

DETECTIE VAN PARTNERGEWELD EEN AANBEVELING VOOR DE HUISARTS

Gevalideerd door CEBAM in juli 2009

L. DE DEKEN, L. PAS, K. HILLEMANS, E. CORNELIS, P. VAN ROYEN

OMSCHRIJVING

De Deken L, Pas L, Hillemans K, Cornelis E, Van Royen P.
Detectie van partnergeweld: een aanbeveling voor de huisarts.
Huisarts Nu 2010;39:S57-S63.

AUTEURS

L. De Deken, huisarts en medewerker afdeling Onderzoek, Domus Medica;
L. Pas, huisarts en hoofd afdeling Onderzoek, Domus Medica;
K. Hillemans, huisarts en voorzitter commissie Psychosociaal Onderzoek, Domus Medica;
E. Cornelis, psychologe, afdeling Onderzoek, Domus Medica;
P. Van Royen, huisarts, diensthoofd Vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg, Universiteit Antwerpen.

INBRENG VAN DE PATIËNT EN AFWEGING DOOR DE HUISARTS

Aanbevelingen voor goede medische praktijk zijn richtinggevend als ondersteuning en een houvast bij het nemen van diagnostische of therapeutische beslissingen in de huisarts-geneeskunde. Zij vatten voor de huisarts samen wat voor de gemiddelde patiënt wetenschappelijk gezien het beste beleid is. Daarnaast is er de agenda van de patiënt, die een gelijkwaardige partner is bij het nemen van beslissingen. Daarom verheldert de huisarts de vraag van de patiënt door een gepaste communicatie en geeft hij informatie over alle aspecten van de mogelijke beleidsalternatieven. Het kan dus voorkomen dat de huisarts en de patiënt samen verantwoord en beredeneerd een andere beste keuze maken. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de aanbevelingen aan bod, maar wordt het hier expliciet vermeld.

INLEIDING

Partnergeweld is een onderschat probleem, waarvoor een systematische benadering nuttig en noodzakelijk is. Deze aanbeveling ondersteunt de detectie van partnergeweld door de huisarts. De aanpak van partnergeweld wordt besproken in het werkmodel¹. Ook de therapeutische aanpak en de samenwerking met andere diensten worden uitvoeriger in het werkmodel besproken.

Deze aanbeveling is gebaseerd op een systematische literatuurstudie van guidelines en reviews en consensusvergaderingen in 2007 onder toezicht van CEBAM en opgesteld op vraag van de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu².

Definities

Partnergeweld of geweld in intieme relaties is een geheel van gedragingen, handelingen en houdingen van één van de partners of ex-partners, dat erop gericht is de andere te controleren en te domineren. Het omvat combinaties van fysieke, psychische, seksuele en economische agressie, bedreigingen of geweldplegingen die zich herhalen of kunnen herhalen en die de integriteit van de ander en zelfs zijn socioprofessionele integratie kunnen aantasten. Dit geweld treft niet alleen het slachtoffer, maar ook de andere familieleden, onder wie de kinderen. Het is een vorm van intrafamiliaal geweld.

Meestal zijn de daders mannen, maar het kunnen ook vrouwen zijn³. In deze aanbeveling wordt over het slachtoffer meestal als 'zij/haar' gesproken, hoewel er uiteraard ook mannelijke slachtoffers zijn⁴. 'Zij' staat dus zowel voor man als voor vrouw tenzij in specifieke situaties (bv. tijdens zwangerschap).

De definitie die door het College van procureurs-generaal werd aangenomen is breder, maar herneemt noch het repetitieve karakter noch de mogelijke gevolgen. Ze omschrijft partnergeweld als: "*Iedere vorm van fysiek, seksueel, psychisch of economisch geweld tussen echtgenoten, samenwonenden of personen die hebben samengewoond en tussen wie een affectieve band bestaat of bestaan heeft*"^{5,6}.

Omwille van een aantal praktische redenen en afspraken behandelt deze aanbeveling de volgende onderwerpen niet: daderhulp, seksueel geweld, partnergeweld in oorlogssituaties en bij asielzoekers, aan eer gerelateerd geweld⁷, geweld bij kinderen en ouderen⁸.

Voor de leeftijdsafbakening werd het literatuuronderzoek beperkt tot personen vanaf 19 jaar. We volgen hiermee de

Disclaimer Het opstellen van dit document is een werk van lange adem geweest waaraan de uiterste zorg is besteed. Desondanks kan Domus Medica u geen perfect resultaat garanderen, en is Domus Medica, behalve in geval van bedrog of opzettelijke fout, niet (mede)aansprakelijk voor eventuele onvolledigheden of onjuistheden, noch voor eventuele schade, overlast of ongemakken van welke aard dan ook die het gevolg zouden zijn van het gebruik, op welke wijze dan ook, van dit document. Domus Medica is evenmin (mede)aansprakelijk voor op dit document en/of de daarin opgenomen informatie gebaseerde beslissingen, handelingen of nalatigheden. Dit document heeft enkel een informatieve waarde. Aan de inhoud ervan kunnen bijgevolg op geen enkele wijze rechten of plichten ontleend worden. Dit document mag evenmin worden gezien als een vervanging van een professioneel oordeel door iemand met de daartoe vereiste kwalificaties, kennis en bekwaamheid. Incorrecete gegevens of tekortkomingen geven geen recht op een financiële compensatie. De vermelding van bepaalde rechtspersonen of producten betekent geenszins dat deze worden aanbevolen boven andere gelijkaardige bedrijven of producten. Indien verwezen wordt naar informatie verspreid door een derde, is Domus Medica niet aansprakelijk voor de informatie verspreid door deze derde. De volledige inhoud van dit document wordt beheerd door het Belgische recht en kan enkel aan de bevoegdheid van de Belgische rechtbanken worden onderworpen.

internationale trends bij leeftijdsafbakening; adolescenten vragen immers een andere aanpak.

Verantwoording

De prevalentie van partnergeweld is moeilijk juist te bepalen. Het staat wel vast dat partnergeweld vaak voorkomt en hoofdzakelijk vrouwen treft. Partnergeweld schaadt zowel op sociaal als economisch gebied, het beïnvloedt de mentale en fysieke gezondheid van individuele vrouwen, mannen, adolescenten en kinderen. Partnergeweld veroorzaakt belangrijke gezondheidsproblemen⁹.

Het belang van een adequate aanpak door de huisarts is essentieel. Ook tonen studies aan dat vrouwen verwachten dat huisartsen toegankelijk zijn om erover te spreken en dat ze hulp appreciëren van de huisarts in deze moeilijke problematiek¹⁰.

Deze aanbeveling wil een houvast bieden aan huisartsen bij de screening en aanpak van partnergeweld en werd ontwikkeld binnen het kader van het Belgische Nationaal Actieplan tegen Geweld¹¹.

Voorkomen

Wereldwijd zou 10-50% van alle vrouwen fysiek geweld ondergaan van hun partner¹². Volgens epidemiologische studies zou 12-25% van de vrouwen minstens eenmaal in hun leven het slachtoffer zijn van een poging tot verkrachting of ernstig seksueel misbruik¹³.

Analoge cijfers voor België dateren van 1998¹⁴. Men vermoedt dat er een toename is van waargenomen geweld, maar dit kan een feitelijke toename zijn of verklaard worden door een betere identificatie. Op dit moment bestaat er geen integraal beeld omdat de cijfers in verband met partnergeweld uit verschillende sectoren komen (bv. politie, welzijnswerk,...)¹⁵.

In de huisartsenpeilpraktijken werden in België tussen 2002-2004 963 gevallen van intrafamiliaal geweld geregistreerd. Dit is waarschijnlijk een sterke onderschatting van de reële situatie. Conform buitenlandse bevindingen waren vier op vijf slachtoffers vrouwen, terwijl 90% van de daders mannen waren. Zestig procent van de slachtoffers was tussen 25 en 54 jaar¹⁶.

In het jaar van de zwangerschap en ervoor onderging 3,4% van de vrouwen partnergeweld en bij bevraging van zwangere gaf 10,1% aan dat dit ooit plaatsgevonden had¹⁷.

Politie registraties in Nederland tonen aan dat 12% van de gevallen van huiselijk geweld bij de politie gemeld werd¹⁸.

In Nieuw-Zeeland zou 7% van de mannen slachtoffer zijn van partnergeweld. De meerderheid van de daders, zowel in heteroseksuele als in homoseksuele koppels, zijn mannen¹⁹.

Evolutie

De natuurlijke evolutie van partnergeweld zonder interventie wordt beschreven als de 'cyclus van geweld'. Deze cyclus van geweld werd oorspronkelijk beschreven in een onderzoek over het leven van vrouwen in een vluchthuis en vertoont de volgende drie fasen²⁰:

- eerste fase: het optreden van spanningen binnen de relatie en het optreden van woede-uitbarstingen die progressief toenemen;
- tweede fase: het optreden van fysiek, verbaal en/of seksueel geweld;
- derde fase: worden ook de 'honeymoonperiode' of de 'wittebroodsweken' genoemd: tijdens deze fase vertoont de agressieve persoon tekenen van spijt en wroeging en belooft hij dat het nooit meer zal gebeuren.

Als geen interventie plaatsvindt, herhaalt deze cyclus zich met een toename in ernst en frequentie²¹.

Slachtoffers kunnen van de ene fase in de andere fase overgaan zonder de tussenliggende fasen te doorlopen. Sociale factoren, etniciteit en relationele verschillen binnen koppels beïnvloeden het gebeuren, maar zijn niet opgenomen in het model van de cyclus van geweld.

Er worden verschillende psychotherapeutische modellen (systeemtherapie, cognitieve gedragstherapie,...) beschreven in de literatuur, maar er is weinig onderzoek dat de effectiviteit van deze modellen aantoont. Het gebrek aan resultaten over gedragsverandering en gebrek aan een verantwoorde methodologie maken het immers moeilijk om de interventies met voldoende evidentie te onderbouwen²².

Risicofactoren

Ook bestaan weinig epidemiologische gegevens die erop wijzen dat bepaalde kenmerken of gebreken van het slachtoffer de kans op partnergeweld beïnvloeden. Enkel de personen die tijdens hun kinderjaren geweld meemaakten, hebben meer kans om slachtoffer te worden van geweld (Grade 1 C)²³.

Risicofactoren voor partnergeweld tijdens de zwangerschap: jonge leeftijd, lage sociaaleconomische status, lage scholingsgraad, alleenstaande moeder, drugs²⁴.

Indien de slachtoffers van geweld zich bewust zijn van het bestaan van allerlei verweermiddelen, zoals een beroep doen op de gemeenschap, de burens, de religieuze gemeenschap, de politie en de regionale groeperingen, kan dit het geweld doen afnemen²⁵.

Effect van interventies

Geen enkel onderzoek laat toe conclusies te trekken over de gevolgen van politie-interventies op het voorkomen van geweld, maar er moet wel rekening gehouden worden met een potentiële toename van gewelddaden na het politiebezoek^{26,27}.

Er is 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 hun taak van detectie, begeleiding en assistentie aan personen die slachtoffer zijn van geweld, moeten opnemen.

Grade-instrument

De graad van aanbeveling geeft de mate aan waarin men zeker kan zijn dat het volgen van de aanbeveling meer goed

dan kwaad zal doen; het is een afweging tussen de mogelijke voordelen ten opzichte van de nadelen, risico's en kosten (graad 1 of 2= sterk of zwak aanbevolen op basis van voornoemde argumenten), gecombineerd met de sterkte van de bewijskracht van de studies waarop de aanbeveling stoelt (A= hoog, B= matig of C= laag)²⁸.

KLINISCHE VRAGEN

Aanvankelijk stelden de auteurs dertien vragen. Slechts drie vragen die naar detectie peilen, kunnen met voldoende evidentie beantwoord worden. De vragen die de aanpak behandelen, kunnen voornamelijk enkel via consensus beantwoord worden. Om deze redenen werden twee teksten aangemaakt: een formele aanbeveling in verband met detectie en een werkmodel als leidraad voor de aanpak na detectie²⁹. Het is verder de bedoeling dat de globale aanpak van partnergeweld in de toekomst onderbouwd wordt aan de hand van lopend onderzoek en evaluatie van de voorgestelde aanpak. De voorliggende aanbevelingstekst behandelt de volgende drie vragen:

- 1 Wanneer moet een huisarts aan partnergeweld denken?
- 2 Hoe moet de huisarts de diagnose bevestigen?
- 3 Moet een huisarts in bepaalde situaties screenen naar partnergeweld?

DETECTIE VAN PARTNERGEWELD: EEN AANBEVELING

Wanneer moet de huisarts aan partnergeweld denken?

Aanbeveling

De huisarts peilt naar spanningen thuis. Bij prenatale raadplegingen of in geval van onverklaarde en vage klachten, gedragsveranderingen, psychische problemen zoals angst en depressie, herhaalde traumata en veelvuldig consulteren peilt de huisarts naar de angst om naar huis te gaan of voor geweld (Grade 1C).

Er bestaat internationaal voldoende consensus dat artsen en verpleegkundigen slachtoffers van geweld moeten helpen identificeren en ondersteunen. De belangrijke prevalentie in de huisartsenpraktijk en de ernst van de problemen alsook de nood van de slachtoffers vereisen een goede klinische exploratie en een dialoog over de aanpak ervan³⁰.

Als een patiënt zich aanmeldt met wonden in het gelaat, de hals, de keel, de borst, de buik of de genitaliën, dan moet de huisarts aan geweld denken, zeker als de wonden veelvuldig, bilateraal of volgens een bepaald patroon voorkomen.

Indicatoren die kunnen wijzen op geweld, zijn psychologische problemen of vage somatische klachten zoals chronische pijn, vermoeidheid, slapeloosheid³¹.

Dyspareunie en niet-cyclische bekkenpijn zouden de huisarts altijd alert moeten maken om de vraag naar partnergeweld te stellen³². Aandacht moet ook gaan naar bijzonder gedrag, zoals het uitstellen van het vragen van hulp, het vermelden

van tegenstrijdigheden of het uiterst frequent consulteren. Een partner die opvallend attentievol of agressief is of een patiënt die erg angstig is in het bijzijn van de partner, zijn situaties waarbij men ook aan geweld moet denken³³.

Hoe dient de huisarts de diagnose te bevestigen?

Aanbeveling

Met het stellen van een beperkt aantal directe vragen kan partnergeweld vroegtijdig onthuld worden. Slachtoffers appreciëren dit (Grade 1C).

De huisarts onderzoekt actief de symptomen en signalen die mogelijk gepaard gaan met partnergeweld. Bij de presentatie van de klachten is het ethisch noodzakelijk dat hij de vragen naar geweld stelt om onnodige andere onderzoeken te vermijden en het slachtoffer de gelegenheid te geven zich te uiten (Grade 1C).

Zelf duidelijk en direct de vraag naar geweld stellen bij een vermoeden van geweld is essentieel. Het is wenselijk deze vragen te stellen op een zorgvuldige en niet-veroordelende wijze en enkel bij afwezigheid van de partner en andere familieleden³⁰. Twee vragen kunnen volstaan om partnergeweld op te sporen³⁴:

- “Heb je je ooit onveilig gevoeld thuis?”
- “Heeft iemand je thuis ooit gekwetst of geprobeerd te kwetsen op welke manier ook?”

Deze vragen kunnen met de volgende zin worden ingeleid: “Ik zou je graag enkele vragen willen stellen die misschien vervelend zijn om te beantwoorden. Toch vind ik dat ik ze u als arts moet voorleggen.”

