

Waarom gaat ze niet gewoon weg?

Deze nascholing is onderdeel van een vierluik over gender en geneeskunde. De andere artikelen staan op pagina 452 (Toine Lagro-Janssen), pagina 478 (Miriam de Kleijn et al.) en op pagina 490 (Anne-Marie Giesen et al.).

INLEIDING

Ieder jaar zijn ongeveer 200.000 vrouwen het slachtoffer van intiem partnergeweld (IPG) (www.huiselijkgeweld.nl/doc/facten/factsheet_movisie_mei_2011_website.pdf). IPG is lichamelijk, psychisch en seksueel geweld door een (ex-)partner, waarbij eenzijdigheid van het geweld en machtsmisbruik van de een ten opzichte van de ander centraal staan.¹ Het is daarmee de meestvoorkomende vorm van huiselijk geweld in Nederland.² Vrouwen die binnen hun relatie het slachtoffer van geweld zijn, actueel of in het verleden, komen veel vaker op het spreekuur dan vrouwen die er niet mee te maken hebben of hebben gehad. Prevalentieonderzoeken uit het laatste decennium laten zien dat een fulltime werkende huisarts per week ten minste één tot twee vrouwelijke patiënten op het

Samenvatting

Lo Fo Wong S. *Waarom gaat ze niet gewoon weg?* *Huisarts Wet* 2014;57(9):486-9.

Vrouwelijke patiënten die geweld meemaken in hun relatie bezoeken de huisarts veel vaker dan andere vrouwen. Het overgrote deel van deze groep vrouwen vindt het goed dat de huisarts vraagt naar geweld in de relatie. Maar onthulling betekent niet dat de vrouw er meteen aan toe is om veranderingen in gang te zetten. De fase van verandering waarin de vrouw zich bevindt, is namelijk cruciaal voor de stappen die zij kan zetten. De verwachtingen en de aanpak van de huisarts moeten daarom aansluiten bij de fase waarin de vrouw zit. Het KNMG Stappenplan Volwassenengeweld geeft aan wat er op zijn minst van de huisarts verwacht wordt als er sprake is van huiselijk geweld. De veiligheid van de vrouw en de kinderen is van belang en daarvoor biedt de Trimbos/CBO-Multidisciplinaire Richtlijn Familiaal Huiselijk Geweld een risicotaxatie-instrument. De Wet Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (2013) vraagt van professionals om te handelen volgens het geldende beroepsprotocol. Dit betekent: vragen stellen, de veiligheid monitoren, overleggen met een deskundige. Huisartsen zien vaak vrouwen in de eerste fase en moeten zich daarvan bewust zijn. Een specifieke NHG-Richtlijn zou heel behulpzaam zijn bij dit probleem.

spreekuur krijgt die met partnergeweld te maken hebben.³⁻⁶ Tussen de 30 tot 40% van de vrouwen in de wachtkamer blijkt IPG-ervaringen te hebben en zeker 8% zit actueel in een geweldsrelatie. De baseline-herkenning van huisartsen is met 0 tot 3% erg laag.⁷ Uit onderzoek naar de mening van huisartsen over dit probleem en hun rol daarbij blijkt vooral hun onmacht bij dit probleem.⁸

Casus

Mevrouw L. is 48 jaar en getrouwd met een drukbezette zakenman. Ze hebben twee kinderen van 18 en 20 jaar. Mevrouw ziet er altijd goed verzorgd uit. Ze heeft voor haar huwelijk gewerkt als verpleegkundige en het afgelopen jaar is ze weer begonnen in een verpleeghuis.

U ziet haar regelmatig met hoofdpijn, buikpijn en spierpijn van schouders, nek en rug. U hebt nog nooit enige lichamelijke verklaring voor deze klachten gevonden. Ze heeft geen enkele bewegingsbeperking, maar is wel wat gespannen en maakt een vlakke indruk. Algemene vragen hiernaar beantwoordt ze altijd ontkennd. Ze hebben het thuis goed, aldus mevrouw. Het diagnostisch aanvullend onderzoek dat u de afgelopen jaren hebt laten verrichten, om toch een verklaring te vinden, heeft nooit iets opgeleverd. Zij is het afgelopen jaar al acht keer op het spreekuur geweest.

