

## PARTNERGEWELD EN DE HUISARTS

### De doos van Pandora?

'Man doodt ex-partner te X', 'Familiedrama in Y': het is bijna dagelijks kost in het nieuws. Als huisarts worden we hiermee gelukkig niet al te vaak geconfronteerd. Wel hebben we dagelijks patiënten op consultatie met eerder vage klachten: aanslepende rug- of hoofdpijn, vermoeidheid, het 'niet meer zien zitten'. Precies deze veelvoorkomende klachten kunnen door geweld in het gezin van de patiënt veroorzaakt worden. Geweld dat vaak lang verborgen blijft in een sfeer van schaamte, angst en afhankelijkheid. Geweld dat niet altijd fysiek en spectaculair is, maar vaak langdurig en subtiel aanwezig (controleren, dwingen, uitschelden, kleineren,...).

### Partnergeweld uit de taboesfeer

Het taboe rond geweld in het gezin lijkt de laatste jaren af te nemen. Sinds ophefmakende zaken over verdwenen kinderen, SM-praktijken bij invloedrijke personen en recent het seksueel misbruik in de kerk horen we in de media steeds meer het verhaal van de slachtoffers. Misschien is de afname van het taboe ook een gevolg van de versterkte positie van de vrouw in onze samenleving, aangezien de slachtoffers van partnergeweld toch meestal vrouwen zijn. Door het verdwijnen uit de taboesfeer wordt duidelijk dat intrafamiliaal geweld (naast partnergeweld gaat het ook om kindermishandeling en misbehandeling van ouderen, onder wie ook mannelijke slachtoffers) wereldwijd een ernstig probleem met een grote impact is. In de aanbeveling die u bij deze *Huisarts Nu* vindt, lezen we dat partnergeweld belangrijke gezond-

heidsproblemen veroorzaakt die van de grootteorde zijn van diabetes en astma. Studies bevestigen dat de impact van geweld inderdaad groot is: het is een significante oorzaak van verhoogde morbiditeit en mortaliteit en vrouwen die geweld ondergaan, hebben een verhoogd risico op middelenabus, mentale stoornissen, chronische fysieke klachten en seksuele problemen.

### De doos van Pandora

Studies tonen ook aan dat vrouwen verwachten dat huisartsen toegankelijk zijn om over geweld te spreken en dat ze hulp appreciëren van de huisarts in deze moeilijke fase<sup>1</sup>. Anderzijds blijkt dat we als huisarts hiermee weinig bezig zijn. Uit de morbiditeitsgegevens van het Integonetwerk blijkt dat we slechts bij 1,22 per 1000 patiënten een diagnose zoals 'relatieprobleem met partner' of 'probleem met gedrag partner' behouden<sup>2</sup>. Betekent dit enkel dat we partnergeweld als diagnose weinig noteren in het medisch dossier? Waarschijnlijk is dit zo. Maar vermoedelijk vragen we onze patiënten met vage klachten ook onvoldoende naar eventuele problemen thuis. Omdat we er niet aan denken of omdat we vrezen dat een vraag als 'En hoe gaat het thuis?' een zondvloed aan psychosociale problemen aan het licht zou brengen, waarvan we onmiddellijk moedeloos zouden worden: het openen van de doos van Pandora.

### Geknipt voor de huisarts

Hoe zouden we zulke familiale problemen dan moeten aanpakken? Hoe en met wie kunnen we hierover samenwerken?



Voor diabetespatiënten hebben we ondertussen onze aanbevelingen en zelfs zorgtrajecten. Voor de (veelal niet-medicamenteuze, psychotherapeutische) aanpak van complexe psychosociale problemen zoals partnergeweld, ontbraken tot op heden duidelijke richtlijnen en werkafspraken. En toch is dit bij uitstek ons terrein: onze patiënt in zijn systeem, in zijn gezin. Dit is precies ook het aspect dat ons beroep zo boeiend en aantrekkelijk maakt: we bekijken de zieke, niet de ziekte, zoals M. Lemiengre schreef in een recent editoriaal over zorgtrajecten<sup>3</sup>.

### Gebrek aan

#### wetenschappelijke evidentie

Uiterekend bij deze complexe, tijdrovende en veelvoorkomende problemen lijken we te stuiten op de grenzen van de evidence-based medicine. Vooraan in elke aanbeveling vinden we inderdaad de volgende bemerking: '*Werkdocumenten voor goede medische praktijk zijn zowel richtinggevend als ondersteunend en geven een houvast bij het nemen van diagnostische of therapeutische beslissingen in de huisartsgeneeskunde. Zij vatten voor de huisarts samen wat voor de gemiddelde patiënt wetenschappelijk gezien het beste beleid is.*' Onder wetenschappelijk wordt dan gewoonlijk verstaan: gebaseerd op resultaten van gerandomiseerd klinisch onderzoek. Net dit type van onderzoek ontbreekt grotendeels op het terrein van intrafamiliaal geweld.

Interventies om de aanpak van partnergeweld door huisartsen te ondersteunen zijn immers vaak erg verschillend per regio. Dit komt door grote verschillen in de wetgeving en het voorhanden zijn van gespecialiseerde hulpverlening. Grote internationale studies opzetten met welomschreven interventie- en controlegroepen is dus niet eenvoudig. En wie zou dit financieren?

Er is bijgevolg nog onvoldoende bewijs om een uitspraak te doen over de effectiviteit van psychologische en sociale interventies op de frequentie van geweld. Toch zijn de internationale gezondheidsorganisaties het erover eens dat artsen en verpleegkundigen de casefinding, de begeleiding en de assistentie van vrouwen die het slachtoffer zijn van geweld, moeten opnemen<sup>4</sup>. Momenteel bereidt de afdeling Onderzoek van Domus Medica toch enkele interventiestudies voor over psychosociale thema's als intrafamiliaal geweld en alcoholmisbruik. De interventie omvat dan vooral het beschikbaar stellen aan Vlaamse huisartsen van praktijktools, training en multidisciplinaire samenwerkingsafspraken. Daarnaast wordt ook gewerkt aan consensusgebaseerde aanbevelingen over kindermishandeling, ouderenmis(be)handeling en seksueel misbruik. Binnen de afdeling Onderzoek werd trouwens een commissie Psychosociaal Onderzoek (COPS) opgericht om dit te coördineren. Bovendien speelt Domus Medica een voortrekkersrol in een internationaal netwerk van huisartsenorganisaties die op dit domein actief zijn.

#### Wat kan de huisarts nu al doen?

En waarover bestaat dan wel consensus? Wat kunnen we nu al doen voor patiënten die geconfronteerd worden met geweld in hun relatie? Detectie. Veiligheid. Bewustmaking. Samenwerking. Follow-up.

Vraag naar spanningen thuis bij bepaalde klachten. Streef vooral veiligheid na voor het slachtoffer, maar ook voor uzelf als hulpverlener en vooral voor kinderen die eventueel betrokken zijn. Maak duidelijk dat geen enkele vorm van geweld door de beugel kan, maar ga na in hoeverre uw patiënt gemotiveerd is om iets te doen aan de situatie: de 'stages of change'.

Partnergeweld kan een van de problematieken zijn om onze samenwerking met gespecialiseerde hulpverleners uit de sociale en geestelijke gezondheidssector te verbeteren. Ook de kring kan een sleutelrol spelen. Ze kan de samenwerking met de verschillende diensten optimaliseren.

Gebruik het elektronisch medisch dossier voor een zorgvuldige documentatie van de gevolgen van het geweld en gebruik het vooral als instrument bij de opvolging van de patiënt, die we meestal gedurende vele jaren blijven terugzien.

#### Randvoorwaarden

Om deze rol volop op te nemen en deze richtlijn in de praktijk toe te passen zouden idealiter een aantal randvoorwaarden vervuld moeten worden. Domus Medica werkt hiervoor onder andere aan een specifieke module in het elektronisch medisch dossier en een interactieve website met ingang naar de sociale kaart. De vereniging bekijkt ook de mogelijkheid tot ondersteuning door een multidisciplinair team.

Vraag is bovendien of ons huidig systeem van verloning voldoende aangepast is om, onder andere de preventie van escalatie van geweld, op te nemen of nuttig overleg met gespecialiseerde diensten mogelijk te maken.

#### Aanbeveling en werkmodel

Bij dit nummer van *Huisarts Nu* vindt u de aanbeveling 'Partnergeweld', die wordt uitgebreid met een werk-

model (zie blz. 339). Na zorgvuldig overwegen van de beschikbare evidentie hebben de auteurs, geadviseerd door de commissie Aanbevelingen en met instemming van het begeleidingscomité, deze twee teksten gemaakt: een evidence-based aanbeveling en een werkmodel gebaseerd op consensus.

Beide documenten kunnen al een houvast bieden bij gevallen van partnergeweld, ondanks het ontbreken van harde evidentie voor een bepaalde aanpak. Zoals de auteurs aangeven, vragen ethische overwegingen immers nu al een consensusgebaseerde benadering. Gezien de belangrijke gezondheidsimpact die partnergeweld heeft en de ernstige gevolgen voor de persoonlijke integriteit, is de aanpak door de huisarts noodzakelijk.

Is het dan wel zinvol om nu al een aanbeveling partnergeweld voor te stellen? Ik denk het.

Zal deze aanbeveling de komende jaren nog aangepast moeten worden aan nieuwe evidentie over het effect van bepaalde interventies? Ik vermoed het.

Zal dit alles ervoor zorgen dat minder gezinnen gebukt zullen gaan onder geweld? Ik hoop het.

**K. Hillemans,**  
huisarts en voorzitter van  
de commissie Psychosociaal Onderzoek,  
Domus Medica

#### Literatuur

- 1 Hegarty K, Taft A, Feder G. Violence between intimate partners: working with the whole family. *BMJ* 2008;337:346-51.
- 2 Bartholomeeusen S, Truyens C, Buntinx F. Ziekten in de huisartsenpraktijk in Vlaanderen. Leuven: Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, 2004.
- 3 Lemiengre M. Zorgtrajecten, een geruisloze paradigmashift? *Huisarts Nu* 2010; 39:84.
- 4 Ramsay J, Feder GS, Rivas C, et al. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial wellbeing of women who experience intimate partner abuse (protocol). *Cochrane Database syst rev* 2004.