De omgeving is belangrijk voor de huisarts om gemakkelijker over geweld te kunnen praten. Posters en (informatief) educatiemateriaal in de wachtkamer werken drempelverlagend³⁵.

Niet peilen naar geweld bij bepaalde klachten zoals chronische pijn kan leiden tot een verkeerde diagnose en nuttelose onderzoeken en behandelingen die het onderliggend probleem miskennen³⁶.

Moet de huisarts in bepaalde situaties screenen naar partnergeweld?

Aanbeveling

Zwangere vrouwen moeten systematisch en duidelijk gevraagd worden naar geweld, omdat geweld tijdens deze periode vaak voorkomt en om mogelijke gevolgen voor het kind te voorkomen (Grade 1C). Er is onvoldoende bewijs om een uitspraak te doen over de efficiëntie van algemene screening (behalve bij zwangerschap).

Om te peilen naar geweld tijdens een zwangerschap kan men vragen stellen zoals:

“Het gebeurt vaak dat er spanningen zijn of soms agressie en geweld optreden binnen het gezin; deze blijven dikwijls onop-

gemerkt, dus daarom stel ik deze vraag bij al mijn zwangere patiënten.”

Het ondervragen van een patiënte tijdens een diagnostisch proces waarbij wordt gepeild naar klachten en afwijkend gedrag, betekent nog niet dat routinescreening wenselijk is. Over de potentiële positieve en negatieve effecten van screening is onderzoek nog lopende. Er zijn te weinig studies en bewijzen voorhanden naar de bruikbaarheid en het nut van screening³⁷⁻³⁹. De meeste doen ook geen verder onderzoek na de initiële implementatie.

Bij zwangeren hebben adviezen om de veiligheid te verbeteren wel geholpen om het geweld te doen verminderen⁴⁰.

EEN WERKMODEL VOOR DE AANPAK VAN PARTNERGEWELD

Detectie heeft enkel zin als er een benadering voorhanden is om het probleem aan te pakken. Er is echter geen sterke evidentie die de meerwaarde van de door ons voorgestelde aanpak door huisartsen onderbouwt. Er is nood aan verder wetenschappelijk onderzoek hierover. Nochtans zijn veel richtlijnen in uiteenlopende culturele settings gebaseerd op consensus en geven zij analoge aanwijzingen voor de volgende aanpak:

- Ga bij bevestiging van geweld zorgvuldig de ernst van de letsels na, bevrage escalatie en bespreek veiligheid en veiligheidsmaatregelen.
- Neem tijd om de situatie en beleving van de verschillende betrokkene(n) op neutrale wijze te analyseren en bepaal uitlokkende factoren.
- Informeer de betrokkenen over mogelijke hulpverlening en volg actief de gemaakte afspraken op.
- Hou rekening met de eigen grenzen en zoek samenwerking met andere hulpverleners.
- Geef bijzondere aandacht aan kinderen die getuige zijn van partnergeweld.
- Noteer zorgvuldig subjectieve en objectieve bevindingen in het dossier en verstrek een certificaat vrij opgemaakt naar het aangeboden voorbeeld⁴¹.

De aanpak wordt verder uitvoerig besproken in een aparte publicatie die geen deel uitmaakt van deze aanbeveling⁴¹.

KERNBOODSCHAPPEN

- De huisarts peilt naar spanningen thuis. Bij prenatale raadplegingen of in geval van onverklaarde en vage klachten, gedragsveranderingen, psychische problemen zoals angst en depressie, herhaalde traumata en veelvuldig consulteren peilt de huisarts naar de angst om naar huis te gaan of voor geweld (Grade 1C).
- Met het stellen van een beperkt aantal directe vragen kan partnergeweld vroegtijdig onthuld worden (Grade 1C).
- Bij zwangere vrouwen dient systematisch, neutraal maar toch duidelijk, gevraagd te worden naar geweld, omdat geweld tijdens deze periode vaak voorkomt en om mogelijke gevolgen voor het kind te voorkomen (Grade 1C).

RANDVOORWAARDEN

Sensibilisatie over de mogelijke bijdrage van huisartsen en taakverdeling bij de aanpak van geweld.

- Een voldoende efficiënte uitbouw en informatie over lokaal beschikbare diensten, waarbij voldoende aandacht gaat naar snelle hulpverlening.
- Goede en duidelijke afspraken met het slachtoffer en andere hulpverleners over onderlinge informatie-uitwisseling.
- Ondersteuning voor zorgvuldige dossieropmaak in EMD of onder de vorm van specifieke formulieren voor manuele documentatie.

RESEARCHAGENDA

- Onderzoeken over directe bevraging en screening in de huisartsenpraktijk zijn nodig; bijbehorende onderzoeksprotocollen moeten de resultaten documenteren, waaronder ook de mogelijke nadelen.
- Studieprotocollen dienen te worden ontwikkeld om de effecten van de zorg te documenteren met inbegrip van eventuele negatieve effecten; in het bijzonder dient hierbij aandacht te worden besteed aan de evaluatie van risico's en het veiligheidplan.
- Bijkomende studies zijn noodzakelijk voor de aanpak door huisartsen voornamelijk via het gebruik van het model voor gedragsverandering evenals de bijdrage van samenwerking met bijzondere diensten voor aanpak van geweld.
- Bijkomend onderzoek is noodzakelijk om terugvalpreventie te bestuderen en escalatie van geweld te voorkomen.
- De rol van de aanpak van huisartsen wanneer kinderen geweld meemaken en de benadering van partners in geweldadige relaties door huisartsen, vergen verder onderzoek.
- De bestudering van de aanpak van noodtoestand moet toelaten de beslissingen van hulpverleners ter bescherming van slachtoffers beter te onderbouwen.
- Verder onderzoek is ook nodig naar de ernstigere gevolgen bij vrouwelijke slachtoffers.
- Extra aandacht is wenselijk voor interculturele verschillen en voor personen met een handicap.
- Ten slotte dient werk te worden gemaakt van het voorkomen van secundaire traumatisering bij hulpverleners.

TOTSTANDKOMING

In 2006 en 2007 werd een systematische review gedaan van guidelines en systematische reviews over de aanpak van partnergeweld met uitsluiting van een aantal specifieke problemen (waaronder seksueel geweld). Literatuur werd onderzocht en beoordeeld via de AGREE-methode⁴² en gebruik van criteria van SIGN50⁴³ voor veertien klinische vragen. Een synthese van de evidentie werden voorgelegd aan CEBAM. Aanvullend werd een consensusconferentie georganiseerd door CEBAM over de toepassing van het beroepsgeheim en het opstellen van een medisch certificaat⁴⁴. In september 2007 werden de resultaten van deze bevindingen breed voorgesteld en voorgelegd op een internationale bijeenkomst van WONCA aan buitenlandse experts.

De commissie Aanbevelingen werd geconsulteerd over de haalbaarheid van een formele aanbeveling op basis van deze documentatie. Gezien de veelal op consensus gebaseerde stellingnamen werd een werktekst opgesteld uitgaande van al de beschikbare documenten als werkmodel. Op verzoek van de FOD Volksgezondheid werd van het werkmodel een voorlopige aanbeveling gemaakt.

Deze herwerkte tekst werd voorgelegd aan een brede groep van Belgische experts en aan twee Vlaamse Lok-groepen. Op 19 maart 2009 vond een consensusvergadering van de auteurs plaats waarbij de opmerkingen van de experts werden besproken. De tekst werd nadien nog aangepast met de opmerkingen van de experts. Van de Lok-groepen gingen geen fundamentele bezwaren uit.

De auteurs van de tekst hebben op 9 april 2009 en op 21 april 2009 de tekst kritisch besproken en de nodige aanvullingen of wijzigingen werden nadien uitgevoerd. Op 12 mei 2009 werd tijdens een werkgroepvergadering met de FOD beslist dat zowel de aanbeveling als het werkmodel naar CEBAM gestuurd moesten worden.

In overleg met de commissie Aanbevelingen werden uiteindelijk twee teksten gemaakt: een aanbeveling en een werkmodel. Op advies van de FOD werden beide teksten naar CEBAM gestuurd.

Aanvullend zal deze tekst nog verder voorgelegd worden aan de doelgroep van deze aanbeveling, dit in overleg met het Trefpunt Zelfhulp, de Vrouwenraad en de vluchthuizen. Ondertussen hebben de begeleiders uit deze groepen al hun visie, ontwikkeld in direct contact met de betrokkenen, mee gedeeld. Hiermee werd rekening gehouden.

Een literatuurstudie werd eveneens uitgevoerd over een gestandaardiseerde dossierregistratie⁴⁵.

Wat de essentiële elementen van het dossier betreft, werd een internationale consensus ontwikkeld via een Delphi-studie. Dit laat toe een implementatiestrategie te ontwikkelen met geïnformateerde ondersteuning gericht op kwaliteitsbevordering (Project FOD 2009). Parallel wordt een sensibilisatie- en trainingsprogramma ontwikkeld, gebaseerd op een literatuuronderzoek⁴⁶.

Opmerkingen in verband met deze aanbeveling kunnen per e-mail worden gericht aan dr. L. De Deken: lutgart.de.deken@skynet.be.

Totstandkoming

Deze aanbeveling kwam tot stand onder de coördinatie van de commissie Aanbevelingen van Domus Medica vzw (prof. dr. Paul Van Royen, prof. dr. An De Sutter, dr. Jan Michels, dr. Lieve Peremans, dr. Hilde Philips, dr. Frans Govaerts, dr. Nathalie Van de Vyver, dr. Esther van Leeuwen, dr. Philip Koeck, dr. Peter Leysen, dr. Marijke Avonts, dr. Hanne Cloetens, dr. Nicolas Delvaux en Martine Goossens) en met de steun van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Noten

noot 1

• De Deken L, Pas L, Hillemans K, Cornelis E. De huisarts in contact met partnergeweld. Een evidence-based onderbouwd werkmodel. *Huisarts Nu* 2010;39:339-45.

noot 2

• Pas L, Cornelis E, Vanhalewyn M, Offermans AM. Aanbevelingen voor de aanpak van partnergeweld: antwoorden op kernvragen uit literatuuronderzoek. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu Nederlandse versie 30/05/2008.

• Vanhalewyn M, Offermans A.M, D' Hauwe Ph, Pas L, Hillemans K. Partnergeweld. Juridisch en deontologisch kader. Aspecten m.b.t. het medisch dossier en getuigschrift. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2007.

noot 3

Dit is de definitie van partnergeweld, gedefinieerd vanuit het Nationaal Actieplan en dit in overleg met de verschillende federale en gemeenschapsdepartementen. Deze definitie omvat alle vormen van partnergeweld en de mogelijke gevolgen op het individu en de omgeving.

noot 4

Het meeste onderzoek werd bij vrouwen uitgevoerd; recent is er meer aandacht voor mannelijke slachtoffers.

noot 5

• Deze bredere definitie resulteert in een breder gerechtelijk toepassingsgebied en laat twee criteria vallen die nuttig zijn voor klinici.

• De Groof K, De Gendt T. Kans op slagen. Een integrale kijk op geweld in gezinnen. Lannoo Campus, 2007.

noot 6

Naast de definitie van partnergeweld bestaan verschillende definities van intrafamiliaal geweld. *Intrafamiliaal geweld*: Het handelen of nalaten van handelen, veelal herhaald, van iemand die in een persoonlijke relatie staat met het slachtoffer. Hierdoor lijdt deze lichamelijke, emotionele, morele of materiële schade of zal hij/zij er vermoedelijk aan lijden. Deze persoon kan zich hiertegen niet verweren. Dit omvat tevens verbale agressie en seksuele handelingen of contacten tegen de wil van de betrokkene in, evenals cultuurgebonden gedragingen, straffen of rituelen die schade kunnen berokkenen, evenals verwaarlozing (al dan niet bewust).

• Fiche: Aanpak bij vermoeden van geweld. Berchem: WVVH, december 2005.

• In Nederland wordt 'intrafamiliaal geweld' meestal 'huiselijk geweld' genoemd.

• De Groof K, De Gendt T. Kans op slagen. Een integrale kijk op geweld in gezinnen. Lannoo Campus, 2007

• De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) definieert intrafamiliaal geweld als interpersoonlijk geweld waarbij dader en slachtoffer familieleden of partners zijn, intrafamiliaal geweld kan fysiek, psychisch of seksueel van aard zijn of een combinatie van verschillende vormen van geweld.

• Bossuyt N. Intrafamiliaal geweld: frequentie van huisartsconsultaties en behandeling door de huisarts. *Epi-Scoop* 2008;2:1-2.

Seksueel misbruik: verkrachten, onteren. Seksueel misbruik gaat echter niet alleen over geslachtsgemeenschap. Ook bijvoorbeeld het verhuld aanraken van het lichaam van het slachtoffer door de dader, voorlezen van expliciet seksueel materiaal aan kinderen, geslachtsdelen tonen, tongzoenen, suggestieve opmerkingen maken,... is grensoverschrijdend en kan dus als seksueel misbruik bestempeld worden. Seksueel misbruik wordt vooral in context van kinderen gebruikt, maar kan ook tussen volwassenen plaatsvinden.

noot 7

Eergerelateerd geweld: elke vorm van geestelijk of lichamelijk geweld gepleegd vanuit een collectieve mentaliteit als reactie op een (dreiging van) schending van de eer van een man of een vrouw en daarmee van zijn of haar familie en waarvan de buitenwereld op de hoogte is of dreigt te geraken.

• De Groof K, De Gendt T. Kans op slagen. Een integrale kijk op geweld in gezinnen. Lannoo Campus, 2007.

noot 8

Voor deze laatste twee vormen van geweld werd vroeger al een werkmodel gepubliceerd in de vorm van een gids.

- Pas L, Aertssen E, Caris alias Reynders R, Saliez V. Deelrapport inframiliaal geweld: Aanpak bij vermoeden van kindermishandeling In opdracht voor FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. 2003.
- De Deken L, Pas L. Deelrapport intrafamiliaal geweld: Ouderenmis(be)handeling: aandachtspunten voor artsen op de eerste lijn. In opdracht voor FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2004.

noot 9

De impact van geweld op vrouwen is echter groot. Geweld is een significante oorzaak van verhoogde morbiditeit en mortaliteit. Vrouwen die geweld ondergaan, hebben een verhoogd risico voor middelenabus, mentale stoornissen, chronische fysieke klachten en seksuele problemen.

- Hegarty K, Taft A, Feder G. Violence between intimate partners: working with the whole family. *BMJ* 2008;337:346-51.
- Cherniak D, Grant T, Mason R, Moore B, Pellizari R. Intimate partner violence consensus statement. *J Obstet Gynaecol Can* 2005;157:365-88.

noot 10

Hegarty K, Taft A, Feder G. Violence between intimate partners: working with the whole family. *BMJ* 2008; 337:346-51.

noot 11

- <http://milquet.belgium.be/files/NAP%20Plan%202008-2009.pdf>

noot 12

- De Bruyn M. Violence, pregnancy and abortion. Issues of women's rights and public health. A review of worldwide data and recommendations for action. Chapel Hill N.C. Ipas, 2003. [second edition]
- Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. *Population Reports* 1999;24(4). Series L, 11.

noot 13

- De Bruyn M. Violence, pregnancy and abortion. Issues of women's rights and public health. A review of worldwide data and recommendations for action. Chapel Hill N.C. Ipas, 2003. [second edition]
- Violence against women. Fact sheet N°239. Geneva: WHO, june 2000.

noot 14

- Bruynooghe R, Noelanders S, Opdebeeck S. Geweld ondervinden, gebruiken en voorkomen. Rapport ten behoeve van de Minister van Tewerkstelling en Arbeid en Gelijkekansenbeleid mevrouw M. Smet, Diepenbeek, 1998.
- www.rosadoc.be/site/nieuw/pdf/factsheets/nr16.pdf
- www.rosadoc.be/site/nieuw/pdf/factsheets/nr18.pdf
- www.rosadoc.be/site/nieuw/pdf/factsheets/nr15.pdf

noot 15

Er is ondertussen een nieuw onderzoek uitgevoerd betreffende geweld, in opdracht van het Instituut voor de Gelijheid van vrouwen en mannen. De resultaten van dit onderzoek zijn nu raadpleegbaar.

- Pieters J, Italiano O, Offermans AM, Hellemans S. Ervaringen van vrouwen en mannen met psychologisch, fysiek en seksueel geweld. Instituut voor de Gelijheid van vrouwen en mannen, 2010. <http://igvm-iefh.belgium.be>

noot 16

Bossuyt N. Intrafamiliaal geweld: frequentie van huisartsconsultaties en behandeling door de huisarts. *Epi-Scoop*, 2008; 2:1-2.

noot 17

- Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K, Temmerman M. Disclosure and health-seeking behaviour following intimate partner violence before and during pregnancy in Flanders, Belgium: A survey study. *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Bio* 2008;137:37-42.

noot 18

Momenteel is men bezig aan de verwerking van gelijkaardige cijfers in België.

- www.huiselijkgeweld.nl/feiten/landelijk.html

noot 19

Nieuw-Zeeland is een van de weinige landen waar er cijfers voor partnergeweld zijn zowel voor mannen als voor vrouwen. Men vermoedt dat tus-

sen de 15 en de 35% van de vrouwen geslagen of gedwongen wordt tot seksuele relaties minstens eenmaal in hun leven. Tussen de 15 en de 21% van de vrouwen rapporteert fysiek of seksueel geweld en 44 tot 53% is psychologisch misbruikt gedurende de laatste twaalf maanden.

- Family Intervention Guidelines: Child and Partner Abuse, Ministry of health 2002, New Zealand.

noot 20

- Walker LE. Battered woman syndrome. New York, NY: Springer Publishing, 2000.
- Lee J, Cline M, Zink T, et al. Domestic violence. Institute for Clinical Systems Improvement Health Care guidelines, 2004.
- Cherniak D, Grant T, Mason R, et al. Intimate partner violence consensus statement. *J Obstet Gynaecol Can* 2005;157:365-88.

noot 21

Het blijkt dat een vrouw die het slachtoffer is van partnergeweld, dertig geweldsdaden zal ondergaan alvorens ze die bekendmaakt.

- Guidelines for the management of domestic violence. British Association for Emergency Medicine, Clinical Effectiveness Committee, 2005.

noot 22

- Bouchard GP, Lee CM. La violence contre l'épouse: les traitements de couple sont-ils appropriés? *Canadian Psychology* 1999;40:328-42.
- Ramsay J, Feder GS, Rivas C, et al. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse (protocol). *Cochrane Database syst rev* 2004.
- MacMillan HL, with the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Prevention and treatment of violence against women: systematic review and recommendations. Canadian Task Force on Preventive Health Care, Technical reports, 2001;1-4.

noot 23

- Bouchard GP, Lee CM. La violence contre l'épouse: les traitements de couple sont-ils appropriés? *Canadian Psychology* 1999;40:328-42.
- Bensley L, Van Eenwyk J, Wynkoop Simmons K. Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *Am J Prev Med* 2003;25:38-44.
- Schafer J, Caetano R, Cunradi CB. A path model of risk factors for intimate partner violence among couples in the United States. *J Interpers Violence* 2004;19:127-42.

noot 24

- Mujaharane N, D'Arcy C. Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors. *Can Med Assoc J* 1999;160:1007-11.
- Janssen PA, Holt VL, Sugg NK, Emanuel I, Critchlow CM, Henderson AD. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: A population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:1341-7.

noot 25

Het concept 'mapping' is een kwalitatieve aanpak die een hoge participatiegraad impliceert. De interpretatie van de deelnemers maakt het mogelijk een grondig onderzoek van al deze onderdelen uit te voeren. Het is belangrijk om de invloed van de gemeenschap op het welzijn van de bewoners te begrijpen en het kan gunstige veranderingen in het partnergeweld teweegbrengen.

- O'Campo P, Burke J, Peak GL, et al. Uncovering neighbourhood influences on intimate partner violence using concept mapping 852. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:603-8.

noot 26

- MacMillan HL, with the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Prevention and treatment of violence against women: systematic review and recommendations. Canadian Task Force on Preventive Health Care, Technical reports, 2001;1-4.

noot 27

Politie-interventies kunnen niet afzonderlijk van andere buurtacties onderzocht worden.

- O'Campo P, Burke J, Peak GL, et al. Uncovering neighborhood influences on intimate partner violence using concept mapping 852. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:603-8.

noot 28

- Van de Velde S, Aertgeerts B. Volet formation sur le thème des violences conjugales. Supervised by FOD. 2008.
- Van Royen P. Grade. Een systeem om niveau van bewijskracht en graad van aanbeveling aan te geven. *Huisarts Nu* 2008;37:505-9.

noot 29

- De Deken L, Pas L, Hillemans K, Cornelis E. De huisarts in contact met partnergeweld. Een evidence-based onderbouwd werkmodel. *Huisarts Nu* 2010;39:339-45.

noot 30

- Ramsay J. Should health professionals screen women for domestic violence? *BMJ* 2002;325:314.

Internationale consensus tussen experts geeft aan dat de bevraging van partnergeweld, ook als dit geweld niet wordt bevestigd, toch de aanzet kan zijn voor latere consultaties hierover en een deur openlaat voor verdere hulp. Een internationale consensus bevestigt vooral de aanpak na onthulling.

- Taft A, Hegarty K, Feder G. Tackling partner violence in families. *MJA* 2006;185:535-6.

noot 31

- Lee J, Cline M, Zink T, et al. Domestic violence. Institute for Clinical Systems Improvement Health Care guidelines 2004.

noot 32

De associatie tussen geweld en chronische bekkenpijn is consistent en suggereert sterk dat er een oorzakelijk verband is.

- Latthe P, Mignini L, Gray R, et al. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: Systematic review 739. *BMJ* 2006;332:749-51.

noot 33

- New York State Office for the Prevention of Domestic Violence. Medical and legal protocol for dealing with victims of domestic violence. New York State Office for the Prevention of Domestic Violence, 2004.

noot 34

Noteer dat in tegenstelling met somatische aandoeningen er bij geweld geen consensus is over criteria die de resultaten meten van de diagnostische en therapeutische interventies. Is het bijvoorbeeld de reductie van periodes van geweld, de verbetering van het zelfvertrouwen, de verbetering van de gezondheid? Aldus blijft het stellen van de vragen betwistbaar, terwijl Ramsey aangeeft dat meer vragen de opsporing niet verhogen.

- Kaur G, Herbert L. Recognizing and intervening in intimate partner violence. *Cleve Clin J Med* 2005;72:406-22.
- Ramsay J, Richardson J, Carter Y, Feder G. Appraisal of evidence about screening women for domestic abuse. Report to National Screening Committee. Department of General Practice & Primary Care Barts and The London Queen Mary's School of Medicine & Dentistry, 2001.

noot 35

In Canada bijvoorbeeld werden meer personen geïdentificeerd doordat hulpverleners speldjes droegen waarop vermeld stond dat men met hen over geweld kan praten.

- Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Woman abuse: screening, identification and initial response. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario (RNAO); 2005.

noot 36

- MacMillan HL. Prevention and treatment of violence against women, systematic review and recommendations. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Technical Reports, 2001:1-4.

noot 37

Twee andere onafhankelijke systematische besprekingen wijzen eveneens op het gebrek aan bewijs over de impact van screening op de incidentie van geweld.

- MacMillan HL, with the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Prevention and treatment of violence against women: systematic review and recommendations. Canadian Task Force on Preventive Health Care, Technical reports, 2001;1-4.
- Coulthard P, Young S, Adamson L, et al. Domestic Violence Screening and Intervention Programmes for adults with dental or facial injury (review). The Cochrane Collaboration, 2005.

Een Cochrane review bevestigt dat het gebrek aan adequate studies de bruikbaarheid van screening bij tand- of aangezichtswonden niet onderbouwt.

noot 38

In een kwalitatief onderzoek werd wel vastgesteld dat de personen die geweld overleefden, voorstanders waren van een algemene screening. Ze benadrukten dat iedere vrouw het slachtoffer kan worden van geweld, ongeacht ras, sociaaleconomische status, geslacht, leeftijd en seksuele geaardheid.

- Nicolaidis C, Curry MA, Gerrity M. Measuring the impact of the voices of survivors program on health care workers' attitudes toward survivors of intimate partner violence. *J Gen Intern Med* 2005;20:731-7.

noot 39

- Ramsay J, Richardson J, Carter Y, Feder G. Appraisal of evidence about screening women for domestic abuse.
- Report to National Screening Committee. Department of General Practice & Primary Care Barts and The London Queen Mary's School of Medicine & Dentistry, 2001.

noot 40

- Cherniak D, Grant T, Mason R, et al. Intimate partner violence consensus statement. *J Obstet Gynaecol Can* 2005;157:365-88.

noot 41

- De Deken L, Pas L, Hillemans K, Cornelis E. De huisarts in contact met partnergeweld. Een evidence-based onderbouwd werkmodel. *Huisarts Nu* 2010;39:339-45.

noot 42

- The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. St George's Hospital Medical School, London, June 2001.

• www.agreecollaboration.org

noot 43

- SIGN 50: A guideline developers' handbook. Edinburgh (UK): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2008.

noot 44

- Vanhalewyn M, Offermans AM, D'Hauwe PH, Pas L, Hillemans K. Partnergeweld. Juridisch en deontologisch kader. Aspecten m.b.t. het medisch dossier en getuigschrift. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2007.

noot 45

- Pas L, Cornelis E, Vanhalewyn M, Offermans AM. Aanbevelingen voor de aanpak van partnergeweld: Antwoorden op kernvragen uit literatuuronderzoek. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu Nederlandse versie 30/05/2008.

noot 46

- Van de Velde S, Aertgeerts B. Volet formation sur le thème des violences conjugales. Supervised by FOD, 2008.