De kinderen ziet u niet vaak meer. Dat was voorheen anders, vaak vanwege bovensteluchtwegklachten of koorts. Steeds besprak u dan moeders ongerustheid. Haar man hebt u ook wel eens ontmoet, zij het sporadisch.

Vandaag komt mevrouw L. voor buikpijn. Ze maakt opnieuw een gespannen indruk. U vraagt zich af wat er aan de hand kan zijn met deze patiënte. Onlangs hebt u een nascholing gevolgd over partnergeweld, waarbij u hebt geleerd dat specifiek ernaar vragen tot een onthulling kan leiden. U legt eerst uit dat u met haar wilt kijken naar de herkomst van haar klachten en u vraagt haar toestemming om een aantal persoonlijke vragen te stellen over haar thuissituatie en relatie. Dat vindt zij goed.

Als huisartsen de patiënte kennen, kunnen ze tijdens het consult bij een vermoeden van achterliggende problematiek,

De kern

- Intiem partnergeweld, actueel of in het verleden doormaakt, komt zeer veel voor bij vrouwen die de huisarts bezoeken.
- Om dit probleem in de dagelijkse praktijk te herkennen dienen huisartsen alert te zijn op verborgen signalen, zoals veelvuldig op het spreekuur komen met bijvoorbeeld onverklaarde lichamelijke klachten.
- Huisartsen moeten volgens de Wet Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (2013) actief zijn bij het vermoeden van dit probleem en handelen conform de richtlijnen van de eigen beroepsgroep.
- Artsen in het algemeen dienen daarvoor het KNMG Stappenplan Volwassenengeweld te raadplegen en te volgen. Aanvullend kunnen ze de Trimbos/CBO-Multidisciplinaire Richtlijn Familiaal Geweld raadplegen.

Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, sectie Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. S. Lo Fo Wong, senior onderzoeker • Correspondentie: sylvie.lofowong@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: de auteur is lid geweest van de Delphi group International Guidelines on Family Violence (2006), de werkgroep Rotterdamse Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling (2007), de Trimbos/CBO werkgroep Familiaal Huiselijk geweld (2009), de NHG-werkgroep LESA Kindermishandeling (2010), de klankbordgroep KNMG Meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld (2012), de WHO Guideline development group: clinical practice and policy guidelines for responding to intimate partner violence and sexual violence against women (2013).

zoals geweld in de relatie, hun vragen inleiden en meteen al stellen. Uit onderzoek blijkt steeds weer dat een grote meerderheid van de vrouwelijke patiënten het op prijs stelt als hun arts vragen stelt over partnergeweld, mits dit op een sensitieve manier gebeurt.⁹ Een nuttig instrument hierbij is de verkorte versie van de WAST (Woman Abuse Screening Tool) [**kader 1**].¹⁰⁻¹² Huisartsen moeten vooral empathisch te werk gaan, omdat ze weten dat het een gevoelig onderwerp is. Een goede vraag is bijvoorbeeld of de patiënte zich veilig voelt in haar relatie of soms bang is voor haar echtgenoot.

Vervolg casus

Tijdens het gesprek wordt al snel duidelijk dat mevrouw L. geen gemakkelijke relatie heeft en geregeld bang is voor haar man als hij boos is, want dan duldt hij geen tegenspraak. Voor haar huwelijk was ze erg zelfstandig en nam ze haar eigen beslissingen. Nu moet ze overal toestemming voor vragen. Haar terugkeer in het arbeidsproces is moeizaam bevochten en geeft nu veel spanning. Als ze te laat thuis komt of als ze het eten niet op tijd klaar heeft, is er heibel. Ze vertelt met schroom dat haar man haar geregeld aan haar haren trekt en zijn vuisten gebruikt. Soms is ze bang voor blijvend letsel. Daarom wilde ze zo vaak van u horen of dat het geval was. Nu denkt ze erover om toch maar te stoppen met werken, omdat de situatie met haar man daardoor zou verbeteren. Hij is nou eenmaal zo en hij heeft het bovendien druk met zijn zaak. Bij doorvragen blijkt dat haar man dit gedrag eigenlijk al vanaf het begin van hun huwelijk vertoont. Ze moet altijd op haar hoede zijn en probeert het hem zo veel mogelijk naar de zin te maken en ruzies te voorkomen. Want 'hij is verder echt wel een goede man, alleen weinig geduldig'.

Na dit verhaal begrijpt u haar onverklaarde klachten beter. U vertelt haar dat er een verband kan bestaan tussen het geweld in haar relatie en haar klachten. Ze knikt begrijpend, want de problemen thuis kan ze niet meer ontkennen. Hoe nu verder?

Vrouwen die met hun partner in een geweldsrelatie zitten, roepen veel vaker de hulp in van de huisarts voor lichamelijk onverklaarde klachten dan vrouwen die daar niet mee te maken hebben.¹³⁻¹⁵ Ook depressie, angst, slecht slapen en problematisch alcoholgebruik worden vier keer vaker aan de huisarts gemeld.^{3,14,15} Het belang van de onthulling aan de huisarts is groot. Ze markeert veelal de start van een veranderingsproces.

Waar kunnen huisartsen deze patiënten nu het best mee helpen? Een verwijzing naar de vrouwenopvang, het maatschappelijk werk of de praktijkondersteuner-GGZ? De meeste vrouwen zijn in deze fase vooral erg opgelucht als ze hun huisarts deelgenoot hebben gemaakt van hun thuissituatie.¹¹

Het veranderingsproces

Vrouwen die te maken hebben met geweld, hebben behoefte aan een luisterend oor en hulp. De hulp dient echter wel aan te sluiten bij de fase van het veranderingsproces waar de vrouw in zit. Dat veranderingsproces moet een einde maken aan het geweld. Volgens het Transtheoretical model of Change (TTM) of de Stages of Change (SOC) verloopt dat proces in een aantal fasen.¹⁶⁻¹⁹ Dit model wordt in de huisartsenpraktijk vooral toegepast bij het stoppen met roken-programma.²⁰ Het onderscheidt verschillende fasen, die elkaar opvolgen, maar soms ook door elkaar heen lopen. Interventies die gericht zijn op het motiveren tot veran-

Kader 1

Women Abuse Screening Tool: WAST (verkort)

1. Hoe zou u uw relatie willen beschrijven? Zeer veel spanningen/ soms spanningen/geen spanningen
2. Hoe bespreekt u problemen met uw partner? Erg moeilijk/soms moeilijk/nooit moeilijk
3. Voelt u zich wel eens afgewezen, vernederd of minderwaardig na een ruzie? Vaak/soms/nooit
4. Bent u wel eens bang voor uw partner? Vaak/soms/nooit
5. Eindigen ruzies wel eens in slaan, schoppen of duwen? Vaak/soms/nooit

dering moeten aansluiten bij de fase waarin de patiënt zich bevindt. Meestal gaat men uit van drie tot zes fasen [**kader 2**].

Onderzoeken onder mishandelde vrouwen die zich losmaken uit een geweldsrelatie laten zien dat zij dezelfde fasen doorlopen.¹⁶⁻¹⁹ In de eerste fase herkent een vrouw het partnergeweld niet als zodanig. Zij heeft het psychisch en lichamelijk geweld genormaliseerd en hoopt dat het een voorbijgaand probleem is, dat met tact is op te lossen. Dit is de fase van precontemplatie of voorbeschouwing: de vrouw is niet gelukkig met de situatie, maar beseft nog niet dat het geweld niet normaal is en zoekt de schuld bij zichzelf (fase 1). In deze fase heeft de huisarts vooral de taak te luisteren, empathie te tonen, duidelijk te maken dat geweld ontoelaatbaar is en de patiënt te helpen om de huidige situatie concreet onder ogen te zien en te benoemen (bewustmaking). Huisartsen moeten zelf ook weten dat dit tijd kost en mogen zich niet ongeduldig opstellen.

Huisartsen kunnen aangeven dat het gevolgen heeft voor de gezondheid en het welzijn van de betreffende patiënte.¹¹ Ze vormen zich een beeld van haar veiligheid en die van haar kinderen. Zijn ze getuige of zelf ook betrokken bij het geweld en lopen zij en de kinderen gevaar? Criteria voor gevaar die het melden noodzakelijk maken zijn onder andere: gebruik van of dreiging met (vuur)wapens, een crimineel verleden, zeer ern-

Abstract

Lo Fo Wong S. *Why does she just not leave? Huisarts Wet* 2014;57(9):486-9.

Female patients in an abusive relationship visit their general practitioner more often than other women. Most of these women do not mind their GP asking about relational abuse or aggression. But revealing violence and abuse does not necessarily mean that women are ready to make changes. The stage of change is crucial to the steps the woman can or is willing to take, and for this reason the GP's expectations and approach should be appropriate for the stage the woman is in. The 'Stappenplan Volwassenengeweld' (Plan for Adult Violence) of the Royal Dutch Medical Association provides information about what can be expected of the GP in the case of domestic violence. The safety of the woman and her children is of prime importance, and for this the risk assessment instrument of the Trimbos/CBO guideline 'Familiaal Huiselijk Geweld' (Familial domestic violence) can be used. The law 'Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling' (2013) (Reporting code domestic violence and child abuse) requires professionals to act according to the requirements of their professional code. This means asking questions, monitoring safety, and discussing the case with an expert. GPs should be aware that they often see women in the first stage. It would be very useful if the Dutch College of General Practitioners could produce a specific guideline for domestic violence and child abuse.

Kader 2

Transtheoretisch model – de fasen van verandering

1. Precontemplatie: voorbeschouwingsfase, nog onbewust
2. Contemplatie: overwegingsfase, bewust
3. Preparatiefase: concrete plannen maken
4. Actiefase: concrete stappen ondernemen
5. Handhaving/consolidatie
6. Terugval (kan in elke fase voorkomen)

stig letsel en bedreiging van het leven. Indien er geen direct gevaar dreigt, maar dit ooit wel het geval zou kunnen zijn, is het verstandig een veiligheidsplan te maken. De Trimbos/CBO-Multidisciplinaire Richtlijn Familiaal Huiselijk Geweld bevat een risicotaxatie-instrument voor de veiligheid en beschrijft hoe men een veiligheidsplan kan opstellen.²¹ De ernst van het geweld bepaalt de noodzaak voor directe actie, bijvoor-

beeld melding bij het Advies en Steunpunt Huiselijk Geweld (ASHG). Deze organisatie, die in elke gemeente te vinden is, stuurt dit soort meldingen door naar de politie en zorgt voor veilige opvang. Ook indien de patiënt niet wenst dat u deze instanties inschakelt, kunt u sinds 2013 de Wet Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling van kracht is gebruiken van uw meldrecht bij een vermoeden van dreigend gevaar door geweld. In deze casus zijn de kinderen al ouder, maar contact met het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) is nog steeds mogelijk. Blijkt uit het gesprek met de patiënte dat er geen direct gevaar dreigt, dan kan de huisarts verder met haar in gesprek. In het kader van het Stappenplan Volwassenengeweld van het KNMG zijn huisartsen verplicht bij een vermoeden van mishandeling advies te vragen bij het ASHG of een collega te consulteren over de casus [kader 3].²² Huisartsen bespreken dan zo mogelijk hun vermoeden met de patiënte. Huisartsen zijn niet verplicht zich aan de volgorde van het stappenplan te houden, want gesprekken hierover verlopen in de huisartsenpraktijk meestal anders en het zou jammer zijn deze ‘gouden kans’ niet te benutten.¹⁰⁻¹² Aan het eind van het eerste gesprek stellen huisartsen zelf voor om voor één of twee weken later een vervolgspraak te plannen.

De eerstvolgende stap die de vrouw moet zetten is erkennen dat ze in een geweldsrelatie zit. Dit is een pijnlijk proces, zeker als het geweld jaren geduurd heeft en de vrouw heeft afgeleerd voor zich zelf op te komen. Haar afwegingen zijn: moet ik gaan of blijven, wat moet er veranderen en kan ik dat wel, wat gaat het betekenen voor de kinderen en de familiebanden? Dit is de contemplatiefase: de overwegingsfase (fase 2). In deze fase moet de huisarts vooral luisteren, bemoedigen en de afwegingen en ambivalenties van de vrouw serieus nemen. Het blijft onveranderd belangrijk om oog te hebben voor haar veiligheid en die van haar kinderen. Ze zal in staat moeten zijn opnieuw naar zichzelf en haar situatie te kijken. Dit is het moment om te bespreken of begeleiding door een hulpverlener zinvol is en om na te gaan hoe verandering het geweld kan doen stoppen. De huisarts geeft haar informatie over het ASHG, dat een telefonische hulplijn biedt voor slachtoffers, omstanders, beroepsbeoefenaren en plegers van geweld. Verwijzing is meestal nog iets te vroeg. Als een huisarts een verwijzing opdringt, is de kans groot dat de vrouw het geweld gaat bagatelliseren en afhaakt. Pas als ze doordrongen is van het feit dat het niet vanzelf overgaat, komt het advies van de huisarts aan. Men moet ook rekening houden met haar angst om de kinderen kwijt te raken door bijvoorbeeld een melding bij het AMK. Niet zelden gebruikt de mishandelende partner dit als dreigement. Voor veel moeders geldt een AMK-melding als een brevet van onvermogen en duidt die erop dat ze niet voor de kinderen kan zorgen en hun veiligheid niet kan garanderen. Ze doen juist hun best om ondanks de geweldssituatie zo goed mogelijk voor hun kinderen te zorgen. Pas als ze haar huisarts vertrouwt, zal deze horen hoe het er thuis aan toegaat met de kinderen en zal ze hulp accepteren. Gesprekken met vrienden en familie kunnen behulpzaam zijn, maar kunnen het nemen van het besluit om echt iets te doen ook

Kader 3

KNMG Stappenplan Volwassenengeweld



belemmeren. Als de vrouw eenmaal doordrongen is van de noodzaak en bereid is om een eind te maken aan de situatie, gaat ze experimenteren met het stellen van grenzen of voorstellen om met hulp een eind te maken aan het geweld. De huisarts kan hierbij verwijzen naar een (systeem)therapeut, gespecialiseerd in partnergeweld. Voorwaarde is wel dat de pleger van het geweld zijn grensoverschrijdend gedrag erkent en problematiseert. Als een pleger erg gewelddadig is, is deze stap soms te riskant. In ieder geval is het niet aan te raden om bij deze problematiek als huisarts (en POH-GGZ) echtpaargesprekken te voeren.²³ De rol van de huisarts ten aanzien van deze pleger, die immers ook zijn patiënt is, is in deze fase nog beperkt. De huisarts kan de situatie alleen met de pleger bespreken als de patiënte daar nadrukkelijk toestemming voor heeft gegeven. Bij plegers met een antisociale persoonlijkheid is de (internationale) regel: voer geen echtpaargesprekken.^{23,24}

Als grenzen stellen en relatiehulp van buitenaf niet werken, is het geweld eigenlijk alleen te stoppen door de relatie te beëindigen. De voorbereiding op deze stap markeert de overgang naar de volgende fase: de preparatiefase (fase 3). De vrouw treft voorbereidingen om definitief een einde aan de situatie te maken, bijvoorbeeld door met een hulpinstantie te bellen. De huisarts ondersteunt haar besluitvaardigheid, prijst haar met alle kleine succesjes en monitort haar veiligheid en die van de kinderen. Het vergt veel inspanning en moed om woonruimte, werk en sociale contacten voor steun te zoeken, en daarbij is meestal begeleiding van de huisarts nodig.

De volgende stap is de actiefase (fase 4): het daadwerkelijke vertrek uit de relatie, verhuizen en vaak ook een scheiding aanvragen. De laatste twee stappen vergen een grote mate van overtuiging en besluitvaardigheid. Als de vrouw deze stappen eenmaal heeft gezet, als bijvoorbeeld de scheiding is aangevraagd of uitgesproken, volgt de fase van bestendiging: de handhavingsfase (fase 5). Deze fase is aan de orde na definitief verbreken van de relatie. Het leven zonder geweld brengt rust, maar is ook een nieuwe opgave. Een transitiefase in het leven stelt immers nieuwe eisen aan coping-mechanismen. Verdriet en spijt over hetgeen verloren is of de vrees het leven alleen met de kinderen niet aan te kunnen, zorgen geregeld voor terugval. Beloften van de ex-partner om in therapie te gaan en hoop brengen de vrouw en haar ex-partner soms weer tot elkaar. Na verloop van tijd kan de hernieuwde relatie weer terugvallen in het oude geweldspatroon. Maar ook op andere momenten in het veranderingsproces kan terugval plaatsvinden, omdat de noodzakelijke persoonlijke veranderingen niet snel gemaakt worden. Het is belangrijk dat huisartsen terugval niet negatief benaderen maar steun blijven bieden. Bij twijfel heeft de vrouw veel aan bemoediging: 'De meeste mensen leren met vallen en opstaan.'

De cyclus van het veranderingsproces kan zo nodig nog eens doorlopen worden. Dit model is heel goed toepasbaar bij vrouwen in een geweldsrelatie. Voor huisartsen is het belangrijk om te beseffen dat een eerste onthulling het begin van de cyclus kan zijn en dat de interventie moet aansluiten bij de fase waarin een vrouw zich bevindt.¹⁶

Vervolg casus

Mevrouw L. bevindt zich op de overgang van de voorbeschouwingsfase (precontemplatie) naar de overwegingsfase (contemplatie). Na jaren van normalisatie van het geweld begint ze te beseffen dat er iets mis is in haar relatie. Het heeft vooral geholpen dat u specifieke vragen hebt gesteld over haar relatie. Haar opluchting is groot en voorlopig genoeg voor haar. Ze zoekt de oplossing in aanpassing aan de geweldsrelatie: ze stopt met haar werk om spanning te voorkomen. Op dit moment kunt u niet veel anders doen dan luisteren en het geweld erkennen en als zodanig benoemen. Daarbij moet u vragen stellen over haar veiligheid en die van de kinderen. Verwijzen naar een hulpverleningsinstantie is nog een brug te ver. Waar zou ze over moeten praten en hoe kaart ze dat thuis aan bij haar man? Ze is van mening dat hulpverleners haar situatie toch niet kunnen veranderen en ze is niet van plan om weg te gaan bij haar man. Ze weet nog niet hoe ze haar leven als alleenstaande zou moeten inrichten. En dan zijn er ook nog de kinderen. Ambivalentie is normaal in deze fase, er is veel te verliezen. Dat er ook veel te winnen valt moet nog tot haar doordringen.

BESLUIT

'Waarom gaat ze niet gewoon weg?' Dit is de meest geuite verzuchting van huisartsen die zich machteloos voelen bij deze problematiek. Het antwoord op de vraag luidt: de vrouw staat op de drempel van een veranderingsproces en heeft nog veel stappen te zetten voordat de situatie verandert. De rol van huisartsen in de eerste twee fasen is vooral ondersteunend en bemoedigend van aard. Ze vertellen dat anderen veel baat hebben gehad bij bepaalde vormen van hulp, waardoor ze het denken daarover op gang helpen. Ze moeten blijven vragen naar de veiligheid van de vrouw en die van de kinderen. Het juiste moment voor verwijzing naar een hulpinstantie ligt tussen fase 2 en 3. Als vertrouwenspersoon heeft de huisarts veel goodwill bij zijn patiënten en is hij vaak de enige waar zij hun problemen mee bespreken. De Multidisciplinaire Trimbo/CBO Multidisciplinaire Richtlijn Familiaal Huiselijk Geweld (2009),²¹ het KNMG Stappenplan Volwassenengeweld (2012)²² en de Wet Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling (2013) vragen van huisartsen om in actie te komen. Dit betekent: vragen stellen, de veiligheid monitoren, overleggen met een deskundige en aansluiten bij de fase waarin de patiënte verkeert.¹⁶ Het volgen van scholing helpt om dit probleem te leren begrijpen en adequate hulp te bieden.^{25,26} Anders dan in België en het Verenigd Koninkrijk, ontbreekt het in Nederland nog aan een specifieke huisartsenrichtlijn voor dit zeer prevalentie en ernstige probleem in de dagelijkse praktijk. Een NHG-Standaard zou zeer behulpzaam zijn. ■

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Klinische les.