

# **Richtlijn**

## **Familiaal Huiselijk Geweld**

### **bij kinderen en volwassenen**

#### **Initiatief**

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

#### **In samenwerking met**

Nederlands Huisartsen Genootschap

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Nederlands Instituut van Psychologen

Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

Nederlandse Vereniging Sociaal Psychiatrische Verpleegkunde

Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers

Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde

Nederlandse Vereniging voor Relatie en Gezinstherapie

Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen

Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen

Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen

Beroepsvereniging van Orthopedagogen en Klinisch Pedagogen met een Academische Opleiding

Nederlandse Vereniging van Orthopedagogen

Vereniging voor Vertrouwensartsen inzake Kindermishandeling

Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie

Movisie

#### **Met ondersteuning van**

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

Trimbos-instituut

#### **Financiering**

De richtlijn is tot stand gekomen met financiële steun van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ZonMw

## Colofon

Richtlijn familiaal huiselijk geweld bij kinderen en volwassenen

© Copyright Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Postbus 20062

3502 LB UTRECHT

[www.nvvp.net](http://www.nvvp.net)

[info@nvvp.net](mailto:info@nvvp.net)



Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

*Het Trimbos-instituut is het landelijk kennisinstituut voor de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke zorg.*

*De missie van het Trimbos-instituut is kennis over geestelijke gezondheid creëren en doen toepassen in beleid en praktijk van de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke zorg.*

*Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, gevestigd in Utrecht, heeft tot doel individuele beroepsbeoefenaars, hun beroepsverenigingen en zorginstellingen te ondersteunen bij het verbeteren van de patiëntenzorg. Het CBO biedt via programma's en projecten ondersteuning en begeleiding bij systematisch en gestructureerd meten, verbeteren en borgen van kwaliteit van de patiëntenzorg.*



Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

# INHOUDSOPGAVE

<b>INHOUDSOPGAVE</b> .....	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>6</b>
<b>Inleiding</b> .....	<b>20</b>
<b>Inleiding op familiaal huiselijk geweld</b> .....	<b>25</b>
<b>Hoofdstuk 1: Signaleren en herkennen bij kinderen</b> .....	<b>37</b>
Uitgangsvraag 1    Signalen en criteria .....	37
<b>Hoofdstuk 2: Bespreken FHG bij kinderen</b> .....	<b>42</b>
Uitgangsvraag 2    Bespreekbaar maken .....	42
<b>Hoofdstuk 3: handelen bij kinderen</b> .....	<b>48</b>
Uitgangsvraag 3    Handelen door beroepsbeoefenaar .....	48
Uitgangsvraag 4    Juridisch kader .....	51
Uitgangsvraag 5    Veiligheid van de andere gezinsleden .....	55
Uitgangsvraag 6    Veiligheid van beroepsbeoefenaars .....	56
<b>Hoofdstuk 4: Diagnostiek bij kinderen</b> .....	<b>61</b>
Uitgangsvraag 7    Diagnostiek .....	61
<b>Hoofdstuk 5: Behandeling bij kinderen</b> .....	<b>63</b>
Uitgangsvraag 8    Interventies .....	63
<b>Hoofdstuk 6: Signaleren en herkennen bij volwassenen</b> .....	<b>71</b>
Uitgangsvraag 9    Signalen .....	71
Uitgangsvraag 10    Signaleringsinstrumenten .....	77
<b>Hoofdstuk 7: Bespreken bij volwassenen</b> .....	<b>80</b>
Uitgangsvraag 11    Criteria om bespreekbaar maken .....	80
Uitgangsvraag 12    Bespreekbaar maken .....	85
<b>Hoofdstuk 8: Handelen bij volwassenen</b> .....	<b>88</b>
Uitgangsvraag 13    Handelen door beroepsbeoefenaar .....	88
Uitgangsvraag 14    Veiligheid van het cliënt(system) .....	91
Uitgangsvraag 16    Criteria om te melden .....	99
Uitgangsvraag 17    Juridische mogelijkheden .....	103
<b>Hoofdstuk 9: Diagnostiek bij volwassenen</b> .....	<b>106</b>
Uitgangsvraag 18    Algemene aandachtspunten bij de diagnostiek .....	106
Uitgangsvraag 19    Risicovariabelen en risicotaxatie-instrumenten .....	109
Uitgangsvraag 20a    Diagnostiek slachtoffers .....	113
Uitgangsvraag 20b    Diagnostiek plegers .....	116
Uitgangsvraag 20c    Diagnostiek partners .....	120
Uitgangsvraag 20d    Meetinstrumenten .....	121
<b>Hoofdstuk 10: Behandeling bij volwassenen</b> .....	<b>125</b>

Uitgangsvraag 21	Interventies .....	125
<b>Hoofdstuk 11: Implementatie van de richtlijn .....</b>		<b>138</b>
Uitgangsvraag 22	Beroepsbeoefenaars .....	138
Uitgangsvraag 23	Implementatie .....	139
<b>Samenstelling Werkgroep.....</b>		<b>141</b>
<b>Literatuur .....</b>		<b>143</b>
<b>Appendix A Internationale definities FHG .....</b>		<b>164</b>
<b>Appendix B Afkortingenlijst.....</b>		<b>168</b>
<b>Appendix C Searchtabel.....</b>		<b>171</b>
<b>Algemeen.....</b>		<b>171</b>
Uitgangsvraag 1	Signalen en criteria .....	171
Uitgangsvraag 2	Bespreekbaar maken .....	172
Uitgangsvraag 3	Handelen door beroepsbeoefenaar .....	172
Uitgangsvraag 4	Juridisch kader .....	172
Uitgangsvraag 5	Veiligheid van de andere gezinsleden.....	173
Uitgangsvraag 6	Veiligheid van beroepsbeoefenaars .....	173
Uitgangsvraag 7	Diagnostiek.....	173
Uitgangsvraag 9	Signalen.....	174
Uitgangsvraag 10	Signaleringsinstrumenten .....	175
Uitgangsvraag 11	Criteria bespreekbaar maken .....	175
Uitgangsvraag 12	Bespreekbaar maken .....	175
Uitgangsvraag 13	Handelen door beroepsbeoefenaar.....	176
Uitgangsvraag 14	Veiligheid van het cliënt(systeem) .....	176
Uitgangsvraag 16	Criteria om te melden .....	177
Uitgangsvraag 17	Juridische mogelijkheden .....	177
Uitgangsvraag 18	Algemene aandachtspunten bij de diagnostiek .....	178
Uitgangsvraag 19	Risicovariabelen en risicotaxatie-instrumenten .....	178
Uitgangsvraag 20a	Diagnostiek slachtoffers .....	178
Uitgangsvraag 20b	Diagnostiek plegers .....	179
Uitgangsvraag 20c	Diagnostiek partners.....	179
Uitgangsvraag 20d	Meetinstrumenten.....	179
Uitgangsvraag 21	Interventies .....	179
Uitgangsvraag 22	Beroepsbeoefenaars .....	180
Uitgangsvraag 23	Implementatie .....	180
<b>Appendix D Richtlijnen.....</b>		<b>181</b>
<b>Appendix E Sputovamo-formulier .....</b>		<b>182</b>
<b>Appendix F Adams-criteria .....</b>		<b>183</b>
<b>Appendix G Interview met kinderen.....</b>		<b>184</b>
<b>Appendix H Registratieformulieren signalen van FHG bij volwassenen.....</b>		<b>186</b>
<b>Appendix I Risicotaxatie-instrument DAS .....</b>		<b>189</b>

<b>Appendix J Veiligheidsplan .....</b>	<b>191</b>
<b>Appendix K Informatie aan slachtoffer FHG .....</b>	<b>193</b>
<b>Appendix L Instrument risicoscreening in de vrouwenopvang .....</b>	<b>194</b>
<b>Appendix M Noodzakelijke interventies bij het behandelen van geweldsproblematiek bij paren.....</b>	<b>199</b>
<b>Appendix N Belangenverklaringen .....</b>	<b>202</b>
<b>Appendix O Evidencetabellen .....</b>	<b>204</b>
<b>Bijlage P: Toelichting op onderdelen.....</b>	<b>245</b>
<b>Bijlage Q: Samenvatting van de literatuur.....</b>	<b>250</b>

# SAMENVATTING

## Definitie

*Familiaal huiselijk geweld* is intentioneel of impulsief geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer wordt gepleegd. Dat is iemand die een duurzame relatie onderhoudt met het slachtoffer of met iemand uit haar/zijn onmiddellijke omgeving op basis van verwantschap, vriendschap of een bepaalde functie (bijv. oppas, verzorgende) en die het slachtoffer in de huiselijke sfeer pleegt te ontmoeten.

## Visie op 'familiaal huiselijk geweld'

De aanbevelingen in deze richtlijn zijn gebaseerd op principes die wortelen in een systeemgeoriënteerde, dynamische en actiegerichte visie op FHG:

- FHG is nooit een geïsoleerd fenomeen. Het speelt zich af in een relationele context, die zelf ook weer ingebed is in allerlei meer of minder complexe sociale en culturele systemen, die gezamenlijk de maatschappij vormen.
- Ook 'in de tijd' is FHG geen geïsoleerd fenomeen dat alleen in het hier en nu bestaat. Het ontwikkelt zich onder invloed van een krachtenspel in de tijd.
- FHG leent zich niet voor een uitsluitend beschouwende benadering. Men kan niet volstaan met constateren en dan werkeloos toe blijven zien.

In deze samenvatting zijn de aanbevelingen voor de beroepsbeoefenaren opgenomen. De richtlijn formuleert ook aanbevelingen voor beleidmakers, bestuurders van instellingen en aanbieders van opleidingen en nascholingen. Deze aanbevelingen zijn niet in de samenvatting opgenomen.

## KINDEREN

### Signaleren en herkennen (hoofdstuk 1)

Welke signalen en criteria zijn er voor het herkennen en vermoeden van familiaal huiselijk geweld bij kinderen?

Zorg ervoor dat beroepsbeoefenaren kennis hebben én behouden van aanwijzingen voor FHG. Bron voor deze aanwijzingen zijn:

- gedrag van ouders/verzorgers bij letsel van een kind
- de aard en presentatie van het letsel (bij lichamelijk onderzoek, anamnese)
- het gedrag van het kind
- de interactie tussen ouder(s) en kind
- het bestaan van een risicoverhogende situatie
- combinaties van bovenstaande

Besef dat signalen zeer divers en niet-specifiek kunnen zijn. Typerend voor fysieke kindermishandeling is vooral het feit dat het letsel niet past bij de vermelde oorzaak, geen oorzaak gegeven wordt of dat oud letsel zonder verklaring wordt getoond. Typerend voor seksueel misbruik is de aanwezigheid van seksualiserend gedrag van het kind dat niet past

bij leeftijd en ontwikkelingsfase.

Het Sputovamo formulier is een bruikbaar hulpmiddel voor het opsporen van fysieke kindermishandeling bij kinderen die zich presenteren met letsel.

### **Bespreken (hoofdstuk 2)**

Welke aspecten zijn belangrijk wanneer een beroepsbeoefenaar familiaal huiselijk geweld bij kinderen bespreekbaar maakt met het slachtoffer en diens verzorgers, waaronder mogelijk de pleger(s)?

Ga voorafgaand aan het gesprek na of kinderbeschermende maatregelen getroffen moeten worden. Deze kunnen aan de orde zijn als het gesprek kan leiden tot voor het kind gevaarlijk handelen door een ouder. Bespreek een en ander vooraf met een deskundige in de eigen instelling en/of het AMK.

Gebruik geen hulpmiddelen, zoals tekeningen, boeken en dergelijke ('props') indien de kans bestaat dat het gesprek met (of interview van) het kind gebruikt kan worden in de forensische/juridische context.

Bespreek een vermoeden van FHG bij een kind met de ouder(s) en met het kind (indien wenselijk en mogelijk) op een zo open mogelijke, directe, niet-veroordelende en vertrouwenwekkende manier. Dit is nodig om het geweld te laten stoppen, het kind te beschermen en toegang te krijgen voor diagnostiek en behandeling van de betreffende ouder(s) en het kind (of de kinderen).

Het is zinvol om een tweede beroepsbeoefenaar bij het gesprek met de ouders aanwezig te laten zijn als observator en als getuige. Indien bij een gesprek met een kind de aanwezigheid van een tweede beroepsbeoefenaar contraproductief is, overweeg dan een videoregistratie te maken.

Regel een kindvriendelijke omgeving voor het gesprek met het kind over FHG.

### **Handelen (hoofdstuk 3)**

Hoe kan de beroepsbeoefenaar handelen bij familiaal huiselijk geweld bij kinderen?

Overleg bij een vermoeden van FHG jegens een kind zo spoedig mogelijk met een deskundige binnen de instelling. Indien deze niet aanwezig is, overleg dan met het AMK in zijn/haar adviesfunctie.

Wanneer er voldoende grond is voor het bestaan van FHG overleg dan direct met een collega of een deskundige binnen de instelling of met een vertrouwensarts van het AMK in zijn/haar adviesfunctie, waarbij het besproken gezin anoniem kan blijven. Dit overleg moet leiden tot besluiten over het verder handelen van de beroepsbeoefenaar en eventueel melden bij het AMK.

Schakel direct het AMK in, indien de veiligheid van het kind in gevaar is. In acuut levensbedreigende situaties kan de Raad voor de Kinderbescherming rechtstreeks benaderd worden.

Houd zorgvuldig schriftelijk verslag bij in het dossier over het vermoeden of de feiten van FHG, het overleg, de besluitvorming en het handelen.

Ga na of herhaling van het FHG kan worden voorkomen. Dit vraagt om onderzoek van de pleger en om aandacht voor de vraag waarom de ouder(s) het geweld niet hebben kunnen voorkomen.

### **Juridisch kader (hoofdstuk 3)**

Hoe is het juridisch kader bij het melden van familiaal huiselijk geweld bij kinderen?

De situatie van 'conflicterende plichten' mag nooit reden zijn om van een melding van (vermoeden op) FHG jegens kinderen af te zien.

De KNMG meldcode voor medici en de meldcode voor beroepsbeoefenaren zijn hiervoor de goede gedragslijn.

Overleg bij de besluitvorming over het melden met een deskundige in of buiten de eigen instelling of met het AMK in zijn/haar adviesfunctie over de te volgen procedure.

Wees zorgvuldig met het doen van aangifte bij de politie. Het beroepsgeheim biedt hiervoor de mogelijkheid. Doe aangifte als alleen op deze manier het kind veilig kan worden gesteld en het geweld tot staan kan worden gebracht. De beroepsbeoefenaar, het AMK of de (wettelijke) vertegenwoordiger van het slachtoffer kunnen aangifte doen.

### **Veiligheid andere gezinsleden (hoofdstuk 3)**

Hoe kan de veiligheid van de andere gezinsleden worden gerealiseerd bij het vermoeden van familiaal huiselijk geweld bij kinderen?

Wanneer er voldoende grond is voor het bestaan van FHG overleg dan direct met een collega of een deskundige binnen de instelling of met een vertrouwensarts van het AMK in zijn/haar adviesfunctie, waarbij het besproken gezin anoniem kan blijven. Dit overleg moet leiden tot besluiten over het verder handelen van de beroepsbeoefenaar en eventueel melden bij het AMK.

Consulteer het AMK over de risicotaxatie en de te nemen maatregelen en spreek af wie handelt.

Weeg het risico af dat handelen in verband met FHG jegens een kind gevaar voor gezinsleden veroorzaakt.

Tref zo nodig beschermende maatregelen voor het kind en eventuele gezinsleden

### **Veiligheid van beroepsbeoefenaars (hoofdstuk 3)**



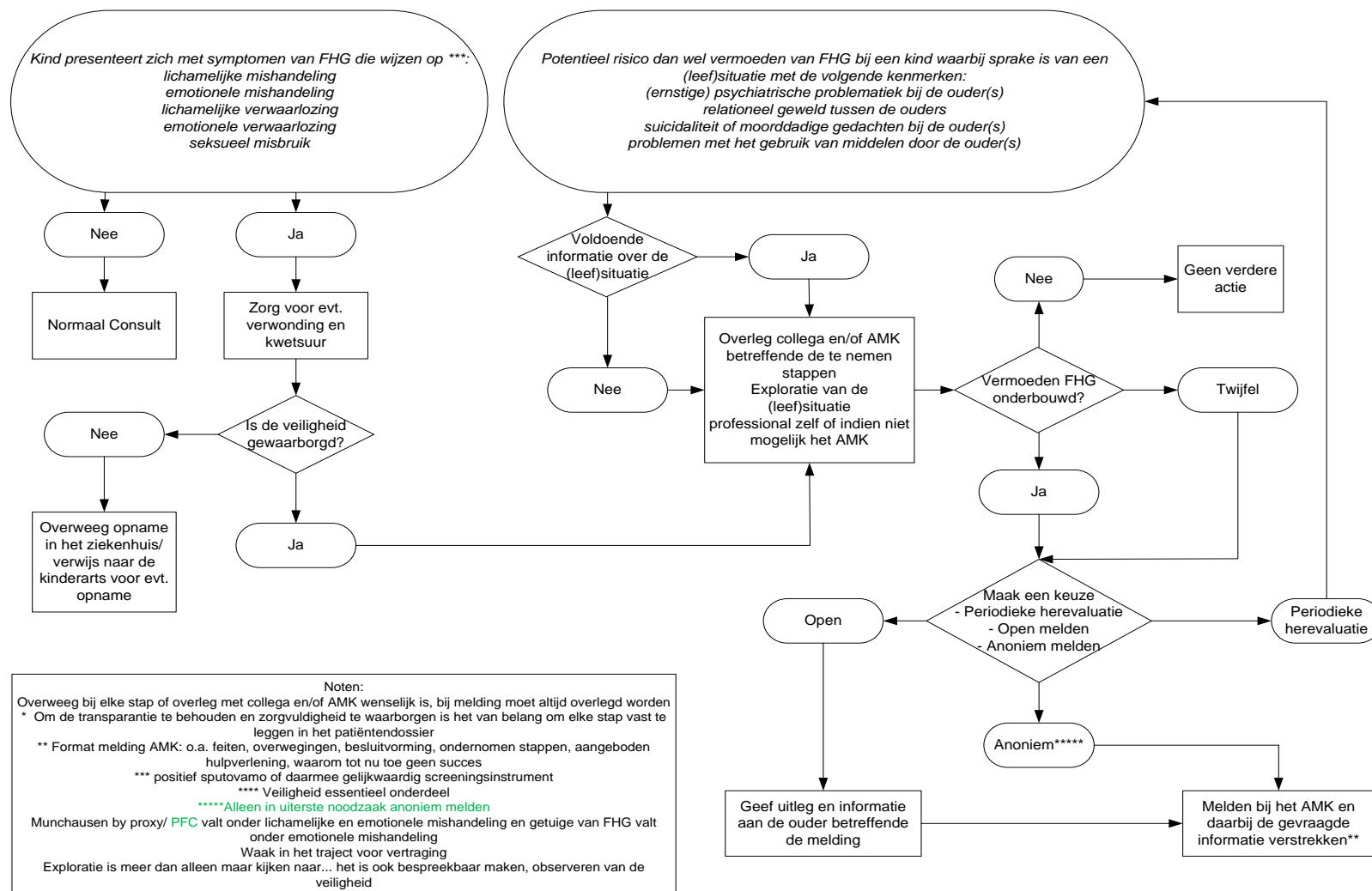
Hoe kan de veiligheid van beroepsbeoefenaars worden gegarandeerd bij het vermoeden van familiaal huiselijk geweld bij kinderen?

Overweeg of het melden van een vermoeden van FHG jegens een kind gevaar voor de beroepsbeoefenaar veroorzaakt. Overleg hierover met een ervaren collega. Dergelijk gevaar kan reden zijn weloverwogen te kiezen voor anoniem melden bij het AMK.

Vraag een collega bij het gesprek aanwezig te laten zijn als getuige en voor de veiligheid indien agressief gedrag te verwachten valt. Tref zo nodig maatregelen. Overweeg om bij het gesprek met het kind videoregistratie te gebruiken.

Beroepsbeoefenaars die alleen of in klein verband werkzaam zijn doen er verstandig aan bij dreigend gevaar voor henzelf een cliënt door te verwijzen naar een instelling met ervaring met FHG. Overleg met het AMK over de mate van openheid waarmee deze verwijzing dient te gebeuren.

**Figuur 1: Stroomschema handelen bij familiaal huiselijk geweld bij kinderen**



#### Diagnostiek (hoofdstuk 4)

Welk onderzoek dient te worden verricht bij kinderen blootgesteld aan familiaal huiselijk geweld om gezondheidsschade en de noodzaak en aard van behandeling te kunnen vaststellen?

Zorg ervoor dat beroepsbeoefenaars geschoold zijn in het diagnostisch proces volgend op de constatering dat een kind slachtoffer is (geweest) van FHG.

Voer het diagnostisch onderzoek uit in een multidisciplinair team.

Naast het psychiatrisch onderzoek moet lichamelijk onderzoek integraal onderdeel zijn van de diagnostiek bij (een vermoeden van) kindermishandeling, seksueel misbruik, huiselijk geweld en andere vormen van geweld ten opzichte van een kind.

#### Behandeling (hoofdstuk 5)

Welke interventies kunnen worden aanbevolen bij familiaal huiselijk geweld ten opzicht van kinderen?

Bied aan gezinnen waarin kinderen worden verwaarloosd *naast elkaar* aan:

- hulp aan de ouders voor de eigen (psychiatrische) problemen
- hulp bij het verhogen van de pedagogische vaardigheden
- hulp bij het vervullen van de 'basic needs'.

Bij kinderen die slachtoffer zijn van seksueel misbruik kan de Nederlandse versie van Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT: Horizon-methodiek) als interventie worden toegepast.

Er kan geen specifieke interventie aangeraden worden voor kinderen die slachtoffer zijn van *emotionele verwaarlozing en emotionele mishandeling*. Minimaal kan een therapievorm worden aangeboden die zich richt op de behandeling van hechtingsproblemen.

Bied aan gezinnen, waarin fysieke mishandeling van kinderen plaatsvindt, de Nederlandse versie van de Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) of Abuse-Focused Cognitive Behavioral Therapy (AF-CBT) aan. Dit kan ook opgelegd worden binnen een strafrechtelijk kader.

Voor kinderen van twee tot vijf jaar die getuige zijn van FHG en voor hun mishandelde ouders wordt Child-Parent Psychotherapy (CPP) aangeraden.

Voor kinderen van vier tot en met zeventien jaar die getuige zijn geweest van geweld tussen hun ouders/opvoeders en die symptomen van PTSS vertonen wordt de Horizon-methodiek aangeraden.

Bied aan *alle* kinderen die getuige zijn geweest van geweld tussen hun ouders/opvoeders een preventief psycho-educatief programma aan.

## **VOLWASSENEN**

### **Signaleren en herkennen (hoofdstuk 6)**

Welke signalen zijn voor de beroepsbeoefenaars binnen de preventieve en curatieve gezondheidszorg van belang voor het herkennen van familiaal huiselijk geweld?

Zorg ervoor dat beroepsbeoefenaren kennis hebben van aanwijzingen (signalen, risicofactoren, gevolgen) voor FHG jegens volwassenen. Deze aanwijzingen worden gevonden in de omstandigheden. Specifieke signalen, risicofactoren en gevolgen van FHG jegens volwassenen ontbreken.

### **Signaleringsinstrumenten (hoofdstuk 6)**

Welke signaleringsinstrumenten zijn bruikbaar bij het herkennen van familiaal huiselijk geweld en is het mogelijk om tot een nadere aanbeveling te komen?

Systematische gebruik van signaleringsinstrumenten voor het vroegtijdig opsporen van FHG is zinvol en kan het klinisch oordeel ondersteunen. Op dit moment zijn er in Nederland nog geen betrouwbare en gevalideerde instrumenten. Ontwikkeling en validering van signaleringsinstrumenten voor de Nederlandse situatie is noodzakelijk.

### **Bespreken – slachtoffer (hoofdstuk 7)**

Welke criteria zijn redenen om familiaal huiselijk geweld bespreekbaar te maken met het slachtoffer?

Maak vragen naar FHG bij het kennismakingsconsult (huisarts, verloskundige, gynaecoloog, in de GGZ) onderdeel van de routine. Vraag bij signalen zonder terughoudendheid naar ervaringen met FHG.

De volgende zaken zijn redenen om FHG bespreekbaar te maken met het slachtoffer en/of de pleger:

- het opvallend veel vaker dan gemiddeld contact hebben met een beroepsbeoefenaar
- psychische klachten zoals depressie, angst/paniekaanvallen, slaapproblemen, gedachten aan of pogingen tot suïcide
- herhaaldelijk voorschrift en/of chronisch gebruik van tranquillizers en antidepressiva
- het voorkomen van recidiverende onverklaarbare pijnklachten en meer dan gemiddeld voorschrift of chronisch gebruik van pijnstillers en het niet reageren op de gebruikelijke behandeling
- regelmatig hulp zoeken bij trauma of verwondingen met een dubieuze verklaring, of laat hulp zoeken hiervoor
- multipele (zichtbare) verwondingen
- bij de intake en tijdens de periode van zwangerschap
- bij zwangerschapscomplicaties met onbekende oorzaak
- langere tijd ziek of arbeidsongeschikt (geen vaste periode aan te geven)
- hulp zoeken bij relatieproblemen; in echtscheiding zijn of recent gescheiden
- seksueel misbruik, verwaarlozing en mishandeling als kind
- somatoforme dissociatie, borderlinepersoonlijkheidsstoornis
- problematisch alcoholgebruik, drugsmisbruik of -afhankelijkheid van cliënt, partner of een ander gezinslid.

Bespreek het vermoeden van FHG niet in aanwezigheid van kinderen.

### **Bespreken – pleger (hoofdstuk 7)**

Welke criteria zijn redenen om familiaal huiselijk geweld bespreekbaar te maken met de pleger?

De volgende zaken zijn redenen om het plegen van familiaal/partnergeweld bespreekbaar te maken:

- seksueel misbruik, mishandeling in de jeugd
- problematisch alcoholgebruik of misbruik van andere middelen
- persoonlijkheidsstoornissen (met name cluster B)
- overige psychische stoornissen, zoals PTSS, ADHD, autismespectrumstoornis
- relatieproblemen.

Maak bij patiënten/cliënten met antisociale persoonlijkheid FHG alleen bespreekbaar als de veiligheid geborgd is.

Gebruik in het algemeen geen informatie van het slachtoffer om vragen te stellen aan een partner of familielid die geweld pleegt.

### **Bespreekbaar maken (hoofdstuk 7)**

Hoe kan de beroepsbeoefenaar familiaal huiselijk geweld bespreekbaar maken met het slachtoffer en de pleger? Welke houding, attitude en vaardigheden zijn bij de beroepsbeoefenaar van belang bij het herkennen en tijdens het contact met plegers en slachtoffers van familiaal huiselijk geweld?

Zorg voor een veilige setting bij het bespreekbaar maken van FHG met het slachtoffer. Kies zorgvuldig de woorden bij het bespreekbaar maken van FHG.

Realiseer de volgende voorwaarden:

- kennis over het fenomeen FHG en de meest voorkomende signalen;
- juiste attitude benodigd om FHG bespreekbaar te maken; het is belangrijk dat men in de praktijk zichtbaar maakt dat FHG een onderwerp is waarover men kan én mag spreken
- kennis van verwijs- en consultatiemogelijkheden
- voldoende veiligheid om beide partners tegelijk te spreken of (eerst) kiezen voor gesprekken met de afzonderlijke personen
- vermoedelijke slachtoffers van partnergeweld geen vragen stellen in bijzijn van een vermoedelijke pleger of kinderen ouder dan twee jaar vanwege de onveiligheid van de situatie
- voldoende tijd en zo nodig de patiënt/cliënt dezelfde dag aan het eind van het spreekuur of op zeer korte termijn terug vragen om het probleem verder te exploreren.

Zorg bij het bespreken van FHG voor een niet-veroordelende, betrokken, zorgzame, respectvolle benadering. De patiënt moet zich niet onder druk gezet voelen, soms is het verstandig het onderwerp een aantal malen terug te laten komen in vervolcontacten.

Bespreek veiligheidsaspecten met slachtoffer én pleger bij het onthullen van FHG.

### **Handelen (hoofdstuk 8)**

Welke handelingen dient de beroepsbeoefenaar te ondernemen nadat gesproken is met de (verschillende) leden van een gezinssysteem omtrent een vermoeden van familiaal huiselijk geweld binnen dat gezinssysteem?

Zorg altijd voor goede dossiervorming.

Bied bij crisissituaties, eventueel via de politie, direct veiligheid en bescherming.

Spreek per situatie af wie de casemanager is. Alle beroepsbeoefenaars zijn medeverantwoordelijk voor het goed functioneren van de ketenhulpverlening bij FHG.

Kom tot vaste regionale afspraken over hoe te handelen bij FHG bij volwassenen en gebruik daarbij het aangegeven stroomschema.

### **Veiligheid van het cliënt(systeem) (hoofdstuk 8)**

Hoe dient de veiligheid van het cliënt(systeem) zo goed mogelijk gewaarborgd te worden bij het bespreekbaar maken en het melden van familiaal huiselijk geweld?

Weeg zorgvuldig af in hoeverre het bespreekbaar maken van het vermoeden van FHG de veiligheid van het slachtoffer in gevaar kan brengen.

Gebruik de Danger Assessment Scale bij het bespreekbaar maken van het vermoeden van FHG om risico's te taxeren.

Vraag naar de aanwezigheid en de situatie van kinderen indien er sprake is van FHG. Vraag hier ook naar als FHG nog niet gebleken is, maar er wel sprake is van:

- agressieregulatieproblemen van patiënt/cliënt met thuiswonende kinderen
- problematisch alcoholgebruik/alcoholmisbruik van patiënt/cliënt en thuiswonende kinderen.

Bespreek de veiligheidsaspecten van het slachtoffer om veiliger gedrag te stimuleren.

Maak een veiligheidsplan indien er sprake is van FHG. Maak dit in samenspraak met het slachtoffer en zo mogelijk de pleger.

### **Veiligheid van de beroepsbeoefenaar (hoofdstuk 8)**

Hoe dient omgegaan te worden met de veiligheid van de beroepsbeoefenaar bij het bespreekbaar maken en bij het melden van familiaal huiselijk geweld?

Het wordt *afgeraden* dat beroepsbeoefenaars die geen ervaring hebben met patiënten/plegers met een antisociale persoonlijkheid(stoornis) het gepleegde geweld aan de orde stellen.

Het wordt *aangeraden* dat beroepsbeoefenaars tijdens (mogelijk) risicovolle contacten met een pleger door iemand van het ondersteunend personeel worden bijgestaan.

### **Criteria melden (hoofdstuk 8)**

Welke criteria zijn redenen om familiaal huiselijk geweld te melden?

Hanteer de volgende voorwaarden en criteria bij de beslissing om FHG te melden:  
voorwaarden:

- Er moet sprake zijn van (een vermoeden van) FHG.
- Er moet sprake zijn van een relatie.
- Er moet sprake zijn van actueel geweld.

criteria:

- aanwezigheid van kinderen bij (structureel) partnergeweld
- intensiteit van het geweld
- (be)dreigen met (zelf)moord
- gebruik van wapens en/of andere zware middelen
- (kans op) herhaling van het geweld
- ernst van het lichamelijk of psychisch geweld
- extra kwetsbaarheid van bijvoorbeeld kinderen, ouderen, gehandicapten of zieken.

### **Juridische mogelijkheden (hoofdstuk 9)**

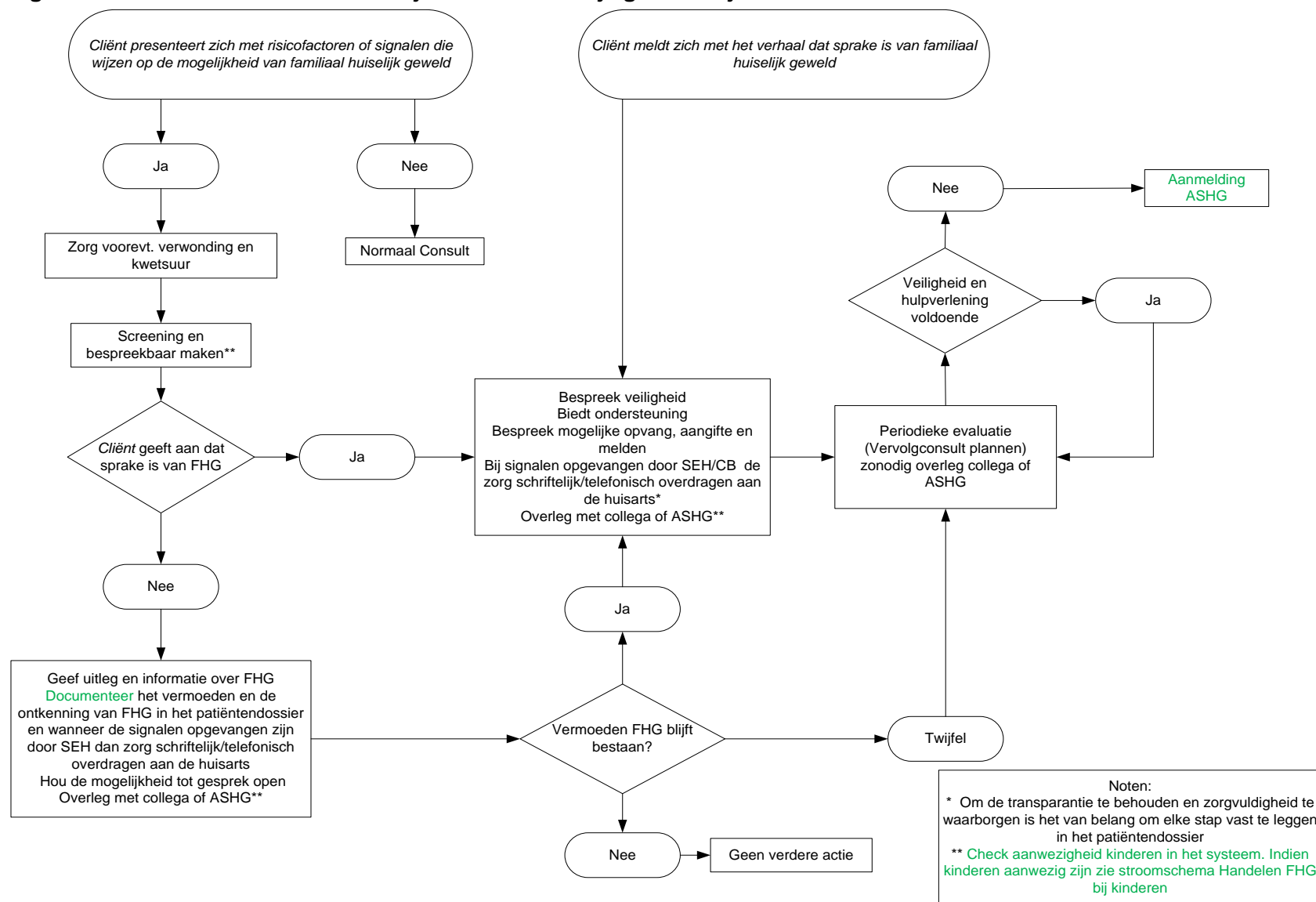
Welke juridische (straf-, civiel- en bestuursrechtelijke en andere) mogelijkheden zijn aanwezig bij FHG?

Wijs het slachtoffer op de mogelijkheid om door aangifte te doen FHG te stoppen en hulp op gang te brengen. Overweeg dat in sommige gevallen aangifte kan zorgen voor verergering van FHG. Zorg voor zorgvuldige documentatie en foto's van het letsel. Verwijs zo nodig naar een gespecialiseerde deskundige of letselspreekuur.

Besprek in voorkomende gevallen met het slachtoffer de mogelijkheid van het tijdelijk huisverbod en/of van straat- of contactverbod of verwijs het slachtoffer voor informatie hierover naar het ASHG of, als er kinderen zijn, naar het AMK.

De beroepsbeoefenaar moet zelf melding doen bij het ASHG, AMK en/of politie, indien er naar zijn mening sprake is van een onverantwoorde situatie, grote risico's en indien het slachtoffer zelf geen aangifte wil doen. De stappen in de Meldcode Kindermishandeling (KNMG, 2008) moeten hierbij gevolgd en zorgvuldig gedocumenteerd worden.

**Figuur 2: Stroomschema handelen bij familiaal huiselijk geweld bij volwassenen**





## Diagnostiek (hoofdstuk 9)

### Algemene aandachtspunten (hoofdstuk 9)

Welke algemene aandachtspunten zijn belangrijk bij de diagnostiek van familiaal huiselijk geweld bij volwassenen, nadat eenmaal bekend is geworden dat FHG heeft plaatsgevonden?

Geef bij de diagnostiek van FHG bij volwassenen aandacht aan de volgende punten:

- houd rekening met gevoelens van schaamte, gêne en ontkenning bij de betrokkenen; zij kunnen de informatieverzameling belemmeren;
- zorg dat van alle betrokkenen informatie wordt verkregen, door dezelfde of door verschillende hulpverleners, mede afhankelijk van de praktische mogelijkheden;
- geef prioriteit aan het inschatten van de veiligheid van de slachtoffers (inclusief aanwezige kinderen);
- start snel met behandeling, ook als de crisis nog niet definitief is geweest;
- besteed aandacht aan motivatie van – met name – de plegers;
- besteed aandacht aan het hele systeem;
- analyseer relevante contextuele factoren

### Variabelen en risicotaxatie-instrumenten (hoofdstuk 9)

Welke variabelen en risicotaxatie-instrumenten zijn bruikbaar bij het herkennen van familiaal huiselijk geweld en is het mogelijk om tot een nadere aanbeveling te komen?

In de laagdrempelige eerstelijnszorg moet de nadruk vooral liggen op actief bevragen bij signalen van en inschatting van het risico op nieuw geweld. De volgende variabelen zijn in dit opzicht belangrijk:

- eerder geweld door de pleger (met andere woorden: geen first offender)
- ernstige verwondingen bij het slachtoffer bij eerder geweld
- escalatie in aard en frequentie van geweld
- stalking door de pleger
- afhankelijke positie van slachtoffer of pleger in emotioneel of economisch opzicht
- recente beëindiging van de relatie door het slachtoffer
- aanwezigheid van wapens, messen
- bedreigingen door de pleger met wapens of de dood
- alcohol- of drugsproblematiek bij de pleger en/of het slachtoffer
- suïcidedreiging door de pleger
- extreme jaloesheid of bezitterigheid bij de pleger.

Gebruik voor de inschatting van nieuw geweld statische items en actuariële instrumenten. Instrumenten voor algemeen geweld doen het daarbij ten minste even goed als specifieke instrumenten voor partnergeweld.

Gebruik waar mogelijk een (kort) gestructureerd instrument wordt, ook in de eerstelijnszorg. Geschikte instrumenten zijn de B-SAFER, de ODARA en de DVSI. Alleen van de eerste twee instrumenten bestaan officiële Nederlandse versies waarmee ook in Nederland enig onderzoek is gedaan.

Start in de gespecialiseerde behandelsettings bij voorkeur met een gestructureerde vorm van

risicotaxatie. Geschikte instrumenten zijn de SARA en de DVRAG (combinatie van ODARA en PCL-R-score).

Gebruik voor de voorspelling waar mogelijk een maat voor psychopathie (PCL-R).

Betrek zo mogelijk in de taxatie de rapportages van slachtoffers mits de veiligheid van het slachtoffer daardoor geen (extra) gevaar loopt.

### **Meetinstrumenten en diagnostiek (hoofdstuk 9)**

Welke meetinstrumenten (anders dan risicotaxatie-instrumenten) zijn beschikbaar en bruikbaar voor diagnostiek van slachtoffers, plegers en relaties waarin FHG speelt?

Welke diagnostiek is bij slachtoffers, plegers en partners van familiaal huiselijk geweld nodig voor een adequaat behandelingsplan?

De CTS is een bruikbaar instrument. Besef dat deze nog niet gevalideerd is.

Inventariseer bij elke vorm van partnergeweld het aandeel van beide partners in de aanloop naar geweld. Kijk naar het fysieke én het psychisch geweld.

Inventariseer bij alle vormen van partnergeweld de rol van alcohol en/of middelen bij het geweld.

Maak in de diagnostische fase in elk geval een goede inschatting van:

- persoonlijkheidskenmerken en/of -stoornissen van de pleger en het slachtoffer
- ernst en frequentie van het geweld in de huidige relatie én in voorgaande relaties van de pleger en het slachtoffer.

Betrek bevindingen omtrent (stabiel) dynamische items in de risicotaxatie zoveel mogelijk in een behandelplan.

Schat het recidive risico in. Dit bepaalt mede duur en intensiteit van de behandeling. In principe geldt: hoe hoger het risico, hoe langer en intensiever de behandeling.

Stel de profielen van gewelddadige interactie bij paren vast.

- Bij de Intiem Terrorisme-groep (IT) passen interventies zoals juridische stappen, uithuisplaatsing, eventueel opvanghuizen, classificatie van psychopathologie (As-I en As-II), gedwongen behandeling, kindbescherming en een individuele aanpak, eventueel aangevuld met relatietherapie.
- Bij de groep met Veel Voorkomend Partner Geweld (CCV) verdient een therapie waarbij de relatie centraal staat de voorkeur. Aandacht voor het welbevinden van eventueel aanwezige kinderen is hierbij essentieel.

### **Behandeling (hoofdstuk 10)**

Welke interventies kunnen worden aanbevolen voor de behandeling van familiaal huiselijk geweld ten opzichte van volwassenen?

Verwijs slachtoffers die uit de situatie van mishandeling gestapt zijn zo nodig naar de

gespecialiseerde hulpverlening voor behandeling van psychische problemen en/of verbetering van zelfwaardering.

Hanteer bij partnermishandeling een systeemgerichte visie:

- kijk naar kenmerken en psychische problemen van de pleger én het slachtoffer en naar hun onderlinge dynamiek.
- gebruik deze informatie voor het opstellen van een behandelplan op maat.
- geef aandacht aan de slachtofferkant van plegers en de plegerkant van slachtoffers.
- geef aandacht aan de veiligheid en het welzijn van de eventuele kinderen.

Stem inhoud en duur van de behandeling af op kenmerken van de pleger, het slachtoffer en de partnerrelatie. Dit betekent:

- Uitgaan van de Psychology of Criminal Conduct (behandeling is aangepast aan het recidiverisico, de risicofactoren en de leerstijl van iedere cliënt; behandelintegriteit is geborgd)
- Als middelenmisbruik of -afhankelijkheid een rol speelt bij het FHG moet dit probleem (ook) worden behandeld. Samenwerking met een instelling voor verslavingszorg is daarbij vaak nodig. Overweeg in deze gevallen gedragsmatige partnerrelatietherapie, gericht op vermindering van de middelenproblematiek, het leren omgaan met conflicten over de middelen en verbetering van de kwaliteit van de relatie.
- Als het ontbreekt aan relatievaardigheden (bij daderplegers en/of slachtoffers) moeten deze worden geoefend, zo mogelijk (ook) in gesprekken met beide partners samen.
- Als het geweld gerelateerd lijkt aan andere psychische stoornissen bij pleger en/of slachtoffer waarvoor inmiddels effectieve interventies zijn ontwikkeld, moeten deze interventies in de behandeling worden geïntegreerd. Als er in de instelling behandelaars zijn die deze therapieën kunnen uitvoeren, heeft dit de voorkeur. Wanneer dit niet zo is, moet actief samenwerking worden gezocht met behandelaars die in een andere context werken.

Voorkom drop-outs met interventies die motivatie bevorderen. Breng de motivatie van pleger in kaart (met het model van Prochaska en DiClemente) en stem interventies daarop af.

Systeemtherapie biedt een goede ingang voor het behandelen van geweld in partnerrelaties. Borg de veiligheid van kinderen en partners hierbij. Een goede taxatie van de ernst van het geweld en het soort geweld is daarvoor onontbeerlijk. Leg prioriteit bij het leren reguleren van agressie en het stoppen van gewelddadig gedrag met daarvoor ontwikkelde programma's, zoals een time-outprogramma om escalaties te couperen. Aansluitend is gespecialiseerde psychotherapie aangewezen.

Geef partners tussen wie ernstig fysiek geweld en/of ernstig psychisch geweld plaatsvindt een meer intensief behandelprogramma.

Indien kinderen aanwezig zijn, schat dan in wat de schadelijke gevolgen zijn van het getuige zijn van geweld tussen de ouders en beoordeel in hoeverre behandeling noodzakelijk is.

# INLEIDING

## Doelstelling

Een richtlijn bevat aanbevelingen ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering. In de conclusies wordt aangegeven wat de wetenschappelijke stand van zaken is. De aanbevelingen expliciteren optimaal professioneel handelen in de gezondheidszorg en zijn gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, aansluitende meningsvorming en overige overwegingen. Deze richtlijn is bedoeld voor alle werkers in de somatische en geestelijke gezondheidszorg en geeft een leidraad voor de dagelijkse praktijk van familiaal huiselijk geweld (FHG) bij kinderen en volwassenen. De richtlijn heeft een algemeen karakter, kan gebruikt worden om beroepsspecifieke richtlijnen te formuleren en biedt aanknopingspunten voor bijvoorbeeld lokale (instituu- of regiogebonden) protocollen en/of transmurale zorgafspraken.

## Richtlijngebruikers

De richtlijn is geschreven voor alle beroepsgroepen in de eerste-, tweede en derdelijnsgezondheidszorg. Immers alle beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg kunnen in aanraking komen met cliënten die te maken hebben met FHG. De werkgroep heeft zich gerealiseerd dat ook beroepsbeoefenaars in aanpalende gebieden van de gezondheidszorg, zoals de welzijnszorg, ook te maken hebben met en soms intensief betrokken zijn bij FHG. De geformuleerde aanbevelingen kunnen ook voor hen bruikbaar zijn. De specifieke setting kan aanpassingen noodzakelijk maken.

## Uitgangsvragen

De werkgroep is bij het opstellen van de uitgangsvragen uitgegaan van het proces van signaleren, herkennen, bespreken, handelen, melden, diagnostiek en behandeling bij familiaal huiselijk geweld. De richtlijn gaat niet in op specifieke thema's, zoals mishandeling van en door ouderen, mishandeling van personen in een instelling, eengerelateerd geweld of oudermishandeling (kinderen die hun ouders mishandelen). De omvang van het onderwerp heeft de diepgang soms beperkt.

## Samenstelling werkgroep

Voor het ontwikkelen van de richtlijn is in 2007 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van alle relevante specialismen die met FHG te maken hebben. De samenstelling van de werkgroep is getoetst door FHG experts en dit heeft tot uitbreiding van de werkgroep geleid. Daarnaast is een klankbordgroep samengesteld waarin professionals zitting hebben genomen op persoonlijke titel en op basis van hun expertise. Vanwege borging van voortgang en werkbaarheid was het ondoenlijk om alle beroepsorganisaties als lid van de werkgroep te betrekken.

Bij het samenstellen van de werkgroep is rekening gehouden met geografische spreiding en evenredige vertegenwoordiging van verschillende verenigingen, 'scholen' en academische achtergrond. De werkgroepleden zijn door de wetenschappelijke verenigingen gemandateerd voor deelname en de samenstelling van de werkgroep is goedgekeurd door

alle deelnemende wetenschappelijke verenigingen. De werkgroepleden zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de tekst.

### **Werkwijze werkgroep**

De werkgroep heeft twee jaar (veertien vergaderingen) aan de totstandkoming van de richtlijn gewerkt. De werkgroepleden zochten systematisch naar literatuur en beoordeelden kwaliteit en inhoud ervan. Vervolgens schreven zij een paragraaf of hoofdstuk waarin de literatuur werd verwerkt. Tijdens vergaderingen lichtten zij hun teksten toe, dachten mee en discussieerden over andere hoofdstukken. De conceptrichtlijn is eind 2008 schriftelijk aan alle betrokken beroepsverenigingen aangeboden. De ontvangen commentaren zijn waar mogelijk verwerkt in de definitieve richtlijn.

### **Wetenschappelijke onderbouwing**

De richtlijn is voor zover mogelijk gebaseerd op bewijs uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Relevante artikelen werden gezocht door het verrichten van systematische zoekacties. Er werd gezocht in de Cochrane database, Medline, PsycINFO, en bij vragen waar dit relevant is ook in Cinahl, vanaf 1996 tot en met maart 2006. Voor de gehanteerde zoektermen wordt verwezen naar Appendix C. Op verzoek zijn de volledige zoekstrategieën beschikbaar. Daarnaast werden artikelen geëxtraheerd uit referentielijsten van opgevraagde literatuur en zijn enkele relevante publicaties tot januari 2009 meegenomen. Lopend onderzoek is buiten beschouwing gelaten.

De geselecteerde artikelen zijn vervolgens door de werkgroepleden beoordeeld op kwaliteit van het onderzoek en gegradeerd naar mate van bewijs. Hierbij is de standaardindeling gebruikt: zie tabel 1. Na selectie door de werkgroepleden bleven de artikelen over die als onderbouwing bij de verschillende conclusies staan vermeld.

De beoordeling van de verschillende artikelen is opgenomen in bijlage Q en soms ook onder het kopje 'samenvatting van de literatuur'. Het wetenschappelijk bewijs is vervolgens kort samengevat in een 'conclusie'. De belangrijkste literatuur waarop deze conclusie is gebaseerd staat bij de conclusie vermeld, inclusief de mate van bewijs (zie tabel 2).

Voor het formuleren van een aanbeveling zijn er naast het wetenschappelijk bewijs vaak nog andere aspecten van belang, bijvoorbeeld patiëntenvoorkeuren, kosten, beschikbaarheid of organisatorische aspecten. Deze aspecten worden, voor zover niet wetenschappelijk onderzocht, vermeld onder het kopje 'overige overwegingen'. In de overige overwegingen spelen de ervaring en de mening van de werkgroepleden een belangrijke rol. De 'aanbeveling' is het resultaat van de combinatie van het beschikbare bewijs en de overige overwegingen. Voor een aantal vragen zijn evidencetabellen gemaakt (zie Appendix O).

**Tabel 1: Indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies**

Interventie	Diagnostische accuratesse onderzoek	Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose*
<b>A1</b> Systematische review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
<b>A2</b>  Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang	Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad	Prospectief cohortonderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor 'confounding' en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten
<b>B</b> Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiënt-controleonderzoek, cohort-onderzoek)	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd	Prospectief cohortonderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohortonderzoek of patiënt-controleonderzoek
<b>C</b> Niet-vergelijkend onderzoek		
<b>D</b> Mening van deskundigen		

\* Deze classificatie is alleen van toepassing in situaties waarin om ethische of andere redenen gecontroleerde trials niet mogelijk zijn. Zijn die wel mogelijk dan geldt de classificatie voor interventies.

**Tabel 2: Niveau van bewijs van de conclusie**

Conclusie gebaseerd op	
<b>1</b>	Onderzoek van niveau A1 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
<b>2</b>	Eén onderzoek van niveau A2 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
<b>3</b>	Eén onderzoek van niveau B of C
<b>4</b>	Mening van deskundigen

### Patiëntenperspectief

Movisie heeft ervaring met het in kaart brengen van het slachtoffer- en plegersperspectief bij familiaal huiselijk geweld. Daarover heeft Movisie bij de werkgroep documentatiemateriaal aangeleverd (persoonlijke verhalen van slachtoffers; uitgaven van de Vereniging tegen seksuele kindermishandeling; [www.movisie.nl](http://www.movisie.nl)). De werkgroep heeft gebruikgemaakt van de

inhoud van deze documentatie voor de formulering van overwegingen vanuit patiëntenperspectief.

### **Kwalitatief onderzoek**

Uitgangspunt voor het graderen van het bewijs uit individuele kwalitatieve studies is de 'score' van een studie op basis van het literatuurbeoordelingsformulier (zie website CBO). In dit formulier staan zeven items (onderzoeksdoel, onderzoeksmethode, selectie van onderzoekspersonen, technieken voor dataverzameling, theoretisch kader, data-analyse, weergave van conclusies en resultaten) vermeld waarmee de kwaliteit van een studie kan worden geïnventariseerd. Aan de hand van de afzonderlijke oordelen ten aanzien van de zeven items komt de beoordelaar tot een eindoordeel. Dit gebeurt in termen van de mate van geloofwaardigheid van een studie.

Wanneer het een synthese van kwalitatieve studies betreft, is de beoordeling deels identiek aan die van een systematische review van kwantitatieve studies. Hiervoor kunnen de eerste zes items (vraagstelling, zoekactie, selectieprocedure, data-extractie, kwaliteitsbeoordeling, beschrijving van primaire studies) van het beoordelingsformulier van een systematische review van RCT's worden gebruikt. Een noodzakelijke, maar niet voldoende voorwaarde voor een goede synthese is dat de meeste van de zes items voldoende zijn gescoord.

Van een goede metasynthese (niveau ++) is sprake wanneer:

- de thema's/metaforen en ervaringen van onderzoekspersonen zoals gerapporteerd in de individuele studies, sterk op elkaar lijken ('consistentie'), en
- de onderzoekspersonen en beschreven interventies steeds de relevante populatie en interventies betreffen ('directheid'), en
- vrijwel alle individuele studies niveau + hebben.

Wordt aan deze voorwaarden niet helemaal voldaan, dan kan afhankelijk van de mate waarin dat het geval is, het niveau worden verlaagd tot +/- of tot -.

**Tabel 3: Gradering van kwalitatief onderzoek**

<b>Niveau</b>	<b>Studie</b>
<b>++</b>	Geloofwaardige metasynthese (synoniemen: meta-etnografie, kwalitatieve meta-analyse, metastudie) van kwalitatieve studies
<b>+</b>	Geloofwaardige studie
<b>+/-</b>	Studie waarvan de geloofwaardigheid twijfelachtig is
<b>-</b>	Weinig geloofwaardige studie

### **Implementatie**

Tijdens de richtlijnontwikkeling is rekening gehouden met de implementatie van de richtlijn en de uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren. De richtlijn is verspreid onder alle relevante beroepsgroepen en instellingen. Een samenvatting van de richtlijn is gepubliceerd in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* en in tijdschriften van de deelnemende wetenschappelijke verenigingen. Ook is de richtlijn te downloaden vanaf de website van het Trimbos-instituut ([www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl) of [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)) en het CBO ([www.cbo.nl](http://www.cbo.nl)).

### **Juridische betekenis van richtlijnen**

Richtlijnen bevatten geen wettelijke voorschriften, maar aanbevelingen die zo veel mogelijk op bewijs gebaseerd zijn. Aanbevelingen passen in het streven om kwalitatief goede of 'optimale' zorg te verlenen. Aangezien deze aanbevelingen gebaseerd zijn op 'algemeen bewijs voor optimale zorg' en de inzichten van de werkgroep hierover, kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie zo nodig in individuele gevallen afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie van de patiënt dat vereist, zelfs noodzakelijk. Als van deze richtlijn wordt afgeweken, is het verstandig om dit beargumenteerd, gedocumenteerd en waar relevant in overleg met de patiënt te doen.

### **Financiële belangenverstrengeling/onafhankelijkheid werkgroepleden**

Een map met verklaringen van werkgroepleden over mogelijke financiële belangenverstrengeling ligt ter inzage bij het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en een overzicht is opgenomen in Appendix N. Er zijn geen bijzondere vormen van belangenverstrengeling gemeld.

### **Herziening**

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie is als houder van deze richtlijn de eerstverantwoordelijke voor de actualiteit van deze richtlijn. Uiterlijk in 2013 bepaalt de NVvP of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

De andere aan deze richtlijn deelnemende beroepsverenigingen of gebruikers van de richtlijn delen de verantwoordelijkheid ten aanzien van het bewaken van de actualiteit van de aanbevelingen in de richtlijn. Hen wordt verzocht relevante ontwikkelingen binnen hun vakgebied kenbaar te maken aan de eerstverantwoordelijke.

### **Noot**

Deze (concept)richtlijn is opgesteld aan de hand van het *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation* (AGREE) instrument. Dit instrument is in een Europees verband opgesteld om de procedurele kwaliteit van richtlijnen te kunnen beoordelen. Door de aspecten van AGREE te verwerken in de inleiding van de richtlijn, wordt duidelijk aan welke kwaliteitseisen is voldaan.



# INLEIDING OP FAMILIAAL HUISELIJK GEWELD

## Definities

Huiselijk geweld is een directe vertaling van het Engelse 'domestic violence'. 'Domestic' betekent naast 'huiselijk' ook 'binnenlands'. In Nederland wordt met huiselijk geweld bedoeld: 'geweld achter de voordeur' of 'thuisgeweld'. 'Huiselijk' betekent in het Nederlands echter ook 'in kleine kring gezellig, knus, intiem'. Daardoor kan de term onbedoeld versluierend werken.

Dit type geweld kan worden ingedeeld in verschillende vormen. Om dit onderscheid tot uiting te laten komen, gebruiken de ministeries van Justitie en VWS de termen huiselijk geweld, kindermishandeling en mishandeling in afhankelijkheidsrelaties.

De definities binnen en buiten Europa lopen nogal uiteen (zie Appendix A). In de buitenlandse literatuur wordt vaak een verschil gemaakt tussen 'domestic violence' en 'family violence'. 'Domestic violence' slaat dan op geweld dat plaatsvindt tussen partners en 'family violence' op geweld tussen gezinsleden (Baldry, 2005, p. 127). 'Domestic violence' is in deze definitie dus een bijzondere vorm van 'family violence'.

Het is belangrijk om: 1. rekening te houden met mogelijke verwarring als gevolg van deze verschillende definities; 2. zo veel mogelijk aan te sluiten bij bestaande definities; en 3. te zoeken naar een eenduidige en korte term die als algemene noemer zou kunnen worden gebruikt en die waar nodig kan worden onderverdeeld in meer specifieke varianten (bijvoorbeeld zoals gebruikt door Justitie en VWS).

## Definitie familiaal huiselijk geweld

De richtlijn hanteert de term 'familiaal huiselijk geweld' (FHG). *Familiaal huiselijk geweld* is intentioneel of impulsief geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer wordt gepleegd. Dat is iemand die een duurzame relatie onderhoudt met het slachtoffer of met iemand uit haar/zijn onmiddellijke omgeving op basis van verwantschap, vriendschap of een bepaalde functie (bijv. oppas, verzorgende) en die het slachtoffer in de huiselijke sfeer pleegt te ontmoeten (vrij naar Van Dijk et al., 1997). De relatie wordt geregeld gekenmerkt door een duidelijk machtsverschil; dat is echter lang niet altijd het geval. Vaak ontstaat geweld uit frustratie, escalatie en het uit de hand lopen van conflicten. Zeer ernstig geweld en doodslag komen voor. Plegers en slachtoffers komen uit dezelfde 'huiselijke kring': het gaat om (ex-)partners, ouders, kinderen, grootouders en overgrootouders, stiefouders, geliefden, huisvrienden, oppassen, tantes, ooms et cetera, die allen in principe pleger of slachtoffer kunnen zijn. Ook huisdieren kunnen in principe tot deze kring gerekend worden; ook zij kunnen slachtoffer van geweld zijn.

Onder *geweld* verstaat de werkgroep 'aantasting van de persoonlijke integriteit' (Van Dijk et al., 1997). Men onderscheidt fysiek, psychisch en/of seksueel geweld. Het vindt plaats tussen volwassenen, volwassenen en kinderen (waarbij beiden pleger kunnen zijn) of kinderen onderling. Geweld tussen volwassenen en kinderen is kindermishandeling. In deze richtlijn wordt kindermishandeling opgevat als een vorm van FHG.

De definitie van *kindermishandeling* in de Wet op de Jeugdzorg artikel 1 luidt: elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in

een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel.

### **Vormen van geweld**

#### *Fysieke mishandeling*

- duwen, slaan, schoppen
- vasthouden, vastbinden, andere vormen van pijn doen, verwonden en/of schade toebrengen, verminken of invalideren, al of niet met behulp van een wapen of ander voorwerp, opsluiten
- wurgen/smoren
- onthouden van vocht, voedsel, warmte en/of kleding, niet-geïndiceerde toediening van (genees)middelen, bij kinderen uitlokken van medische behandeling door daarop gericht toebrengen van fysiek letsel, zoals bij Munchausen-by-proxy syndrome (MBPS), ook bekend als Pediatric Condition Falsification (PCF)
- achterlaten in gevaarlijke situaties, fysieke verwaarlozing
- weigeren om hulp te bieden bij ziekte, verwonding, etc.

#### *Psychische of emotionele mishandeling*

- dreigen en intimideren (met woorden, gebaren en/of wapens), blootstellen aan angstaanjagende situaties
- vernederen, beschamen (uitschelden, kleineren, belachelijk maken, pesten)
- fysiek en sociaal isoleren, van vrijheid beroven
- verwaarlozing (emotioneel en/of pedagogisch)
- iemand getuige laten zijn van geweldpleging (bijv. een kind getuige laten zijn van geweld tussen de ouders)
- uitoefenen van dwang en/of drang, afhankelijk maken, manipuleren, intimideren, toebrengen van psychisch letsel bij MBPS (ook bekend als PCF), etc.
- financiële uitbuiting

#### *Seksuele mishandeling*

- elke vorm van gedwongen seksuele handelingen of seksuele vernedering, verbod op anticonceptie of bescherming (condoom) tegen seksueel overdraagbare aandoening, gedwongen zwangerschap, opzettelijke besmetting.

### **Doelstelling, doelgroep en werkwijze werkgroep**

Familiaal huiselijk geweld is een zeer ernstig en omvangrijk, maatschappelijk en sociaal probleem en vaak een strafbaar feit. Het is de meest voorkomende vorm van geweldpleging in onze maatschappij (Ministerie van Justitie, 2002). Omdat het een probleem is met grote gevolgen voor welzijn en gezondheid van velen is met name de gezondheidszorg in sterke mate betrokken. Adequate signalering, taxatie, ingrijpen en zo mogelijk behandeling kan veel lichamelijk en psychisch lijden en maatschappelijke kosten besparen.

Signalering en het inschatten van het risico op FHG is een belangrijke taak van alle beroepsbeoefenaars werkzaam in de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. Zij moeten in staat zijn deskundigen te mobiliseren die taxeren of en welke, interventies moeten plaatsvinden en een passend behandelbeleid vaststellen. Bij dit traject hoort de besluitvorming over het melden van het geweld aan officiële instanties, eventueel over het doen van aangifte. De eisen aan de beroepsbeoefenaars die te maken krijgen met FHG zijn

daarom hoog. Het vraagt competentie in en zorgvuldigheid bij het afwegen van de belangen van betrokkenen.

Om de beroepsbeoefenaars hiervoor handvatten te bieden zijn in een aantal landen (bijvoorbeeld Amerika) richtlijnen opgesteld voor het signaleren, herkennen, bespreken en melden van FHG en het handelen naar aanleiding van FHG. In Nederland is tot dusverre nog geen landelijke richtlijn voor FHG ontwikkeld. Op lokaal niveau zijn wel voor deelaspecten instructiematerialen of documenten met schriftelijk vastgelegde afspraken beschikbaar. Daaruit blijkt een grote behoefte aan richtinggevende informatie en een landelijk initiatief. Daarom is een werkgroep ingesteld met de taak een richtlijn te ontwikkelen die primair gericht is op werkers in de gezondheidszorg. De werkgroep kreeg de opdracht om zoveel als mogelijk wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen te geven. Het bleek echter dat de beschikbare wetenschappelijke evidentie voor belangrijke beslissingen beperkt of niet beschikbaar is en dat zelden gesproken kan worden van een onomstreden best practice. De werkgroep heeft dit probleem in de geest van de doelstelling aangepakt, namelijk duidelijk aangegeven waar nog leemten bestaan in de wetenschappelijke onderbouwing.

## **Prevalentie van huiselijk geweld**

### ***Algemene gegevens***

Deze paragraaf geeft cijfers uit voornamelijk nationaal onderzoek, waarmee een indruk ontstaat van omvang en aard van FHG in Nederland. Voor een compleet, systematisch en kritisch overzicht wordt verwezen naar de literatuur over nationale en internationale epidemiologische gegevens (Römkens, 1992; Van Dijk et al., 1997; Garcia-Moreno et al., 2006; Hagemann-White, 2001; Lundgren et al., 2001).

FHG is de meest omvangrijke geweldsvorm in onze samenleving. Het komt voor in alle sociaaleconomische klassen en binnen alle culturen in de Nederlandse samenleving. Slachtoffers van FHG zijn in heteroseksuele relaties meestal vrouwelijke partners en kinderen. In homoseksuele relaties betreft het mannelijke en vrouwelijke partners (Burke & Follingstad, 1999). In heteroseksuele relaties treft FHG ook mannelijke partners, ouders, grootouders en andere volwassenen die tot de huiselijke kring behoren.

Hier volgt een aantal bevindingen uit de onderzoeken van Römkens (1992) en van Van Dijk et al. (1997). Zij voerden in opdracht van het Ministerie van Justitie een onderzoek uit bij een representatieve steekproef uit de algemene (autochtone) bevolking.

Römkens (1992) onderzocht in een aselechte steekproef ruim 1000 vrouwen van 20-60 jaar, met interviews en vragenlijsten (respons 35%), op het voorkomen van geweldservaringen in heteroseksuele relaties. Van de ondervraagden had 28,7% eenzijdig geweld van een (ex-)partner meegemaakt. Ernstig tot zeer ernstig geweld, herhaald en met letsel, kwam bij een op de negen vrouwen voor. Gescheiden vrouwen rapporteerden veel meer geweldservaringen (43%) dan gehuwden (19%). In 61-67% van het geweld legde de man de verantwoordelijkheid voor het gebruik van geweld bij de vrouw. De groep die ernstiger geweld meemaakte rapporteerde tweemaal zoveel gebruik van kalmerende middelen en alcohol (44%) dan de groep die licht geweld meemaakte (22%). Ten opzichte van andere potentiële stressfactoren blijkt eenzijdig geweld de sterkste, onafhankelijke voorspeller van psychosomatische klachten. In dit onderzoek waren vrouwen uit lagere sociale klassen in de grote steden en niet-Nederlands sprekende vrouwen ondervertegenwoordigd.

Het onderzoek van Van Dijk et al. (1997) was een interviewonderzoek met 1000 deelnemers van 18-70 jaar met een respons van 58%. Het betrof zowel mannen als vrouwen. Het onderzoek liet zien dat:

- 45% van de Nederlandse bevolking ooit in zijn of haar leven te maken had gehad met niet-incidenteel FHG
- 8% met incidenteel geweld
- 47% met geen van beide.

In de eerste groep vond het geweld bij 27% dagelijks of wekelijks plaats. Bijna een derde van deze groep kreeg daarna last van psychische en relationele problemen (angst, depressie, eetproblemen, relatieproblemen etc.). Bij ongeveer 80% van de gevallen werd het geweld gepleegd door mannen en bij ongeveer 16% speelden drugs en/of alcohol een belangrijke rol. Er werd relatief weinig aangifte bij de politie gedaan (bij minder dan 10%).

De meeste slachtoffers vielen in de leeftijdscategorie 10-25 jaar. In deze leeftijdperiode waren de slachtoffers van lichamelijk en geestelijk geweld even vaak jongens/mannen als meisjes/vrouwen. De meeste slachtoffers van *geestelijk geweld* waren jongeren tussen 15 en 20 jaar; het betrof meer meisjes/vrouwen (een op zeven) dan mannen (een op tien). Voor *fysiek geweld* bij deze leeftijdscategorie gold het omgekeerde. Dat werd meer ten opzichte van jongens/mannen gepleegd. Meisjes/vrouwen waren vaker slachtoffer van *seksueel misbruik*. Mannen en vrouwen waren ongeveer in gelijke mate blootgesteld aan geestelijk geweld, maar vrouwen werden vaker het slachtoffer van geweld met een zeer hoge intensiteit (hoge frequentie, lange duur, lichamelijk letsel en andere gevolgen) dan mannen.

In de leeftijdsgroep van 25 tot 50 jaar was ongeveer 5% van de mensen slachtoffer van seksueel huiselijk geweld. Jongens werden vaker seksueel misbruikt door iemand buiten en meisjes juist vaker door iemand binnen de huiselijke kring. Van de slachtoffers van *seksueel misbruik* binnen de huiselijke kring was:

- 45% jonger dan 18 jaar
- 7% werd voor het eerst misbruikt tussen 10-25 jaar
- 10% van de vrouwen tussen 10-25 jaar
- 5% van jongens tussen 10-15 jaar.

Van de *kinderen* jonger dan 10 jaar had 11% te maken gehad met een vorm van mishandeling achter de eigen voordeur. Van de kinderen tussen 10-20 jaar was dit 19% (Van Dijk et al., 1997).

Dezelfde onderzoekers verrichtten in 2002 een soortgelijk onderzoek bij allochtonen. Het percentage dat aangaf FHG te hebben ervaren lag lager: 26%. Meestal werd fysiek geweld genoemd, seksueel geweld werd nauwelijks gerapporteerd. Met name bij Turkse en Marokkaanse respondenten leek sprake te zijn van een onderrapportage van fysiek en psychisch geweld en van een taboe op het praten over seksueel geweld. De belangrijkste beperking van dit onderzoek is de gehanteerde methode: een vragenlijstonderzoek met een interviewer bleek niet de meest betrouwbare methode te zijn.

Uit het onderzoek van Ferwerda (2007) blijkt dat in 2006 63.131 incidenten geregistreerd werden, een stijging van 9,9% ten opzichte van 2005 (3,9 per 1000 inwoners). In 38,4% van de gevallen werd aangifte gedaan. In 64,4% van die aangegeven gevallen hield de politie een verdachte aan. De (bij de politie gemelde) plegers van huiselijk geweld waren in 90% van de gevallen man, vielen het meest in de leeftijdscategorie van 25 tot 45 jaar en waren voor 68% procent geboren in Nederland. Van de plegers was 30% te typeren als recidivist

met betrekking tot dit type geweld. Ruim zes op de tien verdachten was ook voor andere strafbare feiten bij de politie bekend, met name geweldsmisdrijven.

Uit dit onderzoek blijkt dat bij de politie gemeld huiselijk geweld in 56,7% fysiek geweld was, in 20,2% bedreiging en in 14,8% (overig) psychisch geweld. Seksueel geweld en 'stalking' werden minder gemeld, beide ongeveer bij 4% van de gevallen. Van de geregistreeerde slachtoffers was 83,8% vrouw. Een kwart van de slachtoffers bleek bij de politie ook bekend te zijn als verdachte van gewelds- en vermogensdelicten. Interessant is ook dat zowel voor plegers als slachtoffers gold dat ongeveer 7% ook als slachtoffer respectievelijk pleger bekend was. Natuurlijk gaat het bij deze registratiegegevens om een selecte groep, maar zij laten een beeld zien waar de beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg rekening mee moet houden bij de taxatie van een situatie.

Om deze gegevens in het juiste perspectief te zien, moet men zich realiseren dat uit het rapport van Van Dijk et al. (1997) blijkt dat maar 12% van de incidenten van FHG bij de politie gemeld wordt.

Door problemen rondom prevalentieonderzoeken is de vergelijkbaarheid van internationale onderzoeken lastig. Prevalentieonderzoek naar FHG geeft vertekende uitkomsten door de verschillen in gehanteerde definitie, methode en onderzochte populatie (zie Appendix P voor verdere toelichting).

Om ondanks deze problemen toch een indruk te geven van de internationale prevalentiecijfers concludeerden Römken & Van Poppel (2006) dat op wereldschaal een vijfde tot een kwart van de vrouwen minimaal eenmaal in hun volwassen leven slachtoffer waren van fysiek geweld. Ongeveer 12 tot 15% van alle vrouwen boven de 16 jaar zou bij herhaling aan fysiek, seksueel of emotioneel geweld blootgesteld zijn geweest. Seksueel geweld wordt qua aard en omvang in de diverse culturen nogal verschillend gedefinieerd, maar als men een enge definitie hanteert, zou 5 tot 7% van de vrouwen minimaal eenmaal door partner of ex-partner zijn verkracht. Uit zeer recent Noors onderzoek kwamen vergelijkbare gegevens naar voren. Zo vonden Nerøien & Schei (2008) in een random steekproef van 2.143 vrouwen (20-55 jaar) dat 27% slachtoffer was geweest van relationeel geweld op enig moment in het leven, tegen 5,5% in het afgelopen jaar. Een laag opleidingsniveau, ongehuwd of gescheiden zijn, werkloosheid en afhankelijkheid van een sociale uitkering hingen samen met slachtofferschap van relationeel geweld.

### ***Prevalentie kindermishandeling***

Cijfers over kindermishandeling in Nederland zijn afkomstig uit onderzoek van de Universiteit Leiden (de NMP-studie) en uit het Scholierenonderzoek van de Vrije Universiteit Amsterdam. Daarnaast zijn gegevens van de jaarlijkse registratie van adviezen en meldingen over kindermishandelingen bij de Advies en Meldpunten Kindermishandeling (AMK's) beschikbaar.

De NMP-studie 2005 registreerde kindermishandeling die in een periode van 3 maanden was gemeld bij het AMK of bij andere instanties (politie, rechtbank), of gesignaleerd bij huisarts, school etc. (Van IJzendoorn et al., 2007). Op basis hiervan schatte men het aantal mishandelde kinderen op ruim 100.000 per jaar. Seksueel misbruik werd in 4,4% van de gevallen aangegeven. Gezinnen waar kindermishandeling vaker voorkwam dan in de doorsnee populatie bleken vooral gezinnen met een zeer lage sociaaleconomische status (7

keer vaker), gezinnen met werkeloosheid (5 keer vaker) en eenoudergezinnen (3,5 keer vaker).

In het onderzoek bij scholieren over mishandeling (Lamers-Winkelman et al., 2007) vulden leerlingen (n=1.854) uit de klassen 1 tot en met 4 van 14 scholen voor Voortgezet Onderwijs verspreid over het land een vragenlijst in. Een derde van de kinderen gaf aan ooit een vorm van mishandeling te hebben ondergaan. Seksueel misbruik werd in ongeveer 8% gemeld. Meisjes bleken een 2x zo grote kans op mishandeling te hebben als jongens, allochtone kinderen 2x vaker dan autochtone kinderen. Wanneer de gevonden incidentiegegevens naar de totale populatie van Nederlandse scholieren uit die leeftijdscategorie worden geëxtrapoleerd komt men op een schatting van 160.700 kinderen die in het laatste jaar zijn mishandeld. Dit is ongeveer 3% van alle kinderen (Van IJzendoorn et al., 2007; Lamers-Winkelman et al., 2007).

Hoeveel jongens in Nederland slachtoffer zijn geweest van seksueel misbruik is niet bekend. De geschatte percentages lopen uiteen van 9 tot 20% (Van den Broek, 1991). In een artikel van Valente (2005) worden iets lagere percentages gevonden (4% tot 16%, afhankelijk van de onderzoeksgroep, de wijze waarop de data werden verzameld en de definities van seksueel misbruik). Buitenlandse studies tonen aan dat 3 tot 9% van de jongens seksueel misbruikervaringen kent, meestal gepleegd door mannen buiten de familiekring (Frenken, 2001).

De vormen van kindermishandeling komen zelden los van elkaar voor; over het algemeen ondergaat een kind meerdere vormen tegelijkertijd. Zo toonde Draijer (1988) aan dat seksueel misbruik binnen het gezin vaak samengaat met emotionele verwaarlozing. Geweld tussen de ouders, dat aangemerkt kan worden als een vorm van emotionele verwaarlozing en in een deel van de gevallen als emotionele mishandeling, gaat in een deel van de gevallen gepaard met fysieke kindermishandeling (48% Lamers-Winkelman et al., 2007; 30% Graham-Bermann, 2002). Kinderen van mishandelde moeders lopen bovendien een groter risico op emotionele verwaarlozing of verminderde ouderlijke zorg en warmte (Levendosky & Graham-Bermann, 1998).

Fysieke mishandeling gaat in een belangrijk deel van de gevallen gepaard met emotionele verwaarlozing en emotionele mishandeling. In verschillende onderzoeken (Finkelhor et al., 2007; Lamers-Winkelman et al., 2007) is aangetoond dat respectievelijk 7-15% en 1% van de kinderen die melden dat zij mishandeld zijn, meerdere vormen van mishandeling hebben meegemaakt. Een bijzondere, veel voorkomende situatie is die, waarbij kinderen getuige zijn van FHG. Hierin komt de verwevenheid van de verschillende soorten FHG naar voren. Er zijn geen cijfers uit binnen- en buitenland bekend over wat het percentage kinderen is dat getuige is van gezinsgeweld. Volgens een schatting uit de VS (Straus, 1992) zou een derde van alle Amerikaanse kinderen getuige zijn geweest van geweld tussen de ouders (Dijkstra, 2001).

In een studie naar vrouwenmishandeling (Römkens, 1992) gaf 28,2% van de vrouwen aan ooit geweld door de partner te hebben ondervonden, 11% maakte ernstig geweld mee. Van de mishandelde vrouwen had 43,5% een of meer kinderen. Hiervan heeft een deel het geweld meegemaakt en ongeveer 30% heeft ook zelf geweld ondergaan.

In onderzoek van het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) (Lemmers, 2002) wordt een beschrijving gegeven van diverse studies naar aanwezigheid van kinderen bij FHG: kinderen waren getuige van gemiddeld 73% van de incidenten. Bij meer dan de helft van de mishandelde moeders werd ook het kind

mishandeld. Overigens geldt ook het omgekeerde: moeders van kinderen die vanwege kindermishandeling bij het AMK worden gemeld, blijken ook zelf aan mishandeling bloot te staan. Edleson (1999) stelt (op grond van 12 onderzoeken) dat in ongeveer de helft van de gevallen waarin kinderen geslagen werden, ook de moeders mishandeld werden.

Uit het scholierenonderzoek blijkt dat 8-32% van de jongeren ooit getuige zegt te zijn geweest van belediging, vernedering en dreiging met geweld tussen de ouders. Ongeveer 11% is getuige geweest van fysieke confrontatie en/of dreiging met een wapen. Jongeren die verschillende vormen van mishandeling meemaakten, waren ook vaak getuige van FHG tussen de ouders. Een deel van de kinderen van mishandelde moeders wordt dus ook zelf mishandeld. In 30% (en in 60% bij een populatie uit opvanghuizen) van de gevallen van kindermishandeling zouden ook de moeders geweld ondergaan (Dijkstra, 2001).

Bij de AMK-meldingen in 2007 is 'getuige zijn van huiselijk geweld' in 38,8% geregistreerd. De complexiteit van de verwevenheid van de verschillende vormen van FHG wordt nog groter als men zich realiseert dat mishandeling van ouders door kinderen ook voorkomt. Uit de studie van Lünnehan & Bruinsma (2003) over registratiegegevens bij de politie bleek geweld van kinderen naar ouders in 5% van de gevallen gemeld te zijn. Dat is even vaak als geweld van ouders naar kinderen.

### **Debat seksesymmetrie**

Deskundigen debatteren over een mogelijke 'seksesymmetrie' in geweldsgebruik tussen mannen en vrouwen. Voor een bespreking van deze literatuur zie Archer (2000, 2002) en Dutton (2006). In het Nederlandse onderzoek is dit fenomeen nog niet gesignaleerd. Wel is gevonden dat ook de vrouw in een niet te onderschatten aantal gevallen pleger kan zijn van FHG. In het onderzoek van Van Dijk et al. (1997) bleek in elke vijf gevallen de vrouw eenmaal en de man viermaal als pleger te zijn aangemerkt. Uit de registratiecijfers van de politie over 2006 blijkt dat van de gemelde plegers 90% man was (Ferberda, 2007). Deze studie is qua opzet niet te vergelijken met de Amerikaanse studies, waarin 'seksesymmetrie' in de toepassing van geweld wordt gevonden. De Nederlandse politiestudie is een criminologische studie: het gaat om een analyse van geregistreerde feitelijke geweldsincidenten. De Amerikaanse studies van Archer (2000, 2002) respectievelijk Dutton (2006) zijn van sociaalwetenschappelijke aard en zijn uitgevoerd met vragenlijstonderzoek over conflicthantering tussen partners; zij maken gebruik van de daarvoor ontworpen Conflict Tactics Scale. Beide soorten studies hebben dus een totaal verschillende onderzoeksopzet, -methode en -populatie en de resultaten zijn daarom onvergelykbaar. Gedegen onderzoek in uiteenlopende landen en culturen zal moeten uitwijzen in hoeverre hier sprake is van een reëel internationaal herkenbaar fenomeen.

De speciale rapporteur van de VN Raad voor Mensenrechten heeft het Nederlandse beleid inzake geweld tegen vrouwen onderzocht. Uit dit onderzoek blijkt dat het Nederlandse overheidsbeleid gebaseerd is op de visie dat geweld tegen vrouwen voornamelijk een integratieprobleem is bij allochtone vrouwen. Partnergeweld wordt wereldwijd erkend als 'gender-based violence'. Dit gegeven verdient meer aandacht. In Nederland zijn drie van de vier slachtoffers van FHG vrouwen en treft ook in ruime mate autochtone vrouwen (Ertürk, 2007).

Op basis van de wetenschappelijke literatuur concludeert de werkgroep dat FHG voorkomt binnen alle sociaaleconomische klassen en alle culturen; het risico op FHG is in lagere sociaaleconomische klassen groter.

## **De gevolgen van familiaal huiselijk geweld**

De gevolgen van FHG zoals die zijn gevonden door Van Dijk et al. (1997) kunnen onderverdeeld worden in effecten op het *psychisch functioneren* (minder zelfvertrouwen bij 26%, angsten bij 19%, depressiviteit bij 16%), op de *relaties* (minder vertrouwen in mensen bij 16%, relatieproblemen bij 12%, scheiding van de pleger bij 10% en intimiteitsproblemen bij 10%) en op het *maatschappelijk functioneren* (verhuizen bij 9%). Omdat deze cijfers elkaar zullen overlappen is er dus ook een grote groep die geen duidelijke negatieve gevolgen ondervindt. Persoonlijke veerkracht beschermt kinderen en volwassenen vaak tegen de schadelijke gevolgen van FHG. In dit onderzoek blijkt een op de vijf slachtoffers lichamelijk letsel te hebben opgelopen. Op de langere termijn houden mensen vaak last van algemene gevoelens van onveiligheid, het gevoel geen controle meer te hebben over het eigen leven en algemene gezondheidsklachten.

Uit het onderzoek van Nerøien & Schei (2008) blijkt dat blootstelling aan partnermishandeling is gerelateerd aan een zwakke lichamelijke gezondheid, depressieve klachten, posttraumatische stressstoornissen en gynaecologische klachten. In het algemeen is en blijft de medische consumptie bij deze groep verhoogd. In de Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) *Health Care Guideline: Domestic Violence* (2006) wordt een berekening gepresenteerd waarin de maatschappelijke kosten van Intimate Partner Violence (IPV) worden gespecificeerd. Daaruit blijkt dat de totale kosten van Intimate Partner Violence (inclusief IPV, verkrachting, lichamelijke mishandeling en stalking) bij volwassen vrouwen in de VS op \$ 5,8 miljard geschat worden. Ongeveer \$ 4,1 miljard betreft somatische en geestelijke gezondheidszorg. Het resterende bedrag betreft de kosten van het verlies aan productiviteit van betaald en huishoudelijk werk. De jaarlijkse zorgkosten voor vrouwen die slachtoffer zijn van FHG bedragen bijna 50% meer dan die voor leeftijdsgenoten die niet zijn mishandeld. Het is niet duidelijk of de kosten van politie en justitie hierin meegenomen zijn. Er is ook bewijs dat de lichamelijke gezondheid van kinderen van mishandelde moeders minder goed is dan die van moeders die geen slachtoffer zijn van relationeel geweld. Zo vonden onderzoekers in de VS in een longitudinale cohortstudie dat de kosten voor de gezondheidszorg groter waren bij de 760 kinderen van moeders met een geschiedenis van relationeel geweld in vergelijking met de 631 kinderen van moeders die niet zo'n geschiedenis hadden. Het betrof significant hogere kosten in verband met geestelijke gezondheidszorg, huisartsbezoek en laboratoriumkosten.

De gevolgen van kindermishandeling lopen uiteen en zijn onder andere afhankelijk van de vorm. Er kan sprake zijn van gedrags- en emotionele problematiek, symptomen van posttraumatische stress of van een (full blown) posttraumatische stressstoornis. De gevolgen zijn ook afhankelijk van de aard, de ernst en de duur van de mishandeling, de leeftijd waarop de mishandeling is begonnen, de mate waarin een kind kan beschikken over protectieve factoren (o.a. in de vorm van een of meer betrouwbare personen in de directe omgeving) en de relatie van het kind tot de pleger.

Kindermishandeling heeft, naast de psychische gevolgen, in een deel van de gevallen ook fysieke gevolgen. Medische diagnostiek is tot op heden nauwelijks onderdeel van het diagnostische proces bij kindermishandeling in Nederland. Het behoort hiervan een integraal onderdeel te zijn: volgens een schatting, gebaseerd op een enquête onder huisartsen en kinderartsen, sterven jaarlijks 40 kinderen aan de gevolgen van kindermishandeling (Kuyvenhoven, 1998).



Kinderen die getuige zijn van FHG kunnen depressief en teruggetrokken worden, maar ook juist agressief, baldadig of boos gedrag gaan vertonen. Meisjes reageren vaker met internaliserend, jongens vaker met externaliserend gedrag (Dijkstra, 2001).

### **Visie op ‘familiaal huiselijk geweld’**

De aanbevelingen in deze richtlijn zijn gebaseerd op principes die wortelen in een systeemgeoriënteerde, dynamische en actiegerichte visie op FHG.

#### ***Systeemgeoriënteerde visie***

FHG is nooit een geïsoleerd fenomeen. Het speelt zich af in een relationele context, die zelf ook weer ingebed is in allerlei meer of minder complexe sociale en culturele systemen, die gezamenlijk de maatschappij vormen. Daarnaast zijn slachtoffers heel verschillend en datzelfde geldt voor de plegers. Hun gedrag wordt bepaald door een aantal lichamelijke en psychische systemen, die elkaar onderling beïnvloeden en een ontwikkelingsgeschiedenis hebben doorgemaakt, die was ingebed in een sociaalculturele context. Wat alles nog complexer maakt, is dat slachtoffers en plegers ook op elkaar reageren. Gewelddadig gedrag zal dus steeds vanuit een visie moeten worden bestudeerd die aan deze complexiteit recht doet. De systeemgeoriënteerde visie, in navolging van Engel (1977) ook wel het ‘biopsychosociaal model’ genoemd, biedt daarvoor een kader. Het is geen vastomlijnde theorie waaruit men a priori allerlei wetmatigheden kan afleiden. Elk individueel geval wordt opnieuw geanalyseerd. Dat betekent dat bij elk individueel geval bekeken wordt welk systeem of welke systemen bij de problematiek betrokken zijn en dat – ook – op dat niveau taxaties verricht worden en eventueel behandelinterventies worden ontworpen. Een systeembenadering zorgt ervoor dat men zich als beroepsbeoefenaar en wetenschapper steeds de complexiteit van context en infrastructuur blijft realiseren (zie Appendix P Voor verdere toelichting)

De werkgroep heeft besloten om FHG tegen kinderen en volwassenen in één richtlijn onder te brengen. Dit is vanuit een systeemtheoretische invalshoek gewenst: beide vormen van geweld zijn te vaak elkaars context. Het erkennen van deze verwevenheid moet er niet toe leiden dat het specifieke karakter van het geweld tegen en van kinderen in al zijn varianten onvoldoende aandacht krijgt. Bij elke vorm van FHG tussen volwassenen moet steeds de vraag gesteld worden of er kinderen bij betrokken zijn en in welke vorm (bijv. ook geslagen worden, getuige zijn of verwaarloosd worden). Naast het geweld van ouders en andere volwassenen tegen kinderen, is er ook nog het geweld tussen kinderen onderling en het geweld van kinderen tegen de ouders. Onvoldoende oog voor het geheel eigen karakter van de samenstellende elementen van ieder systeem is in strijd met de systeemvisie.

#### ***Dynamische visie***

Ook ‘in de tijd’ is FHG geen geïsoleerd fenomeen dat alleen in het hier en nu bestaat. Het ontwikkelt zich onder invloed van een krachtenspel in de tijd. Er zijn verschillende variaties mogelijk. Inzicht daarin is een eerste doel van een goede ‘assessment’.

Een al wat ouder, door beroepsbeoefenaars nog steeds gebruikt model is dat van Leonore Walker (1980), dat de geweldsontwikkeling aanduidt met termen als Violence Cycle Model, de ‘geweldsspiraal’ of ‘de cyclus van geweld’ (zie Appendix P voor verdere toelichting).

Door onderzoek is intussen duidelijk geworden dat dit model een van de vormen van relationeel geweld beschrijft en een sterk vereenvoudigde vorm is. De spiraal betreft een

bepaalde vorm van partnergeweld: complementair partnergeweld met een pleger en een slachtoffer, dat cyclisch verloopt en in frequentie toeneemt. Er is echter lang niet altijd sprake van een cyclus of van toename, het kan ook gaan om een habitueel patroon. Bijvoorbeeld een man uit een sterk patriarchale cultuur, die de vrouw op allerlei manieren intimideert en terroriseert of toepassing van FHG als onderdeel van een algemeen patroon van gebruik van geweld in relaties, zoals dat wel voorkomt bij mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Geweld blijkt ook lang niet altijd steeds vaker en sneller voor te komen. Onderzoek heeft aangetoond dat er situaties zijn waarin het soms wel en soms niet aan de orde is. Soms is er een explosie en daarna nooit meer. Er zijn nog meer variaties. Vaak blijkt een patroon van *demand-withdraw*, aanklagen-terugtrekken, dominant (zie bijv. Eldridge & Christensen, 2002). Daarbij ontstaat veel geweld omdat mensen niet goed frustraties kunnen hanteren, escaleren in taal en expressie, waarbij het lichaam in een 'alarmfase' komt. In die fase wordt reflectie geblokkeerd en overheersen meer primitieve delen van het brein waarin de mechanismen 'vecht, vlucht of verlam' (fight, flight or freeze) overheersen. Veel geweld komt voort uit escalaties tussen partners of tussen ouder en kind, waarbij deze mechanismen overheersen. Persoonlijkheidsstoornissen en andere pathologie versterken die dynamiek. Ook rigide culturele opvattingen over rolpatronen bij mannen en vrouwen kunnen dat doen. De geweldsspiraal uit 1979 is daarom al lang niet meer het enige model dat door beroepsbeoefenaars wordt gebruikt. En als dat wel aangewezen lijkt, doet men dat vaak gedifferentieerder (Groen & Van Lawick, 2007).

Het is belangrijk om goede diagnostiek te verrichten als basis voor de behandeling. Men moet een goed inzicht hebben in het krachtenspel dat in het geding is. Men kan daarover a priori geen conclusies trekken op basis van een of meer schematisch en stereotiep toegepaste modellen. Het is altijd belangrijk om betrokkenen veiligheid te bieden, om er open over te praten en te blijven investeren in het motiveren van alle gezinsleden om het geweld te stoppen en alternatieven te vinden voor conflictoplossing.

### ***Actiegerichte visie***

FHG leent zich niet voor een uitsluitend beschouwende benadering. Men kan niet volstaan met constateren en dan werkeloos toe blijven zien. Zo moet men de mogelijkheden kennen en benutten die de wet biedt inzake melden, aangifte doen, begeleiden en behandelen. FHG roept op tot actie.

### **Afbakening van de richtlijn**

In wetenschappelijk opzicht en in de praktijk is FHG voortdurend in ontwikkeling: er ontstaan nieuwe inzichten en praktijkervaringen. De richtlijn is daarom op enkele aspecten afgebakend.

### ***Beroepsbeoefenaars***

De richtlijn richt zich op de beroepsbeoefenaars die opgeleid en werkzaam zijn in de gezondheidszorg, onafhankelijk van de context en organisatie. Het gaat om werkers in de preventieve en curatieve eerste-, tweedelijns- en derdelijnsgezondheidszorg.

De richtlijn duidt hen aan met: beroepsbeoefenaar. De richtlijn doet geen uitspraken over taakverdeling tussen de verschillende beroepsbeoefenaars. In verschillende onderzoeken wordt gesproken over getrainde paraprofessionele beroepsbeoefenaars of mentorhulp. Zij

werken met cliënten in de medische setting, maar zijn geen medische beroepsbeoefenaars of paramedici. Voorlichters, allochtone zorgconsulenten etc. vallen daaronder. De 'women's advocates', laagdrempelige hulpverleners in de medische setting, zijn een zorgvoorziening die Nederland nog niet kent.

### ***Psychische, fysieke en seksuele FHG bij volwassenen en de kinderen***

De richtlijn behandelt met name het psychische, fysieke en seksuele FHG bij volwassenen en kinderen. Het is onmogelijk om het geweld tegen kinderen uitgebreid te behandelen. Zo komt de behandeling van mishandelende ouders alleen in het kader van de behandeling van de kinderen aan de orde en niet als thema dat ook los daarvan aandacht verdient. Geweld van kinderen tegen ouders is ook niet meegenomen in de richtlijn. Voorts is geen aandacht besteed aan FHG in de diverse ontwikkelingsfasen van kinderen en adolescenten. Deze thema's vragen een specifieke, op de details van de problematiek toegesneden richtlijn.

### ***Actueel geweld***

De richtlijn is beperkt tot het *actuele* geweld. De verwerking van de gevolgen van mishandeling in de kinderjaren blijft als expliciet thema buiten beschouwing. Dit is een belangrijk thema; vanuit patiëntenperspectief is duidelijk aangegeven hoe problematisch het leven van 'survivors' die in de kinderjaren hebben blootgestaan aan FHG kan zijn (Movisie, 2008). Dit onderwerp behoeft meer verdieping dan een 'in de breedte' opgezette richtlijn bieden kan. Een aparte richtlijn over de gevolgen van mishandeling in de kinderjaren kan hierin voorzien.

### ***Instituten, kwetsbare individuen en transculturele problematiek***

Het geweld in instituten en daarmee vergelijkbare woonsituaties komt niet aan de orde. Ook is afgezien van een bespreking van het FHG tegen kwetsbare individuen, zoals ouderen, psychiatrische patiënten, verstandelijk en lichamelijk gehandicapten en gedetineerden. Specifiek transculturele problematiek is eveneens niet opgenomen in de richtlijn. Zo komen het eengerelateerde geweld en de, in sommige culturen gangbare, vrouwelijke genitale verminking niet aan bod. Dit zijn onderwerpen voor volgende richtlijnen, gezien de zeer specifieke deskundigheid die daarvoor nodig is.

### ***Preventie, zorg en behandeling***

De richtlijn behandelt niet de vraagstukken rondom preventie van FHG, het optreden van FHG in het algemeen of bij bepaalde risicogroepen en de secundaire traumatisering van hulpverleners. De richtlijn geeft aanbevelingen voor de behandeling, waarbij de beschikbare wetenschappelijke evidentie inzake specifieke interventies de basis vormt. Voor informatie over de totale behandeling inclusief de algemene aspecten, zoals attitude van de hulpverlener en de wijze waarop de systeembenadering moet worden vormgegeven wordt verwezen naar de bestaande literatuur, leer- en handboeken.

Ook ontbreken specifieke aanbevelingen of uitspraken over de organisatie van de hulpverlening, ketenhulpverlening, de rol van slachtofferhulp, samenwerking met de politie en andere partijen buiten de gezondheidszorg. De organisatie daarvan is nog volop in ontwikkeling en evidentie over de effectiviteit ontbreekt nog grotendeels.

FHG is breed is en laat zich daarom niet vangen in één enkele richtlijn. De richtlijn is een 'moederrichtlijn' die op onderdelen nadere uitwerking in specifieke richtlijnen verdient.

### **Bestaande richtlijnen**

De werkgroep heeft gebruikgemaakt van enkele recente richtlijnen en daarmee vergelijkbare documenten (zie Appendix D). De werkgroep heeft niet gestreefd naar een complete weergave van alle beschikbare documenten en initiatieven in Nederland en daarbuiten.

In Appendix D is tevens een aantal adressen van relevante websites opgenomen.

In de richtlijn wordt soms de term patiënt gebruikt. Hiervoor kan ook cliënt gelezen worden. Waar 'hij' geschreven staat, is ook 'zij' bedoeld.

# HOOFDSTUK 1: SIGNALEREN EN HERKENNEN BIJ KINDEREN

## **Uitgangsvraag 1    Signalen en criteria**

Welke signalen en criteria zijn er voor het herkennen en vermoeden van familiaal huiselijk geweld bij kinderen?

### **Inleiding**

Geweld leidt tot letsel. Wanneer het geweld van fysieke aard is, zal het letsel in de eerste plaats lichamelijk zijn, al zullen de emoties die het lichamelijk geweld bij het kind oproepen (zoals angst, boosheid, verdriet) ook tot psychische schade kunnen leiden. De term geweld wordt ook gebruikt voor vormen van kindermishandeling die niet in de eerste plaats van fysieke aard zijn. Bij verwaarlozing kunnen er fysieke gevolgen zijn door de tekortschietende zorg (bijvoorbeeld ondervoeding) en/of door onvoldoende bescherming tegen gevaar uit de buitenwereld. De gevolgen zullen echter vooral van psychische aard zijn. Ook bij seksueel misbruik kunnen er lichamelijke gevolgen zijn, variërend van verwondingen tot seksueel overdraagbare aandoeningen en zwangerschap, naast de vaak voorkomende psychische gevolgen. Het letsel bij FHG in de vorm van psychische kindermishandeling is van psychische aard, dat overigens op zijn beurt ook lichamelijke uitingen kent, met name lichamelijke functiestoornissen (eetstoornissen, zindelijkheidsproblemen, slaapstoornissen). De signalen van FHG zullen dus in de eerste plaats bestaan uit lichamelijk of psychisch letsel. Lichamelijk letsel is meestal goed te herkennen, mits er in onderzoek aandacht aan wordt besteed. Voor psychisch letsel geldt dit niet, omdat dit op een veel minder omschreven manier het gedragsmatig, cognitief en emotioneel functioneren beïnvloedt en omdat er een verwevenheid is met persoonlijkheidskenmerken die van voor het geweld dateren.

Dat lichamelijk letsel goed kan worden herkend, wil niet zeggen dat deze signalen van FHG altijd gezien worden. Het grote probleem van FHG is dat het zich doorgaans in het geheim voordoet en dat de pleger vaak een verzonnen verklaring voor het letsel geeft om het FHG niet uit te laten komen. Het gaat bij het signaleren van FHG vooral om het eerder herkennen van een onjuist verhaal dan om het herkennen van specifieke kenmerken. Er bestaan inmiddels gedetailleerde protocollen (Kellogg et al., 2005, 2007; Royal College of Paediatrics and Child Health, 2006) met een uitvoerige opsomming van alle soorten letsel die kunnen worden gezien met het blote oog of aanvullende medische technieken, zoals beeldvormend en laboratoriumonderzoek. Soms betreffen die protocollen slechts een enkel orgaansysteem, zoals de richtlijn voor oogartsen voor de herkenning van kindermishandeling (Ophthalmology Child Abuse Working Party, 1999). Het voert te ver om al deze kenmerken op te sommen in deze richtlijn.

Lichamelijk en psychisch letsel bij meegemaakt FHG hebben geen specifieke vormen. Dit is een probleem. Er bestaat weliswaar letsel, zoals een brandwond in de vorm van een strijkijzer, een striem van een riem met gesp of de gevolgen van hard schudden bij een baby of ander toegebracht hersenletsel (inflicted traumatic brain injury), waarbij kwaadwillig handelen heel aannemelijk is, maar de meeste vormen van letsel kunnen ook het gevolg van

een ongeluk zijn. Voor de emotionele en gedragsproblemen geldt nog meer dat zij ook kunnen voorkomen bij kinderen die geen FHG hebben meegemaakt.

De herkenning van kindermishandeling berust dus niet op het vaststellen van omschreven kenmerken, maar op het combineren van diverse gegevens. In de eerste plaats zijn er bepaalde omstandigheden, zoals het gedrag van ouders bij het invoeren van hulp voor het letsel van hun kind, die zorgverleners extra waakzaam moeten maken voor de mogelijkheid van FHG. In de tweede plaats zijn er de lichamelijke en psychosociale tekenen die het kind vertoont. In de derde plaats moet men zich de vraag stellen of er sprake is van een situatie die risicoverhogend is voor het voorkomen van FHG. Denk daarbij aan een discrepantie tussen de opvoedkundige competentie van de ouder (draagkracht) en de problemen van het kind (draaglast) waarvoor de ouder zich gesteld ziet (Boer, 2000). Soms zijn er ouders met een beperkte opvoedkundige competentie die ook bij een kind met weinig problemen al tot mishandeling kunnen komen, terwijl in andere gevallen kinderen zoveel problemen geven, dat soms redelijk competente ouders tot mishandeling gebracht worden.

Door deze gegevens (over omstandigheden, lichamelijke en psychosociale gevolgen en risicoverhogende factoren) te combineren ontstaat soms zekerheid, soms een meer of minder sterk vermoeden en soms slechts twijfel.

### **Samenvatting van de literatuur**

Er bestaat uitgebreide literatuur over signalen bij kindermishandeling. Deze is vooral te vinden in richtlijnen en handboeken. Deze fenomenen lenen zich niet voor gerandomiseerd onderzoek, waardoor deze literatuur vooral berust op klinische waarnemingen en de rapportage daarvan.

### ***Omstandigheden en het gebruik van het Sputovamo-formulier***

Richtlijnen en handboeken noemen omstandigheden die voor de beroepsbeoefenaar reden moeten zijn rekening te houden met kindermishandeling als oorzaak van letsel bij een kind.

### **Voornaamste omstandigheden die kunnen duiden op kindermishandeling**

- letsel dat door zijn aard de indruk maakt te zijn toegebracht
- de mededeling van het kind of van een getuige dat het letsel is toegebracht
- het bestaan van letsel waarvan de ouders het ontstaan niet kunnen verklaren of waarvan de verklaring weinig plausibel is
- het toeschrijven van letsel aan een broer of zus (indien mogelijk navragen bij broer of zus)
- een ongewoon lange tijdsduur tussen het ontstaan van het letsel en het zoeken van medische hulp
- niet-coöperatief of vijandig gedrag van de ouder in de onderzoekssituatie
- het weigeren of bemoeilijken van medisch onderzoek
- een inadequate reactie op het letsel van het kind
- opwinding en controleverlies van de ouder
- het niet bezoeken van het kind in het ziekenhuis
- veel wisselingen van arts en ziekenhuis.

De meeste van deze omstandigheden worden in Nederland door artsen en verpleegkundigen van afdelingen voor Spoedeisende Hulp systematisch nagevraagd aan de hand van een zogenaamd Sputovamo-formulier (KNMG, 2008) (zie Appendix E). De naam

is een acroniem voor de vragen die men zich dient te stellen: **S**oort letsel; **P**laats; **U**iterlijke kenmerken; **T**ijd ongeluk; **O**orzaak; **V**eroorzaker; **A**nderen aanwezig; **M**aatregelen getroffen door ouders; **O**ude letsels zichtbaar. De antwoorden kunnen leiden tot het besluit consult van een kinderarts in te winnen en contact op te nemen met het AMK.

### **Gevolgen**

In richtlijnen en hoofdstukken uit handboeken worden ook tal van lichamelijke en psychosociale gevolgen van FHG genoemd, die in combinatie met eerder genoemde contextuele factoren als signaal dienst kunnen doen. Het is onbekend of er verschillen bestaan in de gevolgen van FHG voor jongens of meisjes. Sommige beschreven gevolgen komen uiteraard alleen bij meisjes voor. Hieronder staan de lichamelijke en psychosociale gevolgen van 1. fysieke mishandeling; 2. seksueel misbruik en 3. verwaarlozing.

### **Gevolgen van fysieke mishandeling**

Lichamelijk:

- blauwe plekken (vooral verdacht indien op de billen en de onderzijde van de rug, op de wangen of ringvormig rond de nek, verder oorlel en bovenlip)
- brandwonden (door sigaretten of hete voorwerpen, kokend water)
- beschadigingen van frenulum of mondholte bij zuigelingen (ten gevolge van geforceerd voeden)
- sporen van bijten of slaan met riem
- oogbeschadigingen (bloeduitstorting, lensdislocatie, traumatisch cataract, netvliesloslating, retinale bloedingen, eventueel in samenhang met subduraal hematoom)
- gehoorbeschadiging
- hersenletsel (eventueel met neurologische uitvalsverschijnselen, o.a. door heftig schudden van baby)
- intra-abdominale beschadigingen (milt, lever)
- sporen van vroeger letsel.

Psychosociaal:

- vreugdeloos, passief of juist hyper-waakzaam (met eventueel ernstig, aandachtig staren: 'frozen watchfulness')
- uitgesproken angst
- het (bij jonge kinderen) ontbreken van steun zoeken bij de ouder in een angstige situatie, bijvoorbeeld in het ziekenhuis
- het (bij oudere kinderen) maskeren van sporen van mishandeling en afwerend gedrag jegens buitenstaanders die deze op het spoor proberen te komen; overaangepast gedrag.

### **Gevolgen van seksueel misbruik**

Lichamelijk:

*In aansluiting op blootstelling, direct of na een interval*

- acute genitale en extra-genitale traumata (verwondingen, bloeduitstortingen, oedeem, binnenzijde van de dijbenen)
- sporen van speeksel, bloed en/of sperma
- seksueel overdraagbare ziekten (zoals bijvoorbeeld lues, gonorrhoe, chlamydia trachomatis, condylomata acuminata, herpes genitalis, trichomonas vaginalis); deze ziekten zijn soms pas na enkele weken te diagnostiseren
- zwangerschap

- vulvovaginitis.

*Na langduriger blootstelling*

- littekens en veranderingen van het hymen, weefsel rond hymen en anus
- hyperpigmentatie van de huid van de schaamlippen (vooral veelzeggend indien deze verdwijnt na scheiding van de pleger)
- beschadigingen van frenulum of mondholte (ten gevolge van orale seks).

Voor een systematische beoordeling van de mate waarin dergelijke lichamelijke verschijnselen wijzen op meegemaakt seksueel misbruik, zijn de Adams-criteria beschikbaar (zie Appendix F).

Psychosociaal:

- emotionele reacties (angst, boosheid en vijandigheid, schuld- en schaamtegevoel, depressiviteit)
- lichamelijke functieklaarten (slaapstoornissen, veranderingen eetpatroon)
- psychoseksuele reacties (prematuur en te openlijk seksueel gedrag, zoals openlijke masturbatie, excessieve seksuele nieuwsgierigheid en frequent tonen van genitalia)
- problemen in sociaal functioneren (spijbelen, weglopen, problemen op school).

**Gevolgen van verwaarlozing**

Lichamelijk:

- ondervoeding
- vermoeidheid, lusteloosheid
- slechte hygiëne
- onvoldoende kleding
- blijken van onvoldoende geneeskundige en tandheelkundige zorg.

Psychosociaal:

- 'rolomkering', waarbij het kind zorgt voor de ouders
- herhaaldelijk innemen van gevaarlijke stoffen
- veelvuldig schoolverzuim
- weglopen van huis
- gevolgen van uitbuiting door volwassenen (stelen in opdracht, leveren van excessieve bijdrage aan huishouden en kinderverzorging)
- pica (eten van niet-voedsel, zoals verf en aarde)
- drugs- of alcoholgebruik.

**Risicoverhogende omstandigheden**

Richtlijnen en hoofdstukken uit leerboeken noemen factoren die voor kinderen het risico op mishandeling verhogen. Het risico is *groter bij kinderen* die voor ouders meer dan gemiddelde opvoedingsbelasting geven, zoals door:

- vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht
- ontwikkelingsstoornissen
- psychische stoornissen, met name gedragsproblemen
- een zogenaamd moeilijk temperament.

Het risico is *groter bij ouders* die over weinig draagkracht en/of geringe opvoedkundige ervaring of vaardigheden beschikken, zoals vaker het geval is bij ouders die:

- zelf in hun jeugd mishandeld zijn
- heel jong zijn



- ernstige psychische stoornissen vertonen (waaronder suïcidaliteit)
- te maken hebben met relationeel geweld
- middelenmisbruik vertonen
- in het algemeen tot agressief gedrag neigen
- verstandelijk beperkt zijn.

Sociale en economische omstandigheden, zoals armoede, kunnen ook bijdragen aan de belasting van ouders.

### Conclusies

<b>Niveau 4</b>	<p>Deskundigen constateren dat er geen specifieke signalen bestaan voor FHG bij kinderen. Wel zijn er omstandigheden, zoals het ouderlijk gedrag rondom letsel bij kinderen, die als aanwijzing kunnen gelden voor FHG. Ook de aard van het letsel en sommige gedragingen van kinderen kunnen gelden als aanwijzing die voor zorgverleners in combinatie met een risicoverhogende situatie de betekenis van een signaal kunnen krijgen.</p> <p><i>D      Meningen van experts</i></p>
-----------------	---

### Aanbevelingen

Zorg ervoor dat beroepsbeoefenaren kennis hebben én behouden van aanwijzingen voor FHG. Bron voor deze aanwijzingen zijn:

- gedrag van ouders/verzorgers bij letsel van een kind
- de aard en presentatie van het letsel (bij lichamelijk onderzoek, anamnese)
- het gedrag van het kind
- de interactie tussen ouder(s) en kind
- het bestaan van een risicoverhogende situatie
- combinaties van bovenstaande

Besef dat signalen zeer divers en niet-specifiek kunnen zijn. Typerend voor fysieke kindermishandeling is vooral het feit dat het letsel niet past bij de vermelde oorzaak, geen oorzaak gegeven wordt of dat oud letsel zonder verklaring wordt getoond. Typerend voor seksueel misbruik is de aanwezigheid van seksualiserend gedrag van het kind dat niet past bij leeftijd en ontwikkelingsfase.

Het Sputovamo formulier is een bruikbaar hulpmiddel voor het opsporen van fysieke kindermishandeling bij kinderen die zich presenteren met letsel.

## HOOFDSTUK 2: BESPREKEN FHG BIJ KINDEREN

### **Uitgangsvraag 2    Bespreekbaar maken**

Welke aspecten zijn belangrijk wanneer een beroepsbeoefenaar familiaal huiselijk geweld bij kinderen bespreekbaar maakt met het slachtoffer en diens verzorgers, waaronder mogelijk de pleger(s)?

#### **Inleiding**

Beëindiging van FHG begint met bespreekbaar maken. Indien FHG (in elke vorm, inclusief het getuige zijn van geweld tussen volwassenen) jegens een kind wordt vermoed of vastgesteld, zijn er grondige redenen deze informatie te delen met de ouder(s)/verzorger(s) van het kind (in vervolg: ouder(s)) en indien mogelijk met het kind. Toch zijn er ook redenen om hier terughoudend mee te zijn of er in sommige gevallen geheel vanaf te zien. Dit wil niet zeggen dat er niets met het vermoeden gedaan moet worden. De veiligheid van het kind, andere gezinsleden en de beroepsbeoefenaar dient altijd in acht genomen te worden. Hiervoor dient een risicotaxatie uitgevoerd te worden (indien mogelijk) en dienen direct maatregelen te worden genomen om de situatie veilig (genoeg) te maken om het gesprek aansluitend wel te kunnen laten plaatsvinden (zie uitgangsvraag 8 en 9).

In principe dient ook met het kind het vermoeden van FHG besproken te worden. Het is belangrijk dat dit op deskundige wijze gebeurt, omdat er verschillende gevaren dreigen. Ten eerste kan onvoldoende kennis van het ontwikkelingsniveau en de culturele achtergrond van het kind en/of een onvoldoende gesprekstechniek bij de onderzoeker leiden tot een onjuist beeld: *vals negatief* (het risico dat bestaand FHG niet geconstateerd wordt) of *vals positief* (niet-bestaand FHG wordt ten onrechte vastgesteld). Ten tweede kan de onderzoeker bij herhaalde gesprekken met het kind onbedoeld suggesties doen, die door het kind in een later gesprek ten onrechte als feiten worden vermeld. Ten derde kan een indringend vraaggesprek tot emotionele belasting en eventueel schade bij het kind leiden. Ten slotte kan het kind door het doen van bepaalde mededelingen risico lopen slachtoffer te worden van wraakacties van een schuldige of zich beschuldigd voelende volwassene.

Wanneer de ouder zelf geen deel heeft aan het FHG, is deze de meest aangewezen persoon om aanvullende informatie te geven en te betrekken bij het beleid gericht op het stoppen van het FHG en het zo nodig op gang brengen van hulpverlening voor het kind (indien dit binnen het vermogen van deze ouder ligt). Vooral bij seksueel misbruik komt het vrij vaak voor dat de ene ouder de andere ouder ten onrechte hiervan beschuldigt (Van Nierop, 2008). Wees hierop alert.

Als de ouder zelf de vermoedelijke pleger is van het FHG, heeft het gesprek met deze ouder het karakter van een confrontatie. Hierbij bestaat de kans dat de ouder het gebeuren ontkent, of zich zal wreken op diegene die hem of haar van FHG beschuldigt. Hierdoor kan gevaar ontstaan voor het kind, andere gezinsleden en voor de beroepsbeoefenaar.

Als de ouder niet zelf de pleger is, maar wel op de hoogte is van FHG door de andere ouder of een familielid, bestaat de kans dat de ouder het kind zal verwijten dit naar buiten te hebben gebracht, met gevaar voor het kind als gevolg.

## **Samenvatting van de literatuur**

Er is gezocht in Medline, PsycINFO en Picarta 1996 tot juli 2007 naar reviews en observationals van de afgelopen 10 jaar. Literatuur betreffende FHG tegen volwassenen werd uitgesloten. Editorials, boek reviews of commentaren werden geëxcludeerd uit de search. Deze search leverde 115 titels op. Na selectie van de studies op de criteria bleven 12 studies over. Ook werden richtlijnen en hoofdstukken uit handboeken geraadpleegd.

Richtlijnen en hoofdstukken in handboeken geven aanbevelingen voor de manier waarop met kinderen dient te worden gesproken over FHG of vermoedens daarvan. Voor seksueel misbruik zijn deze het meest uitgewerkt. Hier volgt een beknopte samenvatting van essentiële aspecten. De zorgverlener kan deze slechts gebruiken ter oriëntering en wordt voor meer informatie verwezen naar de diverse richtlijnen.

Indien FHG nog dient te worden vastgesteld, is het belangrijk om het gesprek met het kind zo spoedig mogelijk te voeren. Dit gesprek dient direct zo volledig en zorgvuldig mogelijk verricht te worden en vastgelegd te worden (indien mogelijk met behulp van videoregistratie) om de noodzaak van herhaling te voorkomen. Zo kan onnodige belasting van het kind voorkomen worden en kan het gevaar vermeden worden dat vragen en suggesties uit een eerder onderzoek opduiken als 'spontane' reacties van het kind in een volgend onderzoek.

Het is voor het onderzoek en de mogelijke juridische implicaties hiervan belangrijk dat feitelijke informatie verkregen wordt. Dit dient te gebeuren zonder dat het kind zich ondervraagd of onder druk gezet voelt. Met name moet de onderzoeker voldoende stilstaan bij de emotionele betekenis van hetgeen het kind vertelt. Het is de kunst om in een flexibele opstelling jegens het kind systematisch na te vragen wát er gebeurd is, waar, wanneer, in wiens aanwezigheid en of dat gepaard ging met het uiten van dreigementen, enzovoorts. Vooral bij jonge kinderen is het van belang essentiële vragen later nog eens te stellen in een andere formulering, zodat geen misverstanden ontstaan op grond van een verkeerde opvatting van de vraag door het kind. Uiteraard dient de onderzoeker zijn woordgebruik en formulering aan te passen aan het ontwikkelingsniveau van het kind. Verder dient gewaakt te worden voor zogenaamde gesloten vragen, waarbij de formulering al bepaalde feiten suggereert.

Bij heel jonge kinderen (peuters, kleuters) wordt aanbevolen het onderzoek van het kind in eerste instantie te doen in aanwezigheid van een vertrouwde volwassene, zoals de moeder. Bij wat oudere kinderen wordt juist met nadruk het apart spreken van het kind bepleit vanwege het gevaar van beïnvloeding door de ouder. Uiteraard moet met dit laatste ook bij jonge kinderen rekening gehouden worden en moet de afweging gemaakt worden tussen het creëren van een situatie die voor het kind niet bedreigend is en het voorkomen van (al dan niet bewust) 'souffleren' door een ouder.

Onderzoek laat zien dat vanaf de leeftijd van ongeveer vier jaar open vragen aan het kind kunnen worden gesteld die voldoende informatie en details geven (Lamb et al., 2007).

Bij het onderzoek van een kind of jeugdige waarbij FHG binnen het gezin vaststaat, of waarschijnlijk is, dient ook aandacht geschonken te worden aan broers en zussen. Ten eerste omdat ook zij slachtoffer kunnen zijn van FHG. Ten tweede omdat hun verhaal kan bijdragen aan zekerheid over de vraag of van FHG sprake is geweest. Ten derde omdat zij een belangrijke rol kunnen spelen bij de verwerking van de gevolgen van FHG.

Er zijn enkele valkuilen die bij het onderzoek naar FHG vermeden dienen te worden. Let er op dat niet aan een mogelijke pleger wordt gerefereerd vóórdát het kind of de jeugdige dit

zelf gedaan heeft. De onderzoeker mag niet (door de vraagstelling of door het voorspelen met behulp van poppen) suggereren wat gebeurd zou kunnen zijn. Ook dient deze voldoende stil te staan bij de gevoelsmatige betekenis van het vertelde voor het kind. Er moet gewaakt worden voor het (onbewust) gedifferentieerd reageren met belangstelling, enthousiasme of een gebrek hieraan op het verhaal van het kind, waardoor het kind ongemerkt gestuurd wordt. Ook kan ongemerkte sturing plaatsvinden door de aanwezige ouder in de spreekkamer. De onderzoeker moet altijd het onderzoek in een zo neutraal mogelijke atmosfeer laten verlopen.

In de internationale literatuur werden geen richtlijnen gevonden voor het met het kind bespreekbaar maken van fysieke mishandeling en/of vormen van verwaarlozing. Indien er sprake is van geweld tussen de ouders, waar het kind getuige is en in een aanzienlijk deel van de gevallen tevens slachtoffer, wordt aanbevolen ook met het kind te spreken over wat hij/zij heeft gezien, hoe het kind het geweld ervaren heeft en wat het kind ervan begrepen heeft (Santa Clara County Social Services Agency: Department of Family and Children's Services, geen datum). De Santa Clara County Social Services heeft haar richtlijnen FHG, en in het bijzonder die inzake het spreken met kinderen over het geweld, overgenomen van het *Child Witness to Violence Program* van het Boston City Hospital (VS: maar zie ook Davies, 2000; Faller, 2003; McLennan, ongedateerd). Met het kind, zo wordt gesteld, moet gesproken worden nadat gesproken is met de niet-gewelddadige ouder. In het interview met het kind moet nagegaan worden wat de impact van het geweld is op hem of haar en gesproken worden over zijn of haar zorgen over zijn of haar veiligheid. Voor een overzicht van de vragen die gesteld kunnen worden aan kinderen zie Appendix G.

De waarschuwingen voor het interviewen van kinderen over wie een vermoeden van seksueel misbruik bestaat, gelden deels ook voor het spreken met kinderen die te maken hebben met geweld tussen hun ouders. Maar, anders dan bij een vermoeden van seksueel misbruik, is bij geweld tussen de ouders vaak al bekend dat het geweld heeft plaatsgevonden, bijvoorbeeld omdat de politie al heeft ingegrepen. In het gesprek met een kind kan de professional zich dan vooral richten op de betekenis van dat geweld voor het kind en op zijn/haar gevoel van veiligheid. Door McLennan (ongedateerd: [cem@pph.org](mailto:cem@pph.org)) wordt gesteld dat de (forensisch) interviewer objectief en neutraal moet zijn, aan moet sluiten bij het ontwikkelingsniveau van het kind, in staat moet zijn 'rapport' met het kind te maken en vragen moet stellen die eventueel in de juridische context verdedigbaar zijn.

Nationale en internationale richtlijnen wijzen er op dat vermoedens van FHG jegens het kind, zoals fysieke kindermishandeling, in principe besproken moeten worden met de ouders, tenzij dit gevaar met zich meebrengt voor het kind. Wanneer het FHG het karakter heeft van een nagebootste stoornis per volmacht (zoals bij Munchausen-by-proxy syndrome, MBPS, ook bekend als Pediatric Condition Falsification, PCF) vermelden drie internationale richtlijnen expliciet dat het delen van het vermoeden met de ouders achterwege mag worden gelaten, indien dit onveilig is voor het kind (KNMG, 2008; Department of Health and Children, 1999; Royal College of Paediatrics and Health, 2006; Family Violence Prevention Fund, 2002).

## **Conclusies**

<b>Niveau 4</b>	<p>Er bestaat brede consensus over het principe dat FHG of het vermoeden daarvan met de ouders en bij voorkeur ook met het kind zelf wordt besproken, waarbij het essentieel is dat dit op deskundige wijze gebeurt. Ten eerste om het verkrijgen van vals positieve of vals negatieve informatie te voorkomen. Ten tweede om te voorkomen dat het kind psychische schade oploopt.</p> <p><i>D Boer, 1992; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997; Department of Health and Children, 2004</i></p>
-----------------	---

<b>Niveau 4</b>	<p>Er bestaat brede consensus over het principe dat FHG jegens een kind slechts besproken mag worden met de ouders indien de veiligheid van het kind dit toelaat. Het kind mag door zijn mededelingen geen slachtoffer worden van wraakacties.</p> <p><i>D Department of Health and Children, 1999; Family Violence Prevention Fund, 2002; Royal College of Paediatrics and Health, 2006; KNMG, 2008</i></p>
-----------------	--

## Overige overwegingen

### **Deskundigheid**

Het is voor beroepsbeoefenaars die te maken hebben met FHG moeilijk om in te schatten hoe de ouders zullen reageren op het bespreken hiervan; dit geldt zeker voor hen die niet regelmatig te maken hebben met FHG. Jonge kinderen zijn loyaal naar hun ouder(s), wat een gesprek ook kan bemoeilijken. Het is goed om zich te realiseren dat gesprekken met kinderen daarom niet door iedere beroepsbeoefenaar gedaan kunnen worden. Hiervoor zijn gespecialiseerde beroepsbeoefenaars nodig, bijvoorbeeld gedragswetenschappers, van het AMK of een speciaal onderzoeksteam. Daarom wordt geadviseerd om hierover in contact te treden met ervaren collega's in de eigen instelling en/of daarbuiten, in het bijzonder met medewerkers van een AMK. In overleg met hen kan worden nagegaan wie het gesprek met de ouders voert: de oorspronkelijke beroepsbeoefenaar of het AMK. Ook kan worden nagegaan of kindbeschermende maatregelen vooraf nodig zijn, zodat een voor het kind gevaarlijke reactie van een ouder op een confronterend gesprek kan worden ondervangen. Het is verstandig om voorafgaand aan het gesprek een aantal scenario's te bespreken met een deskundige in de instelling en/of een medewerker van het AMK om het gesprek goed voorbereid te beginnen.

Het consulteren van een medewerker van het AMK moet opgevat worden als een intercollegiaal consult. Er is nog geen sprake van een melding.

### **Het gesprek**

Het gesprek met een kind over FHG moet plaatsvinden in een kindvriendelijke omgeving, zodat het kind zich veilig en serieus genomen voelt. Zowel een boek/verhaal met tekeningen als eigen tekeningen van het kind kunnen helpen om een goede ingang voor het bespreken van FHG te vinden. Mochten deze methoden gebruikt worden, dan hebben zij in de forensische en juridische context geen bewijswaarde en kunnen zij contraproductief zijn. Dit

is geen contra-indicatie om ze te gebruiken, maar men moet dit gegeven wel betrekken bij de overwegingen hoe het concrete gesprek te voeren..

Voorafgaand aan een gesprek over het vermoeden van FHG met zowel kind als ouder(s) dient de beroepsbeoefenaar stil te staan bij het soort FHG en de rol van de ouder(s) en het kind in dit geweld. De rol van de betrokkenen zal moeten worden meegenomen in de manier van benadering van het kind en de ouder(s) tijdens het gesprek. Het is belangrijk dat er een tweede beroepsbeoefenaar bij het gesprek aanwezig is als getuige van het gesprek. Het is verstandig om, voorafgaand aan het gesprek met de ouders, een overzicht te maken van de signalen en aanwijzingen die tot het vermoeden hebben geleid. Dit overzicht kan met de ouders worden besproken en hen kan worden gevraagd het te ondertekenen als een getrouwe weergave van wat met hen besproken is. De confrontatie van ouders met een vermoeden over mishandeling van hun kind roept sterke emoties op die een juiste opslag in het geheugen van de ouders kunnen belemmeren.

Om een gesprek te voeren dient de beroepsbeoefenaar zich bewust te zijn van de risico's bij het voeren van een gesprek met ouder(s). Indien de beroepsbeoefenaar het niet veilig acht, overweeg dan het gesprek niet op dat moment te voeren, maar op een tijdstip en/of op een locatie waar de beroepsbeoefenaar zich wel veilig acht.

### **Attitude**

Over het spreken met, interviewen van kinderen over een vermoeden van seksueel misbruik is veel onderzoek verricht, onder andere door onderzoeksgroepen van Lamb et al. (2007), Warren & McGough (in Bottoms & Goodman 1996) en Faller (2003). Al het onderzoek heeft laten zien dat een niet-veroordelende attitude een basisvoorwaarde is voor het aangaan van een gesprek met een kind. De interviewer dient voorts een neutrale 'emotionele' houding ten opzichte van het kind te hebben; het kind niet te prijzen; geen suggestieve of leidende vragen te stellen en op geen enkele wijze afkeer te tonen (boosheid/walging e.d.) over de mogelijk met het kind uitgevoerde (seksuele) handelingen.

### **Aanbevelingen**

Ga voorafgaand aan het gesprek na of kinderbeschermende maatregelen getroffen moeten worden. Deze kunnen aan de orde zijn als het gesprek kan leiden tot voor het kind gevaarlijk handelen door een ouder. Bespreek een en ander vooraf met een deskundige in de eigen instelling en/of het AMK.

Gebruik geen hulpmiddelen, zoals tekeningen, boeken en dergelijke ('props') indien de kans bestaat dat het gesprek met (of interview van) het kind gebruikt kan worden in de forensische/juridische context.

Bespreek een vermoeden van FHG bij een kind met de ouder(s) en met het kind (indien wenselijk en mogelijk) op een zo open mogelijke, directe, niet-veroordelende en vertrouwenwekkende manier. Dit is nodig om het geweld te laten stoppen, het kind te beschermen en toegang te krijgen voor diagnostiek en behandeling van de betreffende ouder(s) en het kind (of de kinderen).

Het is zinvol om een tweede beroepsbeoefenaar bij het gesprek met de ouders aanwezig te

laten zijn als observator en als getuige. Indien bij een gesprek met een kind de aanwezigheid van een tweede beroepsbeoefenaar contraproductief is, overweeg dan een videoregistratie te maken.

Regel een kindvriendelijke omgeving voor het gesprek met het kind over FHG.

### **Aanbevelingen overig**

Voer onderzoek uit naar de effectiviteit van trainingsprogramma's over het bespreekbaar maken van FHG bij kinderen.

Ontwikkel een uitgewerkte richtlijn kindermishandeling op basis van deze richtlijn. Behandel daarin alle aspecten die in deze richtlijn onvoldoende aan bod zijn gekomen.

Train beroepsbeoefenaren die te maken krijgen met (mogelijke) slachtoffers van FHG jaarlijks in gespreksvaardigheden, attitude en kennis van hulpverleningstrajecten specifiek gericht op FHG bij kinderen.

Organiseer binnen elke gezondheidszorginstelling in Nederland deskundigheid inzake kindermishandeling en FHG.

## HOOFDSTUK 3: HANDELEN BIJ KINDEREN

### **Uitgangsvraag 3    Handelen door beroepsbeoefenaar**

Hoe kan de beroepsbeoefenaar handelen bij familiaal huiselijk geweld bij kinderen?

#### **Inleiding**

Indien FHG jegens een kind wordt vermoed of vastgesteld, dient onverwijld actie te worden ondernomen door beroepsbeoefenaars. Zolang het om een vermoeden gaat, moet het handelen er in eerste instantie op gericht zijn om meer duidelijkheid te krijgen. De veiligheid van het kind mag daarbij nooit uit het oog worden verloren.

Besef dat hetgeen wordt gedaan òf wordt nagelaten vérstrekkende gevolgen kan hebben voor het kind, de andere gezinsleden en de beroepsbeoefenaar zelf. Nalatigheid kan bij feitelijk FHG verstrekende gevolgen (tot en met de dood) hebben voor het kind en ernstige psychologische en juridische gevolgen voor andere gezinsleden en de beroepsbeoefenaar. Ingrijpen door de beroepsbeoefenaar in een situatie waarbij feitelijk geen sprake is van FHG kan eveneens ernstige psychologische en juridische gevolgen hebben voor het kind jegens wie FHG ten onrechte werd vermoed, en voor ten onrechte beschuldigde gezinsleden. Ook de beroepsbeoefenaar kan door zelfverwijt, verwijt van anderen en/of mogelijke procedures getroffen worden.

Is het zeker dat FHG jegens een kind plaatsvindt of heeft plaatsgevonden, breng dan in eerste instantie het kind en eventuele andere gezinsleden in veiligheid. Verkrijg vervolgens zoveel mogelijk duidelijkheid over de aard van het FHG en over de pleger(s). Dit dient zorgvuldig te gebeuren en houdt rekening met de voorwaarden van hulpverlening, ook op langere termijn, aan slachtoffer(s) en pleger(s). Verlies de veiligheid van alle betrokkenen niet uit het oog. Het hulpverlenings- en meldingstraject dient transparant te zijn. Goede dossiervorming is bij FHG van essentieel belang.

#### **Samenvatting van de literatuur**

Er is gezocht in Medline en Picarta naar reviews en observationals van de afgelopen 10 jaar. Alle literatuur betreffende FHG bij volwassenen werd uitgesloten. Editorials, boek reviews of commentaren werden geëxcludeerd uit de search. Er werden in Medline in totaal 33 artikelen gevonden, waarvan op basis van de beoordeling van de abstracts geen enkel artikel geschikt bleek voor het beantwoorden van de uitgangsvraag. In PsycINFO werden 41 abstracts gevonden en beoordeeld, waarvan geen enkel artikel geschikt bleek voor het beantwoorden van de uitgangsvraag. Gezien het feit dat voor deze uitgangsvraag geen enkel artikel gevonden werd in de searches, is uitgegaan van (inter)nationale richtlijnen om de vraag alsnog te kunnen beantwoorden.

Nationale en internationale richtlijnen wijzen erop dat bij een vermoeden van FHG jegens een kind de beroepsbeoefenaar dit vermoeden nooit voor zichzelf houdt, maar direct deelt met een collega of met een speciale aandachtsfunctionaris voor FHG. Indien bij de beroepsbeoefenaar en anderen binnen zijn instelling ervaring en deskundigheid over FHG ontbreken, moet zo snel mogelijk overlegd worden met het AMK over volgende stappen. In eerste instantie is dit nog een intercollegiaal consult; het is nog geen officiële melding. Indien



vaststaat dat van FHG jegens een kind sprake is (geweest), noemen de richtlijnen als eerste prioriteit het veilig stellen van het kind. Indien nodig kan de Raad voor de Kinderbescherming via het AMK worden ingeschakeld. In acuut levensbedreigende situaties kan de Raad voor de Kinderbescherming rechtstreeks benaderd worden.

## Conclusies

<b>Niveau 4</b>	<p>Deskundigen zijn van mening dat:</p> <p>Bij een vermoeden van FHG jegens een kind moet een beroepsbeoefenaar dit vermoeden zo spoedig mogelijk delen en overleggen met een deskundige binnen of buiten zijn instelling, in het bijzonder het AMK.</p> <p>Bij een vermoeden van FHG moet de beroepsbeoefenaar zo zorgvuldig en zo spoedig mogelijk duidelijkheid krijgen over de aard en de pleger(s) van het FHG.</p> <p>Wanneer FHG jegens een kind is bevestigd moet een beroepsbeoefenaar hierover direct overleggen met een collega of een deskundige binnen zijn instelling. Dit overleg dient te leiden tot besluiten over het verder handelen van de beroepsbeoefenaar en eventueel het melden bij het AMK.</p> <p>Indien de veiligheid van het kind in gevaar is, moet het AMK direct ingeschakeld worden. In acuut levensbedreigende situaties kan de Raad voor de Kinderbescherming rechtstreeks benaderd worden.</p> <p>Het hulpverlenings- en meldingstraject moet transparant zijn. De beroepsbeoefenaar dient zorgvuldig schriftelijk verslag te doen in het dossier over het vermoeden of de feiten van FHG, het overleg, de besluitvorming en het handelen.</p> <p><i>D Baeten, 2002; KNMG, 2008; Department of Health and Children, 1999; Royal College of Paediatrics and Health, 2006; Family Violence Prevention Fund, 2002</i></p>
-----------------	--

## Overige overwegingen

### **Bestaande protocollen, richtlijnen, meldcodes**

Voor het handelen en een eventueel melden zijn voor Nederlandse beroepsbeoefenaren protocollen en richtlijnen beschikbaar. Voor artsen is er de Meldcode voor medici (KNMG, 2008). Voor verschillende beroepsgroepen in de gezondheidszorg bestaan specifieke meldcodes die vaak gebaseerd zijn op de meldcode van de KNMG. Voor beroepsbeoefenaren die kinderen zien met mogelijk door FHG veroorzaakt letsel (zoals huisartsen, jeugdartsen, spoedeisende hulpartsen, kinderartsen, gynaecologen) zijn richtlijnen of vakliteratuur beschikbaar. Het goed gebruikmaken van deze bronnen vereist instructie en oefening. Het ontwikkelen van de vaardigheid om FHG te herkennen vergt training en bewustwording. Dit zou deel moeten uitmaken van de opleiding en deskundigheidsbevordering van beroepsbeoefenaars die regelmatig met kinderen te maken hebben.

In sommige regio's hebben overheid en instellingen die met FHG te maken hebben een regionale meldcode ontwikkeld. Deze bevordert de snelheid en doeltreffendheid van het handelen bij een vermoeden van FHG (bijvoorbeeld: *Amsterdams Protocol Kindermishandeling: zorgsignalering en handelen bij (een vermoeden van) kindermishandeling*, Werkgroep Zorg om Jeugd/Project Stop Huiselijk Geweld Amsterdam, 2005 of *Rotterdamse Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*, GGD Rotterdam-Rijnmond, 2007).

### ***Ervaring bij het AMK***

Bij het AMK werken vertrouwensartsen en maatschappelijk werkers met ervaring en expertise op het gebied van FHG bij kinderen. Een van de kerntaken van deze beroepsbeoefenaars binnen het AMK is het beschikbaar zijn voor beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg voor overleg over een vermoeden van FHG bij kinderen. Men kan hen raadplegen zonder tot een officiële melding over te gaan. Dit geldt voor beroepsbeoefenaars werkzaam binnen een zorginstelling en zelfstandig gevestigden.

### ***Wet Tijdelijk huisverbod***

Om de veiligheid van het kind dat blootstaat aan FHG te garanderen kunnen ook de mogelijkheden gebruikt worden die de wet 'Tijdelijk Huisverbod' geeft. Door deze wet kan aan een persoon - wiens aanwezigheid in zijn of haar woning ernstig en onmiddellijk gevaar oplevert voor één of meerdere personen met wie hij of zij daar woont - een huisverbod voor de maximale duur van 28 dagen worden opgelegd. Dit gevaar kan ook een kind betreffen, als het zelf wordt mishandeld of als het getuige is van geweld tussen partners onderling.

### ***Veiligheid kind***

Bij het kind dat aan FHG blootstaat, is de ouder bron van gevaar. Dit betekent niet dat de ouder uitsluitend een negatieve bijdrage aan de relatie met het kind levert. Het is de opgave aan de beroepsbeoefenaar om het kind veilig te stellen, desnoods met dwang jegens de ouders, en tegelijkertijd zoveel mogelijk samen te werken met de ouders. Een veelbelovende methode om aan deze beide doelen tegemoet te komen is de in Australië ontwikkelde methode *Signs of Safety* (Turnell & Edwards, 1999), die ook in Nederland wordt toegepast. Wanneer uit overwegingen van veiligheid een scheiding tussen ouder en kind heeft plaatsgevonden, ontstaat vervolgens de vraag of en wanneer deze kan worden opgeheven. Om de kinderrechter in staat te stellen hierover te besluiten moet een aantal inhoudelijke zaken aan de orde komen. Onderzoek van de mishandelende ouder door een daartoe geëquipeerde instelling is vereist. Naast onderzoek naar mogelijk psychiatrische problemen van de mishandelende ouder is het van belang zijn/haar opvoedkundige vaardigheden te onderzoeken (Bancroft & Silverman, 2002). Nagegaan moet worden of er in het gezinssysteem sprake is van een (of meer) tegelijk bestaande vorm(en) van FHG. Net zo belangrijk is beantwoording van de vraag waarom de niet-mishandelende ouder het kind niet heeft kunnen beschermen. Eventuele problemen van deze ouder dienen ook in kaart gebracht te worden. Nagegaan moet worden of het oudersysteem voldoende veranderingsmogelijkheden heeft om in de (directe) toekomst een veilig en ontwikkelingsbevorderend leefklimaat voor het kind te ontwikkelen en in stand te houden. Indien daartoe de mogelijkheden lijken te ontbreken dient een uithuisplaatsing van het kind (en eventuele andere kinderen) te worden voortgezet.

## Aanbevelingen

Overleg bij een vermoeden van FHG jegens een kind zo spoedig mogelijk met een deskundige binnen de instelling. Indien deze niet aanwezig is, overleg dan met het AMK in zijn/haar adviesfunctie.

Wanneer er voldoende grond is voor het bestaan van FHG overleg dan direct met een collega of een deskundige binnen de instelling of met een vertrouwensarts van het AMK in zijn/haar adviesfunctie, waarbij het besproken gezin anoniem kan blijven. Dit overleg moet leiden tot besluiten over het verder handelen van de beroepsbeoefenaar en eventueel melden bij het AMK.

Schakel direct het AMK in, indien de veiligheid van het kind in gevaar is. In acuut levensbedreigende situaties kan de Raad voor de Kinderbescherming rechtstreeks benaderd worden.

Houd zorgvuldig schriftelijk verslag bij in het dossier over het vermoeden of de feiten van FHG, het overleg, de besluitvorming en het handelen.

Ga na of herhaling van het FHG kan worden voorkomen. Dit vraagt om onderzoek van de pleger en om aandacht voor de vraag waarom de ouder(s) het geweld niet hebben kunnen voorkomen.

## Uitgangsvraag 4 Juridisch kader

Hoe is het juridisch kader bij het melden van familiaal huiselijk geweld bij kinderen?

### Inleiding

Beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg moeten bij het melden van FHG jegens kinderen rekening houden met een aantal wetten. Bepalingen daaruit kunnen strijdig zijn met elkaar. Het handelen moet daarom gebaseerd zijn op een afweging van belangen. De wettelijke bepalingen kunnen worden onderscheiden naar:

1. bepalingen over de ontoelaatbaarheid van FHG jegens kinderen;
2. bepalingen over de zwijgplicht van beroepsbeoefenaars;
3. bepalingen over de relatie tussen de beroepsbeoefenaar, het kind en de ouders van het kind.

### Samenvatting van de literatuur

#### ***Bepalingen over de ontoelaatbaarheid van FHG jegens kinderen***

Artikel 19 van het *Verdrag inzake de rechten van het kind* (Unicef, 2001) stelt: deelnemende staten moeten alle passende maatregelen nemen om het kind te beschermen tegen alle vormen van lichamelijk of geestelijk geweld, letsel of misbruik, lichamelijke of geestelijke verwaarlozing of nalatige behandeling, mishandeling of exploitatie, met inbegrip van seksueel misbruik, terwijl het kind onder de hoede is van de ouder(s), wettige voogd(en) of iemand anders die de zorg voor het kind heeft.

Het *Burgerlijk Wetboek* zegt in het tweede lid van artikel 247 van Boek 1: 'In de verzorging en opvoeding van het kind passen de ouders geen geestelijk of lichamelijk geweld of enige andere vernederende behandeling toe.'

### ***Bepalingen over de zwijgplicht van beroepsbeoefenaars***

Bepalingen over de zwijgplicht zijn opgenomen in de Nederlandse artseneed, het Wetboek van Strafrecht, Wet Beroepen in de Gezondheidszorg, Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, Wet op de Jeugdzorg en het Burgerlijk Wetboek. De bepalingen in de laatste twee genoemde wetten geven een beroepsbeoefenaar de mogelijkheid om mishandeling te melden. Het gaat het hier om een meldrecht en niet om een meldplicht (zie Appendix P voor een toelichting op genoemde wetten).

### ***Bepalingen over de relatie tussen de beroepsbeoefenaar, het kind en de ouders van het kind***

De WGBO stelt dat een kind van 16 jaar en ouder volledig bekwaam is tot het aangaan van een geneeskundige behandelovereenkomst. Bij kinderen van 12 tot 16 jaar is hiervoor ook de toestemming van de ouders nodig. Voor een kind jonger dan 12 jaar beslissen de ouders. De verplichtingen van de beroepsbeoefenaar naar de patiënt worden dan nagekomen jegens de ouders die het gezag uitoefenen. In principe hebben ouders op grond van de WGBO inzage in het dossier van het kind, ook als dit gegevens bevat die het kind heeft meegedeeld in het vertrouwen dat zijn ouders hier niet van op de hoogte worden gesteld. De WGBO biedt de beroepsbeoefenaar wel de mogelijkheid om de ouders deze inzage niet toe te staan op grond van de volgende bepaling: 'Indien de beroepsbeoefenaar door inlichtingen over de patiënt dan wel inzage in of afschrift van de bescheiden te verstrekken niet geacht kan worden de zorg van een goed beroepsbeoefenaar in acht te nemen, laat hij zulks achterwege.'

Als verschillende wettelijke bepalingen strijdige aanwijzingen geven ontstaat voor de betrokkene een zogenaamd 'conflict van plichten'. Bij het melden van huiselijk geweld jegens kinderen kan een conflict ontstaan tussen de plicht om op te komen voor de veiligheid van een kind dat blootstaat aan (dreigende) mishandeling en de plicht om de kennis die gebaseerd is op de beroepsbeoefenaar-cliëntrelatie geheim te houden. Een ander conflict kan ontstaan tussen de plicht ouders te informeren over zaken die een kind onder de 12 jaar heeft verteld aan een behandelaar en de plicht om dit achterwege te laten indien dit informeren het kind in gevaar brengt.

### ***Meldcode KNMG***

Artsen die overwegen FHG jegens kinderen te melden en daarbij in een conflict van plichten verkeren, kunnen te rade gaan bij een *meldcode* die door hun beroepsvereniging, de Koninklijke Maatschappij ter Bevordering van de Geneeskunst (KNMG) (KNMG, 2008) is opgesteld. Deze meldcode geeft aanwijzingen voor een zo zorgvuldig mogelijke werkwijze. Uitgangspunt is dat de arts verantwoordelijk is voor het zetten van alle stappen, die nodig zijn om na te gaan of er sprake is van mishandeling en, zo ja, er voor te zorgen dat deze wordt gestopt. De code bevat een stappenplan waarvan overleg met het AMK en eventueel ook een collega in een vroeg stadium onderdeel is, Indien er sprake is van een reële kans op schade voor het kind, wordt dringend aanbevolen zo spoedig mogelijk te melden bij het AMK. Bij acute situaties is de arts volgens deze meldcode bovendien gehouden de Raad

voor de Kinderbescherming (RvdK) of de politie in te schakelen. Het melden bij het AMK of de RvdK is mogelijk door de Wet op de Jeugdzorg. Indien wordt gemeld bij de politie is sprake van een doorbreken van het beroepsgeheim. De meldcode formuleert onder welke uitzonderlijke omstandigheden het beroepsgeheim kan worden geschonden. Het moet gaan om een arts die in gewetensnood is omdat niet doorbreken van het beroepsgeheim ernstige (verdere) schade voor een kind kan opleveren, waarbij de arts geen andere weg ziet om het probleem op te lossen dan doorbreking van het beroepsgeheim. Ook wordt geformuleerd onder welke uitzonderlijke omstandigheden de ouders van een kind jonger dan 16 jaar informatie kan worden onthouden over datgene wat het kind heeft meegedeeld. Dit kan met name wanneer het geven van informatie de veiligheid van het kind en/of de veiligheid van de verslagleggende arts ernstig in gevaar brengt. Ook andere beroepsbeoefenaars met een beroepsgeheim of met zwijgplicht kunnen deze gedragslijn kiezen of te rade gaan bij de iets minder specifieke NIZW-meldcode voor beroepsbeoefenaars (Baeten, 2002).

### **Melden of aangifte doen**

Belangrijk is de volgende notie: een melding is geen aangifte. Een melding bij het AMK is in eerste instantie gericht op het op gang brengen van de noodzakelijke hulp; het is geen aangifte van een strafbaar feit bij de politie. Ook een melding bij de politie is nog geen aangifte. Omdat FHG een misdrijf is, kan aangifte bij de politie aangewezen zijn. Hieraan zijn dilemma's voor de beroepsbeoefenaar verbonden.

### **Een melding is totaal iets anders dan een aangifte**

*Melding:* melden bij de politie heeft een andere betekenis dan melden bij het AMK of de Raad voor de Kinderbescherming. *Melden bij de politie* betekent dat de politie de melding registreert; de politie onderneemt pas actie na aangifte van een strafbaar feit. De melder kan anoniem blijven bij de politie. Bij melding bij de politie volgt doorgaans geen andere actie van de politie dan registratie, tenzij de politie de situatie zelf als ernstig inschat en bijvoorbeeld overgaat tot uithuiszetting van de pleger. Bij een melding bij het AMK of de Raad voor de Kinderbescherming volgt altijd een actie.

*Aangifte:* bij aangifte wordt een proces-verbaal opgemaakt en begint de politie een onderzoek en een vervolging van de verdachte.

Een melding bij het AMK of de Raad voor de Kinderbescherming beoogt hulpverlening op gang te brengen. Aangezien FHG een ernstig misdrijf is, bestaat in principe ook een verplichting aangifte te doen bij de politie. Voor artsen en anderen die zich kunnen beroepen op het beroepsgeheim geldt deze aangifteplicht niet. Een beroepsbeoefenaar die in de behandelrelatie met een patiënt constateert dat deze FHG heeft gepleegd, is niet verplicht tot het doen van aangifte. Hij is niet strafbaar als hij geen aangifte doet. Het is wel mogelijk dat hij aangifte van deze misdrijven doet, maar in principe verhindert de zwijgplicht dat (KNMG, 2004). Het doen van aangifte bij de politie is voor een beroepskracht met een geheimhoudingsplicht over het algemeen de zwaarste stap die hij kan zetten naar aanleiding van kindermishandeling of FHG. Voor deze aangifte geldt dat er sprake is van een conflict van plichten. Een beroepskracht zal, gelet op zijn zwijgplicht, pas aangifte doen als hij meent dat alleen dat zal leiden tot het doel: beschermen van het slachtoffer en stoppen van het geweld (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2007).

Strafrecht wordt wel vaak het laatste middel genoemd. Met 'laatste' wordt niet bedoeld dat een beroepskracht eerst alle andere middelen moet uitproberen.

Zorgvuldigheid bij het doen van aangifte van FHG door ouders jegens kinderen wordt ook bepleit vanuit het oogpunt van veiligheid van de kinderen. Omdat aangifte betekent dat kinderen getuigenverklaringen moeten afleggen en tegelijkertijd de bewijslast vaak moeilijk rond te krijgen is, kan deze leiden tot een ernstige en ongewenste belasting voor het kind (Bruning, 2008).

## Conclusies

	<p>Relevante, wettelijke bepalingen voor het melden van FHG jegens kinderen kunnen beroepsbeoefenaars in een conflict van plichten brengen, met name als het beroepsgeheim moet worden verbroken om voor de veiligheid van een kind essentiële mededelingen te kunnen doen.</p> <p>Er zijn ook wettelijke bepalingen die het doen van mededelingen mogelijk maken, met name als het gaat om melding bij het AMK of de Raad voor de Kinderbescherming. In de betreffende wetsartikelen wordt hiervoor de formulering gebruikt: 'indien dit noodzakelijk kan worden geacht'. Deze formulering legt de beoordeling van de noodzaak bij degene die besluit zijn beroepsgeheim te verbreken.</p> <p>Het verbreken van het beroepsgeheim is niet zonder risico voor de betrokkene als de strafrechter of tuchtrechter later oordeelt dat van een dergelijke noodzaak geen sprake was. De meldcode voor beroepsbeoefenaars (Baeten, 2002) en de KNMG-meldcode (KNMG, 2008) laten zien dat dit risico aanvaardbaar is indien de aanbevelingen tot het voeren van collegiaal overleg en het inschakelen van het AMK zijn opgevolgd. Relevante wetten en de twee Nederlandse meldcodes gaan uit van een meldrecht, en niet van een meldplicht (Baeten, 2002; KNMG, 2008). De KNMG-meldcode geeft hiervoor als belangrijkste argument dat een meldplicht een drempel opwerpt om hulp in te roepen.</p>
--	---

## Aanbevelingen

De situatie van 'conflicterende plichten' mag nooit reden zijn om van een melding van (vermoeden op) FHG jegens kinderen af te zien.  
De KNMG meldcode voor medici en de meldcode voor beroepsbeoefenaren zijn hiervoor de goede gedragslijn.

Overleg bij de besluitvorming over het melden met een deskundige in of buiten de eigen instelling of met het AMK in zijn/haar adviesfunctie over de te volgen procedure.

Wees zorgvuldig met het doen van aangifte bij de politie. Het beroepsgeheim biedt hiervoor de mogelijkheid. Doe aangifte als alleen op deze manier het kind veilig kan worden gesteld en het geweld tot staan kan worden gebracht. De beroepsbeoefenaar, het AMK of de (wettelijke) vertegenwoordiger van het slachtoffer kunnen aangifte doen.

## **Uitgangsvraag 5    Veiligheid van de andere gezinsleden**

Hoe kan de veiligheid van de andere gezinsleden worden gerealiseerd bij het vermoeden van familiaal huiselijk geweld bij kinderen?

### **Inleiding**

FHG jegens een kind is vaak deel van geweld dat gericht is op andere gezinsleden, zoals ouders, broers of zussen. Het garanderen van de veiligheid van het kind dat FHG ondergaat, is eerste prioriteit (zie uitgangsvraag 6), maar de veiligheid van anderen dient ook deel te zijn van de aanpak. De aanpak bij een vermoeden van FHG jegens een kind kan juist ook gevaar voor andere gezinsleden veroorzaken. Zo kunnen emotionele reacties van de ouder die van geweld beschuldigd is, leiden tot agressie jegens de andere ouder of andere kinderen. Of de beschuldiging leidt tot grote psychische en/of lichamelijke druk om de beschuldiging niet te ondersteunen.

### **Samenvatting van de literatuur**

Er is gezocht in Medline en Picarta naar reviews en observationals van de afgelopen 10 jaar. Alle literatuur betreffende FHG tegen volwassenen werd uitgesloten. Editorials, boek reviews of commentaren werden geëxcludeerd uit de search. Er werden in Medline in totaal 33 artikelen gevonden, waarvan op basis van de beoordeling van de abstract geen enkel artikel geschikt bleek voor het beantwoorden van de uitgangsvraag. In PsycINFO werden 41 abstracts gevonden en beoordeeld, waarvan geen enkel artikel geschikt bleek voor het beantwoorden van de uitgangsvraag. Gezien het feit dat voor deze uitgangsvraag geen enkel artikel gevonden werd in de searches is uitgegaan van gepubliceerde (inter)nationale richtlijnen om de vraag alsnog te kunnen beantwoorden.

Nationale en internationale richtlijnen wijzen erop dat de procedures om huiselijk geweld bij kinderen vast te stellen, te melden en te beteugelen gepaard moeten gaan met een taxatie van het gevaar dat deze procedures voor andere gezinsleden kunnen veroorzaken en met het treffen van beschermende maatregelen (bijvoorbeeld uithuisplaatsing).

### **Conclusie**

<b>Niveau 4</b>	<p>Het handelen door beroepsbeoefenaars bij FHG jegens een kind moet gepaard gaan met een taxatie van het gevaar dat dit handelen voor het kind en andere gezinsleden kan veroorzaken. De beroepsbeoefenaars moeten altijd beschermende maatregelen ten aanzien van het kind en eventueel andere gezinsleden treffen.</p> <p><i>D            KNMG, 2008; Department of Health and Children, 1999; Royal College of Paediatrics and Health, 2006; Family Violence Prevention Fund, 2002</i></p>
-----------------	--

### **Overige overwegingen**

Voor beroepsbeoefenaars die niet regelmatig te maken hebben met FHG is het moeilijk inschatten welk gevaar hun handelen voor de andere gezinsleden kan veroorzaken. Daarom wordt geadviseerd hierover in contact te treden met deskundigen binnen of buiten de eigen instelling, in het bijzonder met medewerkers van een AMK. In overleg met hen kan worden

nagegaan wie het beste kan handelen en hoe de andere gezinsleden het best worden beschermd.

### **Aanbevelingen**

Wanneer er voldoende grond is voor het bestaan van FHG overleg dan direct met een collega of een deskundige binnen de instelling of met een vertrouwensarts van het AMK in zijn/haar adviesfunctie, waarbij het besproken gezin anoniem kan blijven. Dit overleg moet leiden tot besluiten over het verder handelen van de beroepsbeoefenaar en eventueel melden bij het AMK.

Consulteer het AMK over de risicotaxatie en de te nemen maatregelen en spreek af wie handelt.

Weeg het risico af dat handelen in verband met FHG jegens een kind gevaar voor gezinsleden veroorzaakt.

Tref zo nodig beschermende maatregelen voor het kind en eventuele gezinsleden

### **Uitgangsvraag 6    Veiligheid van beroepsbeoefenaars**

Hoe kan de veiligheid van beroepsbeoefenaars worden gegarandeerd bij het vermoeden van familiaal huiselijk geweld bij kinderen?

#### **Inleiding**

Bij een vermoeden van FHG jegens een kind zal een ouder, broer of zus als mogelijk schuldige worden aangewezen. Bij terechte én onterechte beschuldigingen kan dit leiden tot klachten en procedures (tuchtrechterlijk, civielrechterlijk, strafrechterlijk), tot negatieve publiciteit, bedreigingen in de persoonlijke levenssfeer of agressie jegens de beroepsbeoefenaar die verantwoordelijk wordt gehouden voor de beschuldiging (Commissie Seksueel Misbruik van kinderen en jeugdigen, 1994). Naast de belasting hiervan voor de beroepsbeoefenaar is de wetenschap dat zoiets zou kunnen gebeuren zwaar. Het getuige zijn van schokkende gebeurtenissen jegens kinderen is ook een emotionele last

#### **Samenvatting van de literatuur**

Nationale en internationale richtlijnen adviseren om beroepsbeoefenaars, bij mogelijk gevaar voor zichzelf, gelegenheid te geven hun vermoeden of kennis van FHG jegens een kind *anoniem* te melden bij instanties als het AMK en eventueel de Raad voor de Kinderbescherming (KNMG, 2008; Department of Health and Children, 1999; Royal College of Paediatrics and Health, 2006; Family Violence Prevention Fund, 2002). In internationale richtlijnen wordt bovendien aan beroepsbeoefenaars het advies gegeven om het onderzoek van een kind dat mogelijk aan FHG heeft blootgestaan altijd uit te voeren in aanwezigheid van een andere volwassene. Dat mag in elk geval niet de ouder zijn die mogelijk het geweld heeft gepleegd (Department of Health and Children, 1999; Royal College of Paediatrics and Health, 2006). Door het onderzoek niet alleen uit te voeren, voorkomt de beroepsbeoefenaar



het verwijt achteraf dat zijn vermoedens of kennis niet zijn gegrond op het verrichtte onderzoek.

Ten slotte pleit een internationale richtlijn ervoor om beroepsbeoefenaars die regelmatig met FHG jegens kinderen worden geconfronteerd, met supervisie te helpen emotionele reacties op deze schokkende gebeurtenissen adequaat te verwerken (Department of Health and Children, 1999).

### Conclusies

<b>Niveau 4</b>	<p>Beroepsbeoefenaars moeten bij een vermoeden of kennis van FHG jegens een kind anoniem melding kunnen doen, indien deze melding tot gevaar voor de beroepsbeoefenaar kan leiden.</p> <p><i>D KNMG, 2008; Department of Health and Children, 1999; Royal College of Paediatrics and Health, 2006; Family Violence Prevention Fund, 2002</i></p>
<b>Niveau 4</b>	<p>Onderzoek van het kind dient alleen uitgevoerd te worden in aanwezigheid van een volwassen getuige. Van deze persoon wordt verwacht dat hij kan en wil getuigen over de betrouwbaarheid van het onderzoeksverslag.</p> <p><i>D Department of Health and Children, 1999; Royal College of Paediatrics and Health, 2006</i></p>
<b>Niveau 4</b>	<p>Goede psychologische begeleiding is nodig voor beroepsbeoefenaars die emotioneel belast worden door het als getuige meemaken van FHG jegens kinderen.</p> <p><i>D Department of Health and Children, 1999</i></p>

### Overige overwegingen

Voor beroepsbeoefenaars die niet regelmatig te maken hebben met FHG is het moeilijk inschatten welk gevaar hun handelen voor henzelf kan veroorzaken. Daarom wordt geadviseerd hierover in contact te treden met en advies in te winnen bij ervaren collega's, bijvoorbeeld deskundigen, in het bijzonder medewerkers van een AMK. Dit zal niet altijd voorkomen dat beroepsbeoefenaars door het melden van FHG geconfronteerd worden met klachtprocedures, negatieve media-aandacht, bedreiging of agressie door familieleden.

Indien een gesprek of ontmoeting met een bij het FHG betrokken gezins- of familielid potentieel bedreigend is voor de beroepsbeoefenaar, moet deze dit vooraf bespreken met zijn leidinggevende. Eventueel kunnen zij adequate veiligheidsmaatregelen treffen. De angst bij een beroepsbeoefenaar voor zijn/haar veiligheid mag geen reden zijn om FHG niet te bespreken of niet te handelen bij (een vermoeden van) FHG. Het is dan noodzakelijk om het gesprek over te dragen aan een collega.

De eigen veiligheid van de beroepsbeoefenaar is belangrijk en kan worden geborgd door de aanwezigheid van een collega bij gesprekken met ouder(s) en/of kind. Deze collega kan als getuige van het gesprek optreden en kan helpen bij het voorkomen van een eventueel heftige of agressieve reactie van betrokkene(n). Bij het gesprek met het kind kan ook

videoregistratie gebruikt worden, bijvoorbeeld als het niet mogelijk is om een collega deel te laten nemen als getuige.

De aanwezigheid van een alarmknop dient per setting overwogen te worden. Er zijn overigens steeds meer instellingen die *niet* werken met een alarmknop, omdat deze voorziening op schijnveiligheid lijkt. Het leren omgaan met agressie in een training is een betere waarborg voor de veiligheid. Bij aanwezigheid van een alarmknop zal de beroepsbeoefenaar zich van te voren goed moeten vergewissen van de plaats van de alarmknop en de plaats waar hij of zij gaat zitten voor het gesprek. Ook de aanwezigheid van beveiligingsfunctionaris(sen) in de directe omgeving van de ruimte waarin het gesprek met betrokkene(n) plaatsvindt, kan de veiligheid van de beroepsbeoefenaar bevorderen. Indien de situatie bedreigend is voor de beroepsbeoefenaar en/of het kind en er geen beveiligingsfunctionaris aanwezig is, kan het verstandig zijn om de politie in te schakelen.

Indien de beroepsbeoefenaar als vrijgevestigde alleen, of in kleine kring, praktijk voert, kunnen bovenstaande veiligheidsmaatregelen niet worden gerealiseerd. Dit kan reden zijn om een cliënt bij wie huiselijk geweld wordt vermoed te verwijzen naar een instelling waar deze maatregelen wel mogelijk zijn. Overwegingen van veiligheid, van het betrokken kind en van de beroepsbeoefenaar, staan het openlijk bespreken van de 'echte' reden met de cliënt en zijn omgeving in de weg. Er kan sprake zijn van een conflict van plichten (uitgangsvraag 4) en is het verstandig om te overleggen met het AMK over de te volgen gedragslijn.

Een open gesprek over vermoedens met de direct betrokkenen verdient de voorkeur. Veiligheidsoverwegingen kunnen reden zijn om het kind te verwijzen voor diagnostiek. Indien een beroepsbeoefenaar zich bevindt in een conflict van plichten of in gewetensnood verkeert, kan hij besluiten de instelling waarnaar wordt verwezen vertrouwelijk te informeren over het vermoeden van FHG.

### **Aanbevelingen**

Overweeg of het melden van een vermoeden van FHG jegens een kind gevaar voor de beroepsbeoefenaar veroorzaakt. Overleg hierover met een ervaren collega. Dergelijk gevaar kan reden zijn weloverwogen te kiezen voor anoniem melden bij het AMK.

Vraag een collega bij het gesprek aanwezig te laten zijn als getuige en voor de veiligheid indien agressief gedrag te verwachten valt. Tref zo nodig maatregelen. Overweeg om bij het gesprek met het kind videoregistratie te gebruiken.

Beroepsbeoefenaars die alleen of in klein verband werkzaam zijn doen er verstandig aan bij dreigend gevaar voor henzelf een cliënt door te verwijzen naar een instelling met ervaring met FHG. Overleg met het AMK over de mate van openheid waarmee deze verwijzing dient te gebeuren.

### **Aanbevelingen overig**

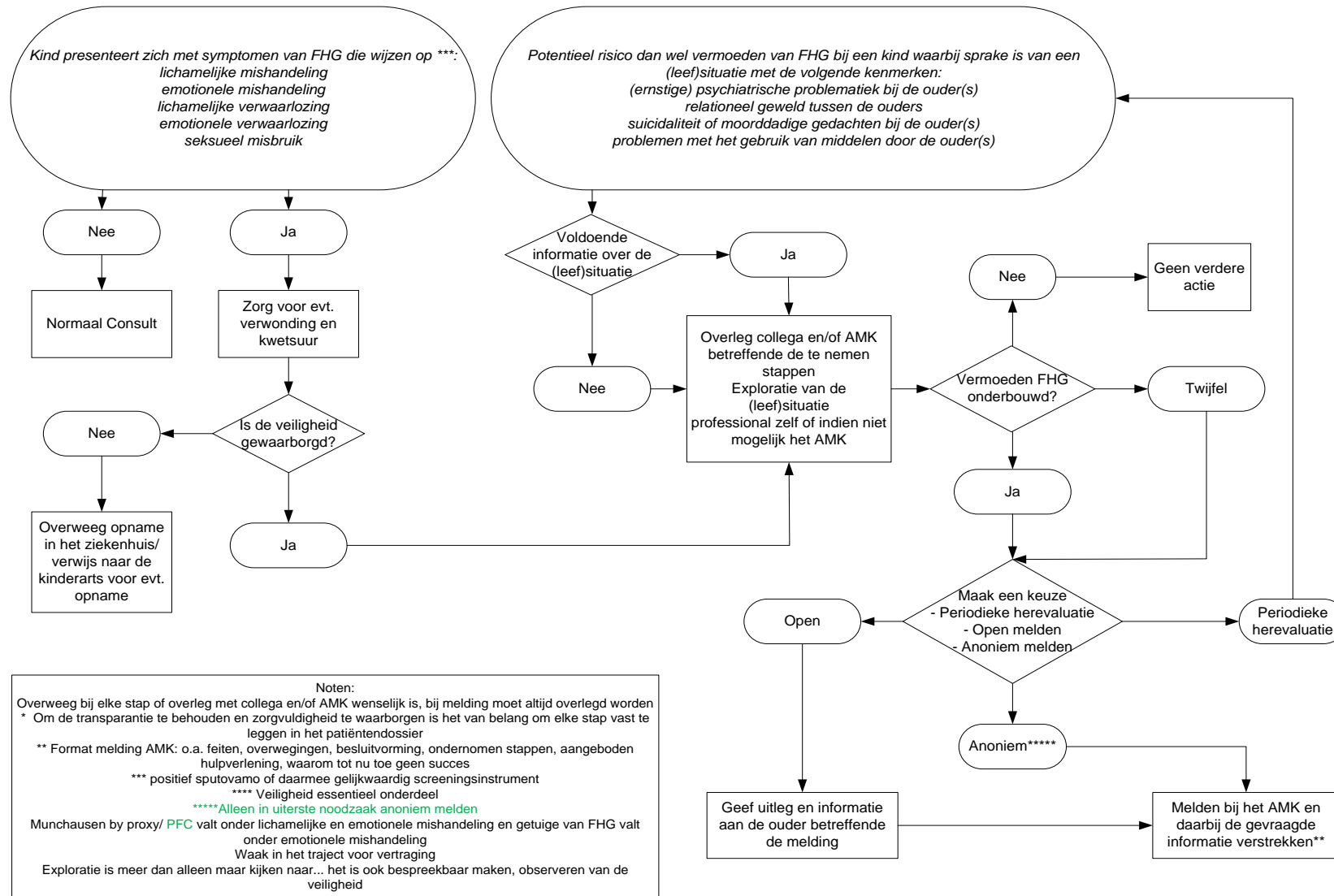
Onderzoek in de eigen instelling hoe de veiligheid van de beroepsbeoefenaars het beste kan worden geborgd, bijvoorbeeld door trainingen of een alarmsysteem.

Bied beroepsbeoefenaars die te maken krijgen met klachten, procedures, negatieve media-

aandacht, bedreiging of agressie binnen hun instelling psychologische en juridische ondersteuning aan. Bied beroepsbeoefenaars die regelmatig met FHG jegens kinderen te maken hebben psychologische begeleiding aan.

Kom tot vaste regionale afspraken over hoe te handelen bij FHG bij kinderen conform het hierna gegeven stroomschema.

## Stroomschema handelen bij familiaal huiselijk geweld bij kinderen



## HOOFDSTUK 4: DIAGNOSTIEK BIJ KINDEREN

### **Uitgangsvraag 7 Diagnostiek**

Welk onderzoek dient te worden verricht bij kinderen die zijn blootgesteld aan familiaal huiselijk geweld om gezondheidsschade en de noodzaak en aard van behandeling te kunnen vaststellen?

#### **Inleiding**

Het meemaken van FHG door een kind is een belastende gebeurtenis die tot lichamelijke en geestelijke gezondheidsschade kan leiden. De veiligheid van het kind en het voorkomen van herhaling hebben de hoogste prioriteit. Daarna is het nodig na te gaan welke schade –op korte en lange termijn- het kind heeft opgelopen en welke behandeling nodig is.

Verwerking van schokkende gebeurtenissen verloopt bij kinderen gefaseerd. In de loop der tijd vinden nieuwe inschattingen plaats van de stresserende gebeurtenissen. Toegenomen cognitieve capaciteiten en nieuwe ervaringen dragen bij aan een veranderde beleving van het gebeuren (Boer, in druk). Ook kan de schade op lange termijn het gevolg zijn van de lichamelijke veranderingen (bijvoorbeeld van de hersenen en van het immuunsysteem), die worden veroorzaakt door het meemaken van schokkende gebeurtenissen als FHG (Boer, in druk). Het gaat hierbij niet alleen om psychische problemen en stoornissen, maar ook om lichamelijke ziekten (Felitti et al., 1998). De schade op lange termijn gaat niet altijd gepaard met voortekenen. Schade kan alsnog later ontstaan, ook al brengt een onderzoek nu geen schade aan het licht.

Omdat de gevolgen van FHG voor kinderen zo uiteenlopend kunnen zijn en omdat zij zich over het gehele leven kunnen voltrekken, is de bespreking van diagnostiek oriënterend en beperkt tot de periode kort na het FHG.

#### **Samenvatting van de literatuur**

Richtlijnen en hoofdstukken in handboeken geven aanbevelingen over de manier waarop kinderen onderzocht moeten worden indien sprake is geweest van FHG. Voor FHG in de vorm van seksueel misbruik zijn deze het meest uitgewerkt. Hier volgt een beknopte samenvatting van essentiële aspecten. Zie voor verdere toelichting de betreffende richtlijnen en handboeken.

Er moet een lichamelijk onderzoek plaatsvinden door een (kinder)arts die geschoold is in het herkennen van symptomen van kindermishandeling, verwaarlozing, seksueel en ander geweld. Een bruikbaar leerboek is: *Child Abuse. Medical Diagnosis and Management* (Reece & Christian, 2009; ISBN 13-978-1-58110-298-6). Voor een gedetailleerd overzicht van dit onderzoek is een Engelse richtlijn beschikbaar (Royal College of Paediatrics and Child Health, 2008). Ook dient psychologisch en psychiatrisch onderzoek te worden gedaan. Onderzoek mag alleen uitgevoerd worden na toestemming van de beide gezagdragende ouders. Die toestemming kan niet altijd worden verkregen, bijvoorbeeld omdat een van de ouders zelf het FHG heeft gepleegd. Indien geen toestemming kan worden verkregen, moet overwogen worden de toestemming te krijgen door een (spoed)melding bij de Raad voor de Kinderbescherming en een (spoed) ondertoezichtstelling.

Het meemaken van FHG kan leiden tot een scala aan psychische problemen en stoornissen, waarvan de posttraumatische stressstoornis de bekendste is. Maar zeker zo vaak ziet men bij kinderen andere angststoornissen, depressieve stoornissen, aandachtstekortstoornissen met hyperactiviteit (ADHD), gedragsstoornissen en hechtingsstoornissen (Schoentjes, 2006). Vanaf de adolescentie worden ook middelenmisbruik en persoonlijkheidsstoornissen in ontwikkeling gezien. Dit betekent dat na meegemaakt FHG een onderzoek dient te gebeuren om psychopathologie uit te sluiten. Omdat veel van de genoemde problemen ook gevolgen kunnen hebben voor het cognitief functioneren, is het verstandig om ook een psychologisch onderzoek te doen. Zie verder Appendix P voor een toelichting op de psychopathologie.

## Conclusies

<b>Niveau 4</b>	<p>Meegemaakt FHG in de vorm van fysieke mishandeling of seksueel misbruik kan bij kinderen tot lichamelijk letsel leiden. Het onderzoek daarnaar moet uitgevoerd worden door een arts met specifieke deskundigheid op het gebied van kindermishandeling en seksueel misbruik.</p> <p><i>D Mening van experts</i></p>
-----------------	---

<b>Niveau 4</b>	<p>Meegemaakt FHG kan bij kinderen een breed scala aan psychische problemen en stoornissen veroorzaken. Daarom moet bij hen een algemeen psychiatrisch en psychologisch onderzoek gedaan worden, aangevuld met specifiek onderzoek naar posttraumatische en dissociatieve symptomen.</p> <p><i>D Mening van experts</i></p>
-----------------	---

## Overige overwegingen

Er zijn meerdere vormen van FHG. Eén richtlijn voor de diagnostiek van al die verschillende vormen kan daarom alleen de grote lijnen aangeven. De gevolgen van FHG bij kinderen zijn divers. Het is daarom noodzakelijk dat een multidisciplinair team, waaronder altijd een kinderarts, het diagnostisch onderzoek uitvoert. Aangezien in een deel van de gevallen melding bij een juridische instantie overwogen kan of moet worden, is het noodzakelijk dat beroepsbeoefenaars getraind worden in het afnemen van een interview dat voldoet aan de eisen die daaraan binnen de juridische context worden gesteld.

## Aanbevelingen

Zorg ervoor dat beroepsbeoefenaars geschoold zijn in het diagnostisch proces volgend op de constatering dat een kind slachtoffer is (geweest) van FHG.

Voer het diagnostisch onderzoek uit in een multidisciplinair team.

Naast het psychiatrisch onderzoek moet lichamelijk onderzoek integraal onderdeel zijn van de diagnostiek bij (een vermoeden van) kindermishandeling, seksueel misbruik, huiselijk geweld en andere vormen van geweld ten opzichte van een kind.

## HOOFDSTUK 5: BEHANDELING BIJ KINDEREN

### **Uitgangsvraag 8    Interventies**

Welke interventies kunnen worden aanbevolen bij familiaal huiselijk geweld jegens kinderen?

#### **Inleiding**

Elke hulpverlening aan kinderen die FHG ondergaan start met het treffen van maatregelen om de veiligheid van het kind en de verzorgende ouder te waarborgen en om te voorkomen dat het FHG zich herhaalt. Daarmee kan meestal niet worden volstaan. FHG veroorzaakt lichamelijk en psychisch letsel dat lang niet altijd vanzelf geneest nadat het FHG is gestopt. Daarom moet in de fase volgend op het in veiligheid brengen van kinderen en het stabiliseren van hun leefomgeving worden nagegaan in hoeverre sprake is van problemen of stoornissen waarvoor behandeling nodig is. Die behandeling is gericht op het kind en heeft tot doel de opgelopen schade te boven komen.

Bij de behandeling van een kind worden in de jeugd geestelijke gezondheidszorg ook de ouders/verzorgers betrokken. Dat is ook zo bij meegemaakt FHG, maar daarbij kan sprake zijn van een bijzondere situatie. Soms is de ouder zelf pleger geweest van het FHG. Dan kan de behandeling zich niet beperken tot de problemen of stoornissen van het kind, maar moet ook de ouder worden geholpen met het stoppen van de uitoefening van geweld.. Vandaar dat sommige behandelingen van FHG ook een preventieve doelstelling hebben.

Dit hoofdstuk is beperkt tot de behandeling van psychische problemen en stoornissen als gevolg van FHG bij kinderen. Voor de behandeling van lichamelijk letsel en ziekte wordt verwezen naar de medische literatuur daarover (zie bijvoorbeeld Royal College of Paediatrics and Child Health, 2008). Overeenkomstig de beschikbare literatuur bespreken wij de behandeling gegroepeerd naar het type meegemaakt FHG. De behandeling van ouders komt alleen aan de orde in het kader van de behandeling van de problematiek van het kind. De ontwikkeling van een gedifferentieerde visie op diagnostiek en behandeling van de mishandelende ouders vergt meer tijd en ruimte dan thans beschikbaar is.

#### **Samenvatting van de literatuur**

Voor het beantwoorden van de uitgangsvraag is literatuuronderzoek verricht, waarbij werd gezocht in de databases van PsycINFO, Medline, Cochrane en van de databank effectieve interventies van het NJI. Daarnaast is handmatig gezocht. Dit leverde enkele systematische reviews en meta-analyses op.

Verder werden enkele specialistische websites geraadpleegd: National Guideline Clearinghouse (<http://www.guideline.gov/>), World Health Organization (Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence, 2003; Prevention of child maltreatment, 2008), YWCA Calgary (Exploring best practices for children who witness: 2-year program evaluation report, 2005), American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC; Practice Guidelines on Child Neglect; Psychosocial evaluation of suspected sexual abuse in children; Investigative interviewing in cases of alleged child abuse).

Daarnaast werd via zoekmachines op het internet gezocht naar bestaande richtlijnen voor behandeling van kinderen, met behulp van de trefwoorden: domestic violence/partner

violence/interpersonal violence/interparental violence/spouse abuse, guidelines, treatment, counseling, child sexual abuse, physical abuse, emotional neglect/abuse, interventions, psycho-education, child(ren as) witness(es), psychotherapy.

In de afgelopen vijf jaar is veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van behandelmethoden voor mishandelde kinderen en hun gezinnen, en er verschenen verschillende publicaties. In 2004 werd *The Kauffman best practices project final report* gepubliceerd, dat als ondertitel had: *Closing the quality chasm in child abuse treatment: identifying and disseminating best practices* (Chadwick Center on Children and Families, 2004). Eveneens in 2004 verscheen *Child physical and sexual abuse: guidelines for treatment* (Saunders et al., 2004). In 2006 werd de review *Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused* (review) gepubliceerd (Macdonald et al., 2006).

In de eerste twee rapporten werden alleen psychotherapeutische (geen farmacologische of psycho-educatieve) interventies beoordeeld. Voor de beoordeling van de effectiviteit van de methode werden zes criteria gehanteerd (o.a. theoretische basis, minimaal één gerandomiseerde studie beschikbaar, algemeen geaccepteerde methode). Daarnaast moesten de methoden voldoen aan criteria met betrekking tot de overdraagbaarheid naar de reguliere klinische settings (o.a. een manual is beschikbaar, behandeling is toepasbaar voor een doorsnee beroepsbeoefenaar).

Er werden 24 behandelprotocollen voor mishandelde kinderen en/of hun gezinnen beoordeeld door een comité van deskundigen. Deze werden ingedeeld in zes categorieën.

Na een proces van steeds scherper wordende beoordelingen, bleken de volgende drie methoden gewaardeerd te kunnen worden als 'best practices':

1. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT)
2. Abuse-Focused Cognitive Behavioral Therapy (AF-CBT)
3. Parent-Child Interaction Therapy (PCIT).

Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) is een individuele, kortdurende interventie met zowel individuele sessies met het kind als gezamenlijke sessies met ouders en kind. Het is bestemd voor kinderen met gedrags- en emotionele problemen gerelateerd aan traumatische ervaringen, waarbij de problemen soms wel en soms niet voldoen aan de criteria voor een volledige posttraumatische stressstoornis. Het is een psychotherapeutisch model dat traumagerichte interventies combineert met cognitieve gedragstherapie.

TF-CBT is vooral onderzocht met betrekking tot kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt. Er zijn verschillende RCT's uitgevoerd met TF-CBT voor seksueel misbruikte kinderen, zowel bij preschoolers als bij basisschoolleerlingen, en bij 'multiply traumatized children with sexual abuse-related PTSD' (Cohen et al., 2004). De resultaten van de verschillende studies tonen dat TF-CBT effectiever is dan non-directieve speltherapie of een steunende behandeling. RCT's waarin groeps-TF-CBT wordt toegepast worden momenteel (2008) in de VS uitgevoerd.

De Nederlandse Horizon-methode, een geprotocolleerde methode voor groepstherapie aan seksueel misbruikte kinderen met een parallel (groeps)programma voor hun niet-misbruikende ouders, is gebaseerd op de principes van de TF-CBT. Het programma werd door het NJI als deels effectief beoordeeld (zie Huiskes & Plugge, 2004; Lamers-Winkelmann, 2000a en b; Lamers-Winkelmann & Bicanic, 2000a en b).



Abuse-Focused Cognitive Behavioral Therapy (AF-CBT; Kolko, 1996a en b) is een behandeling op basis van de leer- en systeemtheorie, en ontwikkelingspsychopathologie. Het bestaat uit technieken voor mishandelde kinderen, voor de mishandelende ouders en het grotere familiesysteem eromheen. Doel is dat ouders leren op adequate wijze gedrag van de kinderen te stimuleren of te straffen, en het agressieve, gewelddadige gedrag van ouders te stoppen. De behandeling duurt gemiddeld 12 tot 16 weken. Parallel vinden individuele en gezinssessies plaats en er is de mogelijkheid voor groepsbehandeling. Het is gericht op gezinnen met kinderen in de leeftijd van 6 tot 15 jaar. De methode wordt momenteel (2008) in een RCT onderzocht.

Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) is een behandelmodel waarin stap voor stap in sessies wordt gewerkt met de ouder/verzorger en het kind. De ouder leert goed in te gaan op het gedrag en de signalen van het kind door middel van een one-way-screen en support van de behandelaar via een 'oortje'. PCIT is oorspronkelijk ontwikkeld voor jonge kinderen (<7jaar) met ernstige gedragsproblemen (Oppositional Defiant Disorder (ODD) en associated behavior disorders), en is in RCT's effectief bevonden (Hood & Eyberg, 2003).

PCIT bleek eveneens geschikt voor gezinnen waarin fysieke mishandeling voorkwam. Chaffin et al. (2004) toonden in een RCT aan dat PCIT (relatief) superieur is ten opzichte van andere programma's. De recidive van fysieke kindermishandeling in de met PCIT behandelde gezinnen was lager dan die in een controlegroep, en er werd een grotere reductie in negatieve ouder-kindinteracties gemeten dan bij de controlegroep.

Doelen van de behandeling zijn: 1. verbetering van de kwaliteit van de ouder-kindrelatie; 2. afname van de gedragsproblemen van het kind; 3. toename van sociaal gedrag; 4. verbetering van de vaardigheden van de ouder, inclusief positieve discipline; en 5. afname van de stress van het ouderschap. Het model is ook toepasbaar als het kind niet meer bij de ouders woont; dan kan een groepsleider/pedagogisch medewerk(st)er, een pleegouder enz. ingezet worden. Tussen de sessies door hebben de ouders huiswerk om te oefenen met de vaardigheden. Het programma is bedoeld voor ouders met kinderen in de leeftijd van 2 tot 12 jaar en de behandelduur is 12 tot 20 weken. Na behandeling bleek bij ouders die het PCIT-programma hadden gevolgd, de recidive ten aanzien van de fysieke mishandeling significant minder te zijn dan bij de ouders die andere programma's volgden. In de PCIT-groep was tevens een afname te zien van negatieve ouder-kindinteracties en een significante afname in frequentie en intensiteit van gedragsproblemen van het kind zoals gescoord door de ouders. Na de behandeling vielen de scores in het normale gebied, terwijl die daarvoor in het klinische gebied lagen. De positieve effecten werkten ook door op de siblings van de behandelde kinderen.

Het eerste behandelprogramma voor jonge kinderen met seksuele gedragsproblemen werd geschreven door Berliner & Rawlings (1991). Het acht jaar later door Bonner et al. (1999) beschreven CBT-programma is een uitbreiding en verfijning van het oorspronkelijke. Onderzoek naar de effecten van de programma's is nog schaars. Pithers et al. (1998) vergeleken een 'relapse prevention'-programma met een 'expressive therapy'-programma en vonden dat in beide groepen kinderen verbetering in het adaptieve functioneren te constateren was. Bonner et al. (1999) en Carpentier et al. (2006) vergeleken groeps-CBT met een groepsspeltherapie en vonden dat de kinderen uit de CBT-groep (135, 5-12 jaar bij

begin behandeling) 10 jaar na beëindiging van de therapie minder seksuele gedragsproblemen vertoonden c.q. veel minder 'sex offences' pleegden dan de kinderen uit de groepsspeltherapie. Er is geen duidelijk beeld omtrent de ontwikkeling van jonge kinderen (12 jaar en jonger) met seksuele gedragsproblemen naar eventueel plegerschap in de adolescentie en de volwassenheid.

Er zijn slechts enkele RCT's gevonden naar interventies bij kinderen die getuige en/of slachtoffer zijn geweest van geweld tussen hun ouders/opvoeders. Twee RCT's hebben betrekking op individuele therapie (Lieberman et al., 2005, 2006). De Child-Parent Psychotherapy (wekelijkse sessies, moeder en kind gezamenlijk, soms apart, met een moeder- en een kindcomponent, gedurende ongeveer een jaar) van Lieberman richt zich op preschoolers (2-5 jaar) en heeft als belangrijkste doel de kind-moederrelatie te versterken om zo het trauma te verwerken. Er werd bij 6 maanden follow-up een sterkere afname van de CBCL-totaalscore gevonden bij de groep die CPP heeft gevolgd in vergelijking met een groep die 'case management met individuele psychotherapie' heeft gekregen.

In Appendix Q is uitgebreide informatie opgenomen over de afzonderlijke vormen van kindermishandeling en de daarvoor aangewezen behandelmethoden (Emotionele verwaarlozing en mishandeling, fysieke verwaarlozing, fysieke mishandeling, seksueel misbruik, geweld tussen partners, kinderen met seksuele gedragsproblemen, verwaarlozende en mishandelende ouders).

## Conclusies

<b>Niveau 2</b>	<p>In verschillende RCT's is aangetoond dat Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) voor kinderen die slachtoffer zijn geweest van seksueel misbruik, significante verbeteringen op verschillende probleemgebieden oplevert. Een recente Cochrane review noemt CBT potentieel veelbelovend, maar stelt vast dat nog onvoldoende kwalitatief goed onderzoek is verricht.</p> <p><i>A2 Cohen et al., 2004, 2005; Macdonald et al., 2006</i></p>
-----------------	--

<b>Niveau 4</b>	<p>Voor kinderen die slachtoffer zijn geweest van emotionele en/of fysieke verwaarlozing zijn geen effectieve behandelprogramma's die gericht zijn op de verwerking van de verwaarlozing.</p> <p>Het programma voor verwaarlozende ouders, het Safe Care-programma (Project 12-Ways), lijkt veelbelovend.</p> <p><i>D Lutzker, 1984; Lutzker &amp; Bigelow, 2002</i></p>
-----------------	--

<b>Niveau 1</b>	<p>Het is aangetoond dat voor ouders die hun kind(eren) fysiek mishandelen Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) een effectieve behandelmethodede is om de mishandeling te doen stoppen en de ouder-kindrelatie te verbeteren.</p> <p>Het is niet onderzocht of PCIT de problemen (c.q. eventuele PTSS-symptomen) van het mishandelde kind doet verminderen.</p> <p><i>A2 Chaffin et al., 2004; Eyberg et al., 1995; Nixon et al., 2003; Schuhmann et al., 1998</i></p>
<b>Niveau 3</b>	<p>Het lijkt waarschijnlijk dat voor ouders die hun kind(eren) fysiek mishandelen Abuse-Focused Cognitive Behavioral Therapy (AF-CBT) op onderdelen effectief is.</p> <p>Het is niet onderzocht of AF-CBT de problemen (c.q. eventuele PTSS-symptomen) van het mishandelde kind doet verminderen.</p> <p><i>B Kolko, 1996a en b</i></p>
<b>Niveau 4</b>	<p>Er zijn voor kinderen die slachtoffer zijn geweest van fysieke mishandeling geen effectieve behandelmethoden beschikbaar die gericht zijn op de verwerking van de gevolgen van de mishandeling door de <i>kinderen</i>.</p> <p><i>D Mening van de werkgroep</i></p>
<b>Niveau 4</b>	<p>Er zijn voor kinderen ouder dan vijf jaar die getuige zijn geweest van geweld tussen hun ouders/opvoeders geen effectieve behandelmethoden beschikbaar die gericht zijn op de verwerking van de gevolgen.</p> <p><i>D Mening van de werkgroep</i></p>
<b>Niveau 3</b>	<p>Het lijkt waarschijnlijk dat voor kinderen van twee tot vijf jaar die getuige zijn van FHG, en voor hun mishandelde moeders, Child-Parent Psychotherapy (CPP) effectief is ten aanzien van de afname van gedragsproblemen van het kind. De moeders lieten significant minder traumagerelateerd vermijdend gedrag zien.</p> <p><i>B Lieberman et al., 2005, 2006</i></p>
<b>Niveau 3</b>	<p>Voor kinderen met seksuele gedragsproblemen, al dan niet gelieerd aan seksueel misbruik, lijkt het CBT-(groeps)behandelprogramma van Bonner et al. effectief te zijn ten aanzien van afname van de seksuele gedragsproblemen en het plegen van 'sex offences' tien jaar na afsluiting van de behandeling.</p> <p><i>B Bonner et al., 1999</i></p>

<b>Niveau 4</b>	Er zijn aanwijzingen dat voor ouders met een hoog risico op kindermishandeling hulp in een centrum beter werkt dan hulp thuis.  <i>D Chaffin et al., 2001</i>
-----------------	---

## Overige overwegingen

### **Doelgroep van de programma's**

Met betrekking tot de (behandel)programma's voor FHG bij kinderen valt op dat vooral programma's te vinden zijn die gericht zijn op de ouders, bedoeld om te voorkomen dat de ouders in de toekomst verwaarlozen, fysiek mishandelen of andere negatieve interacties hebben met hun kinderen. Programma's gericht op de verwerking van de gevolgen van de kindermishandeling door de *kinderen* (c.q. kind-gerichte interventies) zijn vooral ontwikkeld voor seksueel misbruik en, in mindere mate, voor kinderen die geweld tussen hun ouders hebben meegemaakt. Dit is opvallend, omdat bekend is dat emotionele verwaarlozing ernstige gevolgen heeft in de adolescentie en de volwassenheid. Deze zijn vaak ernstiger dan de gevolgen van bijvoorbeeld seksueel misbruik. Belangrijk is ook dat bekend is dat er vrijwel nooit sprake is van een enkelvoudige vorm van kindermishandeling, maar van combinaties ervan (Finkelhor et al., 2004). Therapieprogramma's moeten dan ook, hoewel 'abuse-focused', aandacht besteden aan meerdere aspecten.

### **Seksueel misbruik**

Voor de behandeling van de gevolgen van *seksueel misbruik* kan gesteld worden:

- dat uit verschillende RCT's is gebleken dat Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) significant beter 'werkt' dan andere vormen van behandeling bij kinderen die te maken hebben gehad met seksueel misbruik;
- dat TF-CBT een relatief korte, en dus goedkope behandeling is;
- dat TF-CBT per definitie ook de niet-misbruikende ouder(s) in de behandeling betreft;
- dat TF-CBT een stevig, (relatief) kort en duidelijk opleidingstraject heeft;
- dat uit de klinische praktijk duidelijk is geworden dat de methode door kinderen, ouders en therapeuten als prettig ervaren wordt.

TF-CBT moet in Nederland aangeboden worden aan slachtoffers van (langdurig) seksueel misbruik. Hoewel nog in onderzoek is het aanbieden van TF-CBT in een groep een mogelijkheid. Het Nederlandse groepstherapieprogramma 'Horizon' voor kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt is deels effectief beoordeeld door het NJI (Huiskes & Plugge, 2004). Ook EMDR lijkt een effectieve behandelmethode, maar de effecten daarvan op de gevolgen van langdurig seksueel misbruik zijn nog niet aangetoond. Voor adolescenten die een aanranding of verkrachting hebben meegemaakt kan EMDR overwogen worden of het STEPS-programma dat ontwikkeld is door het Psychotraumacentrum in Utrecht (Bicanic & Kremers, 2007a, b en c).

### **Emotionele en/of fysieke verwaarlozing**

Voor kinderen die slachtoffer zijn geweest van *emotionele en/of fysieke verwaarlozing* zijn er geen effectieve behandelprogramma's gericht op de verwerking van de verwaarlozing door

de *kinderen*. Het valt te overwegen om na te gaan of therapieprogramma's die zijn ontwikkeld voor kinderen met hechtingsproblemen inzetbaar zijn voor emotioneel en/of fysiek verwaarloosde kinderen (James, 1994). Voor de *ouders* moet hulp voor de eigen (psychiatrische) problemen, verhoging van hun pedagogische vaardigheden en hulp bij het krijgen van 'basic needs' tegelijkertijd plaatsvinden om een einde te kunnen maken aan een situatie van verwaarlozing van de kinderen. Of de (vele verschillende) Nederlandse versies van Family Preservation Programs, waaronder bijvoorbeeld het Safe Care-programma (Project 12-Ways) werken, is nog onvoldoende onderzocht.

Het is belangrijk te realiseren dat de meeste programma's in de VS voor verwaarlozende ouders zijn ontwikkeld voor jonge, zwarte, alleenstaande moeders, en mogelijk niet zonder meer inzetbaar zijn in de Nederlandse situatie.

### ***Fysieke kindermishandeling***

Ook ten aanzien van *fysieke kindermishandeling* geldt dat de besproken vormen van behandeling zich vooral richten op het doen stoppen en het voorkomen van recidive van de fysieke mishandeling; de behandeling is vooral gericht op de ouders. Voor de *kinderen* zijn geen behandelmogelijkheden beschreven om de gevolgen van de fysieke kindermishandeling te verwerken. Momenteel (2008) ontwikkelen het Kinder- en Jeugdtraumacentrum Haarlem en De Waag (Centrum voor ambulante forensische psychiatrie) een programma voor gezinnen waarin fysieke mishandeling voorkomt of is voorgekomen, met parallel therapieprogramma's voor de mishandelende ouder, de niet-mishandelende ouder en het mishandelde kind (Visser et al., in voorbereiding; *Veilig-Sterk-Verder*). Het VSV-programma is gebaseerd op de uitgangspunten van de AF-CBT.

### ***Kinderen die getuige zijn van geweld tussen ouders***

Voor *kinderen die getuige zijn (geweest) van geweld tussen hun ouders* worden in de internationale literatuur verschillende, vooral psycho-educatieve programma's, beschreven. Geen van die programma's is door middel van een RCT getoetst op effectiviteit, maar de resultaten van verschillende studies zijn veelbelovend. De Vrije Universiteit Amsterdam, Faculteit der Psychologie en Pedagogiek onderzoekt het psycho-educatieve programma 'En nu Ik' met een RCT. Psycho-educatieve programma's zijn over het algemeen niet toereikend voor kinderen die in ernstige mate zijn geschaad door het geweld tussen hun ouders. Het Horizon-programma voor deze groep kinderen lijkt veelbelovend, maar is nog niet met een RCT onderzocht. Voor hele jonge kinderen (2-5 jaar) lijkt het programma van Lieberman et al. (2005, 2006) effectief te zijn. Op enkele plaatsen in Nederland (De Jutters, Den Haag; Riagg Zwolle; Riagg Amersfoort) wordt een vergelijkbaar maar korter programma aangeboden. De Universiteit van Utrecht heeft de effecten van deze kortere programma's onderzocht. (M. Wildeman, 2009, onder verantwoordelijkheid van dr. W.M. van Londen-Barentsen, Universiteit Utrecht, Faculteit Sociale Wetenschappen, Instituut voor Pedagogiek en Onderwijskunde I).

### **Aanbevelingen**

Bied aan gezinnen waarin kinderen worden verwaarloosd *naast elkaar* aan:

- hulp aan de ouders voor de eigen (psychiatrische) problemen
- hulp bij het verhogen van de pedagogische vaardigheden

- hulp bij het vervullen van de 'basic needs'.

Bij kinderen die slachtoffer zijn van seksueel misbruik kan de Nederlandse versie van Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT: Horizon-methodiek) als interventie worden toegepast.

Er kan geen specifieke interventie aangeraden worden voor kinderen die slachtoffer zijn van *emotionele verwaarlozing en emotionele mishandeling*. Minimaal kan een therapievorm worden aangeboden die zich richt op de behandeling van hechtingsproblemen.

Bied aan gezinnen, waarin fysieke mishandeling van kinderen plaatsvindt, de Nederlandse versie van de Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) of Abuse-Focused Cognitive Behavioral Therapy (AF-CBT) aan. Dit kan ook opgelegd worden binnen een strafrechtelijk kader.

Voor kinderen van twee tot vijf jaar die getuige zijn van FHG en voor hun mishandelde ouders wordt Child-Parent Psychotherapy (CPP) aangeraden.

Voor kinderen van vier tot en met zeventien jaar die getuige zijn geweest van geweld tussen hun ouders/opvoeders en die symptomen van PTSS vertonen wordt de Horizon-methodiek aangeraden.

Bied aan *alle* kinderen die getuige zijn geweest van geweld tussen hun ouders/opvoeders een preventief psycho-educatief programma aan.

### **Aanbevelingen overig**

Bevorder onderzoek naar het effect van hulp aan huis versus hulp in een instelling bij ouders met een hoog risico op kindermishandeling.

Bevorder dat de Nederlandse versies (Horizon-methode) van Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy, Abuse-Focused Cognitive Behavioral Therapy en Parent-Child Interaction Therapy in Nederland aan (RCT-)onderzoek onderworpen worden.

Draag zorg voor scholing van Nederlandse beroepsbeoefenaars in de Nederlandse versies van Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy, Abuse-Focused Cognitive Behavioral Therapy en Parent-Child Interaction Therapy.

## HOOFDSTUK 6: SIGNALEREN EN HERKENNEN BIJ VOLWASSENEN

### **Uitgangsvraag 9 Signalen**

Welke signalen zijn voor beroepsbeoefenaars binnen de preventieve en curatieve gezondheidszorg van belang voor het herkennen van familiaal huiselijk geweld?

#### **Inleiding**

Signaleren van (mogelijke) slachtoffers van FHG is complex. Het moment dat iemand onthult slachtoffer te zijn van FHG is niet af te dwingen en/of te meten. De signalen van FHG zoals deze zich in het directe patiëntencontact kunnen presenteren, zijn ingedeeld in drie groepen:

1. risicofactoren: factoren bekend uit epidemiologisch onderzoek en die de kans aangeven dat FHG zal optreden;
2. waarnemingen: tekenen van FHG die men tijdens het contact door observatie en anamnese verzamelt;
3. gevolgen van FHG.

De richtlijn bespreekt vrouwelijke slachtoffers van FHG in heteroseksuele relaties als belangrijkste groep. Ook internationale richtlijnen gaan over vrouwen in heteroseksuele relaties vanwege de hoge prevalentie in deze groep en de ernstige gevolgen voor de gezondheid (Garcia-Moreno, 2006). Maar FHG tegen mannen in hetero- en tegen mannen en vrouwen in homoseksuele relaties komt ook voor. Hierover zijn onvoldoende prevalentiecijfers bekend. Discussie bestaat over het routinematig, alle bezoekende vrouwen in gezondheidsinstellingen te bevragen over huiselijk geweld (screenen), versus doelgericht vragen bij specifieke klachten/verschijnselen (case-finding). Een systematische review over screening en de gezondheidseffecten, de veiligheid en kosteneffectiviteit, is in voorbereiding bij de Cochrane Collaboration en wordt in 2009 gepubliceerd (Taft et al.).

#### **Samenvatting van de literatuur**

Uit onderzoek (RNAO, 2005) blijkt dat naarmate vrouwen langduriger en ernstiger mishandeld zijn geweest, de impact ervan groter is op hun lichamelijke en geestelijke gezondheid. Ook blijkt dat verschillende vormen en meerdere episodes van mishandeling in de tijd cumulatief zijn. Met name vrouwen hebben diverse lichamelijke en psychische klachten wanneer zij eenmaal geweld hebben ervaren. Mishandelde vrouwen hebben meer lichamelijke en chronische klachten, maken vaker gebruik van het gezondheidssysteem, zijn vaker depressief en/of angstig, hebben een laag zelfbeeld en doen vaker een poging tot zelfmoord. Ook zijn er vaker zwangerschapperelateerde complicaties. Er is geen causaal verband gevonden tussen geweld en gezondheid. Er zijn wél sterke vermoedens dat een verband bestaat.

Belangrijke richtlijnen die aanwijzingen geven voor signalen zijn:

- De Amerikaanse ICSI (Institute for Clinical Systems Improvement) *Health Care Guideline Domestic Violence 2006* bespreekt signalen voor FHG en geeft aanbevelingen voor scholing in FHG, bespreking van en handelen bij FHG.

- De Amerikaanse FVPF (Family Violence Prevention Fund) *National Concensus Guidelines on identifying and responding to domestic violence in health care settings 2004* geeft aanbevelingen voor signaleren, bespreken en handelen bij FHG.
- Met De *Canadese Guideline* (RNAO, 2005) is FHG in de dagelijkse routine op de SEH opgenomen en kan FHG beter bespreekbaar worden gemaakt.

### Mogelijke signalen voor FHG bij pleger en slachtoffer

- Het tijdsverschil tussen het ontstaan van het letsel en het zoeken naar hulp
- Letsels die niet kloppen met het verhaal, inconsistentie in het verhaal
- Overbezorgde partner
- Partner antwoordt voor patiënt, maakt afspraken en ziet erop toe dat patiënt niet alleen gezien wordt
- Herhaalde bezoeken bij huisarts/SEH i.v.m. lichamelijke klachten
- Uitstellen of afzeggen van (herhalings)afspraken
- Het hebben van oude letsels of letsels in diverse stadia van genezing
- Slechte medische verzorging
- Onder invloed van alcohol of drugs op het consult verschijnen
- Geen oppas kunnen regelen.

In landen waar veel onderzoek verricht is naar FHG, is uitgaande van de richtlijn om te screenen uitsluitend gekeken naar redenen om niet te screenen of geweld bespreekbaar te maken. De gevonden studies betreffen voornamelijk volwassen vrouwen. Over mannelijke slachtoffers van FHG werden geen studies gevonden. De geselecteerde studies (16) gaan over gezondheidsproblemen, verwondingen en zorggebruik gerelateerd aan FHG. De literatuurselectie geschiedde op basis van de methode: aantallen patiënten en de doelstelling een verband te leggen tussen FHG en gezondheidsproblemen. Zie Appendix Q voor uitgebreide toelichting op de 16 studies.

### Conclusies

<b>Niveau 1</b>	<p>Er zijn sterke aanwijzingen dat zwangere vrouwen veel te maken hebben met fysiek geweld tijdens de zwangerschap; dat partnergeweld gepaard gaat met toename van verwondingen, zwangerschapscomplicaties, ongewenste zwangerschap, roken, alcohol en middelenmisbruik, SOA, gynaecologische problemen, slechte ervaren gezondheid, pijnklachten, chronische klachten, depressie en handicaps.</p> <p>A1     <i>Gazmararian et al., 1996; Plichta, 2004</i></p>
<b>Niveau 3</b>	<p>Er zijn aanwijzingen dat recent partnergeweld geassocieerd wordt met een leefsituatie als alleenstaand en gescheiden, lage sociaaleconomische status, middelenmisbruik, specifieke psychische en fysieke symptomen.</p> <p>A2     <i>McCauley et al., 1995</i></p>



<b>Niveau 3</b>	<p>Er zijn aanwijzingen dat vrouwen die hulp zoeken op de spoedeisende hulp in meer dan een derde van de gevallen te maken heeft met partnergeweld. De klachten variëren van acute verwondingen en zwangerschapscomplicaties tot stressgerelateerde aandoeningen.</p> <p>Er zijn aanwijzingen dat letsels veroorzaakt door FHG een herkenbaar patroon hebben door de veelheid van verwondingen, de zichtbaarheid en voorkeurslocaties.</p> <p><i>B Guth &amp; Pachter, 2000</i>  <i>C Reijnders et al., 2006</i></p>
-----------------	--

<b>Niveau 4</b>	<p>Er zijn aanwijzingen dat naarmate vrouwen langduriger en ernstiger mishandeld zijn geweest, de impact ervan groter is op hun lichamelijke en geestelijke gezondheid.</p> <p><i>D RNAO, 2005</i></p>
-----------------	--

<b>Niveau 4</b>	<p>De experts menen dat er sterke vermoedens zijn voor een causaal verband tussen FHG en gezondheidsproblemen.</p> <p><i>D Family Violence Prevention Fund's National Health Resource Center on Domestic Violence, 2004; Victoria Dep. Health, The health costs of violence. Measuring the burden of disease caused by intimate partner violence. Australië, 2004; ICSI, 2006</i></p>
-----------------	---

<b>Niveau 2</b>	Er zijn aanwijzingen dat partnergeweld 9% van de ziektelast veroorzaakt bij vrouwen onder de 45 jaar. Het is vastgesteld dat partnergeweld de belangrijkste oorzaak van dood, invaliditeit en ziekte is bij vrouwen van 15-44 jaar.
	Er zijn aanwijzingen dat mishandelde vrouwen meer gynaecologische, neurologische en stressgerelateerde problemen hebben.
	Er zijn aanwijzingen dat vrouwen die mishandeling meemaken meer kans hebben op meerdere ernstige emotionele en fysieke gezondheidsproblemen.
	Er zijn aanwijzingen dat partnergeweld sterk geassocieerd is met uiteenlopende fysieke en mentale gezondheidsklachten bij vrouwen.
	Er zijn aanwijzingen dat depressie bij vrouwelijke patiënten in de huisartspraktijk geassocieerd is met FHG.
	Er zijn aanwijzingen dat vrouwen die te maken hebben met partnergeweld, veel vaker de huisarts bezoeken en drie tot zeven keer meer pijnstillers en/of tranquillizer en antidepressiva krijgen voorgeschreven dan de gemiddelde vrouwelijke patiënt in de huisartspraktijk.
	Er zijn aanwijzingen dat mishandeling als kind onafhankelijk geassocieerd is met FHG op de volwassen leeftijd.
	<i>A2 Coid et al., 2001; Vos et al., 2006</i>
	<i>B Hathaway et al., 2000; Campbell et al., 2002; Fanslow &amp; Robinson, 2004; Hegarty et al., 2004; Lo Fo Wong, 2006/2007.</i>

<b>Niveau 4</b>	Deskundigen constateren dat er geen specifieke signalen bestaan voor FHG bij volwassenen. Wel zijn er omstandigheden die aanwijzing kunnen zijn voor FHG, bijvoorbeeld de aard van het letsel en de wijze van het hulpzoekgedrag.
	<i>D Meningen van experts</i>

### **Samenvattende conclusie**

Uit de besproken onderzoeken kan geconcludeerd worden dat familiaal/partnergeweld ernstige consequenties heeft voor de gezondheid. Artsen/beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg dienen alert te zijn op de mogelijkheid van familiaal/partnergeweld bij patiënten/cliënten met: veelvuldige onverklaarbare klachten (fysieke en/of psychische), dubieuze verklaringen bij traumata, multipale verwondingen, zwangerschap, complicaties in de zwangerschap, relatieproblemen, middelenmisbruik en daarbij niet of slecht reageren op de gebruikelijke behandeling.

## Overige overwegingen

Er zijn studies over geweld in de jeugd en de gevolgen, gezondheidsklachten en aandoeningen op volwassen leeftijd. Epidemiologisch onderzoek toont geen oorzakelijk verband aan tussen ervaren geweld, aandoeningen en klachtenpatroon. Het gaat om associaties tussen geweld en gezondheidsklachten/problemen waarmee de zwaarste bewijslast die mogelijk is, wordt vastgesteld.

Vanuit de praktijk is bekend dat er subtiele aanwijzingen zijn voor de beroepsbeoefenaar om te denken aan mishandeling, of het nu gaat om mishandeling door partner, ex-partner, vriend of bekende. Vaak gaat de beroepsbeoefenaar te werk vanuit zijn gevoel van 'pluis, niet-pluis', zonder dat daar enige evidentie voor te vinden is. Zij maken een inschatting van allerlei risicofactoren, waarnemingen en gevolgen van FHG die hen alert maken.

Kennis van de signalen van FHG helpt om de kans op FHG goed in te schatten. Een registratieformulier (Appendix H) kan gebruikt worden om de lokalisatie van het letsel aan te geven. Wel moet de beroepsbeoefenaar de risicofactoren wegen. Hiervoor telt hij de risicofactoren op. Hoe meer risicofactoren, hoe sterker het signaal. Hieronder wordt een aantal risicofactoren, waarnemingen en gevolgen opgesomd. Deze opsomming is niet uitputtend maar geeft aan hoe divers de signalen kunnen zijn. Kennis over de signalen, risicofactoren en gevolgen van geweld op de gezondheid, kan leiden tot een vermoeden.

### Mogelijke risicofactoren bij pleger en slachtoffer

- alcohol/drugmisbruik
- psychiatrische aandoening
- geestelijke/lichamelijke handicap
- pleger/getuige/slachtoffer zijn geweest van geweld
- crimineel verleden
- specifieke omstandigheden:
  - dreiging met geweld
  - verminking
  - dodelijk ongeluk of ongeluk met letsel tot gevolg
  - afpersing
  - chantage
  - schuldbinding of afkopen
  - geen beschikking hebben over eigen geld of bezittingen
  - garantstelling of op naamstelling van bezittingen
  - onredelijke hoge afdracht van inkomsten
  - vrijheidsbeperking en sociale isolatie
  - gedwongen huwelijk
  - (dreiging met) verstoting of echtscheiding
  - geïsoleerd leefpatroon (sociaal isolement)
  - (dreigen met) afpakken van kinderen
  - partner met lager opleidingsniveau, werkeloosheid en alcohol/druggebruik
  - mishandeling van huisdieren

Onderstaande overzichten geven de *gevolgen* van geweld: lichamelijk, seksueel, psychisch (RNAO, 2005; GGD Rotterdam-Rijnmond, 2007)

### Gevolgen van geweld op de gezondheid: lichamelijk

- fracturen: pols, ribben, ringvinger, kaak, sleutelbeen, jukbeen
- blauwe plekken: bilateraal of multiple contusies aan armen, benen, billen, borst(en), buik, hoofd, ogen, lippen, wangen, nek, rug
- ontwrichtingen: schouder, kaak, vingers, elleboog
- brandwonden: sigaretverbrandingen, heet water, verbrandingen door kachel, verwarmingsplaat, kookplaat, fornuis, zuren
- snij- en steekwonden over gehele lichaam
- ontvellingen: door schuren, wrijving; krassen met nagels of gaatjes door nagels, ring afdrukken, ingescheurde mondhoeken
- bijt-wonden: veelal aan borsten en op andere seksuele plaatsen, armen, benen, hals
- laceraties: over benige gebieden van de huid, interne verscheuring
- contusie haarden, schedelfracturen (shaken adult syndrom)
- verstuikingen
- geperforeerd trommelvlies, gehoorstoornissen
- verlies van tanden of stukjes van tanden
- haaruitval/verlies
- inwendige letsels
- chronische buikklachten
- chronische rug-, nek- en spierpijnen
- chronische hoofdpijn
- chronische heup- of knieklachten
- hypertensie
- palpitations (hartkloppingen)
- littekens en littekenvorming
- retina loslating
- schotwonden
- hyperventilatie
- middelenmisbruik
- ondervoeding of onthouden van voeding
- vervuiling of verwaarlozing
- onthouden van eigen medicatie, overdosering met eigen medicatie
- toedienen van medicatie van derden

### **Gevolgen van geweld op de gezondheid: seksueel**

- seksueel overdraagbare aandoeningen, HIV
- abortussen
- chronische pijn in het bekken, chronische genitale pijn, vaginisme
- chronische vaginale- of urineweginfecties
- blauwe plekken of scheurtjes aan vagina of anus
- genitale beschadiging of verminking
- frequente/ongewenste zwangerschappen (wanneer gecontraïndiceerd)
- menstratiestoornissen
- vroege hysterectomie
- promiscue gedrag.
- onvruchtbaarheid

### **Gevolgen van geweld op de gezondheid: psychologisch en psychiatrisch**

- laag zelfbeeld, weinig eigenwaarde
- zelfbeschadigend gedrag
- moeite hebben in het vormen en onderhouden van een gezonde relatie
- disfunctionerend ouderschap
- acute angstaanvallen
- frequente huilbuien
- onbegrensd gedrag
- angst voor seksuele intimiteit
- passiviteit
- ontwijkend gedrag
- vlakke emoties
- het niet willen communiceren
- ongewone of overdreven angstreacties
- extreem hoge alertheid (waakzaamheid)
- chronische stress
- ongewone of snelle woedereacties
- slapeloosheid/slaapstoornissen/nachtmerries
- flashbacks
- fobieën
- geheugen- en concentratiestoornissen
- depressieve kenmerken
- suïcidaliteit en suïcidale ideeën
- dissociatieve kenmerken
- depersonalisatie kenmerken
- eetstoornissen
- posttraumatische stressstoornis
- aanpassingsstoornis met depressieve kenmerken
- obsessief compulsieve stoornis

### **Aanbeveling**

Zorg ervoor dat beroepsbeoefenaren kennis hebben van aanwijzingen (signalen, risicofactoren, gevolgen) voor FHG jegens volwassenen. Deze aanwijzingen worden gevonden in de omstandigheden. Specifieke signalen, risicofactoren en gevolgen van FHG jegens volwassenen ontbreken.

### **Uitgangsvraag 10 Signaleringsinstrumenten**

Welke signaleringsinstrumenten zijn bruikbaar bij het herkennen van familiaal huiselijk geweld en is het mogelijk om tot een nadere aanbeveling te komen?

#### **Inleiding**

Deze vraag handelt over de beschikbaarheid en de bruikbaarheid van signaleringsinstrumenten voor het ontdekken van FHG in de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg. Een gestructureerd diagnostisch instrument om de aanwezigheid van FHG vast te stellen is, op basis van het beschikbare wetenschappelijk onderzoek, qua betrouwbaarheid en validiteit superieur aan de ongestructureerde werkwijze (Grove & Meehl, 1996; Hilterman & Gresnigt, 2003). Men moet deze instrumenten wel onderscheiden van de zogenaamde risicotaxatie-instrumenten (zie hiervoor uitgangsvragen 14 en 19).

Signaleringsinstrumenten zijn relevant voor de preventieve en curatieve gezondheidszorg. Denk aan de eerstehulpafdeling van een algemeen ziekenhuis, waar slachtoffers van FHG aan kunnen kloppen met verwondingen zonder uit zichzelf te vermelden dat de verwondingen het gevolg zijn van FHG, of aan de huisartspraktijk, waar patiënten zich melden met onverklaarbare pijnklachten zonder uit zichzelf het geweld te melden.

### **Screening, signalering, diagnostisch instrument**

**Screening:** opsporen van een ziekte in een populatie. Dit betreft secundaire preventie en is bedoeld om door vroege herkenning met een behandeling de gevolgen te beperken of te genezen. FHG-screening is bedoeld om slachtoffers van verborgen mishandeling op te sporen en interventies aan te bieden om het geweld te beëindigen. Screeningsinstrumenten zijn korte vragenlijsten die afgenomen worden bij iedereen bij jaarlijkse check-up's, kennismakingsgesprekken of bij elk SEH-bezoek. De acceptatie door patiënten is goed indien uitleg voorafgaat. De sensitiviteit is slecht (50%), de specificiteit is hoog (>95%). FHG-screening voldoet niet aan het normatieve kader dat de Gezondheidsraad voor screening heeft ontwikkeld en gebaseerd is op de Wilson en Jungner criteria (Gezondheidsraad, 2008)

**Signalering:** herkennen van symptomen van FHG bij letsel, complex van aandoeningen, hulpvragen en communicatiepatronen die samenhangen met een verhoogde kans op mishandeling. De communicatie van het slachtoffer is veelal gericht op het verborgen houden van het geweld. Signalering gevolgd door bespreekbaar maken biedt slachtoffers van FHG de gelegenheid om te vertellen over het ervaren geweld en om interventies voor het stoppen ervan te accepteren.

**Diagnostisch instrument:** een set van vragen bedoeld om de beroepsbeoefenaar een handvat te bieden bij het bespreekbaar maken van FHG en te achterhalen of er sprake is van mishandeling. Wanneer gesproken wordt over een signaleringsinstrument wordt in feite een diagnostisch instrument bedoeld. De meeste vragen komen uit screeningsinstrumenten of zijn modificaties daarvan. De termen zijn inwisselbaar.

### **Samenvatting van de literatuur**

De systematische search in PubMed naar detectie c.q. signalering van huiselijk geweld resulteerde in 131 publicaties. Er is gezocht op de volgende termen: screening tool, domestic violence, intimate partner abuse/violence. De publicaties werden bekeken op relevantie voor de onderzoeksvraag naar signaleringsinstrumenten voor FHG. Het selectie criterium voor de publicaties was dat zij betrekking moesten hebben op een screener voor FHG. Twaalf publicaties over screeningsinstrumenten voor FHG werden geselecteerd. Tevens werd gebruikgemaakt van een drietal richtlijnen (ICSI, 2004; RNAO, 2005; Guidelines for Primary Care Physicians, 2006). Zie Appendix Q voor een uitgebreide toelichting op de studies.

### **Conclusies**

<b>Niveau 1</b>	<p>Het is aangetoond dat het gebruik van screeningsinstrumenten leidt tot het ontdekken van meer gevallen van FHG. Het is echter nog niet duidelijk op welke wijze de instrumenten het beste kunnen worden toegepast.</p> <p>A1     <i>Nelson et al., 2004, MacMillan et al., 2006</i>  D        <i>Waltermauer, 2005</i></p>
-----------------	---

<b>Niveau 2</b>	<p>Het is aannemelijk dat een aantal signaleringsinstrumenten (de HITS, de PVS, de WAST en de AAS) een redelijke interne consistentie en specificiteit bezitten. Een zwak punt is dat de sensitiviteit matig is (&lt; dan 50%).</p> <p>A2     <i>Nelson et al., 2004</i></p>
-----------------	--

### Overige overwegingen

Er is een aantal (meestal Engelstalige) signaleringsinstrumenten ontwikkeld en onderzocht, waarvan bij een aantal (HITS, PVS, WAST en AAS) de sensitiviteit en specificiteit (meestal voor een Engelstalige populatie) is onderzocht. Door hun lage sensitiviteit zijn ze als screeningsinstrument niet optimaal. Daarmee zijn ze niet gelijk onbruikbaar voor de praktijk. Er wordt nog veel valideringsonderzoek in de diverse settings, taalgebieden en culturen uitgevoerd. De signaleringsinstrumenten zijn soms ontwikkeld op basis van de empirische kennis van de risicofactoren; zij berusten vaak ook op klinische ervaring. Een instrument als de HITS (acroniem afgeleid uit de beginletters van Hurts, Insults, Threats, Screams) is een vertaling in vier items van de vraag die ook de clinicus zou kunnen stellen: 'How often does your partner: physically hurt you, insult you or talk you down, threaten you with harm and scream or curse at you?' Men scoort voor elk van de vier items die positief beantwoord worden 5 punten. Tien of meer punten wordt als positief gescoord. Uit een onderzoek van Sherin et al. (1998) blijkt namelijk dat een score van 10,5 in een huisartspraktijk 91% van de 'gewone' patiënten (geen slachtoffers) en 96% van de slachtoffers van FHG correct signaleert. Een signaleringsinstrument in de dagelijkse praktijk kan een belangrijk hulpmiddel zijn, als het ingebed is in een praktijk gericht op het vroeg onderkennen van FHG en als het systematisch gebruikt wordt. Als het gehanteerd wordt door een beroepsbeoefenaar die de juiste attitude en gespreksvaardigheden (door opleiding en training) heeft ontwikkeld, kan het helpen het gesprek over FHG te beginnen en te structureren. Het is belangrijk om systematiek in de signalering van de beroepsbeoefenaar aan te brengen. Op verwante terreinen is gebleken dat als de risicotaxatie op gestructureerde wijze wordt verricht, dit superieur is aan een ongestructureerde werkwijze waarin de klinische intuïtie leidend is.

### Aanbevelingen

Systematische gebruik van signaleringsinstrumenten voor het vroegtijdig opsporen van FHG is zinvol en kan het klinisch oordeel ondersteunen. Op dit moment zijn er in Nederland nog geen betrouwbare en gevalideerde instrumenten. Ontwikkeling en validering van signaleringsinstrumenten voor de Nederlandse situatie is noodzakelijk.

### Aanbevelingen overig

Zorg voor training in het adequaat gebruiken van signaleringsinstrumenten voor FHG en voor kennisoverdracht inzake mogelijkheden en beperkingen van de instrumenten.

## HOOFDSTUK 7: BESPREKEN BIJ VOLWASSENEN

### **Uitgangsvraag 11 Criteria om bespreekbaar maken**

Welke criteria zijn redenen om familiaal huiselijk geweld bespreekbaar te maken met het slachtoffer en de pleger?

### **Criteria om geweld bespreekbaar te maken met slachtoffers**

#### **Inleiding**

In de gezondheidszorg is niet onderzocht welke *criteria* voldoende reden zijn om FHG bespreekbaar te maken. Criteria om het vermoeden van FHG bespreekbaar te maken met slachtoffers vloeien voort uit de signalen van FHG en risicofactoren in het systeem van de betrokkenen (echtpaar, gezin, familie). Bij de beantwoording van uitgangsvraag 9 zijn de signalen van FHG weergegeven. Deze uitgangsvraag richt zich vooral op de signalen die het vermoeden op het bestaan van FHG rechtvaardigen en waarbij het noodzakelijk is om dit vermoeden bespreekbaar te maken.

Als er enig signaal van geweld is, met of zonder risicofactoren, moet de beroepsbeoefenaar er rekening mee houden dat dit het 'topje van de ijsberg' kan zijn en het vermoeden verifiëren. Valkuil voor beroepsbeoefenaars is dat zij niet snel FHG vermoeden bij personen uit hun eigen beroepsgroep en/of sociale klasse. FHG wordt zelden spontaan gebracht. Bekend is dat slachtoffer en pleger zich schamen voor en/of schuldig voelen over het geweld.

Criteria om andere typen van FHG te herkennen (door kinderen jegens ouders, door schoonouders, door mantelzorgers jegens ouderen en chronisch zieken en geweld jegens mantelzorgers) zijn dezelfde als bij de meest voorkomende vorm (partnergeweld).

Het bespreken van het geweld dient primair om de patiënt/cliënt te stimuleren openheid over het geweld te geven en zo te beginnen met het verbeteren van de situatie. Het openlijk bespreken van geweld met een beroepsbeoefenaar kan een doorbraak betekenen in het omgaan met het geweld.

Aanwijzingen en signalen komen voort uit het type klachten, de klinische presentatie, het type hulpvragen, de wijze van communiceren en kennis van de context en achtergrond van de patiënt/cliënt.

In landen waar sinds eind jaren tachtig systematisch onderzoek gedaan wordt naar met name partnergeweld (VS, Canada) zijn richtlijnen ontstaan die het systematisch screenen van alle vrouwelijke patiënten/cliënten op dit type geweld aanbevelen. De belangrijkste redenen voor screening zijn de hoge prevalentie onder de bevolking en de langdurige schade voor de gezondheid (psychisch en lichamelijk). De preventie van intergenerationele overdracht bij kinderen die getuige zijn van geweld tussen hun ouders, is ook een belangrijk argument voor screening.



## Conclusies

<b>Niveau 4</b>	De literatuur geeft <i>geen</i> aanknopingspunten voor het benoemen van criteria om het vermoeden van FHG te bespreken. Het enige dat beschikbaar is, zijn de reeds genoemde signalen, risicofactoren en gevolgen (uitgangsvraag 9).  <i>D</i> <i>Mening van de werkgroep</i>
<b>Niveau 4</b>	Er zijn aanwijzingen dat routinematig screenen op FHG in de tweede- en derdelijnszorg meerwaarde heeft.  <i>D</i> <i>RNAO, 2005; Family Violence Prevention Fund, 1999</i>

## Overige overwegingen

Uit onderzoek onder patiënten blijkt dat 85% van de vrouwen waardeert dat beroepsbeoefenaars vragen naar ervaren geweld. Het is dus wenselijk om minder terughoudend te zijn met het vragen naar geweld. De vraag doorbreekt een taboe en helpt patiënten over de drempel om te praten over het ervaren geweld. Als er voldoende aanwijzingen zijn voor een vermoeden op FHG is het belangrijk om over te gaan op het bespreekbaar maken (Brown et al., 2000; Chang et al., 2005; Hamberg et al., 1999; Hamberger et al., 1998; Hegarty, 2001). Dit wordt ook bevestigd in de documentatie over het patiëntenperspectief dat is aangeleverd door Movisie.

Uit onderzoek onder beroepsbeoefenaars is bekend dat zij een geringe bereidheid hebben om actief te vragen naar FHG. Vrees om de patiënt/cliënt te beledigen en daarmee de behandelrelatie op het spel te zetten en niet goed raad weten met het probleem, zijn redenen die vaak genoemd worden. Onbekendheid met de mate waarin geweld in relaties voorkomt en het niet kennen van de mogelijkheden om het geweld te doen stoppen spelen mee (Sugg & Inui, 1992; Brown et al., 1993; Easteal & Easteal, 1992; Saunders & Kindy, 1993; Cohen et al., 1997).

Kwantitatieve studies maakten gebruik van vragenlijsten en kwalitatieve studies van focusgroepgesprekken. Alle studies hadden als centrale thema: belemmeringen in het bespreken van partnergeweld met patiënten. Angst om 'de doos van Pandora' te openen, angst om de patiënt/cliënt te beledigen, twijfel over het nut van het bespreken en zich machteloos voelen over de aanpak van het probleem zijn de belangrijkste belemmeringen. Uit een systematische review van kwantitatieve studies naar de effectiviteit en acceptatie van screening van vrouwelijke patiënten door beroepsbeoefenaars, blijkt dat de baseline herkenning op 0-3% ligt (Ramsay et al., 2002).

Er zijn belangrijke seksegerelateerde verschillen tussen beroepsbeoefenaars over de mate waarin zij bereid zijn actief te vragen en te handelen bij een vermoeden op partnergeweld. In de survey van Rose & Saunders (1986) en het focusgroeponderzoek van Lo Fo Wong et al. (2006) blijken vrouwelijke artsen en verpleegkundigen vaker actief te vragen naar partnergeweld, wordt er actiever gehandeld bij een vermoeden en worden meer patiënten geïdentificeerd.

Het bespreken van signalen en het vragen naar de mogelijkheid van FHG als oorzaak en achtergrond van de klachten/symptomen dient zorgvuldig te gebeuren. Daarnaast is het van belang om bij het kennismakingsconsult van nieuwe patiënten bij huisartsen en verloskundigen te vragen naar mogelijke ervaringen met FHG. Dit draagt bij aan het normaal worden van de bespreking van FHG.

Zijn er signalen van FHG, dan wordt het bespreekbaar maken aanbevolen. Uit studies onder slachtoffers is bekend dat zij vaker signalen geven om de beroepsbeoefenaar op het spoor te brengen, maar verder afwachten tot er vragen komen (Chang et al., 2005; Hamberg et al., 1999; Hegarty 2001). Een signaal kan zijn dat iemand aangeeft slaapmedicatie nodig te hebben om 'het' vol te houden.

Experts bevelen aan om het exploreren van signalen en het bespreekbaar maken van FHG bij voorkeur te doen als de persoon alleen in de spreekkamer is, zonder kinderen en/of partner. Met name op de Spoedeisende Hulp (SEH) van ziekenhuizen en bij verloskundige controles is dit soort privacy vaak moeilijk te organiseren vanwege begeleidende partners of omdat de scheiding van andere bezoekers van de SEH minimaal is.

Bij geconstateerd FHG adviseren zij bij de cliënt door te vragen naar mishandeling van de kinderen in het systeem (Zink, 2000). Kinderen spelen geregeld een doorslaggevende rol in het onthullen van geweld in de relatie (Zink et al., 2004).

Het bespreken vraagt tijd en het is belangrijk om er in de planning rekening mee te houden. Indien de situatie het toelaat (geen gevaardreiging), is het in de meeste settings binnen de gezondheidszorg mogelijk om een patiënt/cliënt op een later tijdstip terug te laten komen. Op de SEH is dit niet mogelijk. Er dient voldoende tijd gereserveerd te worden voor deze consulten/gesprekken. De benodigde tijd is afhankelijk van wat er per discipline gebruikelijk is voor complexe problematiek.

Uit kwalitatief onderzoek van Zink (2000) onder huisartsen, kinderartsen en FHG experts blijkt dat er geen overeenstemming is of vrouwen nu wel of niet gescreend moeten worden op FHG waar hun kinderen (ouder dan twee à drie jaar) bij aanwezig zijn. De meerderheid vindt algemene vragen nog wel mogelijk, als het doorvragen naar FHG maar alleen plaatsvindt. Kinderen kunnen gevaar lopen omdat zij thuis onder druk gezet kunnen worden om te vertellen wat er besproken is met hun moeder. Dit is een belangrijk knelpunt. Er is onderzoek nodig om de juiste wijze van vragen te vinden bij vrouwen die met kinderen op het spreekuur komen.

### **Aanbevelingen**

Maak vragen naar FHG bij het kennismakingsconsult (huisarts, verloskundige, gynaecoloog, in de GGZ) onderdeel van de routine. Vraag bij signalen zonder terughoudendheid naar ervaringen met FHG.

De volgende zaken zijn redenen om FHG bespreekbaar te maken met het slachtoffer en/of de pleger:

- het opvallend veel vaker dan gemiddeld contact hebben met een beroepsbeoefenaar
- psychische klachten zoals depressie, angst/paniekaanvallen, slaapproblemen, gedachten aan of pogingen tot suïcide
- herhaaldelijk voorschrift en/of chronisch gebruik van tranquillizers en antidepressiva

- het voorkomen van recidiverende onverklaarbare pijnklachten en meer dan gemiddeld voorschrift of chronisch gebruik van pijnstillers en het niet reageren op de gebruikelijke behandeling
- regelmatig hulp zoeken bij trauma of verwondingen met een dubieuze verklaring, of laat hulp zoeken hiervoor
- multipele (zichtbare) verwondingen
- bij de intake en tijdens de periode van zwangerschap
- bij zwangerschapscomplicaties met onbekende oorzaak
- langere tijd ziek of arbeidsongeschikt (geen vaste periode aan te geven)
- hulp zoeken bij relatieproblemen; in echtscheiding zijn of recent gescheiden
- seksueel misbruik, verwaarlozing en mishandeling als kind
- somatoforme dissociatie, borderlinepersoonlijkheidsstoornis
- problematisch alcoholgebruik, drugsmisbruik of -afhankelijkheid van cliënt, partner of een ander gezinslid.

Bespreek het vermoeden van FHG niet in aanwezigheid van kinderen.

### Criteria om geweld bespreekbaar te maken met plegers

Bespreekbaar maken van FHG met de pleger is in de praktijk essentieel. In de literatuur is hier weinig aandacht voor.

### Samenvatting van de literatuur

Studies over plegers van FHG gaan vooral over mannelijke plegers. De meeste studies onderzoeken achtergronden van geweldplegers om tot typering van plegers te komen. Onderzoek in de zorg waarin het bespreken van geweld met plegers centraal staat, ontbreekt vrijwel geheel. Uit de search kwamen vooral studies naar voren die psychologische kenmerken (typologie) van plegers van geweld onderzochten in vergelijking met niet-plegers. Het bespreekbaar maken van een vermoeden van FHG met een mogelijke pleger, gebeurt bij voorkeur als er signalen zijn. Het is niet mogelijk om op basis van onderzoek zekerheid te geven welke signalen dit zijn. Over het screenen van alle patiënten/cliënten naar het plegen van FHG zijn geen studies gevonden. Zie Appendix Q voor een toelichting op de gevonden studies.

### Conclusies

<b>Niveau 1</b>	Er is een verband aangetoond tussen het plegen van FHG en problematisch alcoholgebruik. De sterkte van dat verband is niet duidelijk.  <i>A1 Gil-Gonzalez et al., 2006</i>
-----------------	--

<b>Niveau 3</b>	Het lijkt waarschijnlijk dat mannelijke plegers van geweld vaker slachtoffer zijn van seksueel geweld in hun jeugd dan niet-plegers.  <i>C Glasser et al., 2001</i>
-----------------	---

## Overige overwegingen

Het ontbreken van gevalideerde methoden om in de gezondheidszorg geweldplegers te herkennen en dit geweld bespreekbaar te maken, maakt het zoeken naar handvatten voor beroepsbeoefenaars noodzakelijk. Criteria om geweld met een mogelijke pleger te bespreken zijn vooral gebaseerd op opinies van experts.

Het is niet onomstotelijk bewezen dat overmatig alcoholgebruik een *sterk* verband heeft met het plegen van geweld. Uit observationele studies onder slachtoffers blijkt dat familiaal- en partnergeweld vaak gepaard gaat met alcoholmisbruik. Psychiatrische problematiek wordt ook genoemd in de typologieën van geweldplegers. Denk aan borderlinepersoonlijkheidsstoornis, narcistische persoonlijkheidsstoornis, PTSS, passief-agressief gedrag, antisociale persoonlijkheid. Het herkennen van deze stoornissen kan het criterium zijn om te exploreren of er mogelijk sprake is van geweld. Hebben zij vuurwapens in huis dan is er extra risico voor het plegen van geweld in de relatie.

Indien er sprake is van psychopathie en een ernstig criminele geschiedenis of delinquentie, kan het bespreken onveilig zijn voor beroepsbeoefenaars, in het bijzonder voor niet ervaren beroepsbeoefenaren. Dutton & Golant (2000) hebben deze partnermishandelaars beschreven vanuit (klinische) behandelingspopulaties. Daarbij zijn de volgende typen te onderscheiden: psychopatische, overgeremde (neurotische), en cyclisch/emotioneel labiele (borderline, PTSS). Of hiermee alle typen beschreven zijn, is niet bekend.

In richtlijnen voor huisartsen (VS, Canada, internationaal) wordt het voeren van echtpaargesprekken in situaties waarin partnergeweld aan de orde is, ontraden aan beroepsbeoefenaars die daar niet in gespecialiseerd zijn. Geweldplegers die zelf om hulp vragen bij hun probleem worden bij voorkeur ook gescreend op middelenmisbruik en daarvoor eventueel verwezen (Taft et al., 2006). Geweldplegers zijn vaak opgelucht als zij over hun probleem kunnen praten met een beroepsbeoefenaar. Angst voor het verlies van de relatie of het gezin is vaak reden hulp te zoeken. Een jeugd waarin de pleger getuige was van geweld en/of zelf mishandeld werd, komt veel voor (Spatz-Widom, 2000).

Informatie van de partner, het familielid of het slachtoffer kan *nooit* gebruikt worden om zonder diens toestemming vragen te stellen aan een vermoedelijke pleger van geweld. Dit wordt zelfs uitdrukkelijk ontraden in buitenlandse richtlijnen omdat de veiligheid van het slachtoffer niet gegarandeerd kan worden.

Richtlijnen voor de eerste lijn adviseren plegers met een antisociale persoonlijkheid en psychopathie niet primair voor cognitieve gedragstherapie te verwijzen. Hierover is een discussie gaande tussen gespecialiseerde behandelaars. Het verwijzen naar gespecialiseerde plegerhulpverlening wordt geadviseerd.

De invloed van cultuur op gewelddadig gedrag is nog in discussie. In Duitsland zijn bij landelijk epidemiologisch onderzoek onder scholieren aanwijzingen gevonden voor een relatie tussen geweld en cultuurgebonden normen voor masculien gedrag (Enzmann e.a., 2003).

## Aanbevelingen

De volgende zaken zijn redenen om het plegen van familiaal/partnergeweld bespreekbaar te maken:

- seksueel misbruik, mishandeling in de jeugd

- problematisch alcoholgebruik of misbruik van andere middelen
- persoonlijkheidsstoornissen (met name cluster B)
- overige psychische stoornissen, zoals PTSS, ADHD, autismespectrumstoornis
- relatieproblemen.

Maak bij patiënten/cliënten met antisociale persoonlijkheid FHG alleen bespreekbaar als de veiligheid geborgd is.

Gebruik in het algemeen geen informatie van het slachtoffer om vragen te stellen aan een partner of familielid die geweld pleegt.

## **Uitgangsvraag 12 Bespreekbaar maken**

Hoe kan de beroepsbeoefenaar familiaal huiselijk geweld bespreekbaar maken met het slachtoffer en de pleger? Welke attitude en vaardigheden van de beroepsbeoefenaar zijn belangrijk om signalen te herkennen en om FHG bespreekbaar te maken?

### **Inleiding**

Belangrijke aspecten bij het bespreekbaar maken zijn:

- hoe slachtoffers én plegers de manier van bespreekbaar maken ervaren;
- de gevolgen van het bespreekbaar maken op korte en langere termijn;
- noodzakelijke attitude, vaardigheden, veiligheidsfactoren;
- hoe attitude en vaardigheden het best aangeleerd kunnen worden.

### **Samenvatting van de literatuur**

In de literatuur is met systematische literatuursearches in Medline en PsycINFO gezocht naar onderzoeken die zijn gepubliceerd tussen januari 1995 en juli 2007. Voor de gehanteerde zoekstrategie wordt verwezen naar Appendix C. Deze search leverde 184 titels op. Na selectie van de studies op de criteria bleven 10 bruikbare studies over. Later werden hier nog 8 studies aan toegevoegd, die op andere wijze verkregen zijn. Zie Appendix Q voor een toelichting op deze studies.

### **Conclusies**

<b>Niveau 1</b>	<p>Aangetoond is dat patiënten het acceptabel vinden dat er in de gezondheidszorg gevraagd wordt naar of gescreend wordt op FHG.</p> <p>Er zijn aanwijzingen dat twee derde deel van de artsen en ongeveer de helft van de verpleegkundigen niet voor screening op FHG zijn.</p> <p>Er zijn aanwijzingen dat de baseline herkenning van FHG tussen de 0-3% ligt.</p> <p><i>A1 Ramsay et al., 2002</i></p>
-----------------	---

<b>Niveau 2</b>	<p>Vrouwen worden weinig door huisartsen of specialisten bevraagd op FHG, maar zouden dit wel acceptabel vinden.</p> <p><i>B Bradley et al., 2002</i></p>
-----------------	---

<b>Niveau 2</b>	<p>Er zijn aanwijzingen dat vragenlijsten waarbij de vrouw zelf kan rapporteren een effectief alternatief zijn om FHG te onthullen en dat vrouwen dergelijke vragenlijsten accepteren. In vergelijking tot een referentietest hebben de korte screeningsvragenlijsten een lage sensisitiviteit (&lt;49%), maar een hoge specificiteit (&gt;94%).</p> <p>C     <i>Webster &amp; Holt, 2004</i>  A2    <i>MacMillan et al., 2006; Chen et al., 2007</i></p>
-----------------	---

<b>Niveau 3</b>	<p>Er zijn aanwijzingen dat een training over FHG verbeterde vaardigheden geeft op het vlak van alertheid en communicatie over FHG.</p> <p>Er zijn aanwijzingen dat trainingen over FHG de kennis en vaardigheden vergroten in het bespreekbaar maken van FHG.</p> <p>Bij een langdurige behandelingsrelatie is vaak een indirecte vraagmethode aan te bevelen. Bij een intake en/of kortdurende relatie is een directe vraagmethode mogelijk.</p> <p>A2    <i>Lo Fo Wong et al., 2006</i>  C     <i>Protheroe et al., 2003; Webster &amp; Holt, 2004</i></p>
-----------------	---

<b>Niveau ++</b>	<p>Het is geloofwaardig dat vrouwen het volgende gedrag van gezondheidswerkers verwachten: niet-veroordelend, invoelend, niet-directief en individu-gericht, waarbij rekening gehouden wordt met de complexiteit van partnergeweld. De beleving van vrouwen hangt af van adequaat of inadequaat handelen bij het bespreekbaar maken van familiaal geweld, van de context van het consult, de eigen bereidheid om het te bespreken en de aard en duur van de relatie tussen de vrouw en de beroepsbeoefenaars.</p> <p>Een communicatieve benadering, met empathie en empowerment, is belangrijk voor vrouwen tijdens het bespreken van partnergeweld. Er zijn aanwijzingen dat vrouwen na dit bespreken mogelijkheden ontwikkelen om de situatie te veranderen.</p> <p><i>Feder et al., 2006</i>  <i>Lo Fo Wong et al., 2007</i></p>
------------------	---

### Overige overwegingen

Er is nog geen onderzoek naar het effect van training in het bespreekbaar maken behalve de studie van Lo Fo Wong et al. (2006). Webster & Holt (2004) adviseren vragenlijsten beter te testen voor ze te implementeren. Uit de onderzoeken van Bradley et al. (2002), MacMillan et al. (2006), Chen et al. (2007), Hegarty et al. (2001) en Richardson et al. (2002) blijkt dat routinematig vragen naar FHG positief gewaardeerd wordt en destigmatiserend kan werken. Een niet-directieve houding, luisterend en niet direct oplossingsgericht heeft bij vrouwen vaak de voorkeur. Zie ook de documentatie over het patiëntenperspectief (Movisie). Uit onderzoek van Ayres & Woodtli (2001) blijkt dat woordkeuze belangrijk is bij het

bespreekbaar maken. Het vermijden van het woord mishandeling bij het eerste gesprek kan helpen bij het bespreekbaar maken.

### Voorbeeldvragen

- Hoeveel spanning is er in uw relatie? Veel, soms of nooit?
- Hoe lossen u en uw partner problemen op in uw relatie? Erg moeilijk, soms moeilijk, makkelijk?
- Voelt u zich na een conflict afgewezen of vernederd? Vaak, soms of nooit?
- Eindigen ruzies wel eens in slaan, schoppen of duwen? Vaak, soms of nooit?
- Bent u bang voor uw partner? Vaak, soms of nooit?
- Heeft uw partner u ooit fysiek bedreigd of pijn gedaan? Soms reageren partners heftig bij conflicten en gebruiken soms fysiek geweld. Gebeurt dat ook wel eens in uw situatie?
- Bent u geslagen, geschopt, gestompt of op enige wijze pijn gedaan door iemand in het afgelopen jaar? Zo ja, door wie? Uw huidige partner? Een ex-partner? Door een ander?
- Bent u seksueel misbruikt of gedwongen tot seks door uw partner?

### Aanbevelingen

Zorg voor een veilige setting bij het bespreekbaar maken van FHG met het slachtoffer. Kies zorgvuldig de woorden bij het bespreekbaar maken van FHG.

Realiseer de volgende voorwaarden:

- kennis over het fenomeen FHG en de meest voorkomende signalen;
- juiste attitude benodigd om FHG bespreekbaar te maken; het is belangrijk dat men in de praktijk zichtbaar maakt dat FHG een onderwerp is waarover men kan én mag spreken
- kennis van verwijs- en consultatiemogelijkheden
- voldoende veiligheid om beide partners tegelijk te spreken of (eerst) kiezen voor gesprekken met de afzonderlijke personen
- vermoedelijke slachtoffers van partnergeweld geen vragen stellen in bijzijn van een vermoedelijke plegger of kinderen ouder dan twee jaar vanwege de onveiligheid van de situatie
- voldoende tijd en zo nodig de patiënt/cliënt dezelfde dag aan het eind van het spreekuur of op zeer korte termijn terug vragen om het probleem verder te exploreren.

Zorg bij het bespreken van FHG voor een niet-veroordelende, betrokken, zorgzame, respectvolle benadering. De patiënt moet zich niet onder druk gezet voelen, soms is het verstandig het onderwerp een aantal malen terug te laten komen in vervolcontacten.

Bespreek veiligheidsaspecten met slachtoffer én plegger bij het onthullen van FHG.

### Aanbevelingen overig

Neem FHG op in het beroepsprofiel, curriculum en nascholing van beroepsbeoefenaars: om kennis en vaardigheden te verhogen en verwijsmogelijkheden beter te kunnen hanteren.

Zorg voor training van beroepsbeoefenaars in het bespreekbaar maken van FHG. Onderzoek de effecten van deze training.

## HOOFDSTUK 8: HANDELEN BIJ VOLWASSENEN

### **Uitgangsvraag 13 Handelen door beroepsbeoefenaar**

Welke handelingen dient de beroepsbeoefenaar te verrichten nadat gesproken is met de (verschillende) leden van een gezin omtrent een vermoeden van familiaal huiselijk geweld binnen dat gezin?

#### **Inleiding**

Voor een doeltreffende aanpak van FHG moeten alle betrokkenen (slachtoffers, plegers, getuigen en beroepsbeoefenaars) bereikt worden en moeten bovendien alle stappen bekend zijn. Ook moeten er diverse methodieken (systeemgericht, meersporenaanpak, strafrechtelijk) beschikbaar zijn. Men kan immers pas effectief met handelen beginnen als duidelijk is wat de mogelijkheden zijn voor de beroepsbeoefenaar én de patiënt/cliënt.

#### **Samenvatting van de literatuur**

Er is gezocht in Medline naar reviews en observationals van de afgelopen tien jaar. Alle literatuur betreffende FHG bij volwassenen (16 jaar en ouder), in een gezondheidszorgsetting en gericht op de vraag hoe te handelen is geselecteerd

Vanuit de systematische literatuursearch is weinig bruikbare literatuur gevonden voor de beantwoording van de uitgangsvraag. Besloten is om tevens gebruik te maken van best practice binnen Nederland. Daarnaast is ook gekeken of er bruikbare passages in de internationale richtlijnen stonden. Zie Appendix Q voor een toelichting op de gevonden studies. Op grond hiervan zijn geen conclusies te trekken.

#### **Overige overwegingen.**

#### **Documentatie**

De National Consensus Guideline (Department of Health, 2003) constateert dat de beroepsbeoefenaar voor een goede en juiste documentatie dient te zorgen. Geschreven verklaringen hebben de goede woordkeuze en veroordelen niet.

De relevante voorgeschiedenis wordt gedocumenteerd:

- hoofdklacht, reden bezoek, aandoening of letsel
- nauwkeurige beschrijving van de mishandeling in relatie tot het huidige probleem
- documentatie van alle bijkomende medische problemen in relatie tot de mishandeling
- documentatie van recente en voorgaande incidenten, bij onthulling van mishandeling
- documentatie van alle bevindingen en resultaten van het lichamelijk onderzoek, laboratoriumbepalingen en radiodiagnostisch onderzoek
- schriftelijke toestemming van de patiënt om letsels te fotograferen; DNA te verzamelen
- beschrijving van de stappen die genomen zijn of worden met betrekking tot interventies (veiligheid, risicobepaling), verwijzingen naar andere hulpverleningsinstanties en follow-up.

Als er geen onthulling plaatsvindt, dient men dit ook te noteren. Indien men FHG vermoedt, moet dit ook gedocumenteerd worden. De terminologie die daarvoor gebruikt kan worden, is bijvoorbeeld: 'anamnese klopt niet', 'bevindingen van lichamelijk onderzoek zijn niet



congruent met verhaal of letsel' of 'patiënt presenteert zich met tekenen van fysiek geweld, ontkent mishandeling'. Indien de patiënt bezwaar maakt tegen dergelijke documentering moet dit in het dossier aangegeven worden.

### **Follow-up**

Voor de follow-up van patiënten die FHG onthuld hebben, kan een forensisch verpleegkundige of medewerker van de sociaalmaatschappelijke dienst ingeschakeld worden. Met de patiënt kan dan een afspraak gemaakt worden wanneer en hoe men veilig contact kan leggen.

Fotodocumentatie en het verzamelen van forensisch bewijs gebeurt door daarvoor opgeleide personen, bijvoorbeeld de politiearts of een forensisch verpleegkundige.

Volgens de Rotterdamse Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2007) en de Healthcare Guideline (ICSI, 2006) is het belangrijk dat de beroepsbeoefenaar alle stappen die hij zet en de contacten die hij heeft, nauwkeurig vastlegt in het dossier van de cliënt. Op deze wijze kan inzicht verkregen worden over het gevolgde proces bij de hulpverlening of een eventuele melding. Uitsluitend eigen zorgmomenten worden genoteerd. Na overdracht aan andere instellingen wordt daar het dossier verder bijgehouden.

Bij het overgaan naar een nieuwe praktijk kan een patiënt aangeven dat hij wil dat bepaalde informatie uit het dossier gehaald wordt. Goed hulpverlenerschap verplicht tot het bewaren van gegevens. De hulpverlener concludeert in dergelijke gevallen dat het duidelijk niet in het belang van de patiënt is om de gegevens op dit moment te vernietigen. Denk aan bijvoorbeeld aantekeningen over vermoedens van huiselijk geweld of aan essentiële gegevens over de gezondheidstoestand van de patiënt die noodzakelijk zijn voor de voortzetting of het welslagen van de behandeling (Bosschaart & Jansen, 2007; Van Meersbergen & Doppegieter, 2008).

### **Melden**

Voor hun veiligheid moeten zorgverleners risico's kunnen taxeren. Wanneer de beroepsbeoefenaar meent dat zijn eigen veiligheid of die van de cliënt in gevaar komt door informatie of wanneer hij vermoedt dat de cliënt het contact zal verbreken, kan hij afzien van informeren.

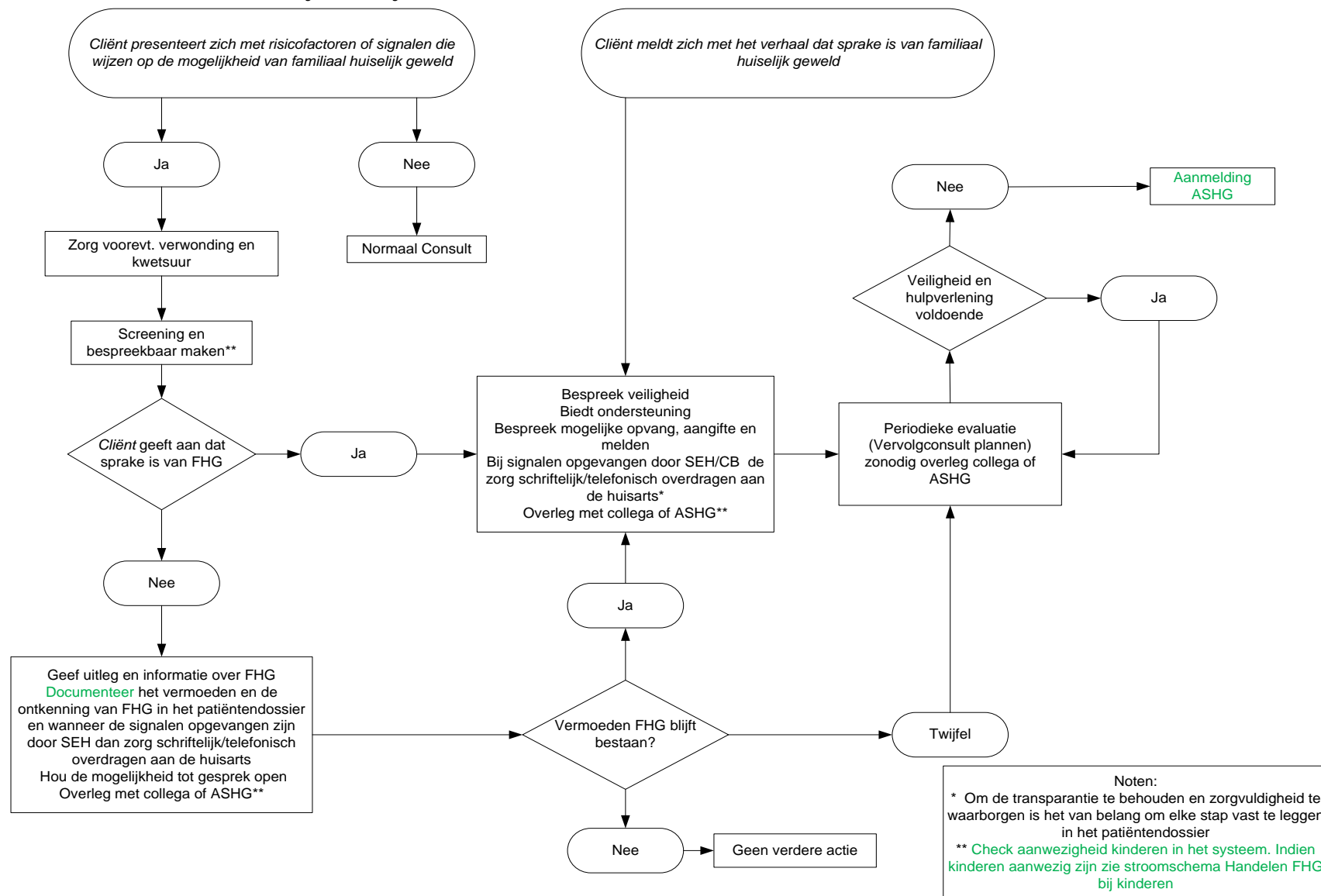
Het advies- en steunpunt huiselijk geweld (ASHG) en/of het AMK moeten, indien er kinderen bij betrokken zijn, onderling afstemmen hoe de hulpverlening dient te verlopen.

In het kader van een open en duidelijke werkwijze informeert de beroepsbeoefenaar de cliënt vooraf over de melding bij het AMK. Ook indien de cliënt geen toestemming geeft, wordt de melding doorgezet.

Uit bovenstaande volgt een stroomschema van handelen wanneer sprake is van:

- a. vermoeden van familiaal huiselijk geweld
- b. aanwezigheid van familiaal huiselijk geweld; eventueel crisissituatie

## Stroomschema handelen bij FHG bij volwassenen



## Aanbevelingen

Zorg altijd voor goede dossiervorming.

Bied bij crisissituaties, eventueel via de politie, direct veiligheid en bescherming.

Spreek per situatie af wie de casemanager is. Alle beroepsbeoefenaars zijn medeverantwoordelijk voor het goed functioneren van de ketenhulpverlening bij FHG.

Kom tot vaste regionale afspraken over hoe te handelen bij FHG bij volwassenen en gebruik daarbij het aangegeven stroomschema.

## Aanbevelingen overig

Geef brede bekendheid aan het telefoonnummer van het ASHG (alle zorgverleners en het publiek).

Geef elke aanmelder binnen tien werkdagen na aanmelding bij het ASHG een terugkoppeling over de status van de melding.

## Uitgangsvraag 14 Veiligheid van het cliënt(systeem)

Hoe dient de veiligheid van het cliënt(systeem) zo goed mogelijk gewaarborgd te worden bij het bespreekbaar maken en het melden van familiaal huiselijk geweld?

### Inleiding

Bij de vraag hoe de veiligheid van het (cliënt)systeem zo goed mogelijk gewaarborgd kan worden bij het bespreekbaar maken en het melden van FHG, is het nodig een inschatting te maken van de ernst en de kans op herhaling van het geweld. Van deze inschatting hangt af welke stappen de hulpverlener met het slachtoffer kan zetten om de veiligheid te waarborgen. De hulpverlener moet op de hoogte zijn van de impact van het FHG op de cliënt en het (cliënt)systeem en welke gevoelens bij de cliënt bij het bespreekbaar maken van FHG kunnen meespelen. Naast informatie over de situatie van de cliënt en het systeem is ook specifieke informatie nodig voor een juiste risico-inschatting. Wanneer veiligheid en vertrouwen geboden kunnen worden aan de cliënt bij het bespreekbaar maken van FHG, deelt de cliënt meer informatie over zijn situatie met de hulpverlener.

De hulpverlener vertelt de cliënt, dat:

- geweld nooit gerechtvaardigd is
- geweld bij wet verboden is
- FHG vaker voorkomt
- de hulpverlening ervaring heeft met FHG
- FHG niet vanzelf overgaat
- FHG moet stoppen; de relatie hoeft niet te stoppen
- er mogelijkheden zijn voor hulpverlening
- de beroepsbeoefenaar een vertrouwenspositie heeft

- er meerdere beroepbeoefenaren nodig kunnen zijn.

De veiligheid die in de behandelkamer geboden kan worden, helpt het slachtoffer om keuzes te maken hoe in deze situatie verder te gaan. Er zal meer duidelijkheid moeten komen over het directe gevaar waarin de cliënt zich bevindt:

- Is er direct gevaar voor de cliënt? Waar is de pleger? Is de pleger mogelijk nog in de buurt?
- Is er gevaar wanneer de cliënt thuiskomt?
- Zijn er kinderen bij betrokken?

Welke informatie is beschikbaar over de pleger?

- Heeft de pleger een verleden op het gebied van FHG?
- Is er sprake van ernstige psychopathologie, middelengebruik, justitiële voorgeschiedenis?
- Zijn er betrouwbare afspraken te maken met de pleger?
- Is de pleger gewelddadig naar kinderen of huisdieren?
- Is de pleger in het bezit van een vuurwapen?

Wat valt er te zeggen over:

- de aanleiding van het geweld
- de aard van het geweld
- de intensiteit van het geweld
- hoe lang het geweld al plaatsvindt.

Wanneer over de risico's meer duidelijkheid is verkregen, kan gekeken worden naar de stappen die gezet kunnen worden. Er moet rekening mee gehouden worden dat het slachtoffer door de traumatische ervaringen en de angst nog niet in staat is zelfstandig de stappen te nemen die nodig zijn om de veiligheid te waarborgen. Daarbij is dan ondersteuning nodig.

In Amerika wordt in verschillende staten al langer gebruikgemaakt van algemene richtlijnen bij de aanpak van familiaal huiselijk geweld. De geraadpleegde richtlijnen zijn: Health Care Guideline: Domestic Violence van het Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI, 2006) en National Consensus Guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings (Family Violence Prevention Fund, 2004). Deze richtlijnen gebruiken een risicotaxatielijst. Justitie in Nederland gebruikt een meer uitgebreid risicotaxatie-instrument bij de beoordeling van het opleggen van het huisverbod (*Huisverbod: sleutel tot minder geweld? Aanzet tot een risicotaxatie-instrument huiselijk geweld*, Kuppens & Beke, 2008).

De richtlijnen beschrijven verschillende mogelijkheden voor het waarborgen van de veiligheid van het slachtoffer. Dit wordt het veiligheidsplan genoemd. Een evidence-based veiligheidsplan is niet voorhanden voor de gezondheidszorg. De best practice-handelwijze is voorlopig het uitgangspunt.

Verder is gezocht naar ontwikkelingen in Nederland op het gebied van de aanpak van FHG, zoals in de Rotterdamse Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2007) en in de documentatie over de invoering van het huisverbod per 2009.

### **Samenvatting van de literatuur**

In Medline en PsycINFO is gezocht naar reviews en observationals van de afgelopen tien jaar. Er is gezocht op de vragen safety (17) en safety management (12) in Medline en op

safety (21) in PsycINFO. De search in PsycINFO leverde geen relevante informatie op. Er zijn twee studies gevonden die bruikbaar zijn met betrekking tot dit onderwerp: 1.het effect van uitwisseling van gegevens van cliëntsystemen en het bespreken van situaties rond slachtoffers van huiselijk geweld; 2.het effect van interventies voor veiligheid en ontwikkeling van gedrag gericht op de eigen veiligheid. Zie Appendix Q voor een toelichting op de studies.

### Conclusies

<b>Niveau 3</b>	Er zijn aanwijzingen dat het bespreken van veiligheidsaspecten het slachtoffer aanzet tot het ontwikkelen van meer veilig gedrag waardoor haar of zijn veiligheid wordt vergroot.  <i>A2     McFarlane et al., 2002</i>
-----------------	---

<b>Niveau 3</b>	Er zijn aanwijzingen dat een integrale aanpak met gegevensuitwisseling tussen instellingen de veiligheid van de slachtoffers vergroot.  <i>C     Robinson, 2006</i>
-----------------	---

### Overige overwegingen

#### ***Wanneer moet een taxatie van het risico plaatsvinden?***

Een eerste risicotaxatie moet plaatsvinden direct nadat het FHG bespreekbaar is gemaakt. De vragen hebben betrekking op de directe veiligheid van het slachtoffer. Herhaling en/of uitgebreide assessment moet gebeuren bij volgende afspraken. Ten minste één vervolgspraak zal moeten worden aangeboden door een beroepsbeoefenaar uit de gezondheidszorg na het bespreekbaar maken van huidig FHG of FHG dat in het verleden heeft plaatsgevonden.

#### **De eerste vragen zodra FHG bespreekbaar is gemaakt**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bent u nu in gevaar?</li> <li>• Is uw partner ook in deze gezondheidsinstelling aanwezig?</li> <li>• Wilt u (of moet u) naar huis met uw partner?</li> <li>• Heeft u iemand waar u naartoe kunt, waar u veilig bent?</li> <li>• Als er kinderen zijn: Is er dreiging of is er sprake van mishandeling van uw kinderen of zijn zij getuige?</li> <li>• Bent u bang dat uw leven in gevaar is?</li> <li>• Is het geweld erger geworden of maakt het u angstiger? Gebeurt het steeds meer?</li> <li>• Gebruikt uw partner alcohol of drugs?</li> <li>• Heeft en/of gebruikt uw partner wapens?</li> <li>• Heeft uw partner een justitieel verleden?</li> <li>• Heeft uw partner u of uw kinderen wel eens tegen uw wil vastgehouden?</li> <li>• Heeft uw partner u ooit in de gaten gehouden, u gevolgd of gestalkd?</li> <li>• Heeft uw partner u ooit met de dood bedreigd, of zichzelf of de kinderen?</li> </ul>
--

De Family Violence Prevention Fund's National Health Resource Center on Domestic Violence (2004), noemt de Danger Assessment Scale (Campbell, 2003). Ook de National Consensus Guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings (2004) gebruikt een aantal items uit deze zelfde schaal voor de risicotaxatielijst (zie Appendix I).

Na de risicotaxatie gaat de hulpverlener met het slachtoffer bekijken welke stappen genomen kunnen worden om de veiligheid van het slachtoffer te waarborgen. Beide richtlijnen noemen dit het veiligheidsplan (zie Appendix J). Hierin staat beschreven wat de hulpverlener met het slachtoffer moet bespreken om te komen tot een verantwoorde aanpak. Er wordt schriftelijk informatie verstrekt over instellingen die hulp bieden bij FHG, het zoeken van een veilige opvang, juridische ondersteuning en de aangiften bij de politie. Tevens wordt informatie gegeven over wat het slachtoffer kan doen om haar/zijn eigen veiligheid te vergroten wanneer zij/hij besluit naar huis terug te keren (zie Appendix K).

De Rotterdamse meldcode geeft regels voor het handelen van beroepsbeoefenaars als zij te maken krijgen met FHG en kindermishandeling. De code beschrijft de te zetten stappen en biedt duidelijkheid aan beroepsbeoefenaars wat van hen verwacht wordt als zij te maken krijgen met FHG. De code is gebaseerd op de constatering dat instellingen en beroepskrachten verantwoordelijkheid dragen als het gaat om kindermishandeling en huiselijk geweld. De code heeft tot doel het geweld te stoppen en de veiligheid van de slachtoffers te waarborgen. De code beschrijft wanneer er melding gemaakt wordt bij het AMK, het ASHG en wanneer aangifte wordt gedaan bij de politie. De code geeft aan hoe om te gaan bij conflict van plichten. Ook de KNMG Meldcode (2008) geeft richtlijnen; deze hebben betrekking op kindermishandeling.

### ***Preventief huisverbod***

Na een pilot in 2007 is het preventief huisverbod per 1 januari 2009 ingevoerd. Het huisverbod is bedoeld om FHG verder terug te dringen. Het houdt in dat een pleger van FHG tien dagen zijn of haar woning niet meer in mag en in die periode ook geen contact mag opnemen met de partner of de kinderen. Deze maatregel biedt de mogelijkheid om in een noodsituatie te voorzien in een afkoelingsperiode waarbinnen de hulpverlening op gang kan worden gebracht en escalatie kan worden voorkomen. Het huisverbod kan ook worden opgelegd bij kindermishandeling of een ernstig vermoeden daarvan. Het huisverbod is een beschikking die de burgemeester of politie uitreikt. De burgemeester kan het huisverbod verlengen tot maximaal vier weken. Als degene die uit huis wordt geplaatst zich niet aan het huisverbod houdt, kan maximaal twee jaar gevangenisstraf worden opgelegd of een taakstaf. Als melding of aangifte gedaan wordt van huiselijk geweld maakt de politie een eerste inschatting van de ernst van de situatie rond het FHG. Hij gebruikt hiervoor drie criteria:

1. Is er sprake van (dreigend) FHG: zijn er aanwijzingen dat de ruzie een meningsverschil te boven gaat of zal gaan?
2. Wordt het geweld veroorzaakt door iemand die in het huis woont of daar anders dan incidenteel verblijft?
3. Is de persoon van wie de dreiging uitgaat meerderjarig?

Als op deze vragen drie keer bevestigend is geantwoord, bepaalt de hulpofficier van justitie met het risicotaxatie-instrument FHG of er namens de burgemeester een tijdelijk huisverbod wordt opgelegd.

Het risicotaxatie-instrument FHG biedt de hulpofficier van justitie de mogelijkheid om tot een weloverwogen oordeel over de situatie te komen. Met het instrument worden de risico's van dreiging op drie niveaus in kaart gebracht:

- *de persoon*: antecedenten, negatieve houding, riskante gewoonten;
- *het incident zelf*: psychisch geweld, bedreiging, lichamelijk geweld, seksueel geweld, zwaarte van de intimidatie, geweldsontwikkeling, wapens, aanwezigheid van kinderen, geweldsverwachting, en de achteraf beoordeling van het geweld door pleger;
- *de context*: leefomstandigheden waarbinnen het huiselijk geweld zich afspeelt, werkgerelateerde problemen, financiële problemen, familie- en huwelijksomstandigheden, sociaal isolement.

De hulpofficier van justitie legt een tijdelijk huisverbod op wanneer uit de risicotaxatie blijkt dat een pleger een hoog risico scoort. Hij neemt de huissleutels in van degene die uit huis wordt geplaatst. Is een huisverbod opgelegd, dan moet onmiddellijk een interventie plaatsvinden (diagnose, plan van aanpak, doorverwijzing). In tien dagen moet een diagnose worden gesteld en moeten intakes worden geregeld gericht op systeemgerichte hulpverlening. Er wordt, in samenspraak met het slachtoffer en zo mogelijk de pleger, een veiligheidsplan opgesteld met informatie over:

- aanmelding bij het AMK, ingeval er kinderen bij betrokken zijn;
- aanmelding bij ASHG;
- melding en/of aangifte bij de politie, het opleggen van een huisverbod;
- juridische ondersteuning voor bijvoorbeeld het opleggen van een huis-, straat- en contactverbod;
- het recht op een zelfstandige verblijfsvergunning in geval van scheiding door FHG;
- telefoonnummers van veilige opvangmogelijkheden;
- plaatselijke hulpverleningsinstellingen met betrekking tot FHG;
- het organiseren van basisbehoeften, zoals kleding en eten;
- wat de hulpverlener wel en niet moet doen in geval van FHG;
- aan het slachtoffer gegeven informatie om te zorgen voor zijn eigen veiligheid en dat van zijn/haar kinderen;
- leden van het persoonlijk netwerk van het slachtoffer die ingeschakeld kunnen worden.

### ***Inschatting van veiligheid en risico op ernstig letsel of doodslag***

De beroepsbeoefenaar moet de veiligheid van de patiënt/cliënt inschatten vóór deze teruggaat naar huis. De volgende onderwerpen zijn overgenomen uit de Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) Health Care Guideline: Domestic Violence (2006), dat items selecteerde uit de Danger Assessment Scale (Campbell, 2003, 20 items). De directe veiligheid van de cliënt moet aan de orde komen in de volgende vragen:

- Is de cliënt in onmiddellijk gevaar bij thuiskomst?
- Heeft of gebruikt de pleger een (vuur)wapen?
- Heeft pleger gedreigd cliënt te doden?

- Is de pleger gewelddadig naar andere gezinsleden of huisdieren?
- Gebruikt de pleger alcohol en/of drugs?
- Gebruikt de cliënt alcohol en/of drugs om met de situatie om te gaan?
- Heeft de cliënt ooit een zelfmoordpoging gedaan?

Om het risico op ernstig letsel of doodslag te beoordelen kan men gebruikmaken van de Danger Assessment Scale (Campbell, 1995). Deze bestaat uit 12 items en meet risicofactoren die met doodslag verband houden. De schaal meet de toenemende frequentie en ernst van fysiek geweld, intense jaloezie, buitensporige controle, aanwezigheid van wapens in huis, geweld tegen kinderen of geweld buitenshuis in het afgelopen jaar.

Andere mogelijke vragenlijsten zijn lijsten die communicatieve vaardigheden en vaardigheden in conflictbeheersing meten. Onderzoek heeft aangetoond dat gewelddadige paren duidelijk van niet-gewelddadige paren verschillen in hun oplossend vermogen bij relationele problemen en in de mate waarin zij over positieve communicatieve vaardigheden beschikken (Lloyd, 1996). Disharmonie in de relatie is een van de krachtigste correlaten van fysieke mishandeling (Aldarondo & Sugarman, 1996). (Zie ook hoofdstuk 9).

### **Aanbevelingen**

Weeg zorgvuldig af in hoeverre het bespreekbaar maken van het vermoeden van FHG de veiligheid van het slachtoffer in gevaar kan brengen.

Gebruik de Danger Assessment Scale bij het bespreekbaar maken van het vermoeden van FHG om risico's te taxeren.

Vraag naar de aanwezigheid en de situatie van kinderen indien er sprake is van FHG. Vraag hier ook naar als FHG nog niet gebleken is, maar er wel sprake is van:

- agressieregulatieproblemen van patiënt/cliënt met thuiswonende kinderen
- problematisch alcoholgebruik/alcoholmisbruik van patiënt/cliënt en thuiswonende kinderen.

Bespreek de veiligheidsaspecten van het slachtoffer om veiliger gedrag te stimuleren.

Maak een veiligheidsplan indien er sprake is van FHG. Maak dit in samenspraak met het slachtoffer en zo mogelijk de pleger.

### **Uitgangsvraag 15 Veiligheid van de beroepsbeoefenaar**

Hoe dient omgegaan te worden met de veiligheid van de beroepsbeoefenaar bij het bespreekbaar maken en bij het melden van familiaal huiselijk geweld?

#### **Inleiding**

Beroepsbeoefenaars vinden het bespreekbaar maken van geweld moeilijk. Hij kan bang zijn dat een pleger van FHG gewelddadig naar hem wordt. Uit onderzoek komt naar voren dat zeker 20% van de ondervraagde huisartsen toegeeft in situaties waarin sprake is van FHG angst voor de eigen veiligheid te hebben (Sugg et al., 1999; Lo Fo Wong et al., 2006).



Het enige onderzoek over geweld tegen beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg gaat over agressie tegen beroepsbeoefenaars in ziekenhuizen en op de ambulance. In 2005 zijn 1.560 agressie-incidenten geregistreerd (Arbo.blog.nl, 2008). Van de geregistreeerde agressie-incidenten is geweld tegen de beroepsbeoefenaar de meest voorkomende (ruim 54%). Geweldsincidenten bestaan uit verbaal (schelden) en (dreiging met) fysiek geweld. De meeste plegers zijn patiënten (54%), gevolgd door hun begeleiders (18,3%). De meeste slachtoffers zijn verpleegkundigen, waarbij vrouwen vaker het slachtoffer zijn dan mannen (52% vs. 13%). In deze cijfers is niet aangegeven wat de aanleiding was van deze geweldsincidenten.

Over agressie tegen beroepsbeoefenaars in zelfstandige praktijken, zoals huisartsen, verloskundigen, tandartsen, fysiotherapeuten en eerstelijns psychologen, is geen onderzoek verricht. Gezien de bestaande agressie en geweldsincidenten zullen veel beroepsbeoefenaars die hulp verlenen aan slachtoffers van FHG zorg hebben over hun veiligheid. Beroepsbeoefenaars die voor hun eigen veiligheid vrezen, zullen minder gemakkelijk hun vermoeden kenbaar maken. Het is daarom belangrijk dit aspect onder ogen te zien en aan te geven welke houding, maatregelen en handelingen de veiligheid van de individuele beroepsbeoefenaar bevorderen.

Twee bestaande richtlijnen voor huisartsen bespreken de situatie waarin zowel slachtoffer als pleger tot de praktijk behoren en een van beide richtlijnen geeft aan hoe om te gaan met stress van betrokken beroepsbeoefenaars bij het bespreken van geweld. Een evidence-based veiligheidsprotocol voor beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg die te maken hebben met FHG is er niet.

### Samenvatting van de literatuur

In Medline en PsycINFO is met de volgende zoektermen gezocht naar relevante literatuur: domestic violence, spouse abuse, family violence, safety, safety management, security measures, abuse prevention and control, risk, risk assessment, practices. Dit resulteerde voor Medline in 29 abstracts en voor PsycINFO in 71 abstracts. Geselecteerd werden: observationele studies, randomised controlled trials en systematische reviews over de veiligheid van de beroepsbeoefenaar bij het bespreekbaar maken en bij het melden en repercussies. Geen van de gevonden studies voldeed aan deze criteria.

In bestaande richtlijnen is gezocht naar aanbevelingen over de veiligheid van beroepsbeoefenaars. In één richtlijn is een aanbeveling gevonden op basis van expert opinie. Zie Appendix Q voor toelichting op de studies.

### Conclusies

<b>Niveau 3</b>	Er zijn aanwijzingen dat het noodzakelijk is om in instellingen een veiligheidsprotocol te hebben voor beroepsbeoefenaars die te maken hebben met plegers van FHG.  <i>C Taft et al., 2006</i>
-----------------	--

<b>Niveau 3</b>	Er zijn aanwijzingen dat het noodzakelijk is om in instellingen een debriefingsprotocol te hebben voor beroepsbeoefenaars die agressief zijn benaderd door plegers van FHG.
	C Taft et al., 2006

### Overige overwegingen

Beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg moeten hun werk veilig kunnen doen. Instellingen met bestaande veiligheidsprotocollen moeten deze onderzoeken op lacunes inzake situaties waarin FHG besproken en/of gemeld wordt. Het aanstellen van een vertrouwenspersoon is noodzakelijk. Bij deze persoon kan een medewerker terecht als het FHG besproken is (wordt) of wanneer een melding heeft plaatsgevonden. Met hem of haar kan ook het contact en het risico op geweld geëvalueerd worden.

Een internationale richtlijn onderstreept het belang van het herkennen van personen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis, vanwege het potentiële gevaar voor de veiligheid van werkers. Het is moeilijk om iemand met een antisociale persoonlijkheidsstoornis (eventueel met psychopatische trekken) te herkennen in een setting buiten de geestelijke gezondheidszorg. In elke zorgsetting waarin FHG gesignaleerd, besproken en gemeld wordt, bestaat de kans op escalatie van het geweld in de thuissituatie en op gevaar voor de beroepsbeoefenaar. Met een risicotaxatie-instrument kan het feitelijk gevaar van dit soort situaties ingeschat worden. Zo'n instrument voor de veiligheid van beroepsbeoefenaars bestaat echter nog niet.

Bij het inschatten van repercussies is een aantal mogelijkheden beschikbaar voor beroepsbeoefenaars zoals: 'meld misdaad anoniem' en overleg met de politie bij daadwerkelijke dreiging met geweld en achtervolging van de beroepsbeoefenaar door de pleger. In Rotterdam heeft de huisartsenvereniging naar aanleiding van de totstandkoming van de Rotterdamse Meldcode de angst voor de eigen veiligheid besproken tijdens een symposium. Huisartsen werken meestal vanuit een zelfstandige vestiging en missen daardoor de bescherming en veiligheidsprotocollen van een instelling. De wethouder heeft de politie verzocht om bij vragen om assistentie door beroepsbeoefenaars vanwege dreiging, prioriteit te bieden aan hun bescherming. Het symposium van de Landelijke Huisartsen Vereniging, kring Rotterdam (januari 2008) leidde tot de enkele aanbevelingen. Gemeente Rotterdam (politie, openbaar ministerie, politiek) moet de veiligheid van huisartsen garanderen, als de huisarts melding maakt van huiselijk geweld waarbij een agressieve en/of criminele pleger betrokken is. Het concrete voorstel is de aanwijzing van de medisch officier als contactpersoon voor huisartsen, onder meer voor consultatie. Een tweede aanbeveling is dat huisartsen moeten beseffen dat zij ook een rol spelen in de zorg voor de pleger als deze ingeschreven is in zijn praktijk. Ook de pleger heeft aandacht, zorg en begeleiding nodig.

### Aanbevelingen

Het wordt *afgeraden* dat beroepsbeoefenaren die geen ervaring hebben met patiënten/plegers met een antisociale persoonlijkheid(stoornis) het gepleegde geweld aan de orde stellen.

Het wordt *aangeraden* dat beroepsbeoefenaren tijdens (mogelijk) risicovolle contacten met

een pleger door iemand van het ondersteunend personeel worden bijgestaan.

### **Aanbevelingen overig**

Ontwikkel een risicotaxatie-instrument waarmee potentieel geweld tegen beroepsbeoefenaars door mogelijke plegers van FHG ingeschat kan worden.

Let op:

- verbale agressie en intimiderend gedrag naar het (ondersteunend) personeel bij binnenkomst en tijdens consult/behandeling
- tekenen van intoxicatie (alcohol/drugs)
- dreigend taalgebruik
- vermoeden van wapenbezit
- onaangepast gedrag of agressie, al dan niet op basis van een psychische stoornis
- bekend van vorige geweldsincidenten in de instelling/praktijk.

Let op de toegang tot de instelling en de veiligheidsrisico's voor andere gebruikers van de instelling/praktijk. Voorzie de toegang en inrichting van de ruimtes waar nodig van veiligheidverhogende maatregelen. Train personeel van instellingen met veel risicovolle contacten en/of stel apart personeel aan om de veiligheid te bewaken.

Ontwikkel een veiligheidsprotocol om beroepsbeoefenaren die te maken hebben met FHG te beschermen. Dit protocol moet aansluiten op de specifieke situatie in de instelling of praktijk en is ook nodig voor solistisch werkzame beroepsbeoefenaars.

Maak als beroepsgroep of zorginstelling op lokaal niveau afspraken met de politie voor bijstand bij dreiging met of daadwerkelijk geweld.

Herzie bestaande veiligheidsprotocollen op lacunes voor situaties waarin medewerkers FHG signaleren, bespreekbaar maken en melden.

Stel in gezondheidszorginstellingen een vertrouwenspersoon aan met wie de beroepsbeoefenaar die te maken heeft met FHG diverse aspecten kan bespreken.

### **Uitgangsvraag 16 Criteria om te melden**

Welke criteria zijn redenen om familiaal huiselijk geweld te melden?

#### **Inleiding**

Wetenschappelijke literatuur om deze uitgangsvraag te beantwoorden ontbreekt. Er is veel geschreven door experts en instanties die zich met het probleem FHG bij volwassenen bezighouden. Tot nu toe wordt het beroepsgeheim, waarbij 'gezwegen wordt, tenzij', als belangrijkste leidraad gehanteerd. In de discussie rondom de Rotterdamse Meldcode, wordt het belang van zwijgen gezet tegenover het belang van spreken door de beroepsbeoefenaars in geval van kwetsbare slachtoffers die uit angst het geweld zelf niet durven te melden bij politie of het steunpunt huiselijk geweld. Hierdoor kan de situatie voortduren en escaleren. Over dit 'zwijgen, tenzij' is veel discussie geweest, met als variant 'spreken, tenzij'.

## Samenvatting van de literatuur

### **Beroepsgeheim**

Artsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en docenten hebben een beroepsgeheim. Het beroepsgeheim is voor een aantal beroepsgroepen in de wet opgenomen. Het kan ook voortvloeien uit een overeenkomst, een norm van 'maatschappelijk behoren' of uit beroepscode. Indien het beroepsgeheim wordt geschonden, kan een strafvervolgning op grond van artikel 272 van het Wetboek van Strafrecht plaatsvinden en kan eventueel een tuchtrechtelijke procedure worden gestart.

Het beroepsgeheim is een recht van degene van wie een geheim wordt bewaard en komt voort uit het algemene rechtsbeginsel dat een ieder zich vrij en zonder vrees voor openbaarmaking van bepaalde informatie tot een dienstverlener moet kunnen wenden (Hippocrates). Het beroepsgeheim is de basis voor het vertrouwen in de relatie tussen de dienstverlener en de patiënt of cliënt. Naast dit individuele aspect heeft het beroepsgeheim ook een collectieve kant. De maatschappij heeft er ook belang bij dat iedereen die in een benarde situatie verkeert (ziekte, gewetensnood of ernstige beperking in rechten) hulp kan vragen aan een vertrouwenspersoon.

Het beroepsgeheim omvat alle informatie die aan een persoon in zijn hoedanigheid van dienstverlener en tijdens de uitoefening van zijn beroep is toevertrouwd. Het gaat hier niet alleen om gegevens die direct betrekking hebben op de verleende dienst, maar ook om die feiten waarvan hij, als dienstverlener, kennis heeft gekregen én waarvan openbaarmaking het vertrouwen van de patiënt of cliënt zou beschamen (Keijzer & Schooneberg, 2006).

### **Meldcode's**

De Rotterdamse Meldcode beoogt eerdere, snellere en gemakkelijkere melding. De KNMG stelt in haar meldcode inzake kindermishandeling (KNMG, 2008) dat artsen een belangrijke verantwoordelijkheid hebben om kindermishandeling te signaleren en aan te pakken. De nieuwe meldcode hanteert als uitgangspunt 'spreken, tenzij'. De oude meldcode had als uitgangspunt 'zwijgen, tenzij'. Artsen hebben een zorgplicht voor kinderen die mogelijk schade door kindermishandeling kunnen oplopen. Van iedere arts wordt daarom verwacht dat hij spreekt voor het kind bij vermoedens van kindermishandeling. De KNMG Meldcode voor medici en de Rotterdamse Meldcode stemmen op dit punt overeen. Voor volwassenen heeft de KNMG nog geen meldcode opgesteld.

Het kabinet werkt aan de Wet Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Deze wet stelt instellingen in een groot aantal sectoren, waaronder gezondheidszorg, jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning, verplicht een meldcode vast te stellen. Deze moet voldoen aan de eisen die de wet stelt. Het doel van de wet is eerder geweld en kindermishandeling signaleren waardoor hulp eerder op gang kan komen.

Zorgvuldig omgaan met het beroepsgeheim en het volgen van een meldcode kunnen goed samengaan. Het beroepsgeheim verplicht beroepskrachten om, zonder toestemming van de cliënt, geen informatie over hem aan anderen te verstrekken; de zogenaamde zwijgplicht. Doel is de drempel voor de toegang tot de beroepsbeoefenaar zo laag mogelijk maken.

Er doet zich bij de omgang met de zwijgplicht een zekere paradox voor. De zwijgplicht is het instrument om ervoor te zorgen dat mensen naar de beroepsbeoefenaar toe komen en ook bereid zijn om open over hun zorgen te spreken. Ze mogen er immers op vertrouwen dat hun

verhaal niet zomaar elders terechtkomt. Maar een te rigide omgang met het beroepsgeheim kan tot gevolg hebben dat een cliënt die dringend hulp nodig heeft, juist niet geholpen wordt omdat de beroepsbeoefenaar meent dat hij vanwege zijn beroepsgeheim niet in mag grijpen. Al met al is de omgang met het beroepsgeheim een vorm van evenwichtskunst: geheimhouding waar mogelijk, zorgvuldige doorbreking van het geheim waar nodig.

### **Conflict van plichten**

In Nederland is het beroepsgeheim geen absoluut recht. Natuurlijk dient terughoudendheid betracht te worden met het doorbreken van het beroepsgeheim, maar zwaarwegende belangen van anderen of maatschappelijke belangen kunnen aanleiding zijn het beroepsgeheim te doorbreken. Het beroepsgeheim kan worden doorbroken na toestemming van de betrokkene, op grond van de wet en in bepaalde gevallen van noodtoestand of overmacht, ook wel aangeduid met 'conflict van plichten'.

In een situatie van conflict van plichten verkeert een persoon met een beroepsgeheim in gewetensnood. Er bestaat een conflict tussen de zwijgplicht en de drang tot bescherming van een ander zwaarwegend belang. In artikel 2 van de Wet bestrijding infectieziekten heeft de wetgever bepaald dat wanneer een beroepsbeoefenaar een bepaalde infectieziekte constateert bij zijn patiënt, hij zijn beroepsgeheim mag (zelfs moet) doorbreken door van deze ziekte melding te doen. In dit geval heeft de wetgever al bepaald welk belang zwaarder weegt. In een situatie van een conflict van plichten moet degene die een beroepsgeheim heeft zelf de afweging van belangen maken. Indien hij besluit zijn beroepsgeheim te doorbreken, kan hij zich voor de rechter beroepen op artikel 40 van het Wetboek van Strafrecht (overmacht). Door dit artikel kan de strafbaarheid van het doorbreken van het beroepsgeheim komen te vervallen vanwege de situatie van overmacht.

In de (tucht)rechtspraak wordt in geval van een conflict van plichten erkend dat een beroepskracht, ook zonder toestemming van de cliënt, over hem mag spreken. Uiteraard moet een dergelijk besluit om de zwijgplicht te doorbreken zorgvuldig worden genomen. Beantwoording van de volgende vijf vragen leidt doorgaans tot een zorgvuldige besluitvorming.

1. Welk *doel* wil ik bereiken door met een ander over mijn cliënt te spreken?
2. Is er een *andere mogelijkheid* om ditzelfde doel te bereiken zonder dat ik mijn beroepsgeheim hoef te verbreken?
3. Waarom is het niet mogelijk om *toestemming van de cliënt* te vragen of te krijgen voor het bespreken van zijn situatie met iemand die hem kan helpen?
4. Zijn de *belangen van de cliënt* die ik wil dienen met mijn spreken zo zwaar dat deze naar mijn oordeel opwegen tegen de belangen die de cliënt heeft bij mijn zwijgen?
5. Als ik besluit om te spreken, *aan wie moet ik dan welke informatie* verstrekken zodat de cliënt kan worden geholpen?

Tot een zorgvuldige besluitvorming wordt ook gerekend dat de beroepsbeoefenaar de situatie, voordat hij zijn besluit neemt, bespreekt met een collega of met een ander die ter zake kundig is. Dit gesprek heeft tot doel om te bezien of deze laatste, die wat meer afstand tot de casus heeft, tot een zelfde weging komt en mogelijk nog nieuwe aspecten toevoegt. Levert deze collegiale consultatie niet voldoende duidelijkheid op, dan wordt van de beroepskracht gevraagd om het ASHG of het AMK te consulteren.

Indien achteraf een (tucht)rechter gevraagd wordt om een oordeel te geven over het optreden van de beroepskracht, dan wordt vooral de *zorgvuldigheid van de totstandkoming van het besluit* beoordeeld. Daarbij wordt onder meer gelet op collegiale consultatie, zorgvuldige verzameling van relevante feiten en een zorgvuldige en concrete afweging van belangen. Ook wordt erop gelet of de beroepskracht zich, gelet op zijn mogelijkheden en op de omstandigheden waarin de cliënt verkeert, tot het uiterste heeft ingespannen om de cliënt toestemming te vragen of om hem te informeren, indien het verkrijgen van toestemming niet mogelijk bleek. Ook in verband met een mogelijke toetsing door een (tucht)rechter is het van belang dat alle stappen en de redenen die tot deze stappen hebben geleid zorgvuldig worden vastgelegd.

### **Voorwaarden en criteria voor melden**

In de aanpak bij FHG gaat het om het herkennen, erkennen en signaleren van dit geweld. (Politie Groningen, 2003, GGD Rotterdam-Rijnmond, 2007). Voordat men overgaat tot het melden van FHG dient aan een drietal voorwaarden te zijn voldaan:

1. Er moet sprake zijn van (een vermoeden van) *huiselijk geweld*.
2. Er moet sprake zijn van *een relatie*.
3. Er moet sprake zijn van *actueel* geweld.

Als aan deze voorwaarden is voldaan, zijn redenen om FHG te melden:

- aanwezigheid van kinderen bij (structureel) partnergeweld
- intensiteit van het geweld
- (be)dreigen met (zelf)moord
- gebruik van wapens en/of andere zware middelen
- (kans op) herhaling van het geweld
- ernst van het lichamelijk of psychisch geweld
- extra kwetsbaarheid van bijvoorbeeld kinderen, ouderen, gehandicapten of zieken.

Bij het besluit om de geheimhouding te doorbreken speelt ook de *positie van de cliënt* een belangrijke rol. Bij cliënten die zich in een afhankelijke positie bevinden, kan een beroepskracht eerder dan 'gemiddeld' besluiten zijn zwijgplicht te verbreken. Vanwege de afhankelijke positie van bijvoorbeeld kinderen en jongeren, kan een beroepsbeoefenaar die de *ouder als cliënt heeft*, zijn zwijgplicht ook verbreken als hij meent dat de kinderen van zijn cliënt ernstig in de knel (zouden kunnen) zitten. Denk bijvoorbeeld aan een ouder die door een ernstige psychiatrische aandoening of door verslaving niet in staat is zijn/haar kinderen voldoende bescherming te bieden.

### **Conclusies**

<b>Niveau 4</b>	<p>De experts zijn van mening dat het doorbreken van de zwijgplicht zorgvuldig moet gebeuren en dat alle stappen die gezet zijn, zorgvuldig worden vastgelegd. Aan de hand van genoemde criteria en voorwaarden moet men FHG kunnen melden.</p> <p><i>D GGD Rotterdam-Rijnmond, 2007, Politie Groningen, 2003, KNMG meldcode, 2008</i></p>
-----------------	--

### Overige overwegingen

De arts kan te maken krijgen met civielrechtelijke, tuchtrechtelijke of strafrechtelijke procedures als hij niet in staat is om de gezondheid van zijn patiënt/cliënt te beschermen tegen verdere aantasting van zijn of haar gezondheid. Hieronder kan ook het verzwijgen van zijn vermoeden van huiselijk geweld of kindermishandeling vallen. Zie Appendix P voor toelichting hierop.

Een belangrijke grondhouding in de hulpverlening is openheid in de richting van de cliënt. Daarom is de eerste stap een gesprek met de cliënt over het geweld en over de mogelijkheden om hem te helpen en het geweld te stoppen. De beroepskracht kan alleen van dit gesprek afzien als:

- er gevaar voor eigen veiligheid dreigt/ontstaat
- er gevaar voor veiligheid van cliënt of van anderen (bijv. gezinsleden) ontstaat
- het contact met de beroepskracht dreigt te stoppen door het starten van dit gesprek, waardoor de cliënt uit beeld raakt.

### Aanbevelingen

Hanteer de volgende voorwaarden en criteria bij de beslissing om FHG te melden:  
voorwaarden:

- Er moet sprake zijn van (een vermoeden van) FHG.
- Er moet sprake zijn van een relatie.
- Er moet sprake zijn van actueel geweld.

criteria:

- aanwezigheid van kinderen bij (structureel) partnergeweld
- intensiteit van het geweld
- (be)dreigen met (zelf)moord
- gebruik van wapens en/of andere zware middelen
- (kans op) herhaling van het geweld
- ernst van het lichamelijk of psychisch geweld
- extra kwetsbaarheid van bijvoorbeeld kinderen, ouderen, gehandicapten of zieken.

### Uitgangsvraag 17 Juridische mogelijkheden

Welke juridische (straf-, civiel-, bestuursrechtelijke en andere) mogelijkheden zijn aanwezig bij familiaal huiselijk geweld?

#### Inleiding

Beroepsbeoefenaars die te maken krijgen met een slachtoffer van FHG moeten zich afvragen welke mogelijkheden er zijn om het slachtoffer tegen verder geweld te beschermen en welke mogelijkheden er zijn om hulp aan de dader af te dwingen. In het juridisch kader zijn hiertoe mogelijkheden in het strafrecht, het bestuursrecht en in het civiel recht.

Voor het strafrecht moet er sprake zijn van een strafbaar feit en een dader. Van een strafbaar feit wordt aangifte gedaan vóór de politie stappen onderneemt. Soms gaat de politie over tot ambtshalve vervolging, dat wil zeggen, zonder dat er een aangifte aan vooraf gegaan is. Het zorgvuldig documenteren en fotograferen van het letsel kan voor het verloop

van de procedure belangrijk zijn. Eventueel kan hiervoor verwezen worden naar zogenaamde letselspreekuren waarbij forensisch geschoolde artsen aanwezig zijn.

Het bestuursrecht regelt de manier waarop het openbaar bestuur kan ingrijpen in de openbare rechtsorde. Het 'tijdelijk huisverbod' is een maatregel die onder het bestuursrecht valt.

Burgerlijk recht (ander woord: civielrecht, privaatrecht) beschrijft de regels voor de onderlinge verhoudingen tussen personen. Het slachtoffer kan bij de rechter een straat- of contactverbod vragen, zonder dat er aangifte nodig is. De beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg is gebonden aan de geheimhoudingsplicht (zie uitgangsvraag 16).

### ***Strafrechtelijke mogelijkheden***

Politie en justitie hebben FHG tot een prioriteit gemaakt. Zij zien FHG als een ernstig strafbaar feit, dat op grote schaal voorkomt. Het aantal aangiften blijft hierbij achter, omdat slachtoffers geen aangifte durven doen of denken dat politie en justitie er niets mee doen. Politie en justitie zien optreden bij FHG en kindermishandeling als een publieke taak waarbij de belangen van alle betrokkenen in acht genomen moeten worden. In een aantal politieregio's is voor zeer ernstig bedreigde en belaagde slachtoffers een speciaal beveiligingssysteem beschikbaar, het zogenaamde AWARE (Abused Women Active Response Emergency).

Door het college van Procureurs Generaal is de 'aanwijzing huiselijk geweld' opgesteld. Het doel van deze aanwijzing is het bewerkstelligen van een effectiever optreden van politie en Openbaar Ministerie (OM) in reactie op huiselijk geweld:

- acuut stoppen van huiselijk geweld
- voorkomen van recidive door middel van gerichte interventies
- herstellen van de geschonden norm
- vergroten van de aangiftebereidheid van slachtoffers.

Het optreden van politie en OM dient mede ter behartiging van de belangen van het slachtoffer en de eventuele kinderen die getuige zijn van het geweld. Uitgangspunt is dat plegerhulpverlening in een zo vroeg mogelijk stadium wordt geïntegreerd in de strafrechtelijke aanpak van huiselijk geweld. Een tweede uitgangspunt is dat in zaken van huiselijk geweld waarvan de politie kennis krijgt, aangifte wordt gedaan door het slachtoffer. Indien een slachtoffer in een later stadium de aangifte wil intrekken, moet worden uitgelegd dat dit juridisch niet mogelijk is. Wanneer het slachtoffer uitdrukkelijk geen aangifte wil doen, wordt in ernstige gevallen overgegaan tot zogenaamde ambtshalve vervolging. Aangifte kan in sommige situaties het geweld ook (ernstig) verergeren zoals Römken heeft beschreven in *Met recht 'n zorg? overdenkingen bij wet- en regelgeving over geweld in de privésfeer* (2008). Justitie ziet plegerbehandeling als een belangrijk middel om herhaling van FHG te voorkomen. Plegerbehandeling zal in de meeste gevallen opgelegd worden als voorwaarde voor voorwaardelijk sepot of een voorwaardelijke straf. Een voorwaarde kan ook zijn dat de hulpverlening aan de andere gezinsleden niet wordt gehinderd. Ook een contactverbod hoort tot de mogelijkheden. Bij ernstige feiten met een hoge kans op recidive volgt een onvoorwaardelijke gevangenisstraf.

### ***Bestuursrechtelijke mogelijkheden***

De Wet tijdelijk huisverbod creëert de mogelijkheid een huisverbod op te leggen wanneer er sprake is van dreigend huiselijk geweld, maar (nog) geen (aantoonbare) strafbare feiten zijn



gepleegd. Deze bevoegdheid is in de wet toegekend aan de burgemeester. Het slachtoffer kan bij de politie aangeven een huisverbod voor de pleger te wensen. Ook de agent in functie kan na een (anonieme) melding (van bijvoorbeeld een buurtbewoner) een huisverbod aanvragen op basis van wat hij/zij in het huis aantrof. Hij/zij kan het huisverbod ook tegen de wil van het slachtoffer aanvragen. Het huisverbod kan voor tien dagen worden opgelegd. Intussen kan hulpverlening in gang worden gezet. Zie voor verdere toelichting ook uitgangsvraag 14.

### **Civielrechtelijke mogelijkheden**

Slachtoffers van FHG kunnen (met een advocaat) via de burgerlijke rechter maatregelen vragen tegen de dader. Het belangrijkste voorbeeld daarvan is een kort geding, waarbij een straat- of contactverbod wordt geëist. Ook kan via de burgerlijke rechter schadevergoeding worden gevorderd.

### **Conclusies**

<b>Niveau 4</b>	<p>Er zijn juridische mogelijkheden om het FHG te stoppen, het slachtoffer te beschermen en hulpverlening voor de pleger en het slachtoffer op gang te brengen. Afhankelijk van de wens van het slachtoffer en de ernst van het FHG kan dit via het strafrecht, bestuursrecht of civielrecht. De beroepsbeoefenaar kan deze mogelijkheden zelf met het slachtoffer bespreken, of doorverwijzen naar het ASHG en, in het geval ook kinderen aanwezig zijn, naar het AMK.</p> <p><i>D Mening van experts, Nederlandse Wet</i></p>
-----------------	---

<b>Niveau 4</b>	<p>Indien het slachtoffer geen aangifte wil doen, maar de beroepsbeoefenaar van mening is dat de situatie onverantwoord is en grote risico's met zich meebrengt, kan deze na zorgvuldige overweging en documentatie zelf aangifte doen bij de politie. Ook kan hij een melding doen bij het ASHG en/of AMK.</p> <p><i>D Mening van experts</i></p>
-----------------	--

### **Aanbevelingen**

Wijs het slachtoffer op de mogelijkheid om door aangifte te doen FHG te stoppen en hulp op gang te brengen. Overweeg dat in sommige gevallen aangifte kan zorgen voor verergering van FHG. Zorg voor zorgvuldige documentatie en foto's van het letsel. Verwijs zo nodig naar een gespecialiseerde deskundige of letselsprekkuur.

Besprek in voorkomende gevallen met het slachtoffer de mogelijkheid van het tijdelijk huisverbod en/of van straat- of contactverbod of verwijs het slachtoffer voor informatie hierover naar het ASHG of, als er kinderen zijn, naar het AMK.

De beroepsbeoefenaar moet zelf melding doen bij het ASHG, AMK en/of politie, indien er naar zijn mening sprake is van een onverantwoorde situatie, grote risico's en indien het slachtoffer zelf geen aangifte wil doen. De stappen in de Meldcode Kindermishandeling (KNMG, 2008) moeten hierbij gevolgd en zorgvuldig gedocumenteerd worden.

## HOOFDSTUK 9: DIAGNOSTIEK BIJ VOLWASSENEN

### **Uitgangsvraag 18 Algemene aandachtspunten bij de diagnostiek**

Welke algemene aandachtspunten zijn belangrijk bij de diagnostiek van familiaal huiselijk geweld bij volwassenen, nadat eenmaal bekend is geworden dat FHG heeft plaatsgevonden?

#### **Inleiding**

De literatuur over diagnostiek bij volwassen die betrokken zijn bij FHG (plegers en slachtoffers van partnergeweld; plegers van kindermishandeling) gaat over:

1. inschatting van het risico op nieuw geweld (risicotaxatie)
2. pogingen om subtypes te definiëren binnen plegers, slachtoffers en gewelddadige relaties
3. beschrijving van kenmerken, problematiek en psychische stoornissen van 1. plegers; 2. slachtoffers van partnergeweld en 3. relaties waarin geweld speelt; vergelijking met 1. mannen die geen partnergeweld plegen; 2. vrouwen die niet worden mishandeld en 3. relaties die niet gewelddadig zijn, al dan niet in relatie tot voorspellers van behandelresultaat (drop-out en succes)
4. ontwikkeling van instrumenten om kenmerken van plegers, slachtoffers en gewelddadige relaties in kaart te brengen.

De literatuur rond deze onderwerpen is uiteenlopend en gefragmenteerd. Daarom is niet alle literatuur over deze onderwerpen goed in kaart gebracht. Uitgegaan is van recente overzichtsartikelen, aangevuld met enkele relevante artikelen en klinische ervaringen van de werkgroepleden. Gekozen is voor onderwerpen die in het diagnostisch proces relevant zijn om goede behandelinterventies te kunnen kiezen.

Wetenschappelijk onderzoek naar FHG is meestal gericht op slachtoffers of plegers. De systeemvisie die deze richtlijn bepleit, is in de literatuur (nog) nauwelijks terug te vinden. De onderzoeksbevindingen over slachtoffers en plegers zijn daarom voor een deel los van elkaar besproken. Dit betreft dan vooral de subtyperingen en de meetinstrumenten voor specifieke aspecten van slachtoffers en plegers.

Het hoofdstuk begint met enkele algemene aandachtspunten voor een beroepsbeoefenaar die te maken krijgt met FHG, ongeacht of men een slachtoffer of een pleger voor zich heeft (uitgangsvraag 18). Omdat taxatie van de veiligheid in de eerste fase een belangrijke plaats heeft, volgt daarna een aparte uitgangsvraag over risicotaxatie-instrumenten (uitgangsvraag 19). Daarna volgt de bespreking van kenmerken van slachtoffers, plegers en partnerrelaties (uitgangsvraag 20-20c) en voor FHG specifieke meetinstrumenten (uitgangsvraag 20d). Het is belangrijk dat beroepsbeoefenaars, ongeacht wie zij als cliënt in hun spreekkamer voor zich hebben, steeds het hele systeem voor ogen houden. Zij hoeven niet altijd alle betrokkenen zelf in zorg te hebben. Zij moeten zich wel inspannen voor een goede samenwerking tussen beroepsbeoefenaren, waarbij alle betrokkenen bij FHG in beeld zijn.

#### ***FHG kan moeilijk bespreekbaar zijn***

Elke betrokkene bij FHG die in zorg komt, krijgt bij voorkeur een diagnostisch onderzoek met aandacht voor somatische, psychische en psychosociale antecedenten en gevolgen van FHG. Uitgaande van de systeemvisie richt dit onderzoek zich op slachtoffer(s) en pleger(s). Wanneer slachtoffers (nog) samenleven met de pleger van FHG, zijn het geweld en de gevolgen ervan meestal moeilijk bespreekbaar. Er kan sprake zijn van verbod van de mishandelende partner om erover te praten. Vaak bestaat schaamte en gêne bij degene die het geweld ondergaat en bij de pleger. De beroepsbeoefenaar moet op een vanzelfsprekende manier het geweld bespreekbaar kunnen maken. Daarom is het belangrijk dat beide partners apart van elkaar met een hulpverlener kunnen spreken en dat getraide beroepsbeoefenaars beschikbaar zijn. Deze beroepsbeoefenaren zijn getraind in het praten over interpersoonlijk geweld en de gevolgen daarvan voor alle leden van het gezinssysteem (AMA, 1992; Carlson-Catalano, 1998). Voor de slachtoffers kan de context van vrouwenopvanghuizen voordelen bieden (Wegelin et al., 2008).

### ***Veiligheid taxeren***

De veiligheid van de slachtoffers is de grootste prioriteit. Er zijn diverse instrumenten ontwikkeld om de veiligheid op een gestructureerde manier in te schatten.

In de praktijk worden deze instrumenten weinig gebruikt, deels omdat ze tijdrovend zijn. Daarom is de informatie die het slachtoffer geeft (eventueel aangevuld met informatie van de kinderen) meestal het uitgangspunt voor inschatting van de veiligheid. Als er een aangifte bij de politie is gedaan, kan deze eventueel bij het slachtoffer worden opgevraagd. Gebleken is dat de beoordeling van de situatie door het slachtoffer in het algemeen een goede graadmeter is voor het werkelijke risico (Warnaar & Wegelin, 2005). Er zijn ook signalen dat deze risico-inschatting van het slachtoffer niet op elk moment bruikbaar is. Met name kort nadat het geweld is gepleegd, kunnen de emoties van het slachtoffer zorgen voor een minder betrouwbare inschatting. Naast de zelfrapportage van vrouwelijke slachtoffers wordt in Nederland in samenwerking met Openbaar Ministerie en politie de zogenaamde risico-inventarisatielijst gebruikt. Zie uitgangsvraag 19.

### ***Diagnostiek, crisisinterventie en behandeling***

Hulpverleners in de GGZ stellen vaak dat het weinig zin heeft om een behandeling te beginnen zolang er nog (te veel) crisis of dreiging in het leven van de cliënt is. Het argument is dat cliënten rust nodig hebben om stil te staan bij hun ervaringen, gedrag en emoties. Als het gaat om FHG is dit argument niet houdbaar. Veel slachtoffers zijn beducht voor hernieuwd geweld door de (ex-)partner of familie, ook al is het geweld gestopt, bijvoorbeeld omdat ze in de vrouwenopvang verblijven. Ook andere factoren kunnen voor destabilisatie zorgen. Met name ruzies met familie, opvoedingsproblemen en conflicten rond de (omgang met de) kinderen zijn oplaaiende brandhaarden. In de praktijk is het vaak onmogelijk om te wachten tot de wenselijke periode van rust is aangebroken.

Als deze factoren als contra-indicatie voor diagnostiek en behandeling worden beschouwd, kan een aanzienlijk deel van de slachtoffers van FHG worden afgeschreven voor behandeling. Immers, de dreiging kan soms lang aanhouden. Sommige vrouwen met geweldservaringen blijken zelfs gedurende hun hele leven te maken te hebben met destabiliserende gebeurtenissen. Bij hen zou dan alleen een vorm van crisisinterventie mogelijk zijn en nooit meer. Juist bij betrokkenen bij FHG wordt duidelijk dat het onderscheid tussen crisisinterventie en (meer langdurige) psychotherapeutische behandeling nauwelijks

houdbaar en vaak zinloos is. Uiteraard moet de inhoud van de interventies worden afgestemd op de actuele situatie. Zolang er twijfels zijn over de veiligheid van alle partijen, moet het vergroten en waarborgen van deze veiligheid prioriteit hebben. Maar ook in deze fase wordt van alle volwassenen betrokken bij het geweld gevraagd om te kijken naar hun eigen mogelijkheden om die veiligheid te waarborgen, bijvoorbeeld door time-outs.

### ***Motiveren om hulp te aanvaarden***

Het kost vaak grote moeite om plegers en soms ook slachtoffers te motiveren om in te zien dat FHG een ernstig probleem met grote nadelige gevolgen is, waar echt aan gewerkt moet worden. Crisis kan een belangrijk moment zijn om de motivatie te verhogen voor verandering. Crisisinterventiemodellen hanteren doorgaans een tijdraam van drie maanden waarbinnen de eerste stappen tot verandering moeten zijn gezet. Als langer wordt gewacht, gaat de persoon vaak weer 'op slot'. De vrouwenopvang werkt al langer met succes met dit uitgangspunt. De crisis biedt een 'window of opportunity', waarbinnen de slachtoffers extra gevoelig zijn voor verandering en geneigd zijn tot zelfreflectie. Het is daarom aan te raden om in de crisissituatie veel aandacht te besteden aan motivering van de partners om langerdurende hulp te zoeken.

Bij relationeel geweld is de motivatie om hulp te vragen niet vanzelfsprekend. Slachtoffers hebben vaak niet de intentie om van hun mishandelende partner te scheiden. Ervaringen in de vrouwenopvang leerden dat vrouwen vaak na een tijdelijke scheiding toch weer terugkeerden naar hun partner, zonder dat de mishandelende partner in beeld was gekomen bij de hulpverlening.

Bij partnernishandelaars is er zelden vanaf het begin een interne motivatie tot verandering. Velen willen hun partner niet kwijt en lijden onder de grote stress thuis. Ze zijn eerder te motiveren wanneer behandeling aansluit bij hun beleving en wensen. De steeds actievere rol van justitie in het vervolgen van plegers van FHG kan een stok achter de deur vormen voor bepaalde groepen. Sommige geweldplegers zullen dit echter niet als een externe druk ervaren. Bovendien is het vaak juridisch lastig om de bewijsvoering rond te krijgen, getuige het aantal septs. De druk van de partner om de relatie te beëindigen kan voor sommige plegers reden zijn om in behandeling te gaan. De angst om de relatie te verliezen kan echter ook de kans op een geweldsescalatie vergroten.

Er worden steeds vaker initiatieven ontwikkeld waarbij geweldplegers eerder in beeld komen bij beroepsbeoefenaars. In een ketenaanpak sluit efficiënte hulpverlening aan op een justitieel traject. Een bestpractice ervaring is dat beroepsbeoefenaars steeds aandacht moeten hebben voor de motivatie van de geweldpleger voor een behandeling. Beroepsbeoefenaars moeten geëquipeerd zijn met en getraind zijn in het toepassen van interventies waarmee de geweldpleger gemotiveerd wordt. Deze motivatiestrategieën moeten afgestemd zijn op de fase van verandering waarin de geweldpleger zich bevindt. Het Stages of Change-model van Prochaska & Diclemente (1983) is bruikbaar voor de beschrijving van de fasen in het veranderingsproces. Een effectieve gespreksstijl om motivatie te beïnvloeden is de motiverende gespreksvoering van Miller & Rollnick (2005). Hierin worden elementen genoemd als: empathie, de constructieve zelfconfrontatie, het niet overtuigen van de ander en het vergroten van self-efficacy bij de ander.

### ***Analyse van context is belangrijk***

In de analyse van de geweldsproblematiek (diagnositek, taxatie) moeten relevante contextuele factoren worden betrokken. De sociale en economische context is van groot belang. Denk aan de financiële situatie, woonomstandigheden, sociaal netwerk en familieomstandigheden. Er moet aandacht zijn voor het hele familiesysteem. Als er kinderen in het gezin zijn, is aandacht voor hen belangrijk, omdat zij beschadigd raken door geweld tussen de ouders. Soms gaan geweld tussen de ouders en geweld gericht tegen de kinderen samen. Ook als de aandacht primair uitgaat naar volwassen plegers en slachtoffers, is het belangrijk in kaart te brengen hoe het met de kinderen gaat. Zie hiervoor uitgangsvraag 7. Andere familieleden, zoals inwonende grootouders, kunnen van betekenis zijn of ook zelf beschadigd worden.

### **Aanbeveling**

Geef bij de diagnostiek van FHG bij volwassenen aandacht aan de volgende punten:

- houd rekening met gevoelens van schaamte, gêne en ontkenning bij de betrokkenen; zij kunnen de informatieverzameling belemmeren;
- zorg dat van alle betrokkenen informatie wordt verkregen, door dezelfde of door verschillende hulpverleners, mede afhankelijk van de praktische mogelijkheden;
- geef prioriteit aan het inschatten van de veiligheid van de slachtoffers (inclusief aanwezige kinderen);
- start snel met behandeling, ook als de crisis nog niet definitief is geweken;
- besteed aandacht aan motivatie van – met name – de plegers;
- besteed aandacht aan het hele systeem;
- analyseer relevante contextuele factoren

### **Uitgangsvraag 19 Risicovariabelen en risicotaxatie-instrumenten**

Welke variabelen en risicotaxatie-instrumenten zijn bruikbaar bij het herkennen van familiaal huiselijk geweld en is het mogelijk om tot een nadere aanbeveling te komen?

#### **Inleiding**

Het eerste diagnostische onderwerp betreft de veiligheid van de slachtoffers. Meestal is de informatie die het slachtoffer geeft van de situatie (eventueel aangevuld met informatie van de kinderen) de eerste bron voor inschatting van de veiligheid. Dit is een goede graadmeter voor het werkelijke risico (Warnaar & Wegelin, 2005). Daarnaast is het gebruik van gestructureerde meetinstrumenten raadzaam.

#### **Samenvatting van de literatuur**

##### ***Voorspellers van partnergeweld***

###### *Vrouwelijke slachtoffers*

Wolf et al. (2006) en Sijbrandij et al. (2008) ordenen de wetenschappelijk onderzochte factoren die FHG veroorzaken en in stand houden in vier groepen.

1. Socioeconomische zekerheidsfactoren
2. Sociale inclusiefactoren
3. Sociale cohesiefactoren
4. Factoren die het individuele niveau betreffen

Risicofactoren betreffen vaak de context. Dit geldt voor slachtoffers en plegers. Bekende stressfactoren zijn: financiële problemen en schulden, werkloosheid of slechte werkomstandigheden, slechte woonomstandigheden en dan met name het gebrek aan leefruimte, een buurt met veel onrust en overlast (lawaai), chronische ziekte in de familie, familieruzies en vetes, gemarginaliseerde positie in de samenleving. Het maatschappelijk gemarginaliseerd en sociaal geïsoleerd zijn is daarbij een steeds terugkerend gegeven. Dit isolement kan versterkt worden door de dynamiek in het FHG zelf, zoals een verbod van de allochtone familie voor de vrouw om naar Nederlandse les te gaan, of een verbod van de mishandelende partner om nog vriendinnen of familie te mogen ontvangen en spreken. Zie Appendix Q voor verdere toelichting.

### *Plegers*

Hilton & Harris (2005) gaven een literatuuroverzicht over voorspellers van (nieuw) partnergeweld en risicotaxatie. Zij noemden de volgende factoren bij plegers van FHG:

- relatief jonge leeftijd
- lagere sociaaleconomische klasse
- geschiedenis van relatieconflicten
- verbale agressie of psychisch misbruik
- ernst van eerder geweld
- eerdere arrestaties voor partnergeweld.

De voorspellende waarde van de individuele variabelen was echter zeer beperkt. Verder bespraken zij studies naar het risico van alcohol- en drugsmisbruik. Hoewel door de pleger zelf gerapporteerd alcoholgebruik niet voorspellend was voor nieuw geweld, bleek gerapporteerde dronkenschap van de pleger wel samen te gaan met nieuw geweld in het afgelopen kwartaal. Verder bleek uit dagboeken met betrekking tot alcoholgebruik, die door zowel pleger als partner werden bijgehouden, dat de kans op geweld fors toenam op dagen dat de pleger alcohol had gedronken (Fals Stewart, 2003).

Verder concludeerden zij op basis van verschillende studies dat met name het oordeel van de slachtoffers over het gedrag van de pleger een goede voorspeller was van nieuw geweld, beter zelfs dan de geschiedenis van het geweld en de andere predictoren zoals hierboven genoemd. Zie Appendix Q voor verdere toelichting.

### ***Instrumenten voor gestructureerde inschatting van risico***

Risicotaxatie-instrumenten helpen beroepsbeoefenaars die bij (een sterk vermoeden van) FHG risicofactoren moeten taxeren die in het individuele geval samenhangen met het verhoogde risico. Hiermee kunnen zij een risicohanterings- en interventieplan opstellen. In deze zin zijn risicotaxatie-instrumenten bedoeld als preventie-instrument: voorkomen van nieuwe incidenten van huiselijk geweld.

Risicotaxatie-instrumenten zijn geen psychologische testen in de strikte zin van het woord; ze zijn niet bedoeld om 'onderliggende' psychische constructen te meten. Ze worden grotendeels samengesteld uit variabelen waarvan is aangetoond dat zij samenhangen met toekomstige recidive, al dan niet aangevuld met variabelen die volgens het klinisch oordeel van deskundigen relevant kunnen zijn voor toekomstige recidive of voor behandeling. Deze variabelen kunnen worden verdeeld in *statische en dynamische variabelen*, en de laatste categorie wordt tegenwoordig weer onderscheiden in *acuut dynamische en stabiel dynamische factoren*. Statische variabelen zijn onveranderbaar. Voorbeelden zijn geslacht

van de pleger, leeftijd waarop het eerste delict werd gepleegd of de aanwezigheid van gedragsproblemen in de kindertijd. Bekend is dat ze relatief grote voorspellende waarde hebben. Het nadeel is dat ze onveranderbaar zijn, dus geen aanknopingspunten geven voor behandeling. Dynamische factoren zijn wel veranderbaar en daarom interessanter voor behandeling. Stabiel dynamische factoren zijn variabelen als persoonlijkheidsstoornissen, hechtingsstijlen, impulscontrolestoornissen, werkeloosheid, verkeerde vrienden of opvattingen die geweld bevorderen. Acuut dynamische factoren zijn veel tijdelijker, bijvoorbeeld conflicten op het werk of dronkenschap. De veronderstelling is dat behandeling vooral gericht moet worden op verandering van stabiel dynamische factoren.

Risicotaxatie-instrumenten kunnen grofweg worden verdeeld in twee groepen: actuariële instrumenten en gestructureerde klinische oordelen. Actuariële instrumenten bevatten alleen variabelen waarvan empirisch is aangetoond dat ze voorspellend zijn voor recidive; het eindoordeel is een relatief simpele optelsom van de scores op de items. Tot nu toe zijn dit merendeels statische variabelen. Gestructureerde klinische oordelen, waarin uiteindelijk de clinicus de eindscore bepaalt via een gestructureerde beoordeling van vaste onderwerpen, werden ontwikkeld om de nadelen van het ongestructureerde klinische oordeel (met name de lage interbeoordelaarsbetrouwbaarheid) te ondervangen, maar wel gebruik te kunnen maken van klinisch relevante items. Dit type instrumenten bevat (ook) variabelen waarvan wordt aangenomen dat ze veranderbaar zijn, zoals hierboven genoemd.

### ***Actuariële risicotaxatie***

In de onderzoeksliteratuur wordt een onderscheid gemaakt tussen domestic violence (huiselijk geweld) en relational violence of partner violence. Domestic violence omvat relational violence en child abuse (kindermishandeling). De beschikbare risicotaxatie-instrumenten in de internationale literatuur richten zich op relational violence óf child abuse. Voor de beschrijving van risicotaxatie-instrumenten voor kindermishandeling wordt verwezen naar de richtlijn voor Kindermishandeling. De instrumenten zijn:

1. Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) (Rice & Harris, 1995; Quinsey et al., 1998). Voor zover bekend is er geen officiële Nederlandse versie van de VRAG.
2. Ontario Domestic Assault Risk Assessment (ODARA) (Hilton et al., 2004). Van de ODARA is ook een Nederlandse vertaling beschikbaar.
3. Domestic Violence Risk Appraisal Guide (DVRAG) (Hilton et al., 2008). Voor zover bekend is er geen officiële Nederlandse versie van de DVRAG.

Voor een toelichting op deze instrumenten: zie Appendix Q.

### ***Gestructureerde klinische beoordeling***

Hiervoor zijn vier instrumenten beschikbaar:

1. Danger Assessment (DA) (Campbell, 1986, 1995). Voor zover bekend is er geen officiële Nederlandse versie van de DA.
2. Spousal Assault Risk Assessment (SARA) (Kropp et al., 1995). De officiële Nederlandse versie van de SARA zal naar verwachting binnenkort beschikbaar zijn (Hildebrand & De Ruijter, 2009)
3. Brief Spousal Assault For Evaluation of Risk (B-SAFER) (Kropp et al., 2003). Er is een Nederlandse versie beschikbaar van de B-SAFER (De Ruijter, 2008).
4. Domestic Violence Screening Instrument (DVSI) (Williams & Houghton, 2004). Voor zover bekend is er geen officiële Nederlandse versie van de DVSI.

Voor een toelichting op deze instrumenten: zie Appendix Q.

### **Risico-inventarisatielijst**

In Nederland gebruiken de ketenpartners (met name politie en hulpverleners van de ambulante steunpunten huiselijk geweld en de vrouwenopvang) een risico-inventarisatielijst. Hiermee wordt sinds 2006 landelijk gewerkt. De lijst is ontwikkeld door het Verwey-Jonker Instituut en geeft onder meer inzicht in eerder ondergaan fysiek geweld, wapenbezit en -gebruik door de geweldpleger, eerdere veroordelingen van de geweldpleger en eerwraakrisico. De risico-inventarisatielijst dient om te bepalen of en welke extra veiligheidsmaatregelen en anonimiteit voor de vrouw en kinderen noodzakelijk zijn. De lijst is opgenomen in Appendix L.

### **Conclusies**

<b>Niveau 1</b>	<p>Het is aangetoond dat ongestructureerde rapportages van slachtoffers en formele risicotaxatie-instrumenten nieuw partnergeweld voorspellen. De nauwkeurigheid van de voorspelling behoeft verbetering. De gevonden d-waarden waren gemiddeld 0,36 (slachtofferrapportages), 0,40 (instrumenten specifiek voor partnergeweld) en 0,56 (instrumenten voor algemeen geweld). In het buitenland gevonden AUC-waarden waren tussen 0,60 en 0,75, hetgeen betekent dat de voorspelling iets beter was dan kansniveau. Statische items en actuariële instrumenten zijn beter dan dynamische items en gestructureerde klinische oordelen.</p> <p>A1     <i>Hanson et al., 2007; Hilton &amp; Harris, 2005</i></p>
<b>Niveau 3</b>	<p>Er zijn aanwijzingen dat het risico op ernstig letsel of doodslag bij paren met behulp van de Danger Assessment Scale (DA) te beoordelen is.</p> <p>C     <i>Campbell, 1995</i></p>

### **Overige overwegingen**

Risicotaxatie-instrumenten hebben twee functies: 1. inschatten van het gevaar voor nieuw geweld; in deze functie horen ze (ook) in de fase van het melden/handelen en 2. bieden van aanknopingspunten voor behandeling.

Het gebruik van gestructureerde meetinstrumenten vergt meer training en in de praktijk ook vaak meer tijd dan het gebruik van een checklist met variabelen. Het heeft wel als voordeel dat de inschatting van het risico betrouwbaarder wordt. Formele en gestructureerde risicotaxaties kosten tijd. Deze tijd ontbreekt vaak in crisissituaties en laagdrempelige opvang- en behandelsettings. In deze settings is vooral behoefte aan relatief simpele screenings- en risicotaxatie-instrumenten, op basis waarvan een plan kan worden opgesteld. Op dit moment bestaat van een deel van de in het buitenland ontwikkelde formele risicotaxatie-instrumenten een Nederlandse versie. Onderzoek met deze instrumenten in de Nederlandse populatie heeft nog nauwelijks plaatsgevonden.

Rapportages van slachtoffers kunnen zeer waardevol zijn maar zijn lang niet altijd mogelijk, omdat het slachtoffer niet meer te bereiken is of te angstig is. Het is niet bekend of het



meewerken aan dergelijke rapportages voor hen in bepaalde gevallen de kans op nieuw gevaar juist kan vergroten.

### **Aanbevelingen**

In de laagdrempelige eerstelijnszorg moet de nadruk vooral liggen op actief bevragen bij signalen van en inschatting van het risico op nieuw geweld. De volgende variabelen zijn in dit opzicht belangrijk:

- eerder geweld door de pleger (met andere woorden: geen first offender)
- ernstige verwondingen bij het slachtoffer bij eerder geweld
- escalatie in aard en frequentie van geweld
- stalking door de pleger
- afhankelijke positie van slachtoffer of pleger in emotioneel of economisch opzicht
- recente beëindiging van de relatie door het slachtoffer
- aanwezigheid van wapens, messen
- bedreigingen door de pleger met wapens of de dood
- alcohol- of drugsproblematiek bij de pleger en/of het slachtoffer
- suïcidedreiging door de pleger
- extreme jaloezie of bezitterigheid bij de pleger.

Gebruik voor de inschatting van nieuw geweld statische items en actuariële instrumenten. Instrumenten voor algemeen geweld doen het daarbij ten minste even goed als specifieke instrumenten voor partnergeweld.

Gebruik waar mogelijk een (kort) gestructureerd instrument wordt, ook in de eerstelijnszorg. Geschikte instrumenten zijn de B-SAFER, de ODARA en de DVSI. Alleen van de eerste twee instrumenten bestaan officiële Nederlandse versies waarmee ook in Nederland enig onderzoek is gedaan.

Start in de gespecialiseerde behandelsettings bij voorkeur met een gestructureerde vorm van risicotaxatie. Geschikte instrumenten zijn de SARA en de DVRAG (combinatie van ODARA en PCL-R-score).

Gebruik voor de voorspelling waar mogelijk een maat voor psychopathie (PCL-R).

Betrek zo mogelijk in de taxatie de rapportages van slachtoffers mits de veiligheid van het slachtoffer daardoor geen (extra) gevaar loopt.

### **Uitgangsvraag 20a Diagnostiek slachtoffers**

Welke diagnostiek is bij slachtoffers van familiaal huiselijk geweld nodig voor een adequaat behandelingsplan?

#### **Inleiding**

Onderstaand is gebaseerd op recente buitenlandse richtlijnen (met name uit de Verenigde Staten) en enkele overzichtsartikelen. Ook is gezocht naar materiaal uit Nederland. De

informatie is geordend naar: 1. onderwerpen die in het gesprek met slachtoffers aan de orde moeten komen; 2. voorgeschiedenis en eerdere mishandeling; 3. belastende en destabiliserende factoren en 4. slachtoffertypologieën. Gebruikte richtlijnen zijn die van de American Medical Association, (AMA, 1992, 1994), de National Guidelines for Domestic Violence (2004) en de ICSI-richtlijnen (2006). Gebruikte overzichtspublicaties zijn Cataneo & Goodman (2005) en Hoyle (2008). Over Nederlandse slachtoffers van FHG is voornamelijk informatie bekend uit grootschalige enquêtes (met name Römken, 1989). Recente Nederlandse informatie is te vinden in de residentiële opvang van vrouwen die slachtoffer waren van huiselijk geweld. Bij deze populatie bleek bij 95% van de cliënten sprake van psychische problematiek (Wolf et al., 2006; Wegelin, 2006 en 2007).

## **Samenvatting van de literatuur**

### ***Onderwerpen die in gesprek met slachtoffers aan de orde moeten komen***

Als duidelijk is dat FHG heeft plaatsgevonden, is gerichte vervolg-diagnostiek nodig om een behandelingsplan op te stellen. Overzichtsartikelen en buitenlandse richtlijnen (o.a. de National Consensus Guidelines Domestic Violence, 2004, p. 49) noemen de volgende onderwerpen die bij vervolg-diagnostiek bij slachtoffers aan de orde moeten komen:

- lichamelijke klachten en problemen als (mogelijk) gevolg van FHG: verwondingen, chronische pijnklachten, geslachtsziektes, herhaalde abortussen, ontstekingen aan geslachtsorganen
- de aanwezigheid van andere chronische ziektes (zoals suikerziekte, verhoogde bloeddruk, hiv, astma) en de wijze waarop het slachtoffer met deze ziektes omgaat
- psychische klachten: waaronder depressies, angstklachten, PTSS-klachten, vermoeidheid, seksuele disfuncties
- middelenmisbruik door het slachtoffer.

Overzichtsartikelen (bijvoorbeeld Herman, 1993) noemen de volgende aspecten als vaak voorkomend bij slachtoffers van FHG: fysieke uitingen van stress, gevoelens van geïsoleerdheid, van onvermogen en van machteloosheid, angststoornissen, chronische PTSS, depressie en suïcidepogingen. Instellingen voor alcohol- en drugsbestrijding en hiv/aidspreventie voegen hier nog aan toe: het vaak voorkomen van alcoholproblematiek en middelenmisbruik (New York State Dept of Health, 2002). Bij Nederlandse slachtoffers van huiselijk geweld werden in het toestandbeeld op as-I vergelijkbare klachten genoemd.

In buitenlands en in Nederlands onderzoek kwam naar voren dat bij slachtoffers van huiselijk geweld naast het bovenstaande ook dikwijls meer structurele psychische problematiek in de vorm van persoonlijkheidsproblematiek aanwezig is, bijvoorbeeld een veranderde blik op zichzelf of gevoelens van geïsoleerdheid.

De persoonlijke draagkracht van de cliënt wordt ook bepaald door haar intelligentie. Overigens liggen de lacunes die de draagkracht beperken in de praktijk vaker in de sociaalemotionele intelligentie dan in de cognitieve intelligentie. Het oog hebben hiervoor en het meten hiervan is gewoonlijk voorbehouden aan specialistische instellingen voor verstandelijke beperkingen. Het is belangrijk deze specialisten snel te kunnen inschakelen. Zie Appendix Q voor meer gedetailleerde informatie.

### ***Voorgeschiedenis en eerdere mishandeling***

Zeker de helft van de cliënten in de Nederlandse vrouwenopvang bleek een belast verleden te rapporteren, waaronder ervaringen als mishandeling, verwaarlozing en/of seksueel misbruik in het gezin van herkomst of de directe leefomgeving. Hun onveilige gehechtheid heeft hen extra kwetsbaar gemaakt voor huiselijk geweld. De cliënten kunnen hun grenzen moeilijk aangeven in de aandacht die zij zoeken en kunnen hun eigen veiligheidsgrenzen moeilijk bewaken. Dit gegeven zal een apart aandachtspunt moeten zijn in de aan te bieden behandeling. Een groepsbehandeling heeft – omdat slachtoffers dergelijk gedrag snel bij elkaar zullen herkennen – in dit opzicht veel voordelen. Of een belast verleden bij slachtoffers in en buiten de vrouwenopvang in dezelfde mate voorkomt, is nog onbekend. Bepleit wordt in ieder geval dit in beide situaties goed uit te vragen.

### ***Belastende en destabiliserende factoren***

Bij FHG is dikwijls sprake van een complex van factoren. Denk aan voortgaande dreiging door de partner of andere geweldpleger(s), andere conflicten met (ex-)partner en familie (bijvoorbeeld druk van de familie op een allochtone vrouw om vanwege de familie-eer de relatie te herstellen), geldproblemen of onzekerheid over een verblijfsvergunning. Voor vrouwen die naar de vrouwenopvang zijn gegaan en niet willen of kunnen terugkeren, maakt het vinden van nieuwe huisvesting de toekomst onzeker.

Een zwaarwegende belastende factor is opvoedingsproblematiek. Veel slachtoffers zijn tevens moeder en kunnen zich in deze periode vaak onvoldoende concentreren op hun ouderlijke zorg. De kinderen vertonen van hun kant vaak gedragsstoornissen in reactie op het geweld dat zij ondergingen of waarvan zij getuige waren. Om een reëel beeld te krijgen van de draaglast van de cliënt is gedetailleerd uitvragen van deze factoren nodig.

### ***Typologieën***

Recent is gepoogd om bij slachtoffers onderscheid te maken in verschillende subtypes of cliëntprofielen. Sijbrandy et al. (2008) verrichtten een clusteranalyse op de gegevens van 218 vrouwen die vanwege FHG in een instelling voor vrouwenopvang verbleven. De clusterkenmerken hadden betrekking op demografische, sociale en op enkele psychische kenmerken. De analyse leidt tot zes verschillende profielen:

1. *Nieuwkomers*: uit het buitenland afkomstige vrouwen, van wie de helft een partner had met een andere etnische achtergrond (voornamelijk Nederlands). Deze groep had relatief milde lichamelijke en psychische klachten, een gemiddelde zelfwaardering en persoonlijke effectiviteit.
2. *Autochtone vrouwen*: Nederlandse vrouwen met een Nederlandse partner, van wie een kleine helft problematisch alcohol/drugsgebruik had. Dit waren vrouwen met relatief veel sociale steun in hun omgeving. Ook deze groep had relatief milde lichamelijke en psychische klachten en een gemiddelde zelfwaardering en persoonlijke effectiviteit.
3. *Vrouwen die eerder relateerd geweld ondervonden*: jonge allochtone vrouwen die waren uitgehuwelijkt en/of bij wie eerwraak speelde. Ook de partner was gewoonlijk allochtoon. Bijna twee derde van de partners had problematisch alcohol/drugsgebruik. De slachtoffers hadden relatief weinig sociale steun. Deze groep had veel psychische klachten, een matige lichamelijke gezondheid en een gemiddelde zelfwaardering en persoonlijke effectiviteit.
4. *Vrouwen met opvallend veel psychische problematiek*: voor twee derde Nederlands, een derde met andere etnische achtergrond. Een kwart van de partners had

problematisch alcohol/drugsgebruik. Er was sprake van zware depressies, zeer veel posttraumatische stressklachten, lage zelfwaardering en lage persoonlijke effectiviteit. In deze groep kwam veel medicijngebruik (antidepressiva, antipsychotica, pijnstillers) voor.

5. 'Moeilijke meiden': jonge, niet-Nederlandse, weerbare vrouwen met relatief weinig lichamelijke en psychische klachten.
6. Oudere vrouwen met financiële problemen (40+-vrouwen): voornamelijk Nederlands, met zeer hoge financiële schulden (gemiddeld € 45.000), met een partner die in twee derde van de gevallen problematisch alcohol/drugsgebruik had, met relatief veel sociale steun. Relatief weinig lichamelijke en psychische klachten, relatief hoge zelfwaardering en gemiddelde persoonlijke effectiviteit.

Uit deze typologie blijkt vooral de multidimensionaliteit van factoren. Er valt onvoldoende uit af te leiden over te onderscheiden klachtpatronen of persoonlijkheidstrekken bij groepen slachtoffers. Zie Appendix Q voor meer gedetailleerde informatie.

## Conclusies

<b>Niveau 4</b>	<p>Uit de literatuur blijkt dat slachtoffers van FHG, naast de directe fysieke gevolgen van de mishandeling, een veelheid van psychische en gedragsproblemen melden. Veel voorkomende klachten zijn depressies, angstklachten, posttraumatische stressklachten en middelenmisbruik. Daarnaast wordt vaak persoonlijkheidsproblematiek gemeld. Van een deel van deze problemen is aannemelijk dat ze min of meer direct het gevolg zijn van de mishandeling, andere problemen bestonden soms al voordat de mishandeling begon.</p> <p><i>D National Consensus Guidelines Domestic Violence, 2004; Herman, 1993; Wolf, 2006; Sijbrandy et al., 2008</i></p>
<b>Niveau 1</b>	<p>De in de literatuur vermelde voorspellers voor geweld bij slachtoffers van FHG moeten ook aandacht krijgen als mogelijke voorspellers voor nieuw geweld. In het tot nu toe bekende onderzoek is daarbij niet steeds duidelijk in hoeverre de gevonden factoren FHG veroorzaken, in stand houden of een gevolg zijn van het geweld.</p> <p><i>A1 Hoyle, 2008</i> <i>D Sijbrandy et al., 2008</i></p>

## Uitgangsvraag 20b Diagnostiek plegers

Welke diagnostiek is bij plegers van familiaal huiselijk geweld nodig voor een adequaat behandelingsplan?

### Inleiding

In deze paragraaf wordt eerst relevante literatuur besproken over diagnostiek bij plegers, verdeeld in 1. plegertypologieën, 2. verschillen tussen plegers en mannen die geen FHG

plegen en 3. kenmerken van plegers die voorspellend zijn voor behandelresultaat. Gebruikte overzichtspublicaties zijn Hilton & Harris (2005) en de meta-analyse van Hanson et al., (2007) voor risicotaxatie, Dixon & Browne (2003) en Dutton (2006) voor plegertypologieën, en Scott (2004) en Babcock & LaTaillade (2000) voor voorspellers van behandelresultaat.

## Samenvatting van de literatuur

### ***Plegertypologieën***

Eind jaren zeventig van de twintigste eeuw ontstond oog voor de grote heterogeniteit binnen de groep plegers van partnermishandeling. In deze periode werden de eerste pogingen ondernomen om subtypes binnen de groep partnermishandelaars te onderscheiden. In de jaren daarna werd dit onderwerp met name door Saunders (1992), Holtzworth-Munroe & Stuart (1994) en Holtzworth-Munroe et al. (o.a. 2000, 2003) verder uitgewerkt. Dixon & Browne (2003) namen de driedeling van Holtzworth-Munroe & Stuart als uitgangspunt en gingen na in hoeverre andere typologieën deze driedeling ondersteunden. Dutton (2006) vergeleek de typologieën die in de jaren daarvoor waren gepubliceerd en concludeerde dat het merendeel op min of meer dezelfde driedeling uitkwam. Alle typeringen in deze tabel zijn gebaseerd op persoonlijkheidstrekken c.q. -stoornissen. Zie voor gedetailleerde informatie Appendix Q.

### **Vergelijking van plegertypologieën (Dutton, 2006)**

<b>Hamberger &amp; Hastings</b>	<b>Holtzworth-Munroe &amp; Stuart</b>	<b>Saunders</b>	<b>Tweed &amp; Dutton</b>
Antisociaal/narcistisch	Algemeen gewelddadig/antisociaal	Algemeen gewelddadig	Instrumenteel/ondergecontroleerd
Schizoid/borderline	Dysforisch/borderline	Emotioneel wisselend	Impulsief/ondergecontroleerd
Afhankelijk/dwangmatig	Alleen gezin/Passief-afhankelijk	Emotioneel ingehouden	Impulsief/overgecontroleerd

### ***Verschillen tussen mannelijke plegers partnergeweld en niet-gewelddadige mannen***

De eerste studies waarin kenmerken van partnermishandelaars werden vergeleken met die van niet-gewelddadige mannen werden eind jaren zeventig van de twintigste eeuw gepubliceerd. Zie onderstaand overzicht voor variabelen die gevonden zijn.

### **Kenmerken waarin plegers verschillen van niet-gewelddadige mannen (Dixon & Browne, 2003),**

Geringe assertiviteit	(Dutton & Strachan, 1987; Goldstein & Rosenbaum, 1985)
Lage zelfwaardering	(Flemming, 1979; Goldstein & Rosenbaum, 1985; Saunders, 1995)
Gebrekkige sociale vaardigheden	(Elbow, 1977; Goldstein & Rosenbaum, 1985; Walker, 1979)

Alcohol- en drugsmisbruik	(O'Leary, 1993; Tolman & Bennet, 1990)
Slechte impulscontrole	(Bernard & Bernard, 1984; O'Leary, 1993)
Cognitieve verstoringen	(O'Leary, 1993; Saunders, 1995)
Overmatige afhankelijkheid	(Bernard & Bernard, 1984; Elbow, 1977; Purdy & Nickle, 1981; Shupe, Stacy & Hazelwood, 1987)
Gewelddadige achtergrond	(Gayford, 1975; Hotaling & Sugarman, 1986; Straus, Gelles & Steinmetz, 1980)
Voorgeschiedenis van gewelddadig gedrag	(Convit, Jaeger, Lin, Meisner & Volavka, 1988; Walker, 1979)
Antisociale persoonlijkheid	(Flournoy & Wilson, 1991; Gottman et al., 1995)

De belangrijkste conclusie uit onderzoeken naar persoonlijkheidskenmerken van plegers is dat de groep bijzonder heterogeen is samengesteld (Scott, 2004). Gemiddeld scoren plegers van partnergeweld hoger op schalen die narcistische, vermijdende, antisociale, woedende en impulsieve persoonlijkheidstrekken meten. Deze factoren worden regelmatig aangetroffen bij plegers van partnermishandeling, maar de voorspellende waarde van de individuele variabelen is gering of geheel afwezig. Zelfs binnen de groep met een antisociale persoonlijkheidsstoornis maakt 'slechts' zo'n 25% zich ook schuldig aan partnermishandeling. De vraag is wat de implicaties van deze bevindingen zijn voor de keuze van interventies. Leidt verbetering van assertiviteit, sociale vaardigheden, impulscontrole of vermindering van cognitieve verstoringen, overmatige afhankelijkheid tot minder geweld?

### **Voorspellers van behandelresultaat**

Scott (2004) onderzocht voorspellers van behandelresultaat. Zijn bevindingen:

*Persoonlijkheidstrekken en -stoornissen:* uit onderzoek van Dutton et al. (1997) bleek dat mannen met 'klinische' scores op schalen voor borderline, antisociale en vermijdende trekken minder vaak verbeterden tijdens een behandeling dan mannen die gemiddeld scoorden op deze aspecten.

*Middelenproblematiek:* diverse onderzoeken toonden aan dat: 1. plegers van partnermishandeling vaker een alcoholprobleem hebben dan andere mannen en 2. mannen met een alcoholprobleem hun partner vaker mishandelen dan andere mannen. Vooral het blijven doorgaan met alcoholmisbruik bleek een belangrijke voorspeller van nieuw geweld.

*Jeugdtrauma's:* er zijn schattingen dat een derde van de mannen die als kind werden mishandeld zelf later gaan mishandelen. Verder bleek uit diverse onderzoeken dat deze mannen het moeilijkste te behandelen zijn. Ze gaan langer door met geweld, stoppen vaker met behandeling en recidiveren ook vaker na behandeling.

*Relatievaardigheden:* mannen die een behandeling goed afronden, bleken niet beter in relatievaardigheden (met name zelfexpressie, het vermogen om met hun partner te onderhandelen en conflict-oplossingsvaardigheden) dan drop-outs. Er is beperkte steun voor

de hypothese dat plegers die leren om conflict-de-escalatiestrategieën te gebruiken, na de behandeling minder vaak geweld gebruiken.

*Hechting:* diverse onderzoeken tonen aan dat plegers van partnergeweld minder vaak een veilige hechtingsstijl tonen dan andere mannen. Er zijn nog geen studies gedaan naar het effect van behandeling op hechtingsstijl. Wel zijn er enkele onderzoeken naar concepten die daaraan nauw verwant zijn. Daaruit bleek geen relatie tussen verandering in deze variabelen en (lagere) recidive.

*Motivatie voor behandeling:* publicaties over behandelingen van plegers melden vaak hun geringe motivatie voor behandeling. Verondersteld wordt dat dit gebrek aan motivatie een van de oorzaken is van de grote percentages drop-outs en de geringe resultaten van deze behandelingen. Volgens zogenaamde stage of changes-theorieën veranderen mensen hun gedrag in een aantal achtereenvolgende stappen. Het model van Prochaska & DiClemente (1982) onderscheidt motivatie voor gedragsverandering in stappen: 1. ontkenning van het probleem, 2. crisis en onderzoeken van mogelijkheden voor verandering, 3. het testen van nieuw gedrag, 4. definitieve gedragsverandering. Enkele studies bieden enige steun aan de theorie dat verandering in fasen plaatsvindt. Er is nog geen steun voor de opvatting dat behandelingsresultaat afhangt van de fase waarin de cliënt zich bevindt.

## Conclusies

<b>Niveau 1</b>	<p>Onderzoek naar subtypes leverde tot nu toe vrij consistent drie types geweldplegers op, die zich vooral onderscheiden op persoonlijkheidstrekken of -stoornissen: 1. een algemeen gewelddadig/antisociaal type, 2. een dysfoor/bordeline type en 3. een type dat alleen binnenshuis gewelddadig is en gekenmerkt wordt door afhankelijke, vermijdende en dwangmatige trekken.</p> <p>A1     <i>Dixon &amp; Browne, 2003; Dutton, 2006</i></p>
<b>Niveau 1</b>	<p>Uit onderzoek kwam een relatief stabiele tweedeling in plegers naar voren op basis van de ernst van het gepleegde geweld: ernstig geweld versus licht geweld. Ernstig geweld wordt vooral gepleegd door de types 1 en 2 uit de voorgaande conclusie, lichter geweld vooral door type 3.</p> <p>A1     <i>Dixon &amp; Browne, 2003; Dutton, 2006; Holtzworth-Munroe &amp; Meehan, 2004</i></p>
<b>Niveau 2</b>	<p>Er zijn aanwijzingen dat de types 1 en 2 relatief stabiel zijn, dat wil zeggen langdurig en naar verschillende partners gewelddadig zijn, terwijl type 3 daarin minder voorspelbaar is. Verondersteld wordt dat bij dit laatste type het geweld meer afhankelijk is van relatiefactoren en van kenmerken van de partner.</p> <p>A2     <i>Holtzworth-Munroe &amp; Meehan, 2004</i></p>

<b>Niveau 1</b>	<p>Van enkele variabelen is bekend dat ze enigszins voorspellend zijn voor nieuw geweld. Dit betreft onder meer een relatief jonge leeftijd, een lagere sociaaleconomische klasse, een geschiedenis van relatieconflicten, verbale agressie of psychisch geweld, ernst van eerder geweld en eerdere arrestaties voor partnergeweld. De voorspellende waarde van deze variabelen is echter te laag voor gebruik bij individuele cliënten. Een van de meest consistente voorspellers voor partnergeweld en bruikbaar voor individuele cliënten is alcoholmisbruik.</p> <p><i>A1 Hilton &amp; Harris, 2005</i></p>
-----------------	---

<b>Niveau 3</b>	<p>Hoewel voor diverse variabelen verschillen zijn gevonden tussen plegers van partnergeweld en niet-mishandelende mannen, zijn er tot nu toe geen aanwijzingen dat een behandeling specifiek gericht op deze kenmerken leidt tot betere resultaten in termen van minder recidive.</p> <p><i>B Scott, 2004</i></p>
-----------------	--

### **Uitgangsvraag 20c Diagnostiek partners**

Welke diagnostiek is bij partners bij wie familiaal huiselijk geweld speelt nodig voor een adequaat behandelingsplan?

#### **Inleiding**

Om te bepalen welke behandelingsmethode past bij bepaalde cliënten is het belangrijk typen gewelddadige paren te classificeren. Op dit gebied is nog weinig goed onderzoek verricht.

#### **Samenvatting van de literatuur**

Onderzoek toont aan dat gewelddadige paren duidelijk van niet-gewelddadige paren verschillen in hun oplossend vermogen bij relationele problemen en in de mate waarin zij over positieve communicatieve vaardigheden beschikken (Lloyd, 1996). Disharmonie in de relatie bleek een van de krachtigste correlaten van fysieke mishandeling (Aldarondo & Sugarman, 1996). Zie Appendix Q voor gedetailleerde informatie.

#### **Profielen van gewelddadige interactie bij paren (Johnson 1995, 1999; Johnson & Leone, 2000)**

- *Intiem Terrorisme* (Intimate Terrorism of IT): controlerende agressie jegens de partner. Het gaat om een escalerend patroon van geweld om controle over de partner te krijgen en te behouden. Het betreft fysiek geweld maar ook psychisch geweld: isoleren, bedreigen, vernederen, economisch afhankelijk houden.
- *Gewelddadig Verzet* (Violent Resistance of VR): als verdediging tegen aanvallen door de partner.
- *Wederzijdse Gewelddadige Controle* (Mutual Violent Control of MVC): twee elkaar terroriserende partners die beiden de ander willen controleren.
- *Veel Voorkomend Partner Geweld* (Common Couple Violence of CCV), geweld dat voortkomt uit uit de hand gelopen ruzies.



## Conclusies

<b>Niveau 2</b>	<p>Het is aannemelijk dat verschillende profielen van gewelddadige interactie bij paren te onderscheiden zijn en dat inzicht in dit onderscheid belangrijk is voor de vaststelling van het behandelplan.</p> <p>De profielen zijn: Intiem Terrorisme (Intimate Terrorism), Gewelddadig Verzet (Violent Resistance), Wederzijdse Gewelddadige Controle (Mutual Violent Control) en Veel Voorkomend Partner Geweld (Common Couple Violence, CCV).</p> <p><i>B Johnson 1995, 1999; Johnson &amp; Leone, 2000</i></p>
-----------------	---

## Uitgangsvraag 20d Meetinstrumenten

Welke meetinstrumenten (anders dan risicotaxatie-instrumenten) zijn beschikbaar en bruikbaar voor diagnostiek van slachtoffers, plegers en relaties waarin FHG speelt?

### Inleiding

Bij de nadere diagnostiek bij slachtoffers en plegers zijn veel variabelen belangrijk: algemene variabelen zoals depressies of angst, en voor FHG specifieke variabelen. Zie voor de algemene variabelen eventueel beschikbare richtlijnen. Voor de specifieke variabelen is nog geen beste meetmethode beschikbaar. De aard van het probleemgedrag leent zich niet voor bijvoorbeeld observatie door onafhankelijke beoordelaars. Bij FHG moet vrijwel uitsluitend afgegaan worden op zelfrapportages. Bekend is echter dat verhalen van plegers en slachtoffers uiteen kunnen lopen. Beide partijen hebben (al dan niet bewuste) motieven om het probleemgedrag van zichzelf of van de partner als ernstiger of als minder ernstig te presenteren dan dat het werkelijk is. Instrumenten om informatie op gestructureerde wijze te verzamelen zijn nauwelijks beschikbaar.

### Samenvatting van de literatuur

In het buitenland bestaan inmiddels vragenlijsten specifiek voor gebruik bij plegers en slachtoffers van partnergeweld. Een van de meest gebruikte vragenlijsten is de Conflict Tactics Scale (CTS) (Straus, 1979, 19 items), later vervangen door de herziene versie (CTS2) (Straus et al., 1996, 39 items). De CTS werd ontwikkeld om psychisch en fysiek geweld tussen partners en hun onderhandelingsstrategieën te meten. Zie voor gedetailleerde informatie en de kritiek op de CTS Appendix Q. Voor zover bekend bestaat van deze lijst geen officiële Nederlandse versie, maar zijn er wel diverse niet-geautoriseerde vertalingen in omloop (zie bijvoorbeeld de website van Strauss: <http://pubpages.unh.edu/~mas2/>). Ze zijn voor Nederland niet onderzocht waardoor hun psychometrische kwaliteiten niet bekend zijn. In Nederland en elders zijn enkele lijsten ontwikkeld die bruikbaar zouden kunnen zijn om specifieke aspecten bij partnergeweld in kaart te brengen. Deze lijsten zijn tot nu toe nauwelijks onderzocht op betrouwbaarheid en validiteit. Enkele voorbeelden zijn:

- Inventory of Beliefs about Wife Beating, IBWB (Saunders et al., 1987)
- Attitudes toward Women Scale, ATWS (verkorte en eenvoudige versie, Nelson, 1988)
- Psychological Maltreatment of Woman Scale, PMWS (Tolman, 1989)
- EZ-Batterer Typology Questionnaire (Ziegler, 2005)

Zie Appendix Q voor een korte toelichting op deze lijsten.

### Conclusies

<b>Niveau 3</b>	Er zijn aanwijzingen dat zelfrapportage met de Conflict Tactics Scale bruikbaar is om het psychisch en fysiek geweld tussen partners te beoordelen.  <i>C</i> <i>Straus et al., 1996</i>
<b>Niveau 4</b>	Er zijn verschillende meetinstrumenten ontwikkeld voor plegers, waarvan echter de validiteit en betrouwbaarheid nauwelijks is onderzocht, te weten: <ul style="list-style-type: none"><li>- Inventory of Beliefs about Wife Beating (IBWB)</li><li>- Attitudes toward Women Scale (ATWS)</li><li>- Psychological Maltreatment of Woman Scale (PMWS).</li></ul> <i>D</i> <i>Saunders et al., 1987; Nelson, 1988; Tolman, 1989</i>

### Overige overwegingen rond diagnostiek bij slachtoffers, plegers en relaties

#### **Variabelen bij de diagnostiek**

Over hoe kenmerken van (subtypes van) plegers samenhangen met de keuze van interventies en behandelresultaten is weinig bekend. Onderzoekresultaten bieden onvoldoende houvast en zijn soms strijdig met algemene klinische ervaringen. Zo vond een studie dat afhankelijke plegers het relatief goed deden met een inzichtgevende benadering; uit een andere studie kwamen geen aanwijzingen dat het antisociale type minder van een behandeling zou profiteren dan de beide andere types.

Omdat veel variabelen belangrijk (kunnen) zijn tijdens het diagnostische proces en omdat ze verschillen per pleger/slachtoffer/partnerrelatie moet de diagnostiek in eerste instantie een globale inventarisatie van alle relevante gebieden omvatten. Daarna kan per gebied nadere diagnostiek plaatsvinden, die dan bij voorkeur zo gestructureerd mogelijk plaatsvindt.

Uit onderzoek is gebleken dat sommige partners wederzijds geweld gebruiken. Het is voor de keuze van behandeling belangrijk om bij elk paar standaard te inventariseren welke partner, in welke mate en wanneer fysiek en/of psychisch geweld gebruikt. Relaties waarin sprake is van intiem terrorisme kenmerken zich door een patroon van eenzijdige of wederzijdse controle. Een grote groep is mannen die hun vrouw willen controleren. Cruciaal is controlegedrag dat de vrijheid van de ander aantast. Controlegedrag differentieert eerder tussen verschillende paren dan het fysieke geweld. Relaties met een loverboy vallen bijvoorbeeld onder deze groep: ook daarin staat de controle van het slachtoffer om haar te kunnen gebruiken voor eigen gewin centraal. Geweld is dan een controle-instrument. Bij intiem terrorisme en controlerend gedrag lijken andere therapeutische interventies aangewezen dan bij veel voorkomend geweld zoals escalerende ruzies.

Dat tot nu toe zo weinig zelfbeschrijvingsvragenlijsten zijn ontwikkeld, komt mogelijk deels door de twijfelachtige bruikbaarheid van dit type instrumenten, zeker waar het gaat om informatie over het geweld. Er zijn diverse aanwijzingen dat plegers geneigd zijn het geweld te bagatelliseren. Ook semi-gestructureerde interviews (anders dan de instrumenten voor risicotaxatie) zijn voor zover bekend niet psychometrisch onderzocht.

### **Diagnostiek in de Nederlandse praktijk - Slachtoffers**

De AMA *Assessment of the impact of abuse and violence on patients health and wellbeing* (1994) gaat ervan uit dat diagnostiek bij het slachtoffer begint met een interview, met als startpunt het ondergane geweld. Omdat de problematiek zeer breed kan zijn en lichamelijke, psychische, psychosomatische en psychosociale aspecten vaak verweven zijn, wordt breed uitvragen bepleit (Carlson-Catalano, 1998). Medewerkers kunnen bij slachtoffers in een opvangvoorziening gedragsobservaties vastgeleggen. Tijdens het interview kan deze kennis gebruikt worden.

De literatuur noemt onderwerpen voor diagnostiek bij het slachtoffer. Zo is het nuttig te weten wat voor geweld het slachtoffer heeft meegemaakt, in deze en in eventuele eerdere relaties, en welke rol zij daarin zelf heeft gehad. Het geeft een beeld van de relatiedynamiek die er is (geweest). Deze kennis helpt weinig bij de keuze van interventies aan het slachtoffer. De klachten, copingvermogens, sociale vaardigheden, persoonlijkheidsstructuur, belastende en faciliterende omgevingsfactoren zoals de aan/afwezigheid van een steunnetwerk, bepalen mee welke interventie de voorkeur heeft.

### **Diagnostiek in de Nederlandse praktijk - Plegers**

In Nederland is (nog) geen eenduidig beleid voor diagnostiek bij plegers van FHG. Er zijn wel veel overeenkomsten in werkwijze. In grote lijnen omvat diagnostiek bij plegers die voor een behandeling worden aangemeld, een aantal onderdelen. Gestart wordt met een algemene screening waarin voor deze cliënt relevante thema's kort worden nagevraagd. Op basis hiervan wordt besloten om bepaalde thema's verder uit te diepen. In deze algemene screening komen (in elk geval) de volgende onderwerpen aan bod:

- aard en frequentie van het geweld zoals gerapporteerd door de pleger, in de huidige relatie en in eventuele eerdere relaties; eenzijdig geweld of wederzijds geweld
- geweld jegens anderen dan de partner: in elk geval eventuele kinderen, mogelijk ook mensen buiten het gezin
- hoe de pleger tegen het gebruik van het geweld aankijkt (doel van het geweld; rechtvaardiging; spijt?)
- motivatie van de pleger om het eigen gedrag te veranderen
- gebruik van alcohol en drugs en de relatie daarvan met het geweld
- lichamelijke en psychische kenmerken, klachten en problemen van de pleger, waaronder ook persoonlijkheidskenmerken
- informatie over verschillende leefgebieden: opleiding, werk, sociaal netwerk, vrijetijdsbesteding
- gezin van herkomst, eventuele mishandeling binnen dat gezin
- eerste, globale inschatting van het risico op nieuw geweld; bespreking hoe de veiligheid van de gezinsleden kan worden gewaarborgd.

Na de algemene screening zijn enkele sessies nodig voor risicotaxatie met een gestructureerd instrument, al dan niet specifiek gericht op partnergeweld. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan verdere motivering van de pleger om aan de behandeling deel te nemen. In deze fase wordt zo snel mogelijk de partner tenminste één keer uitgenodigd, om haar/zijn visie te horen en om afspraken over de time-out te maken.

### **Aanbevelingen**

De CTS is een bruikbaar instrument. Besef dat deze nog niet gevalideerd is.

Inventariseer bij elke vorm van partnergeweld het aandeel van beide partners in de aanloop naar geweld. Kijk naar het fysieke én het psychisch geweld.

Inventariseer bij alle vormen van partnergeweld de rol van alcohol en/of middelen bij het geweld.

Maak in de diagnostische fase in elk geval een goede inschatting van:

- persoonlijkheidskenmerken en/of -stoornissen van de pleger en het slachtoffer
- ernst en frequentie van het geweld in de huidige relatie én in voorgaande relaties van de pleger en het slachtoffer.

Betrek bevindingen omtrent (stabiel) dynamische items in de risicotaxatie zoveel mogelijk in een behandelplan.

Schat het recidive risico in. Dit bepaalt mede duur en intensiteit van de behandeling. In principe geldt: hoe hoger het risico, hoe langer en intensiever de behandeling.

Stel de profielen van gewelddadige interactie bij paren vast.

- Bij de Intiem Terrorisme-groep (IT) passen interventies zoals juridische stappen, uithuisplaatsing, eventueel opvanghuizen, classificatie van psychopathologie (As-I en As-II), gedwongen behandeling, kindbescherming en een individuele aanpak, eventueel aangevuld met relatietherapie.
- Bij de groep met Veel Voorkomend Partner Geweld (CCV) verdient een therapie waarbij de relatie centraal staat de voorkeur. Aandacht voor het welbevinden van eventueel aanwezige kinderen is hierbij essentieel.

### **Aanbevelingen overig**

Ontwikkel en onderzoek meer meetinstrumenten voor diagnostiek van slachtoffers, plegers en relaties. Stel de validiteit van de CTS in Nederland vast.

## Hoofdstuk 10: Behandeling bij volwassenen

### Uitgangsvraag 21 Interventies

Welke interventies kunnen worden aanbevolen voor de behandeling van familiaal huiselijk geweld ten opzichte van volwassenen?

#### Inleiding

Bij partnergeweld wordt (nog) vaak uitgegaan van een dichotomie: er is een pleger en er is een slachtoffer. De pleger slaat (knijpt, duwt, schopt, etc.), het slachtoffer wordt geslagen. De reactie vanuit de samenleving op deze beide posities is verschillend. Het slachtoffer heeft hulp nodig, daarover is men het eens. Dat de pleger straf verdient (het plegen van geweld is een delict), is ook nauwelijks onderwerp van discussie.

Vanaf ongeveer 1980 wordt beargumenteerd dat het nodig is om plegers te straffen én hulp te bieden, wil men de kans op herhaling van de mishandeling verkleinen. Dit is belangrijk omdat bekend is dat een groot deel van de slachtoffers (na korte of lange tijd) terugkeert naar hun (mishandelende) partner. Twee trajecten ontstonden: 1. slachtofferhulp met opvang, therapie en traumabehandeling en 2. plegerbehandeling met straffen, controleprogramma's en plegergroepen om agressie te leren reguleren en beheersen en een ander, gelijkwaardiger beeld van vrouwen te bewerkstelligen. Naast deze gescheiden trajecten voor plegers en slachtoffers werd mondjesmaat partnerrelatietherapie ingezet om de dynamiek van geweldsescalaties in relaties aan te pakken en zo partners, hun relatie en hun kinderen in samenhang te helpen met de geweldsproblemen. Mondjesmaat, omdat de keuze voor deze aanpak lange tijd niet geaccepteerd werd. Tegenstanders van deze systeemaanpak betoogden dat de keuze voor systeemtherapie de suggestie wekt dat het slachtoffer medeverantwoordelijk is voor het geweld en dat plegers daardoor makkelijker kunnen 'ontsnappen' aan het nemen van eigen verantwoordelijkheid voor hun gedrag. Bovendien zou deze aanpak de slachtoffers onvoldoende beschermen. In deze visie werd een systeemaanpak pas geïndiceerd geacht als de situatie 'voldoende veilig' was (waarmee werd bedoeld dat de pleger voldoende in staat was zichzelf te beheersen, ook thuis, na afloop van de gesprekken). Pas de laatste jaren begint het beeld te veranderen, met name door publicaties die aantoonen dat vrouwen veel vaker geweld gebruiken dan aanvankelijk werd verondersteld, mogelijk even vaak als mannen. Dit hoofdstuk bespreekt diverse publicaties (onder meer Archer, 2000, 2002, en Dutton, 2006).

Publicaties over behandelingen bij FHG vallen uiteen in drie categorieën: behandeling van 1. slachtoffers, 2. plegers en 3. partners, dus pleger en slachtoffer samen. In dit onderscheid schuilt het gevaar dat men tekort doet aan de systeemgerichte visie die deze richtlijn voorstaat. Samenhang in de behandeling is belangrijk. Regelmatig is een deel van de behandeling justitieel georganiseerd en gefinancierd en vindt een deel plaats in vrijwillig kader. Zo werken volwassenenzorg en jeugdzorg vaak gescheiden. Openbaar bestuur en professionals leggen steeds meer nadruk op de zogenaamde *ketenzorg*, waarbij voor iedereen duidelijk is welke hulpverleners betrokken zijn bij een familie en wie welke verantwoordelijkheid draagt. Zo kunnen de algemene gezondheidszorg, AMK en ASHG, maatschappelijk werk, politie, reclassering, verslavingszorg, algemene GGZ, forensische psychiatrie en gespecialiseerde hulpverleners samenwerken. Samenwerking is een essentiële taak. Voor elke casus moet duidelijk worden vastgesteld wie welke

verantwoordelijkheid draagt en wie de zorg coördineert. Een behandelplan bevat veel ingrediënten, zoals behandeling van plegers en slachtoffers, apart of samen, als partners en als ouders, van hun kinderen, aanpak van schulden, werk en woonomstandigheden, behandeling van verslaving, persoonlijkheids- of psychische stoornis, gedwongen of vrijwillig. Alleen met goed overleg kan zo'n behandelplan samenhang krijgen en effect hebben.

## **Behandeling van slachtoffers**

### **Inleiding**

De Cochrane review door Ramsay et al. (2008) is gebruikt voor de beantwoording van de uitgangsvraag. Deze review beoordeelt en vergelijkt gecontroleerde evaluaties van interventies en therapieën om geweld te verminderen en lichamelijk en psychosociale welbevinden te verhogen van vrouwen die te maken hebben met partnergeweld. Literatuur verschenen tot 2005 is hiermee voldoende gedekt. Over de periode 2005-2007 is een aanvullende search verricht en overlegd met de auteurs van deze review.

De systematische review concentreert zich op interventies ten behoeve van mishandelde vrouwen. Partnergeweld door vrouwen of mannen tegen mannen bestaat ook. Het meeste geweld met ernstige gezondheids- en andere gevolgen wordt toegepast door mannen of vrouwen tegen hun vrouwelijke partner (Henwood, 2000). Andere vormen van gecontroleerd onderzoek, zoals naar parentherapie en plegergerichte interventies, vallen buiten de review. Er is een beoordeling gedaan van de effecten van de interventies bij slachtoffers. De uitkomsten van deze systematische review zijn vergeleken met die van eerdere reviews. Uitkomsten waarnaar gekeken is, zijn:

- incidentie van fysieke, seksuele, psychologische en emotionele mishandeling en financiële uitbuiting
- psychosociale gezondheid (depressie, angst, PTSS, self-efficacy, zelfwaardering, kwaliteit van leven en sociale steun)
- lichamelijke gezondheid (dood, verwondingen inclusief automutilatie, alcohol- en drugsmisbruik, seksuele gezondheid, gynaecologische problemen, chronische pijn, gastrointestinale problemen, algemene gezondheidsmaten, premature geboorte)
- kenmerken van vrouwen die baat hebben bij interventies (demografische variabelen zoals leeftijd, etniciteit, sociaaleconomische status en huisvesting, veiligheidsgedrag, gebruik van de opvang, gebruik van psychologische hulp, opleiding en sociale steun, oproepen politie).

Twee onafhankelijke reviewers onderzochten de data en beoordeelden de kwaliteit van de studies. De mate van bewijs werd met van tevoren gedefinieerde criteria vastgesteld. Verhalende analyse werd, waar nodig, aangevuld met meta-analyse. Met sleutelfiguren werden voor en na de review consultatiebijeenkomsten gehouden. In totaal werden 16.295 artikelen geïdentificeerd en gescreend. Daarvan zijn 1.008 geëvalueerd, waarna nog eens 946 zijn afgevalen en na correspondentie met de auteurs nogmaals 14. Uiteindelijk zijn 36 primaire studies ingesloten.

### **Samenvatting van de literatuur**

Het eerste type studies onderzocht interventies direct gericht op de mishandelde vrouwen, met als doel geweld verminderen en gezondheid van de vrouwen bevorderen. Hiertoe behoorden negen 'advocacy' interventiestudies (getrainde paraprofessionele

beroepsbeoefenaars/mentorhulp). Deze studies gaan over mensen die werken met cliënten in de medische setting, maar die geen medische beroepsbeoefenaars of paramedici zijn, bijvoorbeeld voorlichters en allochtone zorgconsulenten. De zogenaamde ‘women’s advocates’, laagdrempelige hulpverleners in de medische setting, is een zorgvoorziening die Nederland nog niet heeft. In deze studies werden paraprofessionals getraind om, aansluitend op de behoeftes van de vrouwen, te helpen met bijvoorbeeld huisvesting, transport, werk, scholing, kinderopvang, structurele veranderingen en versterking van zelfvertrouwen. Eén interventiestudie onderzocht ondersteuningsgroepen. Deze groepen hadden tot doel het geweld stoppen door educatie, opbouw van zelfvertrouwen en met elkaar concrete plannen maken. Elf interventiestudies hadden counseling/psychologische hulp en groepstherapie tot onderwerp van onderzoek. Hierbij werden onder andere groepsinterventies onderzocht gebaseerd op cognitieve gedragstherapie, crisisinterventietherapie of psycho-educatie en werd vergelijkend onderzoek uitgevoerd tussen normale gezondheidszorg voor een groep mishandelde vrouwen versus feministisch georiënteerde voorlichting aan een andere groep. Daarnaast vonden individuele psychologische interventies plaats, feministisch georiënteerd en/of met cognitieve gedragstherapie. In één studie werd individuele counseling versus casemanagement onderzocht.

Het tweede type studies onderzocht interventies gericht op beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg of daarbuiten. Hierbij werden vijftien onderzoeken naar interventies in het gezondheidszorgsysteem ingesloten. Negen studies onderzochten trainingen voor beroepsbeoefenaars, waarvan acht als uitkomstmaat het aantal verwijzingen naar andere gezondheidszorginstellingen of hulporganisaties hadden. Bij zeven hiervan was er een toename van het aantal verwijzingen. Drie studies werden uitgevoerd op SEH-posten.

De meeste studies gebruikten een zwakke onderzoeksmethode (*design*) om de vragen te beantwoorden over het effect van de interventie. De kwaliteit van de uitvoering van veel van de primaire studies is mager. Toch vormt het een basis voor beleid binnen de gezondheidszorg, aldus Ramsay et al. (2008).

## Conclusies

<b>Niveau 1</b>	<p>Aangetoond is dat interventies door getrainde paraprofessionals of mentoren effectief zijn bij slachtoffers die <i>actief</i> hulp zoeken bij professionele hulpdiensten of die in de opvang verblijven. De interventies verminderen geweld, verbeteren sociale steun en kwaliteit van leven, stimuleren toename van veilig gedrag en verbeteren de toegang tot professionele hulp. Over de effectiviteit bij slachtoffers in gezondheidszorginstellingen die nog niet actief hulp zochten, is geen uitspraak te doen.</p> <p>A1     <i>Ramsay et al., 2008</i></p>
-----------------	--

<b>Niveau 1</b>	<p>Er is aangetoond dat een ondersteuningsgroep als interventie voldoende reductie teweegbrengt van mishandeling en de psychische toestand verbetert van slachtoffers (verbeterde zelfwaardering en stresscoping).</p> <p>A1     <i>Ramsay et al., 2008</i></p>
-----------------	---

<b>Niveau 1</b>	<p>Er is voldoende bewijs dat psychologische interventies effectief zijn in het verminderen van depressie bij slachtoffers met ervaringen van mishandeling. De effecten op zelfwaardering waren niet consistent en andere variabelen waren niet op een voldoende goede manier onderzocht.</p> <p>Er is <i>geen</i> bewijs voor de effectiviteit van een specifieke behandelmethode. Onderzocht zijn: cognitieve gedragstherapie (individueel of in groepsverband), gestructureerde groepscoaching, feministisch georiënteerde therapie, individuele trauma/verdrietverwerkingstherapie, psycho-educatie, individuele therapie/coaching, probleemgeoriënteerde empowerment.</p> <p>A1     <i>Ramsay et al., 2008</i></p>
-----------------	---

## Overige overwegingen met betrekking tot de behandeling van slachtoffers

### **Beschikbare studies**

Globaal gezien waren de ‘advocacy’ studies van voldoende kwaliteit. Het effect van ondersteuningsgroepen is nog maar eenmaal onderzocht. Patiënten waarden lotgenotengroepen zeer, zoals ook blijkt uit de door Movisie aangeleverde documentatie. De psychologische interventiestudies hadden een redelijk geschikt design, maar een zwakke uitvoering met verschillen in uitkomstmaten waardoor vergelijking onmogelijk was. Bij de gezondheidszorginterventiestudies met training waren er weinig met een enigszins geschikt design. Maar zeven van de negen studies lieten een consistente uitkomst zien. De gezondheidszorginterventie zonder training was van onvoldoende kwaliteit, evenals de vijf studies buiten de gezondheidszorg. De studies vonden plaats in de VS, Canada, Columbia, Korea, Nieuw-Zeeland, Australië, Engeland, Spanje en Wales. Opgemerkt wordt dat er grote verschillen zijn in de aanpak van familiaal/partnergeweld door de overheden van deze landen, waarbij in sommige landen een meldplicht bestaat voor beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg.

In Nederland zijn geen studies bekend die de hulpverlening aan slachtoffers van familiaal/partnergeweld systematisch hebben onderzocht en geëvalueerd op effectiviteit. Een lopende studie van het Radboud UMCN in samenwerking met GGD Rotterdam (Memosaproject 2006) beoordeelt de effectiviteit van de inzet van getrainde paraprofessionele beroepsbeoefenaars of mentorhulp in de huisartspraktijk. Doel is laagdrempelige hulp en interventies te bieden om depressie en isolement bij het slachtoffer te verminderen en om zo te zorgen voor acceptatie van professionele hulp door het slachtoffer (zwangere vrouwen en moeders van thuiswonende kinderen). De uitkomsten worden in 2011 verwacht.

In Nederland worden veel interventies bij slachtoffers uitgevoerd, maar er vindt weinig onderzoek en rapportage van de effecten plaats. De meeste interventies vinden plaats in de vrouwenopvang, de steunpunten huiselijk geweld en het algemeen maatschappelijk werk. Een uitzondering geldt voor het rapport van Wolf et al. (2006): *Maat en baat van de vrouwenopvang*. De vrouwenopvang, gestart in de jaren zeventig, biedt hulp aan een groep vrouwen en kinderen die de relatie met hun partner (tijdelijk) verbreken. Uit het onderzoek van Lo Fo Wong et al. (2006) bleek dat de grootste groep vrouwen die met geweld in de



relatie te maken heeft en geïdentificeerd wordt door de huisarts, geen gebruik maakt van de vrouwenopvang.

De praktijk heeft een aantal algemene principes van good clinical practice bij veel voorkomend partnergeweld (CCV). Zie ook Appendix M: Noodzakelijke interventies bij het behandelen van geweldsproblematiek bij paren.

### **Relevante, werkzame strategieën voor ombuigen van gewelddadige interactie naar niet-gewelddadige, meer reflectieve manieren van conflicthantering (Van Lawick, 2008)**

Ongeacht de frequentie en ernst van FHG:

- Bespreken en erkennen van FHG ligt aan de basis van elke behandeling op dit gebied.
- Goede classificatie van de problematiek door vragenlijsten, individueel en als paar/gezin is aangewezen.
- De behandeling richt zich op het analyseren, begrijpen en stoppen van gewelddadige interactie. Begrijpen betekent niet dat het geweld wordt geëxcuseerd, dat wordt het nooit.
- Alle FHG is tegen de wet en moet stoppen, dat wordt helder gesteld.
- Bij FHG vergroten vragen naar schuld het geweld. Vragen naar schuld stimuleren aanval- en verdedigingsmechanismen en externaliseren: de schuld bij de ander leggen. Om gewelddadige interactie om te buigen wordt *verantwoordelijkheid* centraal gesteld: wat kan ieder bijdragen aan het vergroten van de veiligheid en het verkleinen van gewelddadige interactie.
- Psycho-educatie over het veelvuldig voorkomen van FHG en over emotionele en fysieke escalatieprocessen werken ontschuldigend en maken het spreken over de daadwerkelijke situatie in de familie eerder mogelijk.
- Escalaties worden uitgelegd aan de hand van schema's of metaforen: bij oplopende spanning gaat men van 0 graden, via 10, 20, 30 graden verder tot het kookpunt en dan barst de bom.
- Uitleg van het proces van escaleren leidt als vanzelfsprekend naar de toelichting op het nemen van een tijdige time-out om weer te kalmeren.
- Ieder mens kan aan lichamelijke reacties voelen dat stress toeneemt. Lichamelijke signalen liegen niet (gedachten wel). Wanneer stress toeneemt, is het zaak tijdig een time-out te nemen en te gaan kalmeren alvorens het contact te herstellen.
- Alle betrokkenen dienen actief te oefenen in kalmeren, zowel degene die de ruimte verlaat als de achterblijvers.
- Wanneer het lukt escalaties waar te nemen en tijdig te couperen, volgt therapie om de problemen die ten grondslag liggen aan de escalaties aan te pakken. Hiervoor zijn verschillende evidence-based behandelingen voor handen: zowel CGT als systeemtherapie, bij voorkeur in groepen, blijken effectief.
- Behandelen van verslavingen zijn noodzakelijk om recidive in de toekomst tegen te gaan.

## **Behandeling van plegers**

### **Inleiding**

Er zijn diverse behandelingen voor plegers ontwikkeld en beschreven, met name in de Verenigde Staten (Babcock & LaTaillade, 2000). Een deel daarvan is onderzocht op effectiviteit, te weten de feministische psycho-educatiegroepen (gebaseerd op het zogenaamde Duluth-model), cognitief gedragsmatige groepen (waaronder groepen gericht

op woedebeheersing), en partnerrelatietherapie. Zie Appendix Q voor een toelichting op deze behandelingen en de daarop gegeven kritiek.

Voor deze richtlijn werd in de literatuur gezocht naar onderzoeken naar de effecten van behandelingen voor plegers. Gebruik werd gemaakt van internet en van de databases PsycINFO en Medline. In de eerste plaats werd op internet gezocht naar bestaande richtlijnen voor partnermishandeling in de (internationale) literatuur (trefwoorden: domestic violence or partner violence or interpersonal violence en guideline). Er werden enkele algemene richtlijnen gevonden, die bijna allemaal gaan over vroegtijdige herkenning, screening en diagnostiek. De richtlijnen geven enkele aanbevelingen aan behandelaars van slachtoffers die zij kunnen gebruiken als zij een gesprek moeten voeren met de plegger. Over behandeling van de plegers werd geen enkele specifieke richtlijn gevonden. Daarna werden mogelijk interessante onderzoeksartikelen gezocht in Medline en PsycINFO. In Appendix C staan de gebruikte zoektermen. Bij de eerste selectie hiervan golden de volgende criteria:

- alleen systematic reviews en meta-analyses (dus niveau A1) en RCT's (niveau A2), geen ongecontroleerde of quasi-experimentele studies
- alleen studies waarin ten minste één psychologische interventie voor plegers van partnergeweld werd vergeleken met een controlegroep die geen behandeling kreeg
- alleen studies met adequate uitkomstmaten: aantal recidives, zoals gemeten aan de hand van rapportage door het slachtoffer en door middel van meer objectieve maten (politiedossiers).

Dit leverde enkele systematische reviews en enkele meta-analyses op. Zie voor meer informatie de evidencetabel in Appendix O.

### **Samenvatting van de literatuur**

De resultaten van de individuele studies naar effecten van al deze behandelingen lopen erg uiteen. De eerste studies gaven nog hoopvolle resultaten te zien, maar volgens verschillende auteurs was dit vooral het gevolg van methodologische tekorten in deze studies: kleine, geselecteerde steekproeven, alleen gegevens van plegers die de behandeling afmaakten (terwijl niet werd gekeken naar de resultaten van drop-outs en cliënten die behandeling hadden geweigerd), geen adequate vergelijkingsgroepen (bijvoorbeeld groepen die alleen reclasseringstoezicht kregen), die bovendien onderling erg van elkaar verschilden, en het gebruik van onbetrouwbare meetinstrumenten en inadequate uitkomstmaten. Latere, methodologisch sterkere studies gaven aanmerkelijk minder positieve uitkomsten. Er zijn zelfs aanwijzingen dat gevonden effecten van behandelingen een omgekeerd evenredige relatie hebben met de methodologische kwaliteit van het onderzoek: hoe beter de studie, hoe lager de gevonden effecten (Feder & Forde, 2000; Feder & Wilson, 2005; Weisburd et al., 2001). Verder bleek consistent dat resultaten op basis van politierapportages gunstiger waren dan die op basis van slachtofferrapportages. Tegelijk is bekend dat politierapportages een forse onderschatting geven van het werkelijke aantal incidenten. En voor zover slachtofferrapportages konden worden verkregen, was dit van slechts een fractie van de slachtoffers omdat het grootste deel bij de nameting niet meer bereid was om met het onderzoek mee te doen. Dit terwijl er aanwijzingen zijn dat dit juist de ernstigst mishandelde slachtoffers zijn. In Appendix Q is een samenvatting van het literatuuronderzoek opgenomen. Zie Appendix O voor de evidencetabellen.

## Principes van behandelingen volgens de zogenaamde Psychology of Criminal Conduct (Andrews et al. 1990)

**Behandelingen zijn effectiever naarmate ze beter voldoen aan de volgende principes:**

### *Risicoprincipe*

De intensiteit van de behandeling moet worden aangepast aan het recidiverisico van de betreffende persoon: een hoger risico vergt een langere en/of intensievere behandeling.

### *Behoeftepincipe*

Behandeling moet zich richten op verandering van dynamische (dus veranderbare) risicofactoren bij iedere specifieke cliënt. In dit opzicht is het onderscheid tussen acuut dynamische en stabiel dynamische factoren van belang. Behandeling moet zich met name richten op de stabiel dynamische factoren (bijvoorbeeld antisociale opvattingen, verkeerde vrienden, egocentrisme, gebrek aan empathie en gebrekkige copingstrategieën).

### *Responsiviteitsprincipe*

Dit betekent dat behandeling moet worden aangepast aan de leermogelijkheden van de persoon. Gedragmatige interventies (concreet, gestructureerd, meetbaar, met veel uitleg/psycho-educatie en oefening) verdienen over het algemeen de voorkeur.

### *Principe van behandelingsintegriteit.*

Hiermee wordt bedoeld dat behandelingen alleen maar werken als de behandelaars ook daadwerkelijk doen wat ze volgens het model moeten doen, en als daar voldoende controle op is. Om deze integriteit te waarborgen zijn de volgende aspecten van belang: 1. het gebruik van een theoretisch model als uitgangspunt (waarbinnen cognitieve gedragstherapie tot nu toe als meest effectief naar voren kwam); 2. het gebruik van een goed en gedetailleerd behandelprotocol, waarin alle interventies staan beschreven; 3. een goed behandelklimaat binnen de instelling waar de behandelingen plaatsvinden, met voldoende tijd voor intervisie en supervisie; 4. selectie van de juiste behandelaars, die deze integriteit uitdragen, en de juiste programmaleiders, die overtuigd zijn van het nut van deze manier van werken; en 5. het voortdurend evalueren van de effecten van de behandelingen.

## Conclusies

<b>Niveau 1</b>	<p>Het is niet aangetoond dat behandelingen van plegers effectief zijn in het verminderen van recidives. De gemiddelde effectgroottes van de studies varieerden van 0,00 tot 0,26, afhankelijk van het soort onderzoek (RCT of quasi-experimenteel onderzoek) en de uitkomstmaat (officiële politiedata of slachtofferrapportages).</p> <p><i>A1 Babcock &amp; LaTaillade, 2000; MacMillan &amp; Wathen, 2001; Babcock et al., 2004; Feder &amp; Wilson, 2005</i></p>
<b>Niveau 1</b>	<p>Het is aangetoond dat behandelingen van plegers van (andere) strafbare feiten (waaronder geweldsdelicten buiten de gezinscontext) effectiever zijn naarmate ze meer voldoen aan de principes van risico, behoefte, responsiviteit en behandelintegriteit.</p> <p><i>A1 Andrews et al., 1990; De Ruiter &amp; Veen, 2006</i></p>
<b>Niveau 4</b>	<p>De experts zijn van mening dat het van belang is om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- te zoeken naar een goede match tussen plegertype/psychopathologie van de pleger en inhoud van de behandeling</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- behandeling af te stemmen op relevante aspecten van de cliënt, bijvoorbeeld motivatie voor behandeling</li> <li>- middelenmisbruik of -afhankelijkheid ook te behandelen wanneer dit een rol speelt bij het geweld</li> <li>- in de behandeling van plegers én slachtoffers te werken aan het vergroten van vaardigheden om de relatie te verbeteren.</li> </ul> <p><i>D Babcock &amp; LaTaillade, 2000; Babcock et al., 2004; Bowen &amp; Gilchrist, 2004</i></p>
--	---

## Overige overwegingen met betrekking tot de behandeling van plegers

### **Effectstudies in de verslavingszorg**

Feder & Wilson (2005) concludeerden dat, gezien de bijzonder geringe effecten van plegergroepen (Duluth en/of cognitief gedragsmatig), de vraag aan de orde is of het opleggen van dit type behandeling aan plegers van FHG niet eerder kwaad dan goed doet.

De verslavingszorg heeft behandel-effectonderzoeken uitgevoerd die mogelijk interessante informatie opleveren voor behandeling van partnergeweld. In deze studies ligt de focus op mannen en vrouwen die behandeling zoeken voor middelenmisbruik of -afhankelijkheid. Onderzocht werd in hoeverre een specifieke vorm van gedragstherapeutische partnerrelatietherapie effectiever was dan de gebruikelijke individuele behandeling, qua vermindering van middelenproblematiek en qua verbetering van de kwaliteit van de partnerrelatie. De gedragstherapeutische partnerrelatietherapie bevatte procedures voor zelfcontrole en copingstrategieën gericht op het verminderen of stoppen met middelen. Ook was er aandacht voor de wijze waarop beide partners omgingen met middelengebruik, conflicten hierover en voor algemene vaardigheden om de relatie te verbeteren.

Een meta-analyse van Powers et al. (2008), met twaalf studies (acht rond alcoholproblemen en vier rond drugs), liet zien dat gedragstherapeutische partnerrelatietherapie tot betere resultaten leidde dan individuele therapie. Het middelengebruik en het aantal conflicten in de relatie namen significant af.

De cliëntengroep in dit type onderzoek is niet zonder meer vergelijkbaar met de groep mannen die (in veel gevallen verplicht) in behandeling komen nadat zij hun partner hebben mishandeld. Hoewel een grotere tevredenheid over de partnerrelatie na behandeling hopelijk samengaat met minder conflicten en geweld, is onbekend bij hoeveel van deze stellen fysiek geweld tussen de partners aanwezig was voor en na de behandeling. Niettemin ligt het voor de hand dat er enige overlap bestaat, zeker waar het gaat om mannen of vrouwen die hun partner mishandelen en tevens lijden aan middelenmisbruik of -verslaving. Bij stellen waar het partnergeweld een relatie lijkt te hebben met middelenmisbruik van een of beide partners, valt daarom dergelijke gedragsmatige partnerrelatietherapie, mede gericht op de middelenproblematiek, te overwegen.

### **Behandeling van delictgedrag**

Op basis van de literatuur is het te vroeg om eenduidige aanbevelingen te geven voor interventies bij FHG. Dat geldt voor slachtoffers, plegers en voor partners samen. Rond behandeling is veel ontwikkeling en onderzoek nodig.

Over de behandeling van delictgedrag is inmiddels wel veel kennis ontwikkeld en empirisch ondersteund, zoals beschreven in *The Psychology of Criminal Conduct* (Andrews & Bonta, 2006), zie tekstbox eerder in dit hoofdstuk. Uitgaan van de *Psychology of Criminal Conduct* betekent dat bij het opstellen van nieuwe behandelprotocollen rekening moet worden gehouden met respectievelijk het risicoprincipe, het behoefteprincipe, het responsiviteitsprincipe, en het principe van behandelingsintegriteit. Dit laatste principe – dus zorgen dat behandelingen worden uitgevoerd zoals bedoeld – is ook buiten het forensische werkveld van groot belang gebleken voor de effectiviteit.

In vergelijking met meta-analyses naar de effecten van behandeling van bepaalde psychische stoornissen, bijvoorbeeld angststoornissen en depressies (waaruit effecten bleken van 1,00 of meer), zijn de gevonden effecten van de behandelingen bij huiselijk geweld erg laag.

### ***Drop-outs en motivatie***

Een groot probleem bij behandelingen van plegers (en onderzoeken naar die behandelingen) zijn de grote aantallen drop-outs. Veel plegers zijn niet goed gemotiveerd voor een veranderingstraject en haken af. Interventies om de motivatie te verhogen zijn essentieel in de behandeling van plegers. Vooral onder plegers met narcistische problematiek en met antisociale trekken, komen drop-outs voor.

Het is aannemelijk dat langer behandelen een beter resultaat (in termen van recidives) geeft. Het is daarom zinvol om te investeren in het voorkomen van drop-out. Taft et al. (2001) toonden aan dat bepaalde interventies gebaseerd op de principes van motivational interviewing (Miller & Rollnick, 1991) drop-outs voorkomen. Vervolgens recidiveerden degenen die de behandeling afmaakten veel minder vaak dan de drop-outs (recidivecijfers waren gemiddeld respectievelijk 9,6% en 14% voor de afmakers en 54% en 33% voor de drop-outs). De interventies bestonden onder meer uit regelmatig bellen om aan de behandeling te herinneren en handgeschreven uitnodigingsbrieven.

Babcock & LaTaillade (2000) meldden dat het stoppen met behandeling voor veel plegers geen enkele justitiële consequentie heeft. Het lijkt aannemelijk dat plegers een kosten-batenanalyse maken: als stoppen betekent dat ze alsnog een (gevangenis)straf krijgen, zijn ze meer gemotiveerd om de behandeling af te ronden.

Een interventie die relatief goede resultaten boekte, was de zogenaamde relatieverbetering (Waldo, 1988). Hierin leerden deelnemers (alleen plegers) interpersoonlijke vaardigheden om de relatie met de partner te verbeteren, het gebruik van geweld te stoppen en vaardigheden in het beter herkennen en hanteren van eigen emoties.

### ***Etniciteit***

Er is weinig informatie over de effecten van behandelingen van allochtone plegers van FHG. In Amerikaans onderzoek bleek dat behandelingen bij plegers van ethnic minority groups (nog) minder succesvol waren dan bij blanke plegers. Ze kwamen minder vaak in behandeling en stopten ook eerder. Probleem bij de interpretatie is dat de allochtone plegers ook veel vaker uit een lagere sociaaleconomische klasse kwamen. Enkele studies toonden aan dat zwarte plegers minder vaak geweld jegens hun partner gebruikten dan blanke plegers, nadat was gecontroleerd voor de hoogte van het inkomen van de pleger (o.a. Casenave & Strauss, 1979; Strauss & Gelles, 1990). Babcock & LaTaillade (2000) concludeerden dan ook dat behandelingen tot nu toe te weinig zijn toegespitst op de

behoefte van allochtone plegers/gezinnen. Zij gaven aanbevelingen om deze behandelingen te verbeteren. Neem behandelaars aan met verschillende culturele achtergronden, kennis van verschillen binnen en tussen diverse ethnische groepen en vaardigheden om deze kennis goed toe te passen. Pas de huidige behandelingen aan aan de behoeftes en tradities van deze groepen en gebruik bijvoorbeeld meer de familienetwerken en traditionele activiteiten binnen deze groepen die haaks staan op het gebruik van geweld.

In Nederland deed Yerden (2008) een onderzoek naar FHG bij Turkse en Marokkaanse gezinnen. Met diepte-interviews ondervroeg hij 67 Marokkaanse en 67 Turkse respondenten, 66 plegers en 68 slachtoffers, 36 mannelijke plegers, 30 vrouwelijke plegers, 21 mannelijke slachtoffers en 47 vrouwelijke slachtoffers. Hij kwam op grond van de uitkomsten van deze interviews tot aanbevelingen voor de hulpverlening. Benader het gezin als systeem en richt je niet afzonderlijk op slachtoffers en plegers. De migratiegeschiedenis is een belangrijke factor. De respondenten (mannen en vrouwen) menen dat de professionele hulpverlening in Nederland het gezin uit elkaar drijft. Methodieken kunnen beter gericht worden op het gezin als geheel; scheiding moet niet bevorderd worden. Communicatie in het gezin is belangrijk om geweld te voorkomen. Gezinscursussen afgestemd op Turkse en Marokkaanse gezinnen kunnen daaraan bijdragen. Slachtoffergroepen voor vrouwen én mannen zijn zinvol om ervaringen te delen. Voor mannen is het bespreekbaar maken van mannelijkheid en eer belangrijk. Professionele hulpverlening moet minder versnipperd en meer in samenhang aangeboden worden. Juridische straffen helpen meestal niet, maar verslechteren de situatie, ook vanwege familie-eer en schaamte. Taakstraffen kunnen soms wel positief zijn.

### ***Vrouwelijke plegers***

Inmiddels is bekend dat door alle bevolkingsgroepen heen ook nogal wat vrouwen hun partner mishandelen. Vaak betreft het wederzijdse mishandeling. Tot nu toe is weinig aandacht besteed aan deze groep en er zijn geen studies gedaan naar behandeling van vrouwelijke plegers.

### ***Heterogene groepen***

Plegers en slachtoffers van fysieke partnermishandeling zijn een heterogene groep qua persoonlijkheid, psychopathologie, vaardigheden en onderlinge interactie. Verschillende auteurs (onder andere Babcock et al., 2004) hebben gesteld dat in onderzoek onderscheid moet worden gemaakt in (meer homogene) subgroepen. Interventies kunnen dan beter worden toegesneden op de kenmerken van plegers. Denk bijvoorbeeld aan de aanwezigheid van comorbide psychische stoornissen, middelenmisbruik, persoonlijkheidsstoornissen en impulscontrolestoornissen of ADHD. Voor sommige van deze stoornissen zijn (redelijk) effectieve psychotherapeutische of farmacotherapeutische interventies ontwikkeld. Ook een onderverdeling in plegertypologieën of op basis van kenmerken van de partnerrelatie, geeft wellicht aanknopingspunten om interventies effectiever te maken.

### ***Individuele problematiek***

Ernstig fysiek en psychisch geweld tussen partners vormt een slechte prognose voor parengroepstherapie en genderspecifieke groepstherapie. Bij geweldsproblematiek is vaak sprake van individuele problematiek van partners. Vaak komt de combinatie met borderline persoonlijkheidsproblematiek en narcistische problematiek voor. In een relatietherapie

komen individuele problemen aan de orde. Onderzoeken met bijvoorbeeld de SCL90 lieten zien dat PRT een effectieve vorm van individuele therapie kan zijn en dat individuele symptomen sterk waren verminderd aan het eind van de relatietherapie. Deze therapie richt zich op de individuen en hun interactie.

## **Behandeling van beide partners samen**

### **Inleiding**

Partnerrelatietherapie (PRT) lijkt een voor de hand liggende interventiekeuze bij familiaal huiselijk geweld. In de praktijk wordt deze interventie meestal niet gekozen, vanwege theoretische en praktische overwegingen. De belangrijkste theoretische overweging is dat de keuze voor PRT impliciet zou inhouden dat beide partners even verantwoordelijk worden gehouden voor het geweld. Verder wordt aangenomen dat het slachtoffer juist meer risico zou lopen door PRT, omdat ze thuis kan worden 'afgerekend' op de dingen die ze tijdens de therapiesessie heeft verteld. Ook zou een impliciet doel van PRT zijn het in stand houden van de partnerrelatie, terwijl het in veel gevallen de vraag is of scheiden niet beter zou zijn. Verder blijkt het praktisch nogal eens lastig om de partner mee te krijgen naar de behandeling, zeker als die behandeling door justitie is opgelegd; het verplichte kader geldt alleen voor de pleger. Ook is het plannen van partnergесprekken vaak lastig, zeker als het stel kinderen heeft.

De systeemtherapie heeft zich verder ontwikkeld om aan bovengenoemde bezwaren tegemoet te komen. Systeemtherapie gaat niet over scheiden of bij elkaar blijven. Het is bekend dat na een scheiding het geweld in een relatie vaak doorgaat, via stalking, via de kinderen of op andere wijzen (bijvoorbeeld het onthouden van geld). Centraal in de systeemtherapie staat het stoppen van geweld en geweld ombuigen naar andere wijzen van conflicthantering.

Tijdig herkennen van onder andere lichamelijke gevaarssignalen, op tijd kunnen nemen van een time-out, herstellen van contact na een time-out, zichzelf en de ander kunnen kalmeren en onderhandelen bij meningsverschillen horen tot de basisinterventies van een systemische behandeling van partnergeweld. De veiligheid van alle betrokkenen staat centraal. Ieder wordt verantwoordelijk gesteld om deze veiligheid te borgen. Met monitoring wordt gecontroleerd of dit lukt. Aandacht voor het welzijn van de kinderen en het zo nodig aanbieden van hulp voor de kinderen, samen met de ouders of apart, is een essentieel onderdeel van systemisch werken. Zie ook het deel over kinderen in deze richtlijn.

Bij de eerste selectie van de literatuur golden de volgende criteria:

- systematic reviews en meta-analyses (dus niveau A1) en RCT's (niveau A2), geen ongecontroleerde of quasi-experimentele studies
- studies waarin ten minste één systemische interventie voor partners samen bij partnergeweld werd vergeleken met een controlegroep die geen behandeling kreeg
- studies waarin ten minste één systemische interventie met partners samen werd vergeleken met een andere interventie.

Dit leverde geen systematische reviews of meta-analyses op, wel enkele RCT's. Zie Appendix Q voor een samenvatting van de literatuur.

### **Conclusies**

<b>Niveau 2</b>	Er zijn aanwijzingen dat PRT effectiever is dan geen behandeling en dat groeps-PRT effectiever is dan individuele PRT.  <i>A2 Stith et al., 2004</i>
-----------------	--

<b>Niveau 2</b>	Er zijn aanwijzingen dat cognitief gedragstherapeutische interventies, in groeps-PRT én in groepsbehandeling voor plegers, niet effectiever zijn dan geen behandeling.  <i>A2 Dunford, 2000</i>
-----------------	---

<b>Niveau 2</b>	Er zijn geen aanwijzingen dat PRT effectiever is dan aparte groepen voor plegers en slachtoffers.  <i>A2 O'Leary et al., 1999</i>
-----------------	---

<b>Niveau 3</b>	Er zijn aanwijzingen dat Behavioral Couples Therapy en partnerrelatietherapie leiden tot minder FHG-recidives.  <i>B Stith et al., 2004</i>
-----------------	---

### Aanbevelingen

Verwijs slachtoffers die uit de situatie van mishandeling gestapt zijn zo nodig naar de gespecialiseerde hulpverlening voor behandeling van psychische problemen en/of verbetering van zelfwaardering.

Hanteer bij partnermishandeling een systeemgerichte visie:

- kijk naar kenmerken en psychische problemen van de pleger én het slachtoffer en naar hun onderlinge dynamiek.
- gebruik deze informatie voor het opstellen van een behandelplan op maat.
- geef aandacht aan de slachtofferkant van plegers en de plegerkant van slachtoffers.
- geef aandacht aan de veiligheid en het welzijn van de eventuele kinderen.

Stem inhoud en duur van de behandeling af op kenmerken van de pleger, het slachtoffer en de partnerrelatie. Dit betekent:

- Uitgaan van de Psychology of Criminal Conduct (behandeling is aangepast aan het recidiverisico, de risicofactoren en de leerstijl van iedere cliënt; behandelintegriteit is geborgd)
- Als middelenmisbruik of -afhankelijkheid een rol speelt bij het FHG moet dit probleem (ook) worden behandeld. Samenwerking met een instelling voor verslavingszorg is daarbij vaak nodig. Overweeg in deze gevallen gedragsmatige partnerrelatietherapie, gericht op vermindering van de middelenproblematiek, het leren omgaan met conflicten over de middelen en verbetering van de kwaliteit van de relatie.
- Als het ontbreekt aan relatievaardigheden (bij daderplegers en/of slachtoffers) moeten deze worden geoefend, zo mogelijk (ook) in gesprekken met beide partners samen.



- Als het geweld gerelateerd lijkt aan andere psychische stoornissen bij pleger en/of slachtoffer waarvoor inmiddels effectieve interventies zijn ontwikkeld, moeten deze interventies in de behandeling worden geïntegreerd. Als er in de instelling behandelaars zijn die deze therapieën kunnen uitvoeren, heeft dit de voorkeur. Wanneer dit niet zo is, moet actief samenwerking worden gezocht met behandelaars die in een andere context werken.

Voorkom drop-outs met interventies die motivatie bevorderen. Breng de motivatie van pleger in kaart (met het model van Prochaska en DiClemente) en stem interventies daarop af.

Systeemtherapie biedt een goede ingang voor het behandelen van geweld in partnerrelaties. Borg de veiligheid van kinderen en partners hierbij. Een goede taxatie van de ernst van het geweld en het soort geweld is daarvoor onontbeerlijk. Leg prioriteit bij het leren reguleren van agressie en het stoppen van gewelddadig gedrag met daarvoor ontwikkelde programma's, zoals een time-outprogramma om escalaties te couperen. Aansluitend is gespecialiseerde psychotherapie aangewezen.

Geef partners tussen wie ernstig fysiek geweld en/of ernstig psychisch geweld plaatsvindt een meer intensief behandelprogramma.

Indien kinderen aanwezig zijn, schat dan in wat de schadelijke gevolgen zijn van het getuige zijn van geweld tussen de ouders en beoordeel in hoeverre behandeling noodzakelijk is.

#### **Aanbevelingen overig**

Het verdient aanbeveling om de lokale gezondheidszorg (huisartsen, SEH's, ziekenhuizen, verloskundigen, gynaecologische poliklinieken, consultatiebureaus etc.) goed aan te laten sluiten bij hulpverleningsinstellingen die gebruik kunnen maken van getrainde paraprofessionele hulp, 'advocats' (ASHG, vrouwenopvang, eerstelijns zorgnetwerken etc.). Laat deze vervolgens aansluiten op instellingen waar behandeling van FHG mogelijk is (AMW, GGZ, forensische GGZ, verslavingszorg, gespecialiseerde instituten en therapeuten). Zo ontstaat een keten van zorgverlening in plaats van gefragmenteerde en onsamenhangende interventies.

Schakel binnen de eerstelijns, SEH, consultatiebureau's getrainde paraprofessionals in als eerste opvang van en mentorhulp aan patiënten die erkennen thuis te maken te hebben met FHG. Regel een casemanager voor cliënten die te maken hebben met FHG.

Regel laagdrempelige gespreksgroepen, zoals groepen van lotgenoten, voor ondersteuning van slachtoffers van FHG bij hulpverleningsinstellingen zoals ASHG, vrouwenopvang, AMW.

Maak binnen zorginstellingen adequaat beleid voor de hulp aan slachtoffers van FHG.

Neem training in verbetering van de herkenning van slachtoffers van FHG op in de opleiding van beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg. Organiseer in zorginstellingen geregeld teamtrainingen 'signalering van FHG'. Laat deze training nauw aansluiten bij het reguliere lokale hulpaanbod voor slachtoffers van FHG.

## HOOFDSTUK 11: IMPLEMENTATIE VAN DE RICHTLIJN

### **Uitgangsvraag 22 Beroepsbeoefenaars**

Welke beroepsbeoefenaars dienen in de eerste en tweede lijn beschikbaar te zijn om interventies in een situatie waarin sprake is van FHG uit te voeren?

#### **Inleiding**

Voor het antwoord op deze vraag bestaat geen wetenschappelijk bewijs. De experts menen dat alle opleidingen voor beroepsbeoefenaars in de AGZ en GGZ kennis over FHG moeten opnemen in hun curriculum. Daarnaast is het belangrijk dat beroepsbeoefenaars regelmatig worden getraind in het signaleren en bespreekbaar maken van en handelen bij FHG bij kinderen en volwassenen.

#### ***Beroepsbeoefenaren en expertise nodig voor interventies in vrijwillige context***

1. Lichte tot gemiddelde vormen van FHG kunnen in veel bestaande settings (maatschappelijk werk, GGZ, psychotherapie, eerstelijnspsycholoog) worden herkend, erkend en behandeld, als beroepsbeoefenaars daarvoor applicatiecursussen hebben gevolgd.
2. Een multidisciplinair team is noodzakelijk bij de behandeling van middelmatig tot ernstig FHG. Dit geldt voor alle vormen van FHG, bij volwassenen en bij kinderen. Slechts in uitzonderingsgevallen kan een specialist in een particuliere praktijk een deel van de behandeling op zich nemen. Ook dan is samenwerking met de huisarts en andere betrokken beroepsbeoefenaars in de eerste en tweede lijn een vereiste.
3. In de eerste lijn zijn huisarts, kinderarts/vertrouwensarts, en gespecialiseerde beroepsbeoefenaars op HBO-niveau (maatschappelijk werk + VO, psychologen, orthopedagogen; eerstelijnsgezondheidszorg) nodig, onder meer om tot een goede taxatie van de AS-I- en AS-II-problematiek te komen. Zo nodig kan hiervoor de expertise van een (kinder)psychiater en/of klinisch psycholoog worden ingeschakeld. Experts op het gebied van verslavingsproblematiek zijn nodig om verslavingsgedrag in kaart te brengen. Deze beroepsbeoefenaars moeten geschoold zijn in het herkennen, erkennen, bespreekbaar maken en (eerstelijns) behandelen van FHG. Kennis van symptomen, psychopathologie en mogelijke behandeltrajecten is nodig. Bij kinderen is expertise op het gebied van kinderontwikkeling, kinderpsychopathologie, diagnostiek inzake de gevolgen van FHG bij kinderen en mogelijke behandeltrajecten noodzakelijk. Een systeemvisie waarbij het FHG en de overige symptomen in hun samenhang worden gezien en begrepen, dient als uitgangspunt te worden genomen. Ook op dit terrein is scholing een vereiste.
4. In de tweede lijn zijn behandelexperts nodig. Verschillende disciplines komen in aanmerking: GZ-psychologen, klinisch psychologen en klinisch pedagogen of orthopedagogen, psychotherapeuten, psychiaters, gespecialiseerde beroepsbeoefenaars op HBO-niveau. Kennis van verslavingsgedrag is nodig. De beroepsbeoefenaars dienen geschoold te zijn in diagnostiek van AS-I- en AS-II-problematiek en in de evidence-based behandelingen zoals besproken in deze richtlijn.

#### ***Beroepsbeoefenaren en expertise nodig voor gedwongen hulpverlening***

In principe zijn voor hulpverlening binnen een verplicht juridisch kader geen andere soorten beroepsbeoefenaars nodig. Ook de benodigde kennis voor classificatie en diagnostiek van FHG en bijkomende vormen van psychopathologie zijn niet anders dan de kennis die nodig is voor vrijwillige hulpverlening.

Wel is meer kennis nodig over de specifieke aspecten van het werken binnen een opgelegd kader. Een voorbeeld van die specifieke aspecten is de nauwe samenwerking met – en tijdige terugrapportage over het verloop van de behandeling aan – de toezichthoudende instantie (meestal de reclassering). Een ander voorbeeld is het feit dat de regels voor het beroepsgeheim binnen een dergelijk opgelegd kader over het algemeen minder strikt zijn dan binnen een vrijwillig kader. Ook moeten beroepsbeoefenaars kunnen omgaan met de druk van de samenleving, bijvoorbeeld bij risicotaxatie.

Verschillen in kennis en vaardigheden met hulp in vrijwillige kaders betreffen vooral ook de uitvoering van de behandeling. Aangezien cliënten in een verplicht kader gemiddeld genomen minder intrinsiek gemotiveerd zijn voor behandeling en eerder geneigd hun aandeel in het geweld te bagatelliseren, hebben behandelaars bij gedwongen behandelingen meer kennis nodig van motiveringsstrategieën en behoeven zij meer vaardigheden om cliënten in de behandeling te betrekken en drop-out te voorkomen.

### **Uitgangsvraag 23 Implementatie**

Hoe kan de implementatie van de richtlijn familiaal huiselijk geweld worden bevorderd?

#### **Implementatie richtlijn 'Familiaal Huiselijk Geweld'**

De volgende activiteiten zijn reeds ondernomen of in gang gezet ter bevordering van de implementatie van de richtlijn:

- Het gebruik van de richtlijn wordt vergemakkelijkt door stroomdiagrammen voor diagnostiek en behandeling en een samenvatting van de richtlijn op te nemen in het begin van de publicatie. Deze samenvatting en stroomdiagrammen zullen tevens apart worden gepubliceerd op geplastificeerde samenvattingskaartjes 'voor in de borstzak'.
- De richtlijn zal zo breed mogelijk worden verspreid onder de leden van de verschillende beroepsverenigingen.
- Informatie over de richtlijn zal worden verstrekt in publicaties in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* en zo mogelijk in andere tijdschriften.
- De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie zal jaarlijks de inhoud van de richtlijn toetsen en beoordelen of gehele of gedeeltelijke bijstelling noodzakelijk is.
- De richtlijn komt integraal op het internet op de website van het Trimbos-instituut ([www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl), [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)) en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO ([www.cbo.nl](http://www.cbo.nl)). Waar mogelijk wordt de richtlijn gepubliceerd op de websites van de betrokken wetenschappelijke verenigingen.

De werkgroep stelt de volgende activiteiten voor ter bevordering van de implementatie van de richtlijn:

- presentatie van de aanbevelingen van de richtlijn op wetenschappelijke bijeenkomsten van betrokken beroepsorganisaties;

- op eerstkomende wetenschappelijke jaarvergaderingen van de deelnemende verenigingen de bespreking van de richtlijn agenderen om 'startproblemen' met de richtlijn te inventariseren en bijstelling mogelijk te maken;
- ontwikkeling en gebruik van hulpmiddelen voor de implementatie van de richtlijn in de dagelijkse praktijk, bijvoorbeeld een samenvatting van de richtlijn en een PDA-versie van de richtlijn;
- ontwikkeling van patiëntenvoorlichtingsmateriaal ter ondersteuning van de richtlijn;
- de werkgroep adviseert – waar relevant – delen van de richtlijn om te zetten in protocollen, rekening houdend met lokale omstandigheden;
- regelmatige evaluatie van de voortgang in implementatie en navolging van de richtlijn;
- formuleren van resterende onderzoeksthema's en vragen die voor verdere onderbouwing van de richtlijn noodzakelijk zijn en doorspelen daarvan aan de verschillende subsidiegevers en beleidsmakers.

### **Aanbeveling**

Uitvoering van de in deze paragraaf genoemde initiatieven en voorstellen is noodzakelijk voor een succesvolle implementatie van deze richtlijn en draagt daarmee bij aan een verbetering van de kwaliteit van zorg.

## SAMENSTELLING WERKGROEP

- Mw. drs. C.H. Blaauw-Witteveen, vertrouwensarts inzake Kindermishandeling, AMK Zuid-Holland, Gouda. Namens de Vereniging voor Vertrouwensartsen inzake Kindermishandeling.
- Dhr. prof.dr. F. Boer, hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam, opleider bij de Bascule, Amsterdam. Namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (Mede lid van de redactiecommissie.)
- Mw. J. de Boer, maatschappelijk werker, GGZ, Den Helder. Namens de Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers. (Tot 1 augustus 2007.)
- Mw. drs. I.J.M. Boomsma, psychiater, GGZinGeest, Amsterdam. Namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (Tot 1 juli 2007.)
- Dhr. drs. J.M. Broekmeijer, psycholoog, De Waag, Almere. Namens het Nederlands Instituut van Psychologen. (Tot 1 januari 2008.)
- Mw. dr. R. del Canho, kinderarts, Maasziekenhuis, Locatie Zuider, Rotterdam. Namens de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde.
- Mw. M.A. Doedens, maatschappelijk werker, Kwadraad, Alphen aan den Rijn. Namens de Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers. (Vanaf 1 augustus 2007.)
- Mw. drs. E.R. Fischer, adviseur, Trimbos-instituut, Utrecht.
- Mw. drs. J.W. Hagemeyer, adviseur werkgroep, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht. (Mede lid van de redactiecommissie.)
- Mw. drs. N. Heerdink-Obenhuijsen, jeugdarts, wetenschappelijk medewerker TNO KVL Leiden. Namens Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland. (Vanaf april 2008.)
- Mw. drs. S.P.J. Herreman, psychiater, GGZ Nijmegen, Nijmegen. Namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (Vanaf 1 september 2007.)
- Dhr. D.L. Kramer, sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, GGZ Kop van Noord-Holland, Den Helder. Namens de Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen. (Tot 1 mei 2008.)
- Mw. prof.dr. F. Lamers-Winkelmann, bijzonder hoogleraar preventie en hulpverlening inzake kindermishandeling, Vrije Universiteit, Faculteit der Psychologie en Pedagogiek, Amsterdam. Namens de Nederlandse Vereniging van Orthopedagogen. (Vanaf september 2007. Mede lid van de redactiecommissie.)
- Mw. drs. M.J. van Lawick, hoofd opleidingen, Lorentzhuis, Haarlem. Namens de Nederlandse Vereniging voor Relatie en Gezinstherapie. (Mede lid van de redactiecommissie.)
- Mw. dr. S.H. Lo Fo Wong, huisarts, UMC St Radboud, Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Nijmegen. Namens het Nederlands Huisartsen Genootschap. (Mede lid van de redactiecommissie.)
- Dhr. P. Machielse, SEH-verpleegkundige, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam. Namens de Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen.
- Dhr. drs. G.J. Prosman, eerstelijnspsycholoog, UMC St. Radboud, Nijmegen. Namens de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen. (Tot mei 2008.)
- Mw. drs. H. Room, gedragswetenschapper, Ma Zandbergen, Utrecht. Namens de Beroepsvereniging van Orthopedagogen en Klinisch Pedagogen met een Academische Opleiding.

- Mw. prof.dr. C. de Ruiter, professor forensische psychiatrie, Universiteit Maastricht, Maastricht. Namens het Nederlands Instituut van Psychologen. (Vanaf april 2008.)
- Mw. dr. H.A. Scholing, klinisch psycholoog, Centrum De Waag, Amsterdam. Namens de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie. (Mede lid van de redactiecommissie.)
- Dhr. P.F. Steenkist, sociaalpsychiatrische verpleegkundige, GGZ Westelijk Noord-Brabant. Namens de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. (Vanaf april 2008.)
- Dhr. prof.dr. W. van Tilburg, emeritus hoogleraar klinische psychiatrie (voorzitter), Aalsmeer. (Mede lid van de redactiecommissie.)
- Mw. drs. L.M.M. Veraart-Schelfhout, huisarts n.p., Velp. Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Nijmegen. Namens het Nederlands Huisartsen Genootschap. (Mede lid van de redactiecommissie.)
- Mw. drs. M.M. Visser, klinisch psycholoog, Kinder- en Jeugdtraumacentrum/Jeugdriagg NHZ, Haarlem. Namens de Nederlandse Vereniging van Orthopedagogen. (Vanaf 1 september 2007.)
- Mw. drs. M.M. Wagenaar-Fischer, wetenschappelijk medewerker en jeugdarts, TNO Kwaliteit van Leven, Leiden. Namens Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland.
- Mw. dr. M.M. Wegelin, GZ-psycholoog en hoofd behandeling stichting Toevluchtsoord te Groningen (vrouwenopvang en ambulante hulpverlening bij huiselijk geweld).
- Mw. dr. Y. Winants, arts-beleidsmedewerker, Movisie, Utrecht. Namens Movisie.
- Mw. drs. M.A. Witten, SEH-arts, Diaconessenhuis te Utrecht. Namens de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen.

# LITERATUUR

## Inleiding Familiaal huiselijk geweld

- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126, 651-680.
- Archer, J. (2002). Sex differences in physically aggressive acts between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 213-351.
- e. A.C. (2005) Legal processing of domestic violence cases in the Italian criminal justice system. In: W. Smeenk and M. Malsch (ed.) Family violence and police response: learning from research, policy and practice in European countries. (p. 127-138) Aldershot: Ashgate.]
- Baldry, A.C. (2005) Legal processing of domestic violence cases in the Italian criminal justice system. In: W. Smeenk and M. Malsch (ed.) Family violence and police response: learning from research, policy and practice in European countries. (p. 127-138) Aldershot: Ashgate.
- Broek, J. van den. (1991). *Er zijn geen namen voor. Jongens als slachtoffer van seksueel misbruik*. Baarn: Ambo.
- Brugman, E., Reijneveld, S.A., den Hollander-Gijsman, M.E., et al. (1999). *Peilingen in de jeugdgezondheidszorg*. PGO-Peiling 1997/1998. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.
- Burke, L.K., & Follingstad, D.R. (1999). Violence in lesbian and gay relationships: theory, prevalence and correlations factors. *Clinical Psychology Review*, 19, 487-512.
- Dijk, T. van, Flight, S., Oppenhuis, E., Duesmann, B. (1997). *Huiselijk geweld : aard, omvang en hulpverlening* Den Haag : Ministerie van Justitie, 1997. 123 p.
- Dijk, T. van, Oppenhuis, E., Abrahamse, M., et al. (2002). *Huiselijk geweld onder Surinamers, Antillianen en Arubanen, Marokkanen en Turken in Nederland. Aard, omvang en hulpverlening*. Hilversum: Intomart Beleidsonderzoek.
- Dijkstra, S. (2001). *Kinderen die getuige zijn van geweld tussen hun ouders. Een basisverkenning van korte- en langetermijneffecten*. Bilthoven: Dijkstra onderzoek en advies.
- Draijer, N. (1988). *Een lege plek in mijn geheugen; seksueel misbruik van meisjes door verwanten*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Dutton, D.G. (2006). *Rethinking Domestic Violence*. Vancouver: UBC Press.
- Edleson, J.L. (1999). The overlap between childmaltreatment and women battering. *Violence Against Women*, 5, 134-154.
- Eldridge, K.A., & Christensen, A. ( 2002). Demand-withdraw communication during couple conflict: a review and analysis. In P. Noller & J.A. Feeney (Red.), *Understanding marriage: developments in the study of marital interaction* (pp. 289-322). New York: Cambridge University Press.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Ertürk, Y. (2007). *Implementation of General Assembly Resolution 60/251 of March 16, 2006*. Human Rights Council; Mission to the Netherlands. A/HRC/4/34/Add.4/ feb.7.
- Ferwerda, H. (2007). *Met de deur in huis: omvang, aard, achtergrondkenmerken en aanpak van huiselijk geweld in 2006 op basis van landelijke politiecijfers*. Arnhem/Dordrecht: Bureau Beke.
- Finkelhor, D., Ormrod, R.K., & Turner, H.A. (2007). Poly-victimization: a neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31, 7-26.
- Frenken, J. (2001). *Seksueel misbruik van kinderen: aard, omvang, signalen, aanpak*. Leids Universitair Medisch centrum en NISSO. Den Haag: Ministerie van Justitie, DPJS.
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H.A.F.W., Ellsberg, M., Heise L, Watts C.H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO Multicountry study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368, 1260-1269.
- Graham-Bermann, S.A. (2002). Child abuse in the context of domestic violence. In J.E.B. Myers, L. Berliner, J. Briere, et al. (Red.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (2de druk) (pp. 119-130). California: Sage Publications.
- Groen, M., & van Lawick, J. (2007). *Intieme Oorlog* (5de druk). Amsterdam: Van Genneep.
- Hagemann-White, C. (2001). European research on the prevalence of violence against women. *Violence Against Women*, 7, 732-759.
- ICSI. (2006). *Health Care Guideline: Domestic Violence*. Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement.
- IJzendoorn, M.H. van, Prinzie, P., Euser, E.M., et al. (2007). *Kindermishandeling*. Leiden: Attachment Research Program.

- Kuyvenhoven M.M, Hekking C.F, Voorn T.H.B. Overlijdensgevallen onder 0-18-jarigen door vermoede mishandeling: naar schatting 40 gevallen in 1996 gebaseerd op een enquête onder huisartsen en kinderartsen. *Ned.Tijdschr Geneeskd.* 1998; 142 p. 2515-2518.
- Lamers-Winkelman, F., Slot, N.W., Bijl, B., Vijlbrief, A.C. (2007). *Scholieren over mishandeling. Resultaten van een landelijk onderzoek naar de omvang van kindermishandeling onder leerlingen van het voortgezet onderwijs.* Amsterdam/Duivendrecht: Vrije Universiteit, PI Research, 2007.
- Lemmers, L. (2002). *Een veilige wereld begint thuis! Aanzetten voor preventiebeleid gericht op kinderen en huiselijk geweld.* Woerden: NIGZ/Centrum voor Review & Implementatie.
- Levendosky, A.A., & Graham-Bermann, S.A. (1998). The moderating effects of domestic parenting stress in women abusing families. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 383-397.
- Lindhorst, T., & Tajima, E. (2008). Reconceptualizing and operationalizing context in survey research on intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 23, 362-388.
- Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand, J., Kalliokoski A. (2001). *Captured Queen. Men's violence against women in 'equal' Sweden: a prevalence study.* Crime Victim Compensation and Support Authority & Protection of women's Integrity reform. Uppsala: Uppsala Universitet.  
<http://webapps01.un.org/vawdatabase/uploads/Sweden%20-%20Captured%20Queen%20-%20Mens%20violence%20against%20women.pdf>
- Lünneke, K.D. en Bruinsma, M.Y. *Geweld binnen en buiten. Aard, omvang en daders van huiselijk en publiek geweld in Nederland.* Utrecht, Tilburg, Verwey-Jonker Instituut, IVA beleidsonderzoek en advies, 2005.
- Ministerie van Justitie (2002) Privé geweld – publieke zaak: een nota over de gezamenlijke aanpak van huiselijk geweld. Den Haag, Ministerie van Justitie.
- Movisie. (2008) Factsheet huiselijk geweld . Zie: [http://www.movisie.nl/Publicaties/2008/349%20update/factsheet\\_huiselijk\\_geweld\\_nov\\_2008.pdf](http://www.movisie.nl/Publicaties/2008/349%20update/factsheet_huiselijk_geweld_nov_2008.pdf)
- Nerøien, A.I., & Schei, B. (2008). Partner violence and health: results from the first national study on violence against women in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 161-168.
- Römken, R.G. (1992). *Gewoon geweld? Omvang, aard, gevolgen en achtergronden van geweld tegen vrouwen in heteroseksuele relaties.* Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Römken, R., & van Poppel, J. (2006). *Geweld onder intimi. Vooronderzoek over methodiek en resultaten van onderzoek over prevalentie, determinanten, gevolgen en hulpzoekend gedrag bij huiselijk geweld.* Tilburg: IVA.
- Straus, M.A. (1992). *Children as witnesses to marital violence: a risk factor for lifelong problems among a nationally representative sample of American men and women.* Report of the Twenty-Third Ross Roundtable. Columbus, OH: Ross Laboratories.
- Taft, A., Hegarty, K., & Flood, M. (2001). Are men and women equally violent to intimate partners? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25, 498-500.
- Valente, S.M. (2005). Sexual abuse of boys. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 18, 10-16.
- Walker, L. (1980). *The Battered Woman.* New York: Harper and Row.

## Hoofdstuk 1 Uitgangsvraag 1

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1997). Practice parameters for the forensic evaluation for children/adolescents who may have been sexually abused. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(Suppl. 10), 37S-56S.
- Boer, F. (2000). Ernstige sociale of psychosociale problematiek. In F.C. Verhulst & F. Verheij (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie – onderzoek en diagnostiek* (pp. 423-441). Assen: Van Gorcum.
- Department of Health and Children. (2004). *Children First: national guidelines for the protection and welfare of children.* Dublin: The Stationary Office - Government Publications.
- ICSI. (2006). *Health Care Guideline: Domestic Violence* (10de editie). Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2008). *Afdeling spoedeisende hulp van ziekenhuizen signaleert kindermishandeling nog onvoldoende: gebroken arm nog te vaak een ongelukje.* IGZ-rapport 08-48. Van: [http://www.igz.nl/15451/1166039/2008-10\\_Rapport\\_SEH-afdelin2.pdf](http://www.igz.nl/15451/1166039/2008-10_Rapport_SEH-afdelin2.pdf)
- Ministry of Health of the New Zealand Government. (2002). *Family Violence Intervention Guidelines. Child and Partner Abuse* (pp. 1-36). Wellington: Ministry of Health, 2002.
- Kellogg, N., & American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. (2005). The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*, 116, 506-512.



- Kellogg, N., & American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. (2007). evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*, 119, 1232-1241.
- KNMG. (2008). Sputovamo formulier is ook als bijlage opgenomen in het rapport 'Artsen en kindermishandeling: meldcode en stappenplan'. Utrecht, KNMG, 2008.  
<http://paramedic.web-log.nl/paramedic/files/sputovamo.pdf>
- Lukkassen, I.M.A., Bosschaart, A.N., & Markhorst, D.G. (2008). Huis-tuin-en-keukenvalpartijen: doorgaans geen goede verklaring voor ernstig letsel. *Tijdschrift voor Kindergeneeskunde*, Tijdschrift voor Kindergeneeskunde 76 (2008) 6, p.291-295
- Mrazek, D., & Mrazek, P. (1985). Child Maltreatment. In M. Rutter & L. Hersov (Red.), *Child and adolescent psychiatry, modern approaches* (pp. 679-697). Oxford: Blackwell.
- Ophthalmology Child Abuse Working Party. (1999). Child abuse and the eye. *Eye*, 13, 3-10.
- Royal College of Paediatrics and Child Health. (2006). *Child Protection Companion*. London: Royal College of Paediatrics and Child Health.

## Hoofdstuk 2 Uitgangsvraag 2

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1997). Practice parameters for the forensic evaluation for children/adolescents who may have been sexually abused. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(Suppl. 10), 37S-56S.
- Bancroft, L., & Silverman, J.G. (2002). *The Batterer as Parent: The Impact of Domestic Violence on Family dynamics*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Boer, F. (1992). Verwaarlozing, mishandeling en seksueel misbruik. In F.C. Verhulst & F. Verheij (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie – onderzoek en diagnostiek* (pp. 572-584). Assen: Van Gorcum.
- Bottoms, B.L., & Goodman, G.S. (Red.). (1996). *International perspectives on child abuse and children's testimony. Psychological research and law* Research on children's suggestibility: implications for the investigative interview. Warren, A.R, McGough, L.S. p. 12-44 Thousand Oaks, CA: Sage.
- Davies, D. (2000). *Children who witness violence: considerations for forensic interviewing*. Extended workshop presented at the San Diego Conference on Child Maltreatment, jan. 2000. San Diego (Cal.).
- Department of Health and Children. (1999). *Children First – National Guidelines for the protection and welfare of children*. Dublin: Brunswick Press.
- Department of Health and Children. (2004). *Children First: national guidelines for the protection and welfare of children*. Dublin: The Stationary Office - Government Publications.
- Faller, K.C. (2003). Research and practice in child interviewing: implications for children exposed to domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 377-389.
- Family Violence Prevention Fund. (2002). *National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings*. San Francisco: Family Violence Prevention Fund.
- KNMG. (2008). *Meldcode voor medici inzake kindermishandeling*. Utrecht: KNMG.
- Lamb, M., Orbach, M., Hershkowitz, J., et al. (2007). A structural forensic interview protocol improves the quality and informativeness of investigative interviews with children: a review of research using the NICHD Investigative Interview Protocol. *Child Abuse & Neglect*, 31, 1201-1231.
- McLennan, Catherine M.S.W., Forensic Interview Specialist, PPH Forensic Health services, San Diego County (ongedateerd). Forensic interviewing of children who witness violence. cem@pph.org.
- Van Nierop, N.M, Van den Eshof, P., Misbruik, misleiding en misverstanden: onderzoeksverslag van de Landelijke Expertisegroep Bijzondere Zedenzaken over de periode 2003-2007. S.I. LEBZ, 2008. Zie: [http://www.politie.nl/KLPD/Images/onderzoeksverslag%20misbruik%20misleiding%20en%20misverstande\\_n\\_tcm35-423342.pdf](http://www.politie.nl/KLPD/Images/onderzoeksverslag%20misbruik%20misleiding%20en%20misverstande_n_tcm35-423342.pdf)
- Royal College of Paediatrics and Health. (2006). *Child Protection Companion*. London: Royal College of Paediatrics and Health.
- Santa Clara County Social Services Agency: Department of Family and Children's Services. (geen datum). Zie: <http://www.sccgov.org/ssa/opp2/index.html> (handbook 23 domestic violence)

## Hoofdstuk 3 Uitgangsvraag 3

- Baeten, P. (2002). *Meldcode kindermishandeling – richtlijnen voor het handelen van beroepskrachten*. Utrecht: NIZW.
- Bancroft, L., & Silverman, J.G. (2002). *The Batterer as Parent: The Impact of Domestic Violence on Family Dynamics*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Department of Health and Children. (1999). *Children First – National Guidelines for the protection and welfare of children*. Dublin: Brunswick Press.

- Family Violence Prevention Fund's National Health Resource Center on Domestic Violence. (2004). *National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings*. San Francisco First printing Sept 2002; Updated Feb 2004; [www.endabuse.org/health](http://www.endabuse.org/health)
- GGD Rotterdam-Rijnmond. (2007). *Rotterdamse Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond.
- Kellogg, N. (2005). The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*, 116, 506-512.
- KNMG. (2008). *Meldcode voor medici inzake kindermishandeling*. Utrecht: KNMG.
- JGZ Richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling. Handelen bij een vermoeden van kindermishandeling. Redactie van M.M. Wagenaar-Fischer, N. Heerdink-Obenhuijsen, M. Kamphuis en J. de Wilde. TNO, 2007. Zie: <http://www.rivm.nl/jeugdgezondheid/images/JGZ%20richtlijn%20Secundaire%20preventie%20%20Kindermishandeling%202007.pdf>
- Royal College of Paediatrics and Health. (2006). *Child Protection Companion*. London: Royal College of Paediatrics and Health.
- Turnell, A., & Edwards, S. (1999). *Signs of safety: a solution and safety oriented approach to child protection casework*. New York: Norton.
- VVAK. (2007). *Richtlijn voor de aanpak van Pediatric Condition Falsification (PCF) en Factitious Disorder by Proxy (FDP) (Munchausen by proxy syndroom, MBPS)*. Utrecht: Vereniging van Vertrouwensartsen Kindermishandeling.
- Werkgroep Zorg om Jeugd/Project Stop Huiselijk Geweld Amsterdam. (2005). *Amsterdams Protocol Kindermishandeling: zorgsignalering en handelen bij (een vermoeden van) kindermishandeling: voor beroepskrachten die werken met kinderen tot 18 jaar en/of hun (aankomende) ouders, 2005, I*. Leeuwenburgh, AMK Amsterdam (red.), een uitgave van de werkgroep Zorg om Jeugd/ Vroegsignalering, project Stop Huiselijk Geweld Amsterdam).

### Hoofdstuk 3 Uitgangsvraag 4

- Baeten, P. (2002). *Meldcode kindermishandeling – richtlijnen voor het handelen van beroepskrachten*. Utrecht: NIZW.
- Bruning, M. (2008). Mededeling via website [www.zorgwelzijn.nl](http://www.zorgwelzijn.nl), januari 2008.
- GGD Rotterdam-Rijnmond. (2007). *Rotterdamse Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond.
- KNMG. (2004). *Handreiking Beroepsgeheim & Politie*. Utrecht: KNMG.
- KNMG. (2008). *Meldcode voor medici inzake kindermishandeling*. Utrecht: KNMG.
- Ross-van Dorp, C. (2005). Brief aan de Tweede Kamer der Staten Generaal inzake een verplichte meldcode kindermishandeling – kenmerk DJB/JZ-2565877, d.d. 4 maart 2005.
- Unicef. (2001). *Verdrag inzake de rechten van het kind*. Den Haag: Unicef Nederland.
- VSNU & KNMG. (2003). *Nederlandse artseneed*. Utrecht: VSNU.

### Hoofdstuk 3 Uitgangsvraag 5

- Baeten, P. (2002). *Meldcode kindermishandeling – richtlijnen voor het handelen van beroepskrachten*. Utrecht: NIZW.
- Department of Health and Children. (1999). *Children First – National Guidelines for the protection and welfare of children*. Dublin: Brunswick Press.
- Family Violence Prevention Fund's National Health Resource Center on Domestic Violence. (2004). *National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings*. San Francisco First printing Sept 2002; Updated Feb 2004; [www.endabuse.org/health](http://www.endabuse.org/health)
- KNMG. (2008). *Meldcode voor medici inzake kindermishandeling*. Utrecht: KNMG.
- Royal College of Paediatrics and Health. (2006). *Child Protection Companion*. London: Royal College of Paediatrics and Health.
- Adviesbureau van Montfoort Ij. (2007). *Rotterdamse Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (versie 7)*. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond.

### Hoofdstuk 3 Uitgangsvraag 6

- Baeten, P. (2002). *Meldcode kindermishandeling – richtlijnen voor het handelen van beroepskrachten*. Utrecht: NIZW.
- Commissie Seksueel Misbruik van kinderen en jeugdigen. (1994). *Handelen bij vermoeden van seksueel misbruik van kinderen en jeugdigen*. Assen: Van Gorcum/Dekker & Van de Vegt.
- Department of Health and Children. (1999). *Children First – National Guidelines for the protection and welfare of children*. Dublin: Brunswick Press.

- Family Violence Prevention Fund's National Health Resource Center on Domestic Violence. (2004). *National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings*. First printing Sept 2002; Updated Feb 2004; San Francisco: Family Violence Prevention Fund. Zie: [www.endabuse.org/health](http://www.endabuse.org/health)
- JGZ Richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling. Handelen bij een vermoeden van kindermishandeling. Redactie van M.M. Wagenaar-Fischer, N. Heerdink-Obenhuijsen, M. Kamphuis en J. de Wilde. TNO, 2007. Zie: <http://www.rivm.nl/jeugdgezondheid/images/JGZ%20richtlijn%20Secundaire%20preventie%20%20Kinder%20mishandeling%202007.pdf>
- KNMG. (2008). *Meldcode voor medici inzake kindermishandeling*. Utrecht: KNMG.
- Royal College of Paediatrics and Health. (2006). *Child Protection Companion*. London: Royal College of Paediatrics and Health.

#### Hoofdstuk 4 Uitgangsvraag 7

- Beer, R., Lindauer, R., & Boer, F. (2007). *Protocol Classificatie, screening en diagnostiek van kinderen en adolescenten met traumagerelateerde problematiek*. De Bascule/AMC Amsterdam, Kinder- en Jeugdtraumacentrum te Haarlem, Psychotraumacentrum Rivierduinen en Psychotraumacentrum van het WKZ/UMC.
- Boer, F. (in druk). Stress in het begin van de levensloop – een ontwikkelingsperspectief. *Tijdschrift voor Psychiatrie*.
- Collin-Vézina, D., & Hébert, M. (2005). Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 47-52.
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazolla, J., et al. (2003). Complex trauma in children and adolescents. White Paper from the National Child Traumatic Stress Network – Complex Trauma Task Force. Van: [www.NCTSN.org](http://www.NCTSN.org).
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
- McLeer, S.V., Dixon, J.F., Henry, D., et al. (1998). Psychopathology in non-clinically referred sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1326-1333.
- Pelcovitz, D., Kaplan, S., Goldberg, B., et al. (1994). Post-traumatic stress disorder in physically abused adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 305-312.
- Perrin, S., Smith, P., & Yule, W. (2000). The assessment and treatment of Post-traumatic Stress Disorder in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines*, 41, 277-289.
- Pynoos, R.S., & Nader, K. (1988). Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: research implications. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 445-473.
- Reece, R.M., & Christian, C.W. (Red.). (2009). *Child Abuse. Medical Diagnosis and Management* (3de druk). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- Royal College of Paediatrics and Child Health. (2008). *The physical signs of child sexual abuse. An evidence-based review and guidance for best practice*. London: Royal College of Paediatrics and Child Health.
- Schäfer, I., Barkmann, C., Riedesser, P., et al. (2004). Peritraumatic dissociation predicts posttraumatic stress in children and adolescents following road traffic accidents. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5, 79-91.
- Scheeringa, M.S., Zeanah, C.H., Drell, M.J., et al. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 191-200.
- Scheeringa, M.S., Zeanah, C.H., Myers, L., et al. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 561-570.
- Schoentjes, E. (2006). Mishandelde en seksueel misbruikte kinderen. In T. Doreleijers, F. Boer, J. Huisman, et al. (Red.), *Leerboek Psychiatrie Kinderen en Adolescenten* (pp. 407-413). Utrecht: De Tijdstroom.

#### Hoofdstuk 5 Uitgangsvraag 8

- Berliner, L., & Rawlings, L. (1991). *A treatment manual: children with sexual behavior problems*. Seattle: Harborview Sexual Assault Center.
- Bicanic, I.A.E., & Kremers, A.H.A. (Red.). (2007a). *Cognitieve gedragstherapie bij PTSS na eenmalig seksueel geweld. STEPS handleiding*. Amsterdam: Boom Cure & Care Publishers.

- Bicanic, I.A.E., & Kremers, A.H.A. (Red.). (2007b). *Cognitieve gedragstherapie bij PTSS na eenmalig seksueel geweld. STEPS werkboek ouder(s)*. Amsterdam: Boom Cure & Care Publishers.
- Bicanic, I.A.E., & Kremers, A.H.A. (Red.). (2007c). *Cognitieve gedragstherapie bij PTSS na eenmalig seksueel geweld. STEPS werkboek meisje*. Amsterdam: Boom Cure & Care Publishers.
- Bonner, B.L., & Walker, C.E. (2000). *Characteristics and treatment outcome of school-age children with sexual behavior problems*. Paper presented at the San Diego Conference on responding to child maltreatment, January 2000.
- Bonner, B.L., Walker, C.E., & Berliner, L. (1999). *Treatment manual for cognitive-behavioral treatment for parents/caregivers of children with sexual behavior problems*. Washington: National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information.
- Carpentier, M.Y., Silovsky, J.F., & Chaffin, M. (2006). Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems: ten-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 482-488.
- Chadwick Center on Children and Families (2004). *Closing the quality chasm in child abuse treatment: identifying and disseminating best practices: the findings of the Kauffman best practices project to help children heal from child abuse*. San Diego, The Chadwick Center. Zie: <http://www.chadwickcenter.org/Documents/Kaufman%20Report/ChildHosp-NCTAbrochure.pdf>
- Chaffin, M., Bonner, B.L., & Hill, R.F. (2001). Family preservation and family support programs: child maltreatment outcomes across client risk levels and program types. *Child Abuse & Neglect, 25*, 1269-1289.
- Chaffin, M., Silovsky, J.F., Funderburk, B., et al. (2004). Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: efficacy for reducing future abuse reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 500-510.
- Cohen, J.A., Deblinger, E., Mannarino, A.P., et al. (2004). A multisite randomized controlled trial for multiply traumatized children with sexual abuse-related PTSD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 393-402.
- Cohen J.A, Mannarino A.P, Knudsen K (2005) Treating sexually abused children: One year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect, 29*, 135-145
- Culp, R.E., Little, V., Letts, D., et al. (1991). Maltreated children's self-concept: effects of a comprehensive treatment program. *The American Journal of Orthopsychiatry, 61*, 114-121.
- Dickmann, D., (2008), Verbreding van de horizon: effectonderzoek naar de begeleiding voor ouders van kinderen die geweld in het gezin hebben meegemaakt. Vrije Universiteit Amsterdam, Faculteit der Psychologie en Pedagogiek.
- Eyberg, S.M., Boggs, S., & Algina, J. (1995). Parent-child interaction therapy: a psychosocial model for the treatment of young children with conduct problem behavior and their families. *Psychopharmacology Bulletin, 31*, 83-92.
- Fantuzzo, J., Sutton-Smith, B., Atkins, M., et al. (1996). Community-based resilient peer treatment of withdrawn maltreated preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 1377-1386.
- Finkelhor, D., Ormond, R., & Turner, H. (2004). Poly-victimization: a neglected component in child victimization trauma. Paper gepresenteerd tijdens The International Research Conference: victimization of children and youth'. Portsmouth (NH), 11-14 juli 2004.
- Gershater-Molko, R.M., Lutzker, J.R., & Wesch, D. (2002). Using recidivism data to evaluate project safe care: teaching bonding, safety, and health care skills to parents. *Child Maltreatment, 7*, 277-285.
- Graham-Bermann, S.A., & Hughes, H.M. (2003). Intervention for children exposed to interparental violence (IPV): assessment of needs and research priorities. *Clinical Child and Family Psychology Review, 6*, 189-204.
- Hood K.K, Eyberg S.M. Outcomes of parent-child interaction therapy: mothers' reports of maintenance three to six years after treatment. *Journal Of Clinical Child And Adolescent Psychology: The Official Journal For The Society Of Clinical Child And Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53 2003; 32(3):419-429*.
- Huiskes, S., & Plugge, K. (2004). *Het effect van de Horizonmethode, een therapie voor kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt*. Amsterdam: Vrije Universiteit, Faculteit der Bewegingswetenschappen.
- James, B. (1994). *Handbook for treatment of attachment-trauma problems in children*. New York: Lexington Books.
- Jouriles, E.N., McDonald, R., Spiller, L., et al. (2001). Reducing conduct problems among children of battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 774-785.
- Kolko, D.J. (1996a). Clinical monitoring of treatment course in child physical abuse: psychometric characteristics and treatment comparisons. *Child Abuse & Neglect, 20*, 23-43.
- Kolko, D.J. (1996b). Individual cognitive-behavioral treatment and family therapy for physically abused children and their offending parents: a comparison of clinical outcomes. *Child Maltreatment, 1*, 322-342.

- Lamers-Winkelmann, F. (2003). *Een Huilend Huis. Over de effecten van geweld in het gezin op kinderen en de mogelijkheden om hen te helpen de ervaringen te verwerken*. Rapport in opdracht van de Provincie Zeeland/Scoop. Amsterdam: Vrije Universiteit, Faculteit der Psychologie en Pedagogiek, afdeling Orthopedagogiek.
- Lamers-Winkelmann, F. (2004). *Als alle kleine beetjes helpen... Effecten van het programma Let op de Kleintjes in de provincie Overijssel*. Rapport in opdracht van de Vrouwenopvang Overijssel. Amsterdam: Vrije Universiteit, Faculteit der Psychologie en Pedagogiek, afdeling Orthopedagogiek.
- Lamers-Winkelmann, F., & Bicanic, I. (2000a). *Een werkboek voor kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt*. Amsterdam: SWP.
- Lamers-Winkelmann, F., & Bicanic, I. (2000b). *Therapeutenhandleiding bij een werkboek voor kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt*. Amsterdam: SWP.
- Leeuwenburgh, I., Visser, M.M., & Lamers-Winkelmann, F. (2007a). *Een werkboek voor kinderen over ruzie en geweld in het gezin*. Amsterdam: SWP.
- Leeuwenburgh, I., Visser, M.M., & Lamers-Winkelmann, F. (2007b). *Therapeutenhandleiding bij een werkboek voor kinderen die ruzie en geweld in het gezin hebben meegemaakt*. Amsterdam: SWP.
- Lieberman, A.F., Compton, N., Van Horn, P., et al. (2003). *Losing a parent to death in the early years: guidelines for the treatment of traumatic bereavement in infancy and early childhood*. Washington, DC: Zero to Three Presses.
- Lieberman, A.F., Ghosh Ippen, C., & Van Horn, P. (2006). Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 913-918.
- Lieberman, A.F., Van Horn, P., & Ippen, C.G. (2005). Toward evidence-based treatment: child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1241-1248.
- Lutzker, J.R. (1984). Project 12-ways: treating child abuse and neglect from an ecobehavioral perspective. In R.F. Dangel & R.A. Polster (Red.), *Parent training: foundations of research and practice* (pp. 260-297). New York: Guilford.
- Lutzker, J.R., & Bigelow, K.M. (2002). *Reducing child maltreatment: a guidebook for parent services*. New York: Guilford.
- Lutzker, J.R., & Rice, J.M. (1984). Project 12-ways: measuring outcome of a large in-home service for treatment and prevention of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 8, 519-524.
- Lutzker, J.R., & Rice, J.M. (1987). Using recidivism data to evaluate Project 12-ways: an ecobehavioral approach to the treatment and prevention of child abuse and neglect. *Journal of Family Violence*, 2, 283-290.
- Lutzker, J.R., Tymchuk, A.J., & Bigelow, K.M. (2001). Applied research in child maltreatment: practices and pitfalls. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice*, 4, 141-156.
- McDonald Renee; Jouriles Ernest N; Skopp Nancy (2006) *A Reducing conduct problems among children brought to women's shelters: intervention effects 24 months following termination of services*. Journal of family psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43) 2006;20(1):127-36.
- Macdonald, G.M., Higgins, J.P., & Ramchandani, P. (2006). Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2006*, 4, art.no. CD001930.DOI: 10.1002/14651858.CD001930.pub.2.
- Nixon, R.D., Sweeney, L., Erickson, D.B., et al. (2003). Parent-child interaction therapy: a comparison of standard and abbreviated treatments for oppositional defiant preschoolers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 251-260.
- Olds, D.L., Kitzman, H., Hanks, C., et al. (2007) Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*, 120, 832-845.
- Pithers, W.D., Gray, A., Busconi, A., & Houchens, P. (1998) Children with sexual behaviour problems: Identification of five distinct child types and related treatment considerations. *Child Maltreatment*, 3(4), pp.384-406
- Reams, R., & Friedrich, W. (1994). The efficacy of time-limited play therapy with maltreated preschoolers. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 889-899.
- Royal College of Paediatrics and Child Health. (2008). *The physical signs of child sexual abuse. An evidence-based review and guidance for best practice*. London: Royal College of Paediatrics and Child Health.
- Saunders, B.E., Berliner, L., & Hanson, R.F. (Red.). (2004). *Child physical and sexual abuse: guidelines for treatment* (revised report, 26 april 2004). Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Schuhmann, E., Foote, R., Eyberg, S.M., et al. (1998). Parent-child interaction therapy: interim report of a randomized trial with short-term maintenance. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 34-45.

- Silovsky, J.F., Niece, L., & Hecht, D. (2000). *Clinical presentation and treatment outcome of preschool children with sexual behavior problems*. Paper presented at the San Diego Conference on responding to child maltreatment, January 2000.
- Silovsky, J.F., & Bonner, B.L. (2003). Children with sexual behavior problems. In T.H. Ollendick, & C.S. Schroeder (Eds.), *Encyclopedia of Clinical Child and Pediatric Psychology* (pp.589-591). New York: Kluwer Press.
- Silovsky, J., & Bonner, B. (2003). *Children with Sexual Behavior Problems: Common Misconceptions vs. Current Findings*. Oklahoma: National Center on Sexual Behavior of Youth (NCSBY).  
<http://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=234678>
- Sullivan, C.M., Bybee, D.I., & Allen, N.E. (2002). Findings from a community-based program for battered women and their children. *Journal of Interpersonal Violence*, 17, 915-936.
- Sullivan, M., Egan, M., & Gooch, M. (2004). Conjoint interventions for adult victims and children of domestic violence: a program evaluation. *Research on Social Work Practice*, 14, 163-170.
- Udwin, O. (1983). Imaginative play training as an intervention method with institutionalized preschool children. *The British Journal of Educational Psychology*, 53, 32-39.
- Visser, M.M., Leeuwenburgh, I., van Arum, S., et al. (in voorbereiding). *Veilig-Sterk-Verder: een behandelprogramma voor gezinnen waarin fysieke kindermishandeling voor komt*.
- Visser, M.M., Leeuwenburgh, I., & Lamers-Winkelmann, F. (2007a). *Een werkboek voor ouders van kinderen die ruzie en geweld in het gezin hebben meegemaakt*. Amsterdam: SWP.
- Visser, M.M., Leeuwenburgh, I., & Lamers-Winkelmann, F. (2007b). *Therapeutenhandleiding bij een werkboek voor ouders van kinderen die ruzie en geweld in het gezin hebben meegemaakt*. Amsterdam: SWP.
- Wesch, D., & Lutzker, J.R. (1991). A comprehensive 5-year evaluation of Project 12-Ways: an ecobehavioral program for treating and preventing child abuse and neglect. *Journal of Family Violence*, 6, 17-35.

## Guidelines/sites

- National Guideline Clearinghouse (<http://www.guideline.gov/>)
- World Health Organization (Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence, 2003; Prevention of child maltreatment, 2008)
- YWCA Calgary (Exploring best practices for children who witness: 2-year program evaluation report, 2005)
- The American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC; Practice Guidelines on Child Neglect; Psychosocial evaluation of suspected sexual abuse in children; Investigative interviewing in cases of alleged child abuse).
- Guidelines voor medisch onderzoek bij seksueel misbruik, fysieke mishandeling, Münchhausen by Proxy, en Sudden Infant Death, zijn gepubliceerd door het National Guideline Clearinghouse, c.q. de American Academy of Pediatrics; Medical Specialty Society en het American College of Radiology.
- National Child Traumatic Stress Network, [www.NCTSN.org](http://www.NCTSN.org), <http://www.hope4families.com>
- de site van de World Health Organization ([Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence](http://www.sandraqb.com) [www.sandraqb.com](http://www.sandraqb.com), <http://www.cachildwelfareclearinghouse.org/>)

## Hoofdstuk 6 Uitgangsvraag 9

- Alper, Z., Ergin, N., Selimoglu, K., et al. (2005). Domestic violence: a study among a group of Turkish women. *The European Journal of General Practice*, 11, 48-54.
- Brownridge, D.A. (2006). Partner violence against women with disabilities. *Violence Against Women*, 12, 805-822.
- Campbell, J., Jones, A.S., Dienemann, J., et al. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*, 162, 1157-1163.
- Clark, J.P., & Du Mont, J. (2003). Intimate partner violence and health: a critique of Canadian prevalence studies. *Canadian Journal of Public Health*, 94, 52-58.
- Coid, J., Petruckevitch, A., Feder, G., et al. (2001). Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey. *Lancet*, 358, 450-454.
- Family Violence Prevention Fund, Conrad N. Hilton Foundation & the U.S. Department of Health and Human Services. (1999). San Francisco. *Preventing domestic violence: clinical guidelines on routine screening*; [www.fvpf.org](http://www.fvpf.org). En : <http://www.ama-assn.org/ama/upload/mm/386/guidelines.pdf>

- Family Violence Prevention Fund's National Health Resource Center on Domestic Violence. (2004). *National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings*. First printing Sept 2002; Updated Feb 2004; [www.endabuse.org/health](http://www.endabuse.org/health).
- Fanslow, J., & Robinson, E. (2004). Violence against women in New Zealand: prevalence and health consequences. *The New Zealand Medical Journal*, 117, U1173.
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H.A.F.W., Ellsberg, M., Heise L, Watts C.H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO Multicountry study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368, 1260-1269.
- Gazmararian, J.A., Lazorick, S., Spitz, A.M., et al. (1996). Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA*, 275, 1915-1920.
- GGD Rotterdam-Rijnmond. (2007). *Rotterdamse Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond. [www.huiselijkgeweld.rotterdam.nl](http://www.huiselijkgeweld.rotterdam.nl).
- Guth, A.A., & Pachter, L. (2000). Domestic violence and the trauma surgeon. *American Journal of Surgery*, 179, 134-140.
- Hathaway, J.E., Mucci, L.A., Silverman, J.G., et al. (2000). Health status and health care use of Massachusetts women reporting partner abuse. *American Journal of Preventive Medicine*, 19, 302-307.
- Hegarty, K.L., & Bush, R. (2002). Prevalence and associations of partner abuse in women attending general practice: a cross-sectional survey. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 26, 437-442.
- Hegarty, K., Gunn, J., Chondros, P., et al. (2004). Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey. *BMJ*, 328, 621-624.
- Hegarty, K.L., & Taft, A.J. (2001). Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending general practice. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2001, 25(5): 433-437.
- ICSI. (2006). *Health Care Guideline: Domestic Violence*. Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement.
- Lo Fo Wong, S.H., & Lagro-Janssen, A.L.M. (2005). Mishandeling van vrouwen binnen de partnerrelatie: signalering in de medische praktijk. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149, 6-9.
- Lo Fo Wong, S., Wester, F., Mol, S., et al. (2007). Utilisation of health care by women who have suffered abuse: a descriptive study on medical records in family practice. *The British Journal of General Practice*, 57, 396-400.
- MacMillan, H.L., Wathen, C.N., Jamieson, E., et al. (2006). Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*, 296, 530-536.
- McCauley, J., Kern, D.E., Kolodner, K., et al. (1995). The 'battering syndrome': prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 123, 737-746.
- Plichta, S.B. (2004). Intimate partner violence and physical health consequences: policy and practice implications. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 1296-1323.
- Pudukollu, M. (2003). Domestic violence: screening made practical. *The Journal of Family Practice*, 52, 537-543.
- Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y.H., et al. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic Review. *BMJ*, 325, 314.
- Reijnders, U.J., van der Leden, M.E., & de Bruin K.H. (2006). Letsels door huiselijk geweld tegen vrouwen: locaties op het lichaam, soort letsel en wijze van toebrengen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 429-435.
- Richardson, J.Coid, J.Petrukevitch, A.Chung, W. S.Moorey, S.Feder, G.(2002) Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ* 2002; 324: 274
- RNAO. (2005). *Woman Abuse: screening, identification and initial response; nursing best practice guidelines program*; March 2005. Registered Nurses' Association of Ontario, Canada; [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices).
- Taft, Hegarty, Ramsay et al. Screening for intimate partner violence in health care settings (Protocol). The Cochrane Library 2008 (systematische review in voorbereiding).
- Victoria Health Department. (2006). *Preventing violence before it occurs; a framework and background paper to guide the primary prevention of violence against women in Victoria (Australia)*; <http://www.vichealth.vic.gov.au/assets/contentFiles>.

- Victoria, Victorian Health Promotion Foundation, (2004) The health costs of violence: measuring the burden of disease caused by intimate partner violence: a summary of findings  
Zie:  
<http://www.vichealth.vic.gov.au/~media/ProgramsandProjects/MentalHealthandWellBeing/DiscriminationandViolence/IntimatePartnerViolence/ipv.ashx>
- Vos, T., Astbury, J., Piers, L.S., et al. (2006). Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. *Bulletin of the World Health Organization*, 84, 739-744.
- Wathen, C.N., & MacMillan, H.L. (2003). Interventions for violence against women: scientific review. *JAMA*, 289, 589-600.

## Hoofdstuk 6 Uitgangsvraag 10

- *Guidelines for Primary Care Physicians*. State of Victoria, Department of Justice. Melbourne, Australia, 2006.
- Brown, J.B., Lent, B., Schmidt, G., et al. (2000). Application of the women abuse screening tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *The Journal Family Practice*, 49, 896-903.
- Canterino, J.C., Vanhorn, L.G., Harrigan, J.T., et al. (1999). Domestic abuse in pregnancy: a comparison of a self-completed domestic abuse questionnaire with a directed interview. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 181, 1049-1051.
- Feldhaus, K.M., Koziol-McLain, J., Amsbury, H.L., et al. (1997). Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA*, 277, 1357-1361.
- Furbee, P.M., Sikora, R., Williams, J.M., et al. (1998). Comparison of domestic violence screening methods: a pilot study. *Annals of Emergency Medicine*, 31, 495-501.
- Gezondheidsraad, 2008, Screening tussen hoop en hype.
- Grove, W.M., & Meehl, P.E. (1996). Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: the clinical-statistical controversy. *Psychology, Public Policy and Law*, 2, 293-323.
- Hilterman, E.L.B., & Gresnigt, J.A.M. (2003). Het onderbuikgevoel en risicotaxatie in de forensische psychiatrie. In H. Groen & M. Drost (Red.), *Handboek Forensische Geestelijke Gezondheidszorg* (pp. 319-332). Utrecht: De Tijdstroom.
- ICSI. (2004). *Health Care Guideline: Domestic Violence*. Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement.
- MacMillan, H.L., Wathen, C.N., Jamieson, E., et al. (2006). Approaches to screening for Intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*, 296, 530-536.
- McFarlane, J., Christoffel, K., Bateman, L., et al. (1991). Assessing for abuse: self report versus nurse interview. *Public Health Nursing*, 8, 245-250.
- Morrison, L.J., Allan, R., & Grunfeld, A. (2000). Improving the emergency department detection rate of domestic violence using direct questioning. *The Journal Emergency Medicine*, 19, 117-124.
- Nelson, H.D., Nygren, P., McInerney, Y., et al. (2004). Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140, 387-396.
- Norton, L.B., Peipert, J.F., Zierler, S., et al. (1995). Battering in pregnancy: an assessment of two screening methods. *Obstetrics and Gynecology*, 85, 321-325.
- Pan, H.S., Ehrensaft, M.K., Heyman, R.E., et al. (1997). Evaluating domestic partner abuse in a family practice clinic. *Family Medicine*, 29, 492-495.
- RNAO. (2005). *Nursing Best Practice Guideline*. Registered Nurses Association of Ontario.
- Sherin, K.M., Sinacore, J.M., Li, X.Q., et al. (1998). HITS: a short domestic violence screening tool for the use in a family practice setting. *Family Medicine*, 30, 508-512.
- Taft CT, Murphy CM, Elliott JD, Morrel TM. Attendance-enhancing procedures in group counseling for domestic abusers. *Journal of Counseling Psychology* 2001; 48(1):51-60.
- Waltermauer, W. (2005). Measuring Intimate Partner Violence (IPV): you may only get what you ask for. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 501-506.
- Wilson JMG, & Jungner G. *Principles and practice of screening for disease*. *Public Health Papers nr 34*. Geneva: WHO, 1968



## Hoofdstuk 7 Uitgangsvraag 11

- Brown, J.B., Lent, B., & Sas, G. (1993). Identifying and treating wife abuse. *The Journal of Family Practice*, 36, 185-191.
- Brown, J.B., Lent, B., Schmidt, G., et al. (2000). Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *The Journal of Family Practice*, 49, 896-903.
- Chang, J.C., Decker, M.R., Moracco, K.E., et al. (2005). Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers. *Patient Education and Counseling*, 59, 141-147.
- Cohen, S., de Vos, E., & Newberger E. (1997). Barriers to physician identification and treatment of family violence: lessons from five communities. *Academic Medicine*, 72(Suppl. 1), S19-25.
- Dutton, D., & Golant, S. (2000). *De partnermishandelaar. Een psychologisch profiel* (1ste druk) (p. 195). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Easteal, P.W., & Easteal, S. (1992). Attitudes and practices of doctors toward spouse assault victims: an Australian study. *Violence and Victims*, 7, 217-228.
- Enzmann, D. & Wetzels, P. (2003). [Ethnic differences in juvenile delinquency: The role of violence legitimizing norms of masculinity](#). In F. Dünkel & K. Drenkhahn (Eds.), *Youth violence: New patterns and local responses - Experiences in East and West* (pp. 316-345). Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.
- Family Violence Prevention Fund, Conrad N. Hilton Foundation & the U.S. Department of Health and Human Services. (1999). San Francisco *Preventing domestic violence: clinical guidelines on routine screening*; [www.fvvpf.org](http://www.fvvpf.org) en <http://www.ama-assn.org/ama/upload/mm/386/guidelines.pdf>
- Gil-González, D., Vives-Cases, C., Alvarez-Dardet, C., et al. (2006). Alcohol and intimate partner violence: do we have enough information to act? *European Journal of Public Health*, 16, 279-285.
- Glasser, M., Kolvin, I., Campbell, D., et al. (2001). Cycle of child sexual abuse: links between being a victim and becoming a perpetrator. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 482-494; discussion 495-497.
- Hamberg, K., Johansson, E.E., & Lindgren, G. (1999). 'I was always on guard'--an exploration of woman abuse in a group of women with musculoskeletal pain. *Family Practice*, 16, 238-244.
- Hamberger, L.K., Ambuel, B., Marbella, A., et al. (1998). Physician interaction with battered women: the women's perspective. *Archives of Family Medicine*, 7, 575-582.
- Hegarty, K.L., & Taft, A.J. (2001). Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending general practice. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2001, 25(5): 433-437.
- Lo Fo Wong, S.H., De Jonge, A., Wester, F., et al. (2006). Discussing partner abuse: does doctor's gender really matter? *Family Practice*, 23(5): 578-586.
- Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römkens R, Hezemans D, Lagro-Janssen T. (2008). Talking matters: abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. *Patient Education and Counseling* 2008;70: 386-394.
- Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y.H., et al. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ*, 325, 314.
- Richardson, J., Coid, J., Petruckevitch, A., Chung, W., S. Moorey, S., Feder, G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ* 2002; 324: 274
- RNAO. Registered Nurses' Association of Ontario (2005). Woman abuse: screening, identification and initial response: nursing best practice guidelines program. Zie: [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices)
- Rose, K., & Saunders, D. (1986). Nurses' and physicians' attitudes about women abuse: the effects of gender and professional role. *Health Care for Women International*, 7, 427-438.
- Saunders, D., & Kindy, P.J. (1993). Predictors of physicians' responses to woman abuse: the role of gender, background, and brief training. *Journal of General Internal Medicine*, 8, 606-609.
- Sugg, N.K., & Inui, T. (1992). Primary care physicians' response to domestic violence. Opening Pandora's box. *JAMA*, 267, 3157-3160.
- Taft, A., Hegarty, K., & Feder, G. (2006). *Guidelines for family practitioner management of the whole family when intimate partner violence is present* (submitted) (p. 9). Melbourne: Victorian Community Council on Crime and Violence.
- Widom, C.S. (2000). Childhood victimization: early adversity, later psychopathology. *National Institute of Justice Journal*, januari 2000, 3-9. zie: <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/jr000242b.pdf>
- Zink, T. (2000). Should children be in the room when the mother is screened for partner violence? *The Journal of Family Practice*, 49, 130-136.

- Zink, T., Elder, N., Jacobson, J., et al. (2004). Medical management of intimate partner violence considering the stages of change: precontemplation and contemplation. *Annals of Family Medicine*, 2, 231-239.

## Hoofdstuk 7 Uitgangsvraag 12

- Ayres, M.M., & Woodtli, A. (2001). Concept analysis: abuse of ageing caregivers bij elderly care recipients. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 326-334.
- Bradley, F., Smith, M., Long, J., et al. (2002). Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ*, 324, 271.
- Brownridge, D.A. (2006). Partner violence against women with disabilities: prevalence, risk, and explanations. *Violence Against Women*, 12, 805-822.
- Chen, P.H., Rovi, S., Washington, J., et al. (2007). Randomized comparison of 3 methods to screen for domestic violence in family practice. *Annals of Family Medicine*, 5, 430-435.
- Feder, G.S., Hutson, M., Ramsay, J., et al. (2006). Women exposed to intimate partner violence. *Archives of Internal Medicine*, 166, 22-37.
- Görgen, T., & Nägele, B. (2005). [Domestic elder abuse and neglect--conclusions from the evaluation of a model project]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38, 4-9.
- Hegarty, K.L., & Taft, A.J. (2001). Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending general practice. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2001, 25(5): 433-437.
- Lo Fo Wong, S., Wester, F., Mol, S.S., et al. (2006). Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomized controlled trial. *The British Journal of General Practice*, 56, 249-257.
- Lo Fo Wong, S., Wester, F., Mol, S., et al. (2007). *Talking matters: Abused women's view on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation*. Patient Education and Counseling 2008;70: 386-394
- MacMillan, H.L., Wathen, C.N., Jamieson, E., et al. (2006). Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*, 296, 530-536.
- Protheroe, L., Green, J., & Spiby, H. (2003). An interview study of the impact of domestic violence training on midwives. *Midwifery*, 20, 94-103.
- Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y.H., et al. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ*, 325, 314.
- Webster, J., & Holt, V. (2004). Screening for partner violence: direct questioning or self-report? *Obstetrics and Gynecology*, 103, 299-303.

## Hoofdstuk 8 Uitgangsvraag 13

- Advies- en steunpunt huiselijk geweld Groningen. (2008). De nieuwe werkwijze. *1e Hulp bij huiselijk geweld*, 1, 8.
- Department of Health. (2003). *National Consensus Guideline*
- GGD Rotterdam-Rijnmond. (2007). *Rotterdamse Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond. [www.huiselijkgeweld.rotterdam.nl](http://www.huiselijkgeweld.rotterdam.nl)
- ICSI. (2006). *Health Care Guideline: Domestic Violence*. Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement. [www.icsi.org](http://www.icsi.org)
- Janssen, L., & Bosschaart, A.N. (2007). *Juridische aspecten van de kindergeneeskunde en de jeugdgezondheidszorg*. Utrecht: Forum Educatief.
- KNMG. (2008). *Meldcode voor medici inzake kindermishandeling*. Utrecht: KNMG. [www.artsennet.nl/knmg](http://www.artsennet.nl/knmg)
- Lacroix, S., & Offermans, A.M. (2004). *Partnergeweld. Rol van de huisarts*. Brussel: Federale Overheidsdienst, Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
- Meersbergen, D.Y.A. van, & Doppegieter, R.M.S. (2008). *Advies voor overdracht patiëntendossier bij verandering van huisarts, een actualisering*. Utrecht: KNMG en LHV.
- Family Violence Prevention Fund. National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings. San Francisco (CA): Family Violence Prevention Fund; 2004 Feb 1. 70 p.
- Petersen, R., Moracco, K.E., Goldstein, K.M., et al. (2003). Women's perspectives on intimate partner violence services: the hope in Pandora's box. *Journal of the American Medical Women's Association*, 58, 185-190.
- Victoria Government Department of Justice. (2006). *Management of the whole family whom intimate partner violence is present: guidelines for primary care physicians*. Melbourne Victoria, Australia.

- Werkgroep Procesafspraken Ketenaanpak Stoppen van Huiselijk Geweld, Dienst Zorg en Samenleven, gemeente Amsterdam. (2008). *Procesmodel Ketenaanpak Stoppen van Huiselijk Geweld*. Amsterdam: Gemeente Amsterdam.
- Haarlem. project 'Geweld in het gezin' 1999 van GGD-Kennemerland en een verslag van dit project over de periode 1998-2003. [http://www.huiselijkgeweld.nl/doc/projectplan\\_haarlem.pdf](http://www.huiselijkgeweld.nl/doc/projectplan_haarlem.pdf)

### Hoofdstuk 8 Uitgangsvraag 14

- Aldarondo E, Sugarman DB. Risk marker analysis of the cessation and persistence of wife assault. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology* 1996; 64(5):1010-1019.
- Campbell, J.C.(1995). Prediction of homicide of and by battered women. In J.C. Campbell (ed): *assessing dangerousness: violence by sexual offenders , batterers and child abusers*. (pp. 96- 113) Thousand Oaks: Sage
- Campbell, J.C.(1995). *Assessing dangerousness*. Newbury Park, CA, Sage.
- Campbell, J.C. (2003). *Danger assessment*. [www.dangerassessment.com](http://www.dangerassessment.com).
- Family Violence Prevention Fund. (2004). *National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings*. San Francisco: Family Violence Prevention Fund. <http://fvpfstore.stores.yahoo.net>
- GGD Rotterdam-Rijnmond. (2007). *Rotterdamse Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond. [www.huiselijkgeweld.rotterdam.nl](http://www.huiselijkgeweld.rotterdam.nl).
- ICSI. (2006). *Health Care Guideline: Domestic Violence*. Institute for Clinical Improvement (10de versie). Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement. <http://www.icsi.org>
- KNMG. (2008). *Meldcode voor medici inzake kindermishandeling*. Utrecht: KNMG. [www.artsennet.nl/knmg](http://www.artsennet.nl/knmg)
- Kuppens, J., & Beke, B. (2008). *Huisverbod: sleutel tot minder geweld? Aanzet tot een risicotaxatie-instrument huiselijk geweld*. Amsterdam: SWP. [www.huisverbod.nl](http://www.huisverbod.nl).
- Lloyd, S.(1996). Physical aggression, distress, and everyday marital interaction. In D. Cahn & S. Lloyd (Ed): *Family violence from a communication perspective*. (pp 177-198). Thousand Oaks: Sage
- McFarlane, J., Malecha, A., Gist, J., et al. (2002). An intervention to increase safety behaviors of abused women: results of a randomized clinical trial. *Nursing Research*, 51, 347-354.
- Robinson, A.L. (2006). Reducing repeat victimization among high-risk victims of domestic violence: the benefits of a coordinated community response in Cardiff, Wales. *Violence Against Woman*, 12, 761-788.

### Hoofdstuk 8 Uitgangsvraag 15

- Arbo.(2008)[http://arbo.blog.nl/thema-stress/2006/05/01/1560\\_geregistreerde\\_agressie\\_incidenten\\_ziekenhuizen#more-22](http://arbo.blog.nl/thema-stress/2006/05/01/1560_geregistreerde_agressie_incidenten_ziekenhuizen#more-22)
- Lo Fo Wong, S.H., de Jonge, A., Wester, F., et al. (2006). Discussing partner abuse: does doctor's gender really matter? *Family Practice*, 23, 578-586.
- Sugg, N.K., Thompson, R.S., Thompson, D.C., et al. (1999). Domestic violence and primary care. Attitudes, practices, and beliefs. *Archives of Family Medicine*, 8, 301-306.
- Taft, A., Hegarty, K., & Feder, G. (2006). *Guidelines for family practitioner management of the whole family when intimate partner violence is present*. Melbourne: Victorian Community Council on Crime and Violence.

### Hoofdstuk 8 Uitgangsvraag 16

- GGD Rotterdam-Rijnmond. (2007). *Rotterdamse Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond. [www.huiselijkgeweld.rotterdam.nl](http://www.huiselijkgeweld.rotterdam.nl)
- (2003). *Protocol 1e hulp bij huiselijk geweld*. Groningen:
- Keijzer, E., & Schooneberg, J. (2006). Beroepsgeheim staat melden niet in de weg. *Tijdschrift over Kindermishandeling*, 15(1)
- KNMG. (2008). *Meldcode voor medici inzake kindermishandeling*. Utrecht: KNMG. [www.artsennet.nl/knmg](http://www.artsennet.nl/knmg)
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (1995). *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)*.
- Veldkamp, T. (1998) Het medisch beroepsgeheim nader bekeken, VKMagazine, tijdschrift over kindermishandeling, jaargang 12, nummer 1 (maart 1998), pagina 6-8 en 15
- ZW. (1998). *VK Magazine. Tijdschrift over Kindermishandeling*, 12(1), 6-8.
- Politie Groningen, Protocol 1e hulp bij huiselijk geweld Groningen. Groningen, Regiopolitie Groningen, 2003. [http://www.huiselijkgeweld.nl/doc/interventies/protocol\\_groningen\\_1ehulp\\_2003\\_2005.pdf](http://www.huiselijkgeweld.nl/doc/interventies/protocol_groningen_1ehulp_2003_2005.pdf)

## Hoofdstuk 8 Uitgangsvraag 17

- GGD Rotterdam-Rijnmond. (2007). *Rotterdamse Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond.
- KNMG. (2008). *Meldcode voor medici inzake kindermishandeling*. Utrecht: KNMG.
- *Staatscourant*, 23 juni 2008, nr. 118, pag. 17. Aanwijzing huiselijk geweld.
- Römken, R. (2008). *Met recht 'n zorg? overdenkingen bij wet- en regelgeving over geweld in de privésfeer*. Inaugurale rede. Tilburg: Universiteit van Tilburg, Faculteit Rechtsgeleerdheid.

## Hoofdstuk 9 Uitgangsvraag 20

- Aldarondo, E., & Sugarman, D.B. (1996). Risk marker analysis of the cessation and persistence of wife assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1010-1019.
- Ambulant Steunpunt huiselijk Geweld Groningen. *Jaarverslagen 2006, 2007*. Groningen.
- American Medical Association. (1992). *Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence*. Chicago: American Medical Association.
- American Medical Association Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. *Arch Fam Med* 1992; 1(1):39-47.
- American Medical Association. (1994). *Assessment of the impact of abuse and violence on patients health and wellbeing*.
- Anderson, S.A. (2001). Clinical evaluation of violence in couples: the role of assessment instruments. *Journal of Family Psychotherapy*, 12, 1-18.
- Astin MC, Oglan-Hand SM, Coleman EM, Foy DS, *Journal Of Consulting And Clinical Psychology [J Consult Clin Psychol]*, ISSN: 0022-006X, 1995 Apr; Vol. 63 (2), pp. 308-12; PMID: 7751492 [Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: comparisons with maritally distressed women](#). Citation Only Available (eng; includes abstract)
- Babcock JC, Waltz J, Jacobson NS, Gottman JM. Power and violence: The relation between communication patterns, power discrepancies, and domestic violence. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology* 1993; 61(1):40-50.
- Babcock, J. C., & La Taillade, J. J. (2000). Evaluating interventions for men who batter. In J. Vincent & E. N. Jouriles (Eds.), *Domestic violence: Guidelines for research-informed practice* (pp. 37-77). London: Jessica Kingsley Publishers
- Babcock JC, Green CE, Robie C. Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review* 2004; 23(8):1023-1053.
- Barnett, Ola W.; Fagan, Ronald W.; *Journal of Family Violence*, Vol 8(1), Mar, 1993. pp. 1-25. [Journal Article] [Alcohol use in male spouse abusers and their female partners](#). Citation Only Available
- Bensley L, Van Eenwyk J, Wynkoop Simmons K. Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *American Journal Of Preventive Medicine* 2003; 25(1):38-44.
- Campbell, J.C. (1995). Prediction of homicide of and by battered women. In J.C. Campbell (Red.), *Assessing dangerousness: violence by sexual offenders, batterers and child abusers* (pp. 96-113). Thousand Oaks: Sage.
- Campbell JC. Nursing assessment for risk of homicide with battered women. *ANS Advances In Nursing Science* 1986; 8(4):36-51.
- Carlson-Catalano, J. (1998). Nursing diagnoses and interventions for post-acute-phase battered women. *Nursing Diagnosis*, 9, 101-110.
- Cattaneo, L.B., & Goodman, L. A. (2005). Risk factors for reabuse in intimate partner violence: A cross-disciplinary critical review. *Trauma, Violence and Abuse: A Review Journal*, 6, 141-175.
- Wits, E. G., Knibbe, R. A., Verveen, J., & Meulders, W. (2003). *Richtlijn voor het opstellen van cliëntprofielen in de verslavingszorg*. Rotterdam: Instituut Voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving (IVO).
- Dobash, R.P., Dobash, R.E., Wilson, M., et al. (1992). The myth of sexual symmetry in marital violence. *Social Problems*, 39, 71-91.
- Dutton, D. G., Bodnarchuk, M., Kropp, R., & Hart, S. D. (1997). Wife assault treatment and criminal recidivism: an 11-year follow-up. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 41, 9-23.
- Dutton, D. G. (2006). *Rethinking domestic violence*. Vancouver, Canada: University of British Columbia Press
- Ehrensaft MK, Moffitt TE, Caspi A. Clinically abusive relationships in an unselected birth cohort: men's and women's participation and developmental antecedents. *Journal Of Abnormal Psychology* 2004; 113(2):258-270.

- Fals-Stewart W, Kashdan TB, O'Farrell TJ, Birchler GR. Behavioral couples therapy for drug-abusing patients: Effects on partner violence. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2002; 22(2):87-96.
- Fals-Stewart W. The occurrence of partner physical aggression on days of alcohol consumption: a longitudinal diary study. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology* 2003; 71(1):41-52.
- Faramarzi M, Esmailzadeh S, Mosavi S. A comparison of abused and non-abused women's definitions of domestic violence and attitudes to acceptance of male dominance. *European Journal Of Obstetrics, Gynecology, And Reproductive Biology* 2005; 122(2):225-231.
- Goderie, M., & ter Woerd, S. (2007). *Instrument voor risicoscreening in de vrouwenopvang*. Utrecht: Verwey-Jonkerinstituut.
- Gottman JM, Jacobson NS, Rushe RH, Shortt JW. The relationship between heart rate reactivity, emotionally aggressive behavior, and general violence in batterers. *Journal of Family Psychology* 1995; 9(3):227-248.
- Graham-Kevan, N., & Archer, J. (2003a). Patriarchal terrorism and common couple violence: a test of Johnson's predictions in four British samples. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 1247-1270.
- Graham-Kevan, N., & Archer, J. (2003b). Physical aggression and control in heterosexual relationships: the effect of sampling. *Violence and Victims*, 18, 181-196.
- Hanson RK, Cadsky O, Harris A, Lalonde C. Correlates of battering among 997 men: family history, adjustment, and attitudinal differences. *Violence And Victims* 1997; 12(3):191-208.
- Hanson RK, Morton-Bourgon KE. The Characteristics of Persistent Sexual Offenders: A Meta-Analysis of Recidivism Studies. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology* 2005; 73(6):1154-1163.
- Hanson RK, Morton-Bourgon KE. The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: A meta-analysis of 118 prediction studies. *Psychological Assessment* 2009; 21(1):1-21.
- Herman, J.L. (1993). *Trauma en herstel. De gevolgen van geweld – van mishandeling thuis tot politiek geweld*. Amsterdam: Uitgeverij Wereldbibliotheek.
- Hildebrand M. de Ruiters C. prepared a Dutch translation of the SARA, that will be published in 2009.
- Hilton NZ, Harris GT, Rice ME, Lang C, Cormier CA, Lines KJ. A brief actuarial assessment for the prediction of wife assault recidivism: the Ontario domestic assault risk assessment. *Psychological Assessment* 2004; 16(3):267-275.
- Hilton NZ, Harris GT. Predicting wife assault: a critical review and implications for policy and practice. *Trauma, Violence & Abuse* 2005; 6(1):3-23.
- Hilton NZ, Harris GT, Rice ME, Houghton RE, Eke AW. An indepth actuarial assessment for wife assault recidivism: the Domestic Violence Risk Appraisal Guide. *Law And Human Behavior* 2008; 32(2):150-163.
- Holtzworth-Munroe A. A typology of men who are violent toward their female partners: Making sense of the heterogeneity in husband violence. *Current Directions in Psychological Science* 2000; 9(4):140-143.
- Holtzworth-Munroe A, Meehan JC, Herron K, Rehman U, Stuart GL. Testing the Holtzworth-Munroe and Stuart (1994) batterer typology. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology* 2000; 68(6):1000-1019.
- Holtzworth-Munroe A, Meehan JC, Herron K, Rehman U, Stuart GL. Do subtypes of maritally violent men continue to differ over time? *Journal Of Consulting And Clinical Psychology* 2003; 71(4):728-740.
- Holtzworth-Munroe A, Meehan JC. Typologies of men who are maritally violent: Scientific and clinical implications. *Journal Of Interpersonal Violence* 2004; 19(12):1369-1389.
- Hoyle C. Will she be safe? A critical analysis of risk assessment in domestic violence cases. *Children and Youth Services Review* 2008; 30(3):323-337.
- Hurlbert DF, Whittaker KE, Munoz CJ. Etiological characteristics of abusive husbands. *Military Medicine* 1991; 156(12):670-675.
- Huss MT, Langhinrichsen-Rohling J. Identification of the psychopathic batterer: The clinical, legal, and policy implications. *Aggression and Violent Behavior* 2000; 5(4):403-422.
- Jacobson, N. S., Gottman, J. M., Waltz, J., Rushe, R., Babcock, J., & Holtzworth-Munroe, A. (1994). Affect, verbal context, and psychophysiology in the arguments of couples with a violent husband. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 982-988.
- Johnson, M.P. (1995). Patriarchal Terrorism and common couple violence: two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*. 57, 283-294.
- Johnson, M.P. (1999). *Two types of violence against women in the American family: identifying patriarchal terrorism and common couple violence*. Paper presented at the annual meetings of the National Council on Family Relations. Irvine, CA. (november 1999).
- Johnson, M.P., & Leone, J.M. (2000). *The differential effects of patriarchal terrorism and common couple violence: findings from the National Violence Against Women Survey*. Paper presented at the Tenth International Conference on Personal Relationships, Brisbane, Australia.
- Grann M, Wedin I. Risk factors for recidivism among spousal assault and spousal homicide offenders. *Psychology, Crime & Law* 2002; 8(1):5-23.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Domestic violence. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2006 Sep. 46 p.

- Kim HK, Capaldi DM. The association of antisocial behavior and depressive symptoms between partners and risk for aggression in romantic relationships. *Journal Of Family Psychology: JFP: Journal Of The Division Of Family Psychology Of The American Psychological Association (Division 43)* 2004; 18(1):82-96.
- Kropp, P. R., Hart, S. D., Webster, C. D., & Eaves, D. (1995). *Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide*, 2nd ed. Vancouver, British Columbia: British Columbia Institute on Family Violence
- Kyriacou DN, Anglin D, Taliaferro E, Stone S, Tubb T, Linden JA et al. Risk factors for injury to women from domestic violence against women. *The New England Journal Of Medicine* 1999; 341(25):1892-1898
- Langhinrichsen-Rohling, J., Smutzler, N., & Vivian, D. (1994). Positivity in marriage: the role of discord and physical aggression against wives. *Journal of Marriage and the Family*, 56, 69-79.
- Lawrence E. Understanding the trajectories of physical aggression in newlywed marriages. US: ProQuest Information & Learning, 2002.
- Lloyd, S. (1996). Physical aggression, distress, and everyday marital interaction. In D. Cahn & S. Lloyd (Red.), *Family violence from a communication perspective* (pp. 177-198). Thousand Oaks: Sage.
- McGraw KO, Wong SP. A common language effect size statistic. *Psychological Bulletin* 1992; 111(2):361-365
- Miller W, Rollnick S. Motiverende gespreksvoering: een methode om mensen voor te bereiden op verandering. Gorinchem: Ekklesia, 2005
- Monson CM, Langhinrichsen-Rohling J. Sexual and nonsexual marital aggression: Legal considerations, epidemiology, and an integrated typology of perpetrators. *Aggression and Violent Behavior* 1998; 3(4):369-389.
- Nelson MC. Reliability, validity, and cross-cultural comparisons for the simplified Attitudes Toward Women Scale. *Sex Roles* 1988; 18(5):289-296.
- New York State Dept of Health. (2002). *Guidelines for Integrating Domestic Violence Screening into HIV Counseling, Testing, Referral & Partner Notification*. New York: Public Health Forum.
- Oenen, F.J. van, & Bernardt, C. (2006). Veranderingsgerichte crisisinterventie: visie, methoden en technieken. In R.A. Achilles, R.J. Beerthuis & W.M. van Ewijk, *Handboek Spoedeisende Psychiatrie* (p. 79-127) Amsterdam: Benecke N.I.
- O'Leary, K.D., & Vivian, D. (1990). Physical aggression in marriage. In F. Fincham & T. Bradbury (Red.), *The psychology of marriage* (pp. 323-348). New York: Guilford.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1983), "Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change", *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, Vol. 20 pp.161-73.
- Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Cormier CA. Violent offenders: Appraising and managing risk. Washington, DC US: American Psychological Association, 1998.
- Ratner PA. Indicators of exposure to wife abuse. *The Canadian Journal Of Nursing Research = Revue Canadienne De Recherche En Sciences Infirmières* 1995; 27(1):31-46.
- Rice ME, Harris GT. Violent recidivism: assessing predictive validity. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology* 1995; 63(5):737-748
- Romans S, Forte T, Cohen MM, Du Mont J, Hyman I. Who is most at risk for intimate partner violence? A Canadian population-based study. *Journal Of Interpersonal Violence* 2007; 22(12):1495-1514.
- Römken, R. (1989). *Geweld tegen vrouwen in heteroseksuele relaties*. Amsterdam: SWO.
- Römken, R. (2008). Speech bij ondertekening sponsorcontract leerstoel interpersoonlijk geweld – in het bijzonder geweld in de privésfeer. Tilburg: Intervict (Universiteit van Tilburg) 14-2-2008.
- Ruiters, C. de, de Jong, E.M., Reus, M. & Thijssen, J. (2008). *Risicotaxatie bij daders van relationeel geweld: de RISC vergeleken met de B-SAFER*. Utrecht: Trimbos-instituut p. 72 De Ruiters (Nederlandse vertaling B-SAFER)
- Ruiz-Perez I, Plazaola-Castano J, Alvarez-Kindelan M, Palomo-Pinto M, Arnalte-Barrera M, Bonet-Pla A et al. Sociodemographic associations of physical, emotional, and sexual intimate partner violence in Spanish women. *Annals Of Epidemiology* 2006; 16(5):357-363.
- Sagrestano LM, Heavey CL, Christensen A. Perceived power and physical violence in marital conflict. *Journal of Social Issues* 1999; 55(1):65-79.
- Saunders DG, Lynch AB, Grayson M, Linz D. The Inventory of Beliefs about Wife Beating: The construction and initial validation of a measure of beliefs and attitudes. *Violence And Victims* 1987; 2(1):39-57.
- Saunders DG. A typology of men who batter: Three types derived from cluster analysis. *American Journal of Orthopsychiatry* 1992; 62(2):264-275.
- Scott KL. Stage of change as a predictor of attrition among men in a batterer treatment program. *Journal of Family Violence* 2004; 19(1):37-47.
- Sijbrandij, M., Jonker, I. & Wolf, J. (2008) Cliëntprofielen van vrouwen met geweldservaringen in de vrouwenopvang. Nijmegen: Radboud Universiteit Cluster Biomedische wetenschappen en Extramurale Geneeskunde Sociale Geneeskunde, 2008

- Smith MD. Patriarchal ideology and wife beating: a test of a feminist hypothesis. *Violence And Victims* 1990; 5(4):257-273.
- Smith RL. The everyday experience of satisfaction, conflict, anger, and violence for women in love relationships. US: ProQuest Information & Learning, 1990.
- Stichting Toevluchtsoord Groningen. *Jaarverslagen 2006, 2007*. Groningen.
- Stith SM, Farley SC. A predictive model of male spousal violence. *Journal of Family Violence* 1993; 8(2):183-201.
- Straus MA. Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage & the Family* 1979; 41(1):75-88.
- Straus, M.A. (1990). The Conflict Tactics Scales and its critics: an evaluation and new data on validity and reliability. In M.A. Straus & R.J. Gelles (Red.), *Physical Violence in American Families: risk factors and adaptations to violence in 8,145 families* (pp. 49-74). New Brunswick, NJ: Transaction Publications.
- Straus, M.A. (1999). The controversy over domestic violence by women: a methodological, theoretical, and sociology of science analysis. In X.B. Arriaga & S. Oskamp (Red.), *Violence in Intimate Relationships* (pp. 17-44). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Straus, M.A., Hamby, S.L., Boney-McCoy, S., et al. (1996). The revised Conflict Tactics Scale (CTS2): development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283-316.
- Tollestrup K, Sklar D, Frost FJ, Olson L, Weybright J, Sandvig J et al. Health indicators and intimate partner violence among women who are members of a managed care organization. *Preventive Medicine* 1999; 29(5):431-440.
- Tolman RM. The development of a measure of psychological maltreatment of women by their male partners. *Violence And Victims* 1989; 4(3):159-177.
- Waldrop AE, Resick PA. Coping among adult female victims of domestic violence. *Journal of Family Violence* 2004; 19(5):291-302.
- Waltz J, Babcock JC, Jacobson NS, Gottman JM. Testing a typology of batterers. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology* 2000; 68(4):658-669.
- Warnaar, B., & Wegelin, M. (2005). Behandeling van daders van relationeel geweld. In: C. de Ruiter & M. Hildebrand, *Behandelingsstrategieën bij forensisch-psychiatrische patiënten* (pp. 50-70). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wegelin, M.M. (2006). *Psychiatrische problematiek bij cliënten van stichting Toevluchtsoord in 2006*. Groningen: Stichting Toevluchtsoord.
- Wegelin, M.M. (2007). *Psychiatrische problematiek bij cliënten van stichting Toevluchtsoord in 2007*. Groningen: Stichting Toevluchtsoord.
- Wegelin, M., et al. (2008). *Behandeling van slachtoffers van huiselijk geweld die verblijven binnen de vrouwenopvang*. Amersfoort: Federatie Opvang (in concept).
- Williams KR, Houghton AB. Assessing the Risk of Domestic Violence Reoffending: A Validation Study. *Law And Human Behavior* 2004; 28(4):437-455.
- Wits, E. G., Knibbe, R. A., Verveen, J., & Meulders, W. (2003). *Richtlijn voor het opstellen van cliëntprofielen in de verslavingszorg*. Rotterdam: Instituut Voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving (IVO).
- Wolf, J., Jonker, I., Nicholas, S., et al. (2006). *Maat en baat van de vrouwenopvang. Onderzoek naar vraag en aanbod*. Amsterdam: SWP.
- Arendsen-Hein, J.A. (2006). *Psychiatrische grondslag bij cliënten van Vrouwenopvang Fryslân*. Leeuwarden: GGz Friesland-Noord.
- Barenbrug, H.C.A.M., Scholte, E. (2008). *Rapportage Psychodiagnostiek Time-out 2007*. Amsterdam: Blijfgroep.

## Hoofdstuk 10 Uitgangsvraag 21

- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2006). *The Psychology of Criminal Conduct* (4de druk). Cincinnati: Anderson.
- Andrews, D.A., Zinger, I., Hoge, R.D., et al. (1990). Does correctional treatment work? A clinical relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-404.
- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126, 651-680
- Archer, J. (2002). Sex differences in physically aggressive acts between heterosexual partners: A metaanalytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 213-351.
- Austin, J.B., & Dankwort, J. (1999). Standards for batterer programs: a review and analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 152-168.
- Babcock, J.C., & LaTaillade, J. (2000). Evaluating interventions for men who batter. In J. Vincent & E. Jouriles (Red.), *Domestic violence: guidelines for research-informed practice* (pp. 37-77). Philadelphia: Jessica Kingsley.

- Babcock, J.C., & Steiner, R. (1999). The relationship between treatment, incarceration, and recidivism of battering: a program evaluation of Seattle's coordinated community response to domestic violence. *Journal of Family Psychology, 13*, 46-59.
- Babcock JC, Green CE, Robie C. Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review* 2004; 23(8):1023-1053.
- Bowen, E., & Gilchrist, E. (2004). Comprehensive evaluation: a holistic approach to evaluating domestic violence offender programmes. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 48*, 215-234.
- Brannen, S., & Rubin, A. (1996). Comparing the effectiveness of gender-specific and couples groups in a court-mandated spouse abuse treatment program. *Research on Social Work Practice, 6*, 405-424.
- Casenave, N. A., & Straus, M. A. (1979). Race, class, network embeddedness, and family violence: A search for potent support systems. *Journal of Comparative Family Studies* (10) p. 281-299
- Chen, H.T., Bersani, C., Myers, S.C., et al. (1989). Evaluating the effectiveness of a court sponsored abuser treatment program. *Journal of Family Violence, 4*, 309-322.
- Cooke, D.J., & Philip, L. (2001). To treat or not to treat? An empirical perspective. In C.R. Hollin (Red.), *Handbook of offender assessment and treatment* (pp. 17-34). Chichester: Wiley.
- Danielson, K.K., Moffitt, T.E., Caspi, A., et al. (1998). Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R mental disorders: evidence from an epidemiological study. *The American Journal of Psychiatry, 155*, 131-133.
- Davis, R.C., & Taylor, B.G. (1997). A proactive response to family violence: the results of a randomized experiment. *Criminology, 35*, 307-333.
- Davis, R.C., & Taylor, B.G. (1999). Does batterer treatment reduce violence? A synthesis of the literature. *Women Criminal Justice, 10*, 69-93.
- Davis, R.C., Taylor, B.G., & Maxwell, C.D. (1998). Does batterer treatment reduce violence? A randomized experiment in Brooklyn. *Justice Quarterly, 18*, 171-201.
- Davis RC, Taylor BG. A proactive response to family violence: the results of a randomized experiment. *Criminology, 1997;35:307-333*.
- Davis RC, Taylor BG. Does batterer treatment reduce violence? a synthesis of the literature. *Women Criminal Justice, 1999;10:69-93*.
- Davis, R. C., Taylor, B. G., & Maxwell, C. D. (1998). Does batterer treatment reduce violence? A randomized experiment in Brooklyn. *Justice Quarterly, 18*, 171–201.
- Dobash, R., Dobash, R.E., Cavanagh, K., et al. (1996). Re-education programmes for violent men: an evaluation. *Research Findings, 46*, 1-4.
- Dunford, F.W. (2000). The San Diego Navy experiment: an assessment of interventions for men who assault their wives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 468-476.
- Dutton, D.G. (1986). The outcome of court-mandated treatment for wife assault: a quasi-experimental evaluation. *Violence and Victims, 1*, 163-175.
- Dutton, D.G., Bodnarchuk, M., Kropp, R., et al. (1997). Wife assault treatment and criminal recidivism: an 11-year follow-up. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 41*, 9-23.
- Dutton, D. G. (2006). *Rethinking domestic violence*. Vancouver, Canada: University of British Columbia Press
- Edleson, J., & Syers, M. (1991). The effects of group treatment for men who batter: an 18-month follow-up study. *Research on Social Work Practice, 1*, 227-243.
- Family Violence Prevention Fund's National Health Resource Center on Domestic Violence. (2004). *National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings*. First printing Sept 2002; Updated Feb 2004; [www.endabuse.org/health](http://www.endabuse.org/health)
- Fals-Stewart, W., Kashdan, T.B., O'Farrell, T.J., et al. (2002). Behavioral couples therapy for drug-abusing patients: effects on partner violence. *Journal of Substance Abuse Treatment, 22*, 87-96.
- Feder, L., & Forde, D. (1999). A test of the efficacy of court-mandated counseling for convicted misdemeanor domestic violence offenders: results from the Broward experiment. Paper presented at the International Family Violence Research Conference, Durham, NH.
- Feder, Lynette and Laura Dugan, (2002) "A Test of the Efficacy of Court-Mandated Counseling for Domestic Violence Offenders: The Broward Experiment," *Justice Quarterly, 19* (2): 343-375.
- Feder L, Wilson DB. A meta-analytic review of court-mandated batterer intervention programs: Can courts affect abusers' behavior? *Journal of Experimental Criminology* 2005; 1(2):239-262.
- Flournoy, P.S. (1993). A comparison of groups for men who batter (Doctoral dissertation, Washington State University). *Dissertation Abstracts International, 53*, 5974.
- Ford, D.A., & Regoli, M.J. (1993). The criminal prosecution of wife batterers: process, problems, and effects. In N.Z. Hilton (Red.), *Legal responses to wife assault* (pp. 127-164). Newbury Park, CA: Sage.
- Gondolf, E. (1998). Do batterer programs work? A 15-month follow-up of a multi-site evaluation. *Domestic Violence Report, 3*, 64-65, 78-79.



- Gondolf, E. (1999). A comparison of four batterer intervention systems: do court referral, program length, and services matter? *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 41-61.
- Gondolf, E.W. (1997). Patterns of reassault in batterer programs. *Violence and Victims*, 12, 373-387.
- Hamberger, K., & Hastings, J. (1988). Skills training for treatment of spouse abusers: an outcome study. *Journal of Family Violence*, 3, 121-130.
- Hamberger, K., & Hastings, J. (1993). Court-mandated treatment of men who assault their partner: issues, controversies, and outcomes. In N.Z. Hilton (Red.), *Legal responses to wife assault* (pp. 188-229). Newbury Park, CA: Sage.
- Harrell, A. (1991). *Evaluation of court ordered treatment for domestic violence offenders* (Final Report). Washington, DC: Urban Institute.
- Hawkins, R., & Beauvais, C. (1985). *Evaluation of group therapy with abusive men: the police record*. Paper presented at the meeting of the American psychological association, Los Angeles, CA.
- Healey, K., Smith, C., & O'Sullivan, C. (1998). *Batterer intervention: program approaches and criminal justice strategies*. Report to the National Institute of Justice, Washington, DC.
- Henwood, M. (2000). *Domestic Violence. A resource manual for health care professionals*. London: Department of Health.
- Huss MT, Ralston A. Do batterer subtypes actually matter? Treatment completion, treatment response, and recidivism across a batterer typology. *Criminal Justice and Behavior* 2008; 35(6):710-724.
- ICSI. (2006). *Health Care Guideline: Domestic Violence* (10de editie). Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement.
- Lawick, M.J. van. (2008). Escaleren en de-escaleren. In M. Groen & M.J. van Lawick, *Intieme Oorlog, over de kwetsbaarheid van familierelaties*. Amsterdam: Van Gennep.
- Leong, D.J., Coates, C.J., & Hoskins, J. (1987). *Follow-up of batterers treated in a court-ordered treatment program*. Paper presented at the Third National Family Violence Research Conference, University of New Hampshire, Durham, NH.
- Levesque, D.A., & Gelles, R.J. (1998). *Does treatment reduce recidivism in men who batter? A meta-analytic evaluation of treatment outcome*. Paper presentation at the Program Evaluation and Family Violence Research: an International Conference, Durham, NH.
- Lipchik, E., Sirls, E.A., & Kubicki, A.D. (1997). Multifaceted approaches in spouse abuse treatment. In R. Geffner, S.B. Sorenson & P.K. Lundberg-Love (Red.), *Violence and sexual abuse at home: Current issues in spousal battering and child maltreatment* (pp. 131-148). New York: Haworth Press.
- Lösel, F. (1996). Working with young offenders: The impact of meta-analyses. In C.R. HOLLIN, & K. HOWELLS (Eds.), *Clinical approaches to working with young offenders* (pp. 57-82). Chichester: John Wiley & Sons.
- Lösel, F. (1998). Treatment and management of psychopaths. In D. Cooke, A.E. Forth, & R.D. Hare (Eds.), *Psychopathy: Theory, research and implications for society* (pp. 303-354). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- MacMillan, H.L., Wathen, C.N., with the Canadian Task Force on Preventive Health Care. (2001). *Prevention and Treatment of Violence Against Women: Systematic Review and Recommendations*. CTFPHC Technical Report No. 01-4. London, Ontario: Canadian Task Force.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York, NY US: Guilford Press, 1991.
- The Ministry of Health, New Zealand. (2002). *Family Violence Intervention Guidelines for Child and Partner Abuse*. Uitgever: Ministry of Health Plaats van uitgave: Wellington.
- Moffit, T.E., Caspi, A., Krueger, R.F., et al. (1997). Do partners agree about abuse in their relationship? A psychometric evaluation of interpartner agreement. *Psychological Assessment*, 9, 47-56.
- Morrel, T.M., Elliott, J.D., Murphy, C.M., et al. (2003). A comparison of cognitive-behavioral and supportive group therapies for male perpetrators of domestic abuse. *Behavior Therapy*, 24, 77-95.
- Murphy, C.M., & Baxter, V.A. (1997). Motivating batterers to change in the treatment context. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 607-619.
- Murphy, C.M., Musser, P.H., & Maton, K.I. (1998). Coordinated community intervention for domestic abusers: Intervention system involvement and criminal recidivism. *Journal of Family Violence*, 13, 263-284.
- Newell, R.G. (1994). The effectiveness of court-mandated counseling for domestic violence: an outcome study. *Dissertation Abstracts International, Section A: Humanities and Social Sciences*, 53, 1193.
- O'Leary, K.D., Barling, J., Aria, I., et al. (1989). Prevalence and stability of physical aggression between spouses. A longitudinal analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 263-268.
- O'Leary, K.D., Heyman, R.E., & Neidig, P.H. (1999). Treatment of wife abuse: a comparison of gender-specific and conjoint approaches. *Behavior Therapy*, 30, 475-506.
- Palmer, S.E., Brown, R.A., & Barrera, M.E. (1992). Group treatment program for abusive husbands: long-term evaluation. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 276-283.

- Powers, M.B., Vedel, E., & Emmelkamp, P.M.G. (2008). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 952-962.
- Ramsay, J., Feder, G., Rivas, C., et al. (2005). Advocacy Interventions te reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. (Protocol) (1).
- Ramsay, J., Rivas, C., & Feder, G. (2005). *Interventions to reduce violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience partner violence: a systematic review of controlled evaluations*. Final report. London: Barts and The London Queen Mary's School of Medicine and Dentistry.
- Ramsay J, Carter Y, Davidson L, Dunne D, Eldridge S, Feder G 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 Syst Rev* 2009;(3):CD005043.
- Rosenfeld, B.D. (1992). Court ordered treatment of spouse abuse. *Clinical Psychology Review*, 12, 205-226.
- Ruiter, C. de, & Veen, V. (2006). Voorkomen van recidive bij geweldsdelinquenten: wat werkt? *Directieve Therapie*, 26, 105-125.
- Ruiter, C. de, & Veen, V. (2005). Terugdringen van recidive bij geweldsdelinquenten: Werkzame interventies bij relationeel, seksueel en algemeen geweld. [Reducing recidivism in violent offenders: Effective interventions for relational, sexual and general violence] *Utrecht: Trimbos-instituut*.
- Saunders, D.G. (1996). Feminist-cognitive-behavioral and process-psychodynamic treatments for men who batter: interaction of abuser traits and treatment models. *Violence and Victims*, 11, 393-414.
- Scott KL. Stage of change as a predictor of attrition among men in a batterer treatment program. *Journal of Family Violence* 2004; 19(1):37-47.
- Stacey, W.A., & Shupe, A. (1984). *An evaluation of three programs for abusive men in Texas*. Research Monograph No. 29. Arlington, TX: Center for Social Research, University of Texas.
- Stith, S.M., Rosen, K.H., McCollum, E.E., et al. (2004). Treating intimate partnerviolence within intact couple relationships: outcomes of multiple versus individual couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 305-318.
- Straus MA, Gelles, RJ, editors. *Physical Violence in American Families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*. New Brunswick (NJ): Transaction Books; 1990
- Sullivan, C., Rumpitz, M., Campbell, R., et al. (1996). Retaining participants in longitudinal community research: a comprehensive protocol. *Journal of Applied Behavioral Science*, 32, 262-276.
- Taft, C.T., Murphy, C.M., Elliot, J.D., et al. (2001). Attendance enhancing procedures in group counseling for domestic abusers. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 51-60.
- Tolman, R.T., & Bennett, L. (1990). A review of quantitative research on men who batter. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 87-118.
- Waldo, M. (1988). Relationship enhancement counseling groups for wife abusers. *Journal of Mental Health Counseling*, 10, 37-45.
- Weisburd, David, Cynthia Lum and Anthony Petrosino. (2001). Does Research Design Affect Study Outcomes in Criminal Justice? *The Annals of the American Academy of Social and Political Sciences*, 578(Nov), 50-70.
- Wolf, J., Jonker, I., Nicholas, S., et al. (2006). *Maat en baat van de vrouwenopvang. Onderzoek naar vraag en aanbod*. Amsterdam: SWP.
- Woodin EM, O'Leary KD. Partner aggression severity as a risk marker for male and female violence recidivism. *Journal of Marital & Family Therapy* 2006; 32(3):283-296.
- Yerden, I. (2008). *Families onder druk. Huiselijk geweld in Marokkaanse en Turkse gezinnen*. Amsterdam: Van Gennep.

## Hoofdstuk 11 Uitgangsvraag 23

- Bero, L.A., Grilli, R., Grimshaw, J.M., et al. (1998). Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. *BMJ*, 317, 465-468.
- Gezondheidsraad. (2000). *Van implementeren naar leren: het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg* (publicatienr. 2000/18). Den Haag: Gezondheidsraad.
- Grimshaw, J., & Hunt, C. (2003). Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Quality and Safety in Health Care*, 12, 18-23. [www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org)
- Grol, R., Dalhuijsen, J., Thomas, S., et al. (1998). Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ*, 317, 858-861.

- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362, 1225-1230.
- Grol R, Wensing M. Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2006.
- Hulscher M, Wensing M, Grol R. Effectieve Implementatie: Theorieën en strategieën. Den Haag: ZonMw/ Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK) Universiteit Nijmegen/Universiteit Maastricht, 2000.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination. (1999). Getting evidence into practice. *Effect Health Care*, 5, 1-16.
- The AGREE Collaboration. Writing Group: Cluzeau FA, Burgers JS, Brouwers M, Grol R, Mäkelä M, Littlejohns P, Grimshaw J, Hunt C. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Quality and Safety in Health Care* 2003; 12(1): 18-23.
- Wensing, M., & Grol, R. (1994). Single and combined strategies for implementing changes in primary care: a literature review. *International Journal for Quality in Health Care*, 6, 115-132.
- Wensing, M., van der Weijden, T., & Grol, R. (1998). Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? *The British Journal of General Practice*, 48, 991-997.

## Appendix A Internationale definities FHG

### Raad van Europa

Any act committed within the framework of the family by one of its members that undermines the life, the bodily or psychological integrity or the liberty of another member of the same family or that seriously harms the development of his or her personality.

[http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/0/E82EABBF1892843C12571B0002C5393/\\$file/browne.ppt#257,2,Definition](http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/0/E82EABBF1892843C12571B0002C5393/$file/browne.ppt#257,2,Definition) of Family Violence?

### België

In België wordt voor geweld tegen vrouwen de definitie gebruikt van de WHO: Tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée.

[http://doclib.uhasselt.be/dspace/bitstream/1942/513/2/rb\\_gewa6-deel1\\_2003.pdf](http://doclib.uhasselt.be/dspace/bitstream/1942/513/2/rb_gewa6-deel1_2003.pdf)

### Duitsland

Beratung für Opfer häuslicher Gewalt aus Seminar Menschenrechte, der freien Wissensdatenbank. Unter 'häuslicher Gewalt' wird im Allgemeinen die Gewaltanwendung in Ehe- und Partnerbeziehungen verstanden. Ganz überwiegend handelt es sich dabei um Gewalthandlungen von Männern gegenüber Frauen, die sich innerhalb des – oft auch räumlich aufzufassenden – engsten sozialen Beziehungskreises der Frau ereignen. Die Gewaltanwendung kann sich auch bei Partnerinnen oder Partnern in gleichgeschlechtlichen Lebensweisen ereignen.

Häusliche Gewalt ist in der Regel kein einmaliges, außergewöhnliches Ereignis. Es handelt sich vielmehr um ein komplexes Misshandlungssystem, innerhalb dessen vielschichtige Handlungs- und Verhaltensweisen darauf abzielen, Macht und Kontrolle über eine andere Person, ihr Handeln und Denken zu gewinnen.

### Frankrijk

La violence familiale (également appelée violence dans les relations intimes) est un crime. La violence familiale est le résultat d'un déséquilibre entre le pouvoir et le contrôle d'un conjoint sur l'autre. La violence familiale est en grande partie commise par les hommes sur les femmes mais peut également se produire dans des relations entre conjoints de même sexe et peut être commise par une femme sur un homme. Tous les survivants ne sont pas physiquement battus. La violence familiale peut prendre d'autres formes de mauvais traitements et de cruauté telles que des menaces constantes, de la violence psychologique/émotionnelle, sexuelle, financière/matérielle, spirituelle et verbale. Dans le cas d'une agression sexuelle au sein d'un couple, le client dispose des mêmes options que toute autre personne qui se plaint d'agression sexuelle. Les gays, les lesbiennes les personnes transgenre, les immigrants et les autochtones peuvent faire face à des formes de violence supplémentaires. La violence conjugale touche les femmes de tous les niveaux salariaux et éducatifs, de toutes les classes sociales, de toute religion, dans tous les groupes culturels et d'origines raciales différentes. Pour plus d'information sur les tactiques utilisées

par un agresseur pour maintenir son pouvoir et son contrôle sur son conjoint, voyez [power and control wheels](http://www.satcontario.com/Fr/DomesticViolence/). <http://www.satcontario.com/Fr/DomesticViolence/>

## Engeland

1. The [Children and Family Court Advisory and Support Service](#) in the United Kingdom in 'Domestic Violence Policy'. Domestic violence: Patterns of behaviour characterised by the misuse of power and control by one person over another who are or have been in an intimate relationship. It can occur in mixed gender relationships and same gender relationships and has profound consequences for the lives of children, individuals, families and communities. It may be physical, sexual, emotional and/or psychological. The latter may include intimidation, harassment, damage to property, threats and financial abuse.
2. What is meant by 'domestic violence'? Domestic violence is any incident of threatening behaviour, violence or abuse between adults who are or have been in a relationship together, or between family members, regardless of gender or sexuality. (Source: [Crime in England and Wales 2006/07 report](#).)
3. Violence toward or physical abuse of one's spouse or domestic partner. Dictionary domestic violence: <http://www.answers.com/topic/domestic-violence?cat=biz-fin>
4. Broken Rainbow LGBT Domestic Violence Service (UK) defines domestic violence and abuse as: 'Any incident of threatening behaviour, violence or abuse (psychological, physical, sexual, financial or emotional) between adults who are or have been intimate partners or family members, regardless of gender or sexuality.' This includes issues of concern to black and minority ethnic (BME) communities such as so called 'honour killings'. An adult is defined as any person aged 18 years or over. Family members are defined as mother, father, son, daughter, brother, sister, and grandparents, whether directly related, in laws or stepfamily. Broken Rainbow works with lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) individuals and the community to reduce the prevalence of homophobic, biphobic, transphobic and same sex domestic violence. <http://www.broken-rainbow.org.uk/content/definition.htm>

## Spanje

Domestic violence is a violence originating from the position of power of men over women. Bij een nieuwe wet uit 2004 worden mannen uitgesloten in de definitie omdat 88-90% van de slachtoffers vrouwen zijn. [http://www.wikigender.org/wiki/index.php?title=Domestic\\_violence](http://www.wikigender.org/wiki/index.php?title=Domestic_violence)

## Zwitserland

Häusliche Gewalt liegt vor, wenn Personen innerhalb einer bestehenden oder aufgelösten familiären, ehelichen oder eheähnlichen Beziehung physische, psychische oder sexuelle Gewalt ausüben oder androhen. Der Begriff der Häuslichen Gewalt wird in Bezug auf die gewaltausübende Person geschlechtsneutral verwendet. Es sind damit sowohl Männer wie Frauen gemeint, die innerhalb einer bestehenden oder aufgelösten familiären, ehelichen oder eheähnlichen Beziehung Gewalt ausüben. Die Hauptmerkmale häuslicher Gewalt sind:

- Zwischen gewaltausübender Person und Opfer besteht eine emotionale Bindung. Auch mit einer Trennung/Scheidung ist diese Bindung oft noch nicht gelöst.
- Die Gewalt wird meist in der eigenen Wohnung ausgeübt, die eigentlich als Ort von Sicherheit und Geborgenheit verstanden wird.

- Häusliche Gewalt verletzt die körperliche und/oder psychische Integrität durch Ausübung oder Androhung von physischer, sexueller oder schwere psychischer Gewalt.

- Die gewaltausübende Person nützt ein Machtgefälle in der Beziehung aus.

Über das Auftreten von Gewalt in Paarbeziehungen entscheiden oft die Verteilung von Macht, Einfluss und Kontrolle zwischen den Partnern, sowie die Form der Kommunikation und ihre sozialen Kontakte. Empirische Studien haben gezeigt, dass die Rollenverteilung innerhalb einer Partnerschaft einen grossen Einfluss auf das Vorkommen von Gewalt hat. Es gibt einen klaren Zusammenhang zwischen Dominanz und Gewaltausübung. Gewalt widerspiegelt immer ein Kräfteungleichgewicht der involvierten Personen. Wenn Paare gleichberechtigt zusammenleben, ist die Gewaltgefährdung am geringsten. Es werden zwei Arten von Gewalt unterschieden:

- Gewalt als spontanes Konfliktverhalten.
- Gewalt als systematisches Gewalt- und Kontrollverhalten.

Beziehungen, in denen häufig bis regelmässig schwerere Gewalt ausgeübt wird, werden in der Fachdiskussion als Misshandlungsbeziehungen bezeichnet. In solchen Beziehungen dienen Gewalt oder Gewaltdrohungen dazu die andere Person in eine schwächere Position zu versetzen und die eigene Machtposition zu erhalten oder auszubauen. Dabei werden verschiedene Arten von Gewalt eingesetzt – physische, psychische, sexualisierte und ökonomische Gewalt. Oft sind es subtile Formen, die als einzelne Handlungen noch nicht als Gewalt zu erkennen sind. Mit der Dauer der Beziehung nimmt die Gewalt meist an Häufigkeit und Intensität zu.

Datum der Erfassung: 24.10.2007 Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG Schwarztorstrasse 51, CH-3003 Bern Tel. +41 31 32 26843, Fax +41 31 32 29281 ebg@ebg.admin.ch [www.gleichstellung-schweiz.ch](http://www.gleichstellung-schweiz.ch)

## **Buiten Europa**

### **Verenigde Staten van Amerika**

The U.S. Office on Violence Against Women (OVW): Violence is a pattern of abusive behavior in any relationship that is used by one partner to gain or maintain power and control over another intimate partner. Domestic violence can take many forms, including physical abuse, sexual abuse, emotional, economic, or and/or psychological abuse.

### **Texas**

An act by a member of a family or household against another member of the family or household that is:

- intended to result in physical harm, bodily injury or assault;
- a threat that reasonably places the member in fear of imminent physical harm, bodily injury or assault, but does not include defensive measures to protect oneself;
- intended to inflict emotional harm, including an act of emotional abuse.

Texas health and human services (Family Violence Program Shelter Center Provider Manual). <http://www.dads.state.tx.us/handbooks/fvp-scpm/glossary/index.htm#F>

## **Canada**

Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes  
Le CRI-VIFF désigne la violence comme étant: Un exercice abusif de pouvoir par lequel un individu en position de force cherche à contrôler une autre personne en utilisant des moyens de différents ordres afin de la maintenir dans un état d'infériorité ou de l'obliger à adopter des comportements conformes à ses désirs à lui. Cette définition n'inclut pas que des comportements individuels puisque la violence peut aussi s'exercer par des systèmes plus larges. <http://www.vrr.ulaval.ca/bd/regroupement/fiche/136.html>

## Appendix B Afkortingenlijst

AAS	=	Abuse Assessment Screen
AAS-D	=	Abuse Assessment Screen – Disability
ADHD	=	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
AF-CBT	=	Abuse-Focused Cognitive Behavioral Therapy
AGREE	=	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation
AGZ	=	Algemene Gezondheidszorg
Alcos	=	Algemene competentie Schaal
ALSWH	=	Australian Longitudinal Study on Womens Health
AMA	=	American Medical Association
AMK	=	Advies en Meldpunten Kindermishandeling
AMW	=	Algemeen Maatschappelijk Werk
APSAC	=	American Professional Society on the Abuse of Children
ASHG	=	Algemeen Steunpunt Huiselijk Geweld
ATWS	=	Attitudes Toward Women Scale
AWARE	=	Abused Women Active Response Emergency
BCS	=	British Crime Survey
BCT	=	Behavioral Couples Therapy
BI	=	Betrouwbaarheids Interval
BIDS	=	Social Science Citation Index
B-SAFER	=	Brief Spousal Assault For Evaluation of Risk
CAS	=	Composite Abuse Scale
CASP	=	Critical Appraisal Skill's Programme
CB	=	Consultatie Bureau
CBCL	=	Child Behavior Checklist
CBO	=	Centraal Begeleidings Orgaan
CBS	=	Control Behaviour Scale
CBT	=	Cognitive Behavioral Therapy
CCV	=	Veel Voorkomend Partner Geweld of Common Couple Violence
CPP	=	Child-Parent Psychotherapy
CPS	=	Child Protection Services
CTS	=	Conflict Tactics Scale
CTS2	=	Revised Conflict Tactics Scale
D	=	effectgrootte
DA	=	Danger Assessment
DAS	=	Danger Assessment Scale
DARE	=	Database of Abstracts of Reviews for Effectiveness
DSM-IV-TR	=	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, een tekstrevisie van de vierde editie
DVDS	=	Domestic Violence Data Source
DVRAG	=	Domestic Violence Risk Appraisal Guide
DVSI	=	Domestic Violence Screening Instrument
EMDR	=	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
FDP	=	Factitious Disorder by Proxy
FHG	=	Familiaal Huiselijk Geweld



FPP	=	Family Preservation Program
FSP	=	Family Support Program
FVGGZ	=	Federatie Verpleegkunde in de GGZ
FVPF	=	Family Violence Prevention Fund
GGD	=	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	=	Geestelijke Gezondheidszorg
HBO	=	Hoger Beroepsonderwijs
HITS	=	Hurts, Insults, Threats, Screams
HIV	=	Human Immunodeficiency Virus
IBT	=	Individual Behavior Therapy
IBWB	=	Inventory of Beliefs about Wife Beating
ICC	=	Intra Classe Correlatiecoëfficiënt
ICSI	=	Institute for Clinical Systems Improvement
IPV	=	Intimate Partner Violence
ISA	=	Index of Spouse Abuse
IT	=	Intiem Terrorisme of Intimate Terrorism
JGZ	=	Jeugdgezondheidszorg
KNMG	=	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst
LO	=	Lichamelijk Onderzoek
MARAC's	=	Multi-Agency Risk Assessment Conferences
MBPS	=	Munchausen-by-proxy syndrome
MCMI-II	=	Millon Clinical Multiaxial Inventory
MeSH	=	Medical Subject Headings
MSSS	=	Maternity, Social Support Scale
MVC	=	Wederzijdse Gewelddadige Controle of Mutual Violent Control
N	=	aantal
NHG	=	Nederlands Huisartsen Genootschap
NHS	=	National Health Service
NIGZ	=	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NIP	=	Nederlands Instituut van Psychologen
NIVEL	=	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NIZW	=	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NJI	=	Nederlands Jeugd Instituut
NRR	=	National Research Register
NS2	=	Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk
NVvP	=	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
NVP	=	Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie
NVO	=	Nederlandse Vereniging voor Orthopedagogen
ODD	=	Oppositional Defiant Disorder
OM	=	Openbaar Ministerie
ODARA	=	Ontario Domestic Assault Risk Assessment
OR	=	Odds Ratio
P	=	significantie waarde
PCF	=	Pediatric Condition Falsification

PCIT	=	Parent-Child Interaction Therapy
PG	=	Partner Geweld
PMWS	=	Psychological Maltreatment of Woman Scale
PRT	=	Partnerrelatietherapie
PTSS	=	posttraumatische stressstoornis
PVS	=	Partner Violence Screen
QE	=	quasi-experimenteel
RCT	=	randomized Clinical Trail
RNAO	=	Registered Nurses Association of Ontario
RvdK	=	Raad voor de Kinderbescherming
SARA	=	Spousal Assault Risk Assessment
SCL90	=	Symptom Checklist (90)
SEH	=	Spoedeisende Hulp
SES	=	Sociaaleconomisch
Sputovamo	=	<u>S</u> oort letsel, <u>P</u> laats, <u>U</u> iterlijke kenmerken, <u>T</u> ijd ongeluk, <u>O</u> orzaak, <u>V</u> eroorzaker, <u>A</u> nderen aanwezig, <u>M</u> aatregelen getroffen door ouders, <u>O</u> ude letsels zichtbaar
SOA	=	Seksueel Overdraagbare Aandoening
SR	=	systematische review
STEPS-programma	=	Schrijven en Spreken, Terugvalpreventie, Exposure in vivo en cognitieve herstructurering, Psycho-educatie en Seksueel geweld (bij de behandeling van FHG bij kinderen)
TAU	=	therapy as usual
TF-CBT	=	Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy
UMCN	=	Universitair Medisch Centrum Nijmegen
VO	=	voortgezette opleiding
VR	=	Gewelddadig Verzet of Violent Resistance
VRAG	=	Violence Risk Appraisal Guide
VSV	=	Veilig-Sterk-Verder
WAST	=	Woman Abuse Screening Tool
Wet BIG	=	Wet Beroepen in de Gezondheidszorg
WGBO	=	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WHO	=	World Health Organisation
WKZ/UMC	=	Wilhelmina Kinderziekenhuis/Universitair Medisch Centrum
ZonMw	=	Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie

## Appendix C Searchtabel

### Algemeen

Er is gezocht vanaf 1996 in Medline, respectievelijk in PsycINFO vanaf 2000 en in Picarta met behulp van een breed geformuleerde patiëntenpopulatie (=P) naar het onderwerp huiselijk geweld.

In Medline zijn de volgende gecontroleerde trefwoorden gebruikt:

"Violence"/ all subheadings or "Domestic-Violence"/ all subheadings or explode "Child-Abuse"/ all subheadings or "Spouse-Abuse"/ all subheadings or "Battered-Women"/ all subheadings

of de volgende vrije teksttermen:

((behavior near assaultive) or (domestic near (violence or abuse))) in ti,ab or ((wom?n near assaultive) or (wom?n near (violence or abus\*))) or (child??? near (violence of abus\*))) in ti,ab or (partner near (violence or abuse)) in ti,ab or ((witness\* or exposur\*) near5 (abus\* or violenc\* or maltreat\* or neglect\*)) in ti,ab or ((victim? near5 stalking) or (sexual near5 assault\*) or (violence near5 offender?) or (physical near5 abus\*)) in ti,ab or ((famil\* near5 abuse?) or (intimate near violence) or ((famil\* or intimate) near (victim\* or perpetrator?))) in ti,ab or (molestation? or violen\* or neglect\* or maltreat\* or abus\*) near5 ((couple? or partner? or interpersonal? or (same?sex\*) or intersibling? or parent?) in ti,ab) or (psych\* near5 (abus\* or violenc\* or maltreat\* or neglect\*)) in ti,ab

Deze P is ingeperkt tot de volgende drie talen: (dutch or german or english) in la.

Het resultaat is ingeperkt tot kinderen via de volgende vrije tekstwoorden:

child??? or childhood or infant\* or p?ediatr\* or perinat\* or neonat\* or newborn\* or infan\* or boy? or girl? or kid? or schoolage\* or juvenil\* or adolescen\* or toddler?

of een van de volgende gecontroleerde trefwoorden:

explode "Child"/ all subheadings or explode "Infant"/ all subheadings or "Adolescent"/ all subheadings

Aan deze algemene P + talen + leeftijdsgroep zijn per vraag extra termen toegevoegd.

### HOOFDSTUK 1 Signaleren en herkennen bij kinderen

#### Uitgangsvraag 1 Signalen en criteria

Welke signalen en criteria zijn er voor het herkennen en vermoeden van familiaal huiselijk geweld bij kinderen?

Uitgangsvraag	MeSH	Vrije tekstwoorden
1	"Diagnosis-Differential" in MIME,MJME,PT "Stress-Disorders-Traumatic"/ all subheadings "Stress"/ all subheadings "Neurologic-Manifestations" in MIME,MJME,PT "Psychological-Tests"/ all subheadings "Psychometrics"/ all subheadings "Somatoform-Disorders"/ all subheadings "Anxiety"/ all subheadings "Depression"/ all subheadings "Pain"/ all subheadings	post?traumatic near5 checklist* post?traumatic near5 (checklist* in ti (detection or identification? or assessment? or screening or evaluation? or examination? or documentation? or (forensic near5 (evaluation? or evaluation? or evidence)) or (symptom near5 checklist?)) in ti,ab (detection or identification? or

"Wounds-and-Injuries"/ all subheadings	assessment? or screening or
"Severity-of-Illness-Index" in MIME,MJME,PT	evaluation? or examination? or
"Health-Status" in MIME,MJME,PT	documentation? or (forensic near5
"Stress-Disorders-Post-Traumatic"/ all	(evaluation? or evaluation? or
	evidence)) or (symptom near5
"Stress-Disorders-Traumatic"/ all subheadings	checklist?) in ti
"Genital-Diseases-Female"/ all subheadings	somati?ation in ti
"Sexually-Transmitted-Diseases"/ all subheadings	

## HOOFDSTUK 2 Bespreken bij kinderen

### Uitgangsvraag 2 Bespreekbaar maken

Welke aspecten zijn belangrijk wanneer een beroepsbeoefenaar familiaal huiselijk geweld bij kinderen bespreekbaar maakt met het slachtoffer en diens verzorgers, waaronder mogelijk de pleger(s)?

Uitgangsvraag	MeSH	Vrije tekstwoorden
2	"Disclosure"/ all subheadings explode "Truth-Disclosure"/ all subheadings "Persuasive-Communication" in MIME,MJME,PT "Negotiating"/ all subheadings "Nonverbal-Communication"/ all subheadings	((identifying or responding) near domestic) in ti,ab

## HOOFDSTUK 3 Handelen bij kinderen

### Uitgangsvraag 3 Handelen door beroepsbeoefenaar

Hoe kan de beroepsbeoefenaar handelen bij familiaal huiselijk geweld bij kinderen?

Uitgangsvraag	MeSH	Vrije tekstwoorden
3	"Preventive-Health-Services"/ all subheadings "School-Health-Services"/ all subheadings "Mental-Health-Services"/ all subheadings "Community-Mental-Health-Services"/ all "Social-Work-Psychiatric"/ all subheadings "Emergency-Medical-Services"/ all subheadings explode "Emergency-Service-Hospital"/ all "Emergency-Services-Psychiatric"/ all explode "Risk-Assessment"/ all subheadings "Security-Measures"/ all subheadings "Ethics-Professional"/ all subheadings "Duty-to-Warn"/ all subheadings "Mandatory-Reporting"/ all subheadings	(security near5 measur*) in ti,ab (confidentia* or privacy) in ti,ab  ((duty near warn*) or (mandator* near report*)) in ti,ab

### Uitgangsvraag 4 Juridisch kader

Hoe is het juridisch kader bij het melden van familiaal huiselijk geweld bij kinderen?

Uitgangsvraag	MeSH	Vrije tekstwoorden
4	"Privacy"/ all subheadings explode "Access-to-Information"/ all subheadings "Confidentiality"/ all subheadings "Duty-to-Warn"/ all subheadings "Patient-Rights"/ all subheadings "Ethics-Professional"/ all subheadings explode "Decision-Making"/ all subheadings	(confidentia* or privacy) in ti,ab  decision? in ti,ab ((duty near warn*) or (mandator* near report*)) in ti,ab

### **Uitgangsvraag 5 Veiligheid van de andere gezinsleden**

Hoe kan de veiligheid van de andere gezinsleden worden gerealiseerd bij het vermoeden van familiaal huiselijk geweld bij kinderen?

<b>Uitgangsvraag</b>	<b>MeSH</b>	<b>Vrije tekstwoorden</b>
5	Aggression"/ all subheadings "Risk-" in MIME,MJME,PT explode "Risk-Assessment"/ all subheadings "Security-Measures"/ all subheadings	(Aggressi* or risk or (security near5 measur*)) in ti,ab

### **Uitgangsvraag 6 Veiligheid van beroepsbeoefenaars**

Hoe kan de veiligheid van beroepsbeoefenaars worden gegarandeerd bij het vermoeden van familiaal huiselijk geweld bij kinderen?

<b>Uitgangsvraag</b>	<b>MeSH</b>	<b>Vrije tekstwoorden</b>
6	"Hotlines"/ all subheadings "Emergency-Treatment"/ all subheadings "Police"/ all subheadings "Jurisprudence"/ all subheadings "Safety"/ all subheadings "Safety-Management"/ all subheadings	(report* or law? or police or confidentialit*) in ti,ab ((client? or victim? or abuse? or partner or spouse? or interpersonal or professional? or doctor? or nurse?) near (safe* or secur*)) in ti,ab

## **HOOFDSTUK 4 Diagnostiek bij kinderen**

### **Uitgangsvraag 7 Diagnostiek**

Welk onderzoek dient te worden verricht bij kinderen blootgesteld aan familiaal huiselijk geweld om gezondheidsschade en de noodzaak en aard van behandeling te kunnen vaststellen?

<b>Uitgangsvraag</b>	<b>MeSH</b>	<b>Vrije tekstwoorden</b>
7	"Health-Status" in MIME,MJME,PT "Crime-Victims"/ psychology "Child-Behavior-Disorders"/ diagnosis explode "Attention-Deficit-and-Disruptive- Behavior-Disorders"/ diagnosis explode "Communication-Disorders"/ all "Developmental-Disabilities"/ all subheadings explode "Elimination-Disorders"/ all subheadings explode "Feeding-and-Eating-Disorders-of- Childhood"/ all subheadings explode "Learning-Disorders"/ all subheadings "Mutism"/ all subheadings "Reactive-Attachment-Disorder"/ all subheadings explode "Self-Concept"/ all subheadings "Social-Behavior" in MIME,MJME,PT explode "Aggression"/ all subheadings "Competitive-Behavior"/ all subheadings "Cooperative-Behavior" in MIME,MJME,PT "Deception-" in MIME,MJME,PT "Helping-Behavior" in MIME,MJME,PT "Permissiveness-" in MIME,MJME,PT "Rejection-Psychology" in MIME,MJME,PT "Shyness-" in MIME,MJME,PT "Social-Adjustment" in MIME,MJME,PT	diagno* in ti

"Social-Desirability" in MIME,MJME,PT  
 "Social-Identification" in MIME,MJME,PT  
 explode "Social-Isolation"/ all subheadings

## HOOFDSTUK 5 Behandeling bij kinderen

### Uitgangsvraag 8 Interventies

Welke interventies kunnen worden aanbevolen bij familiaal huiselijk geweld ten opzicht van kinderen?

Uitgangsvraag	MeSH	Vrije tekstwoorden
8	"Cognitive-Therapy"/ all subheadings explode "Desensitization-Psychologic"/ all subheadings "Family-Therapy"/ all subheadings explode "Treatment-Outcome"/ all subheadings "Psychotherapy"/ all subheadings "Behavior-Therapy"/ all subheadings explode "Psychoanalytic-Therapy"/ all explode "Psychotherapeutic-Processes"/ all "Psychotherapy-Brief"/ all subheadings "Psychotherapy-Multiple"/ all subheadings explode "Socioenvironmental-Therapy"/ all explode "Parents"/ all subheadings explode "Family-Relations"/ all subheadings	eye movement desensitization and reprocessing) or (psychotherapy training program) or (Psychotherapy-Training) or (parent near child near interaction?) ((parent near child near interaction?) in ti,ab) or (pcit in ti) or (pcit near ther*)

(vanaf 2000 ook gezocht in PsycINFO)

Uitgangsvraag	Thesaurus	Vrije tekstwoorden
8	"Treatment-" in MJ,MN explode "Cognitive-Techniques" "Interdisciplinary-Treatment-Approach" in MJ,MN "Online-Therapy" in MJ,MN explode "Outpatient-Treatment" "Personal-Therapy" in MJ,MN explode "Psychotherapeutic-Techniques" explode "Psychotherapy" "Sociotherapy-" in MJ,MN "Computer-Assisted-Therapy" in MJ,MN "Group-and-Family-Therapy" in cc "Parent-Training" in MJ,MN "Family-Life-Education" in MJ,MN explode "Parental-Attitudes" explode "Parent-Child-Relations" explode "Parental-Characteristics" "Childrearing-Attitudes" in MJ,MN "Childrearing-Practices" in MJ,MN	(parent? near5 training) in ti,ab

## HOOFDSTUK 6 Signaleren en herkennen bij volwassenen

### Uitgangsvraag 9 Signalen

Welke signalen zijn voor de beroepsbeoefenaars binnen de preventieve en curatieve gezondheidszorg van belang voor het herkennen van familiaal huiselijk geweld?

Uitgangsvraag	MeSH	Vrije tekstwoorden
---------------	------	--------------------

9	"Signs-and-Symptoms" in MIME,MJME,PT "Fatigue"/ all subheadings "Pain"/ all subheadings explode "Back-Pain"/ all subheadings "Headache"/ all subheadings "Dizziness"/ all subheadings "Diagnosis-Differential" in MIME,MJME,PT "Stress-Disorders-Post-Traumatic"/ all "Suicide-Attempted"/ all subheadings "Cicatrix"/ all subheadings explode "Body-Weight-Changes"/ all subheadings explode "Purpura"/ all subheadings	(sign? or symptom? or pain or fatigue or headache or dizziness or complain*) in ti  ((ptsd near stress) or (posttraumatic near stress near disorder?) or suicide? or screening or (repeated near2 visit?) or unexplained or illogical or discipanc* or assessment? or automutilat*) in ti,ab
---	---	---

zie ook vraag 20a

### **Uitgangsvraag 10 Signaleringsinstrumenten**

Welke signaleringsinstrumenten zijn bruikbaar bij het herkennen van familiaal huiselijk geweld en is het mogelijk om tot een nadere aanbeveling te komen?

<b>Uitgangsvraag</b>	<b>MeSH</b>	<b>Vrije tekstwoorden</b>
10	explode "Questionnaires"/ all subheadings "Examination-Questions" in MIME,MJME,PT "Actuarial-Analysis"/ all subheadings	(detection or identification? or screening or evaluation? or examination? or documentation? or (forensic near5 (evaluation? or evaluation? or evidence)) or (symptom near5 checklist?)) in ti (questionnaire* or tool? or checklist? or observatio* or sensitivity or specificity) in ti,ab  ((Spousal near Assault near Risk near Assessment) or (sara near risk) or (risk near assessment?)) in ti,ab (analys* near risk near factor?) in ti,ab  ((Violence near5 Risk near5 Appraisal near5 Guid*) or vrag) in ti,ab

## **HOOFDSTUK 7 Bespreken bij volwassenen**

### **Uitgangsvraag 11 Criteria bespreekbaar maken**

Welke criteria zijn redenen om familiaal huiselijk geweld bespreekbaar te maken met het slachtoffer en de pleger?

<b>Uitgangsvraag</b>	<b>MeSH</b>	<b>Vrije tekstwoorden</b>
11	"Health-Services"/ utilization "Women's-Health-Services"/ utilization "Comorbidity"/ all subheadings "Chronic-Disease"/ all subheadings explode "Infant-Low-Birth-Weight"/ all "Health-Status-Indicators" in MIME,MJME,PT	((witness* or exposur*) near5 (abus* or violenc* or maltreat* or neglect*)) in ti,ab

### **Uitgangsvraag 12 Bespreekbaar maken**

Hoe kan de beroepsbeoefenaar familiaal huiselijk geweld bespreekbaar maken met het slachtoffer en de pleger? Welke houding, attitude en vaardigheden zijn bij de

beroepsbeoefenaar van belang bij het herkennen/tijdens het contact met plegers en slachtoffers van familiaal huiselijk geweld?

Uitgangsvraag	MeSH	Vrije tekstwoorden
12	"Disclosure"/ all subheadings explode "Truth-Disclosure"/ all subheadings "Persuasive-Communication" in MIME,MJME,PT "Negotiating"/ all subheadings "Nonverbal-Communication"/ all subheadings	((identifying or responding or intervention?) near (abuse or maltreatment* or domestic or neglect*)) in ti,ab

## HOOFDSTUK 8 Handelen bij volwassenen

### Uitgangsvraag 13 Handelen door beroepsbeoefenaar

Welke handelingen dient de beroepsbeoefenaar te ondernemen nadat gesproken is met de (verschillende) leden van een gezinssysteem omtrent een vermoeden van familiaal huiselijk geweld binnen dat gezinssysteem?

Uitgangsvraag	MeSH	Vrije tekstwoorden
13	"Preventive-Health-Services"/ all subheadings "Mental-Health-Services"/ all subheadings "Community-Mental-Health-Services"/ all subheadings "Social-Work-Psychiatric"/ all subheadings "Emergency-Medical-Services"/ all subheadings explode "Emergency-Service-Hospital"/ all subheadings "Emergency-Services-Psychiatric"/ all subheadings explode "Primary-Health-Care"/ all subheadings or outpatients/all subheadings or family-practice/all subheadings or physicians-family/all explode "Telephone"/ all subheadings "Interviews"/ all subheadings "Focus-Groups"/ all subheadings "Hotlines"/ all subheadings	(gp or ((general near practioner) in ti,ab)) ((general near practic*) or (family near1 doctor?)) in ti,ab

### Uitgangsvraag 14 Veiligheid van het cliënt(systeem)

Hoe dient de veiligheid van het cliënt(systeem) zo goed mogelijk gewaarborgd te worden bij het bespreekbaar maken en het melden van familiaal huiselijk geweld?

Uitgangsvraag	MeSH	Vrije tekstwoorden
14	"Risk-" in MIME,MJME,PT explode "Risk-Assessment"/ all subheadings "Risk-Factors" in MIME,MJME,PT explode "Safety"/ all "Aggression"/ all subheadings "Security-Measures"/ all subheadings	sara near risk ((Spousal near Assault near Risk near Assessment) or (sara near risk) or (risk near assessment?)) in ti,ab (analys* near risk near factor?) in ti,ab (risk near (instrument* or method*)) in ti,ab  safe?? in ti,ab (Aggressi* or risk or (security near5 measur*)) in ti,ab ((client? or victim? or abuse? or partner or spouse? or interpersonal) near (safe* or secur*)) in ti,ab



### **Uitgangsvraag 15 Veiligheid van de beroepsbeoefenaar**

Hoe dient omgegaan te worden met de veiligheid van de beroepsbeoefenaar bij het bespreekbaar maken en bij het melden van familiaal huiselijk geweld?

<b>Uitgangsvraag</b>	<b>MeSH</b>	<b>Vrije tekstwoorden</b>
15	zie termen bij 14	

### **Uitgangsvraag 16 Criteria om te melden**

Welke criteria zijn redenen om familiaal huiselijk geweld te melden?

<b>Uitgangsvraag</b>	<b>MeSH</b>	<b>Vrije tekstwoorden</b>
16	"Survivors"/ all subheadings "Somatoform-Disorders"/ all subheadings "Spouse-Abuse"/ diagnosis "Anxiety"/ all subheadings "Depression"/ all subheadings "Pain"/ all subheadings "Wounds-and-Injuries"/ all subheadings "Severity-of-Illness-Index" in MIME,MJME,PT "Health-Status" in MIME,MJME,PT "Stress-Disorders-Post-Traumatic"/ all subheadings "Stress-Disorders-Traumatic"/ all subheadings "Genital-Diseases-Female"/ all subheadings "Sexually-Transmitted-Diseases"/ all subheadings "Women's-Health"/ all subheadings "Pregnancy"/ all subheadings "Pregnancy-Unplanned"/ all subheadings "Pregnancy-Unwanted"/ all subheadings "Labor-Obstetric"/ all subheadings "Pregnancy-Complications"/ all subheadings explode "Abortion-Spontaneous"/ all subheadings explode "Fetal-Death"/ all subheadings explode "Prenatal-Injuries"/ all subheadings explode "Substance-Related-Disorders"/ all subheadings "Musculoskeletal-Diseases"/ all subheadings	(victim? or battered or abused or survivor?) in ti,ab ((battered or abused) near5 (wom?n or female?)) in ti,ab (typolog* or classificat*) in ti,ab

### **Uitgangsvraag 17 Juridische mogelijkheden**

Welke juridische (straf-, civiel- en bestuursrechtelijke en andