben we in 2009 een cross-sectioneel onderzoek uitgevoerd in zestien huisartsenpraktijken in Rotterdam.⁶ De deelnemers aan dit gematchte case-control-onderzoek, die we hebben geselecteerd uit dit wachtkameronderzoek, hebben een vragenlijst om partnergeweld vast te stellen ingevuld (de Composite Abuse Scale; CAS) en tevens schriftelijk toestemming gegeven voor inzage in het elektronisch patiëntendossier (EPD). Inclusiecriteria waren: vrouwen (≥ 18 jaar) die in maart 2009 de huisartsenpraktijk hebben bezocht, één jaar staan ingeschreven en een partner hebben (gehad). Met behulp van de EPD's hebben we een retrospectief onderzoek uitgevoerd naar de relatie tussen partnergeweld en zorggebruik. Matching tussen cases en controles vond plaats op basis van dezelfde huisartsenpraktijk, leeftijd, opleidingsniveau, aantal kinderen en land van herkomst [tabel 1].

Metingen en uitkomsten

Bij een positieve score ≥ 7 op de CAS-vragenlijst is er sprake van partnergeweld.⁵ De EPD's van zowel cases als controles hebben we geanalyseerd op consultfrequentie, verwijzingen, aantal en soort recepten, en klachten conform ICPC-code.²⁶ [Tabel 2] beschrijft de gedefinieerde uitkomsten.

Gegevensverzameling en -analyse

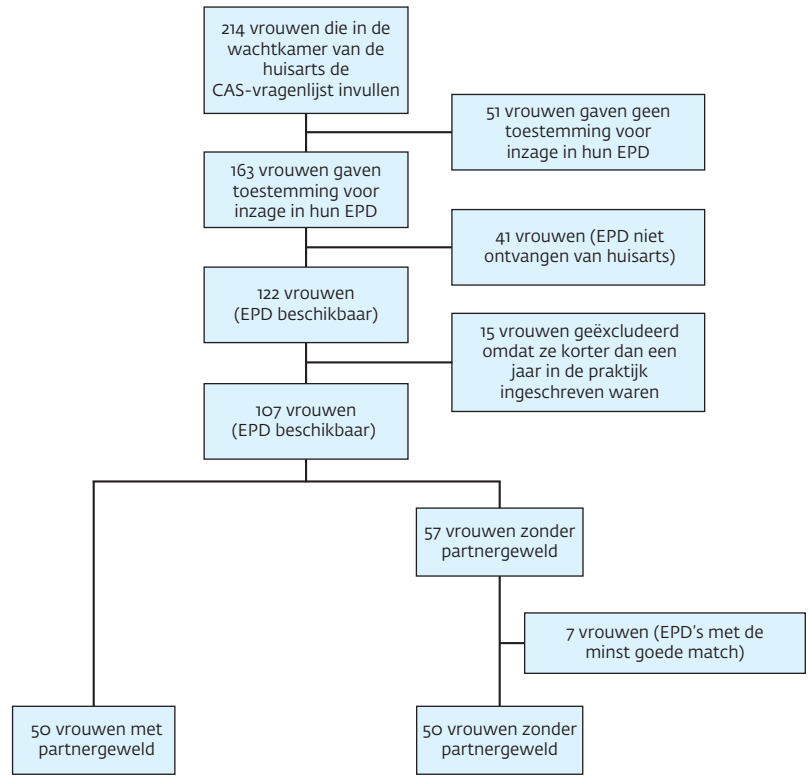
We hebben de EPD's gecodeerd op huisartsenpraktijk en de gegevens anoniem verzameld. Twee onderzoekers (GJP, EB) hebben alle dossiers beoordeeld, waarna de onderzoeksgroep

Tabel 1 Kenmerken van de onderzoeksgroep van vrouwen die wel en geen slachtoffer zijn van partnergeweld

	Partnergeweld n = 50	%	Geen partnergeweld n = 50	%	p
Leeftijdscategorie in jaren					0,93
19-25	9	18,0	6	12,0	
26-35	10	20,0	12	24,0	
36-45	10	20,0	11	22,0	
46-55	10	20,0	10	20,0	
> 55	11	22,0	11	22,0	
Geboorteland					0,07
Nederland	25	50,0	34	68,0	
Niet Nederland	25	50,0	16	32,0	
Aantal kinderen					0,58
Geen	16	32,0	10	20,0	
1	11	22,0	12	24,0	
2	15	30,0	19	38,0	
≥ 3	8	16,0	9	18,0	
Opleidingsniveau*					0,17
Laag	13	26,0	6	12,0	
Middelbaar	22	44,4	29	58,0	
Hoog	15	30,0	15	30,0	

* Opleidingsniveau: laag (geen school, basisschool, lager beroepsonderwijs); middelbaar (mavo, havo, vwo en middelbaar beroepsonderwijs); hoog (hbo en wo).

Figuur Stroomdiagram van de werving



ze heeft besproken. Ook hebben we onderzocht of partnergeweld in het EPD was gedocumenteerd. We hebben de gegevensanalyse met SPSS uitgevoerd (versie 17.0). Het verschil in gemiddeld aantal huisartsbezoeken per jaar tussen cases en controles hebben we met de onafhankelijke T-test getoetst. De oddsratio's (OR) en het 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI) van het aantal verwijzingen, de recepten en de redenen voor huisartsbezoek hebben we geanalyseerd met de Pearson chi-kwadraattoets, waarbij we $p \leq 0,05$ hebben gedefinieerd als statistisch significant.

RESULTATEN

Onderzoeksgroep

In totaal hebben 163 van de 214 vrouwen (76%) die de CAS hadden ingevuld toestemming gegeven voor inzage in hun medisch dossier [figuur]. Ook na verschillende pogingen hebben huisartsen 41 EPD's (van 2 cases en 39 controles) niet beschikbaar gesteld. Vijftien (5 cases en 10 controles) van de resterende 122 dossiers hebben we uitgesloten omdat de patiënten te kort in de huisartsenpraktijk waren ingeschreven. Matching tussen de 50 slachtoffers met 57 controlepatiënten op huisartsenpraktijk, aantal kinderen, leeftijd, land van herkomst en opleidingsniveau [tabel 1] vond daarna plaats. Leeftijd, land van herkomst, aantal kinderen en opleidingsniveau vertonen geen statistisch significante verschillen tussen cases en controlegroep [tabel 1].

Tabel 2 Geclusterde redenen voor huisartsenbezoek (ICPC-codes)

<p><i>Niet-specifieke en overige klachten</i> Vermoeidheid (A04) Misselijkheid en maagklachten (D02, D03, D08-10, D85-87) Luchtwegklachten (zoals hoesten) (R01-05, R25, R27, R29, R73-75, R78) Buikpijn (D01-06, D93) Gewichtsverlies (T08) Flauwvallen (A06)</p>	<p><i>Gynaecologische en zwangerschapsklachten</i> Vaginale afscheiding en seksueel overdraagbare ziekten (X71-74, X90, X91) Pijn bij het vrijen (X04) Begeleiding bij anticonceptiva (W10-14) Spontane abortus (W82, W91, W93) Ongewenste zwangerschap (W79)</p>
<p><i>Spier- en gewrichtsklachten</i> Nek- and schouderklachten (L01, L08, L83, L92) Rugklachten (L02, L03, L86) Andere spier- en gewrichtsklachten (L10-13, L15-20, L86, L91)</p>	<p><i>Psychische klachten</i> Angstklachten (P01, P74) Depressie (P02, P76)</p>
<p><i>Neurologische klachten</i> Hoofdpijn (N01-03, N89, N90) Vertigo/duizeligheid (N17)</p>	<p><i>Verslavingsproblemen</i> Roken (P17) Alcoholverslaving (P15, P16) Drugsverslaving (P18, P19)</p>
<p><i>Traumata</i> Fracturen (L72-76) Beet van mens/dier en hematomen (S13, S16-19) Brandwond/verbranding (S14) Bloed in/uit oor, perforaties van trommelvlies (H05, H77)</p>	<p><i>Sociale problemen</i> Met betrekking tot de kinderen (Z16, Z18, Z19) Met partner (exclusief geweld) (Z12, Z13) Werkgerelateerde problemen (Z05, Z06)</p>

ICPC: International Classification of Primary Care

Zorggebruik

Consultfrequentie

Het gemiddeld aantal consulten per jaar bij mishandelde vrouwen is 6,7 (sd = 4,7) en bij niet-slachtoffers 4,7 (sd = 4,0). Dit verschil is significant (95%-BI 0,3-3,7; $p = 0,02$).

Verwijzingen en recepten

Vrouwen met partnergeweld krijgen vaker een verwijzing voor aanvullend diagnostisch onderzoek (OR = 3,6; 95%-BI 1,1-12,2; $p = 0,03$) en voor psychische hulp (OR = 2,9; 95%-BI 1,2-7,1; $p = 0,02$). Zij krijgen veel vaker antidepressiva voorgeschreven (OR = 4,1; 95%-BI 1,5-11,6; $p = 0,005$) dan vrouwen die geen slachtoffer zijn. [Tabel 3] toont het aantal verwijzingen, voorgeschreven recepten en de redenen voor huisartsenbezoek.

Gepresenteerde geclusterde klachten

De vrouwen met partnergeweld bezoeken de huisarts vaker met hulpvragen die verband houden met vraagstukken in de volgende clusters: sociale problemen (OR = 3,5; 95%-BI 1,2-10,5; $p = 0,01$) en gynaecologische en zwangerschapsklachten (OR = 3,0; 95%-BI 1,3-6,8; $p = 0,009$).

Uit de EPD's blijkt dat de huisarts bij 20% van de slachtoffers op de hoogte is van partnergeweld.

BESCHOUWING

De belangrijkste conclusie van dit case-control-onderzoek is dat het zorggebruik in de huisartsenpraktijk van mishandelde vrouwen hoger is dan dat van niet-mishandelde vrouwen. Ook hebben mishandelde vrouwen meer sociale problemen, gynaecologische en zwangerschapsklachten, en gebruiken ze meer antidepressiva dan vrouwen zonder partnergeweld.

Veelvuldig huisartsenbezoek door vrouwelijke patiënten met bovengenoemde problemen kan een indicatie zijn van partnergeweld.

Interpretatie

Uit andere onderzoeken blijkt dat mishandelde vrouwen vaker ondefinieerbare pijnklachten en psychische klachten vertonen,^{9,15,17,19} wat leidt tot een toename van verwijzingen voor aanvullend diagnostisch onderzoek. Dit is in overeenstemming met onze bevindingen.

Het hoge percentage verwijzingen naar de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is consistent met andere onderzoeken,^{9,10,16} waaruit blijkt dat mishandelde vrouwen in vergelijking met niet-mishandelde vrouwen zes keer vaker depressieve klachten hebben.^{6,10}

Ons onderzoek laat geen significant verschil zien in psychische klachten onder vrouwen die wel of niet slachtoffer zijn van partnergeweld, in tegenstelling tot een ander onderzoek dat een verdubbeling onder mishandelde vrouwen constateert.¹⁸ Het merendeel van onze deelnemers woont in de achterstandswijken van Rotterdam. Dit beïnvloedt de gezondheid negatief²⁷⁻²⁹ en psychische klachten kunnen hierdoor toenemen.^{30,31} Uit de Tweede Nationale Studie in de huisartsenpraktijk, uitgevoerd in 2001, blijkt dat mensen uit stedelijke gebieden met een beperkte sociale steun meer contact met de huisarts hebben, dan mensen uit niet-stedelijke gebieden met meer sociale steun.³² Dit alles kan leiden tot minder significante verschillen tussen case- en controlegroep.

Het grotere aantal gynaecologische en zwangerschapsklachten onder de slachtoffers van partnergeweld lijkt in overeenstemming te zijn met de resultaten van andere onderzoeken.^{33,34}

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de hulp van de reguliere ggz niet altijd voldoende aansluit bij wat mishandelde vrouwen nodig hebben.^{35,36}

Mishandelde allochtone vrouwen hebben vaker last van depressieve klachten⁶ en overlijden vaker ten gevolge van partnergeweld.³⁷ Depressieve klachten bij allochtone vrouwen

kunnen voor de huisarts een indicatie zijn van partnergeweld.

Tot slot blijkt dat de huisarts in 20% van de gevallen op de hoogte was van het partnergeweld; de literatuur beschrijft vaak 10%.⁴ Alle deelnemende huisartsen waren getraind om partnergeweld te herkennen. Training met betrekking tot dit onderwerp blijkt effectief²⁷ en verdient meer aandacht in de geneeskunde- en huisartsenopleiding.

Beperkingen en sterke punten van het onderzoek

Een beperking van dit onderzoek is dat een onbekend aantal vrouwen als gevolg van analfabetisme of onvoldoende beheersing van de Nederlandse, Turkse, Arabische of Engelse taal is uitgesloten. Een andere belangrijke beperking betreft het ontbreken van informatie uit het EPD van 25% van de vrouwen, mogelijk doordat de dossiervoering nog niet geautomatiseerd was. Daardoor bestond de controlegroep uit een relatief klein aantal deelnemers. Uitbreiding van de onderzoeksgroep kan leiden tot meer uitgesproken verschillen. We kunnen de resultaten van dit onderzoek niet generaliseren naar minder geurbaniseerde regio's.

Er is vaker sprake van partnergeweld onder vrouwen met een laag opleidingsniveau.³⁸ Ons cohort vertoont meer misbruikte vrouwen met een lager opleidingsniveau (26%) dan de controlegroep (12%) en de Nederlandse bevolking (21%).³⁹ Om selectiebias te voorkomen is het belangrijk om te zorgen voor matching op opleidingsniveau. Doordat de matching en gegevensextractie door onafhankelijke onderzoekers zijn uitgevoerd, is de *observer bias* geminimaliseerd.

Een ander sterk punt van dit onderzoek is dat we de gegevens uit de EPD's hebben gehaald en niet hebben gebaseerd op interviews, die het risico op *recall bias* en sociale wenselijkheid vergroten. Bovendien waren zowel cases als controles patiënt uit dezelfde praktijk, zodat het beleid van de huisarts met betrekking tot codering (ICPC) en verwijzingen in beide groepen vergelijkbaar is.

Naast ons onderzoek bestaan er weinig case-control-onderzoeken voor deze zeer kwetsbare groep, waarin ook allochtone vrouwen zijn opgenomen.

Implicaties

Het geschetste patroon van klachten en zorggebruik onder vrouwen kan de huisarts alerter maken op de mogelijkheid van partnergeweld. Dit onderzoek laat zien dat een meerderheid van slachtoffers van partnergeweld (80%) ook door getrainde huisartsen niet als zodanig wordt geïdentificeerd. In plaats van een te grote focus op de klachten, vraagt het vermoeden op partnergeweld een actief explorerende houding van de huisarts ten opzichte van de onderliggende problematiek in de partnerrelatie. Het niet vroegtijdig herkennen van partnergeweld leidt tot een hoger zorggebruik en toename van kosten voor de gezondheidszorg. Ook vanuit dit gezichtspunt is aandacht voor partnergeweld noodzakelijk.

Deze punten benadrukken de klinische relevantie van dit onderwerp voor studenten geneeskunde en huisartsen. Het

Tabel 3 Zorggebruik van vrouwelijke patiënten in de huisartsenpraktijk met potentiële risicofactoren voor partnergeweld (verwijzingen, voorgeschreven recepten en redenen voor bezoek) uitgedrukt in oddsratio (OR)

	Cases (n = 50)	Controls (n = 50)	OR	95%-BI	p-waarde*
Verwijzingen naar:					
Aanvullend diagnostisch onderzoek	46	38	3,6	1,1-12,2	0,03*
Specialist	36	34	1,2	0,5-2,9	0,66
Geestelijke gezondheidszorg	21	10	2,9	1,2-7,1	0,02*
Voorgeschreven recepten voor:					
Tranquillizers	18	15	1,3	0,6-3,0	0,52
Pijnstillers	33	32	1,1	0,5-2,5	0,83
Medicatie voor maag- en darmklachten	19	21	0,9	0,4-1,9	0,68
Antidepressiva	18	6	4,1	1,5-11,6	0,005*
Geclusterde klachten:					
Niet-specifieke en specifieke klachten	46	43	1,8	0,5-6,8	0,34
Neurologische klachten	22	19	1,3	0,58-2,8	0,54
Gewrichts- en spierklachten	32	35	0,8	0,3-1,8	0,52
Traumata	15	11	1,5	0,6-3,7	0,36
Gynaecologische en zwangerschapsklachten	28	15	3,0	1,3-6,8	0,009*
Psychische klachten	22	15	1,8	0,8-4,2	0,15
Verslavingsproblemen	8	2	4,6	0,9-22,7	0,054
Sociale problemen	18	7	3,5	1,2-10,5	0,01*

* p-waarden < 0,05.

herkennen en bespreekbaar maken van partnergeweld dient onderdeel uit te maken van hun opleiding. Hoewel er nog verder onderzoek naar gedaan moet worden, lijkt het getuige zijn van partnergeweld voor kinderen ook tot een toename in zorggebruik en de klachten te leiden. Door hier aandacht aan te besteden, kan de huisarts een belangrijke preventieve taak vervullen.

CONCLUSIE

Vrouwelijke slachtoffers van partnergeweld kampen met meer sociale problemen en vertonen een groter aantal gynae-



Foto: Pierre Yves Gimait/lair/Hollandse Hoogte

cologische en zwangerschapsklachten. Ze maken vaker gebruik van antidepressiva, en worden meer naar de ggz en voor aanvullend onderzoek verwezen. Deze bevindingen geven de huisarts instrumenten in handen waarmee ze partnergeweld eerder kunnen herkennen.

DANKWOORD

We willen alle deelnemende huisartsen uit Rotterdam danken voor hun deelname aan dit onderzoek. Daarnaast gaat onze dank uit naar Margriet Straver, onderzoeksassistent, en Hans Bor voor alle statistische ondersteuning (afdeling Eerstelijngeneeskunde van het Radboud Universitair Medisch Centrum te Nijmegen). Raadpleging van de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) wees uit dat ethische goedkeuring vanwege het niet-invasieve karakter van dit onderzoek niet nodig was (brief d.d. 13 oktober 2011). Alle deelnemers ondertekenden een informed consent. ■

LITERATUUR

- Jones AS, Dienemann J, Schollenberger J, Kub J, O'Campo P, Gielen AC, et al. Long-term costs of intimate partner violence in a sample of female HMO enrollees. *Womens Health Issues* 2006;16:252-61.
- Vos T, Astbury J, Piers LS, Magnum A, Heenan M, Stanley L, et al. Measuring the impact on intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. *Bull World Health Organ* 2006;84:739-44.
- 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.
- 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.
- 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.
- Prozman G, Jansen SJ, Lo Fo Wong SH, Lagro-Janssen ALM. Prevalence of intimate partner violence among migrant and native women attending general practice and the association between intimate partner violence and depression. *Fam Pract* 2011;28:267-71.
- Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med* 2002;23:260-8.
- Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002;359:1331-6.
- Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Romkens R, Lagro-Janssen T. Utilisation of health care by women who have suffered abuse: a descriptive study on medical records in family practice. *Br J Gen Pract* 2007;57:396-400.
- Hegarty K, Gunn J, Chondros P, Small R. Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey. *BMJ* 2004;328:621-4.
- Hegarty K, Gunn J, Chondros P, Taft A. Physical and social predictors of partner abuse in women attending general practice: a cross-sectional study. *BMJ* 2008;58:484-7.
- Romans SE, Cohen MM, Forte T, Du Mont J, Hyman I. Gender and psychotropic medication use: the role of intimate partner violence. *Prev Med* 2008;46:615-621.
- Campbell J, Jones A, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med* 2002;162:1157-63.
- Coker A, Smith P, Bethea L, King M, McKeown R. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch Fam Med* 2000; 9:451-7.
- Leserman J, Drossman D. Relationship of abuse history to functional gastrointestinal disorders and symptoms: some possible mediating factors. *Trauma Violence Abuse* 2007;8:331-343.
- Ulrich YC, Cain KC, Sugg NK, Rivara FP, Rubanowicz DM, Thompson RS. Medical care utilization patterns in women with diagnosed domestic violence. *Am J Prev Med* 2003;24:9-15.
- Wuest J, Merritt-Gray M, Ford-Gilboe M, Lent, B, Varcoe C, Campbell JC. Chronic pain in women survivors of intimate partner violence. *J Pain* 2008;9:1049-57.
- Rivara FP, Anderson ML, Fishman P, Bonomi AE, Reid RJ, Carrell D, et al. Healthcare utilization and costs for women with a history of intimate partner violence. *Am J Prev Med* 2007;32:89-96.
- Vest JR, Catlin TK, Chen JJ, Brownson RC. Multistate analysis of factors associated with intimate partner violence. *Am J Prev Med* 2002;22:156-64.
- Fanslow J, Robinson E. Violence against women in New Zealand: prevalence and health consequences. *N Z Med J* 2004;117:1173.
- Hamberg K, Johansson EE, Lindgren G. 'I was always on guard' - an exploration of woman abuse in a group of women with musculoskeletal pain. *Fam Pract* 1999;16:238-44.
- Ramsey J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen for domestic violence? Systematic Review. *BMJ* 2002;325:314-8.
- Wester W, Lo Fo Wong S, Lagro-Janssen AL. What do abused women expect from their family physicians? A qualitative study among women in shelter homes. *Women Health* 2007;45:105-19.
- Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Romkens R, Hezemans D, Lagro-Janssen T. 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.
- 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.
- Boersma JJ, Gebels RS, Lamberts H. ICPC (International Classification of Primary Care) Short Titles. Utrecht: NHG; 1995.
- Lo Fo Wong S, Wester F, Mol SS, Lagro-Janssen TL. Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2006;56:249-57.
- Wilkinson R, Marmot M. *The solid facts*. Copenhagen: World Health Organisation; 2003.
- Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005;365:1099-104.
- Olfson M, Shea S, Feder A, Fuentes M, Nomura Y, Gameroff M, et al. Prevalence of anxiety, depression, and substance use disorders in an urban general medicine practice. *Arch Fam Med* 2000;9:876-83.
- Stirling AM, Wilson P, McConnachie A. Deprivation, psychological distress, and consultation length in general practice. *Br J Gen Pract* 2001;51:456-60.
- Van Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis, FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM; 2004.
- Fanslow J, Silva M, Whitehead A, Robinson E. Pregnancy outcomes and intimate partner violence in New Zealand. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2008;48:391-7.
- Taft AJ, Watson LF. Termination of pregnancy: associations with partner violence and other factors in a national cohort of young Australian women. *Aust N Z J Public Health* 2007;31:135-42.
- Coker AL, Smith PH, Thompson MP, McKeown RE, Bethea L, Davis KE. Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *J Womens Health Gen Based Med* 2002;11:465-76.
- Ramsay J, Carter Y, Davidson L, Dunne D, Eldridge S, Hegarty K, et al. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009,3:CD005043.
- Vives-Cases C, Gil-Gonzalez D, Ruiz-Pérez I, Escrivà-Agüir V, Plazaolo-Castaño J, Montero-Piñar MI, et al. Identifying socio demographic differences in intimate partner violence among immigrant and native women in Spain: a cross-sectional study. *Prev Med* 2010;51:85-7.
- Pels T, Lünnevan K, Steketee M. Opvoeden na partnergeweld. Assen: Van Gorcum; 2011:46-50.
- <http://www.cbs.nl>, bezocht: september 2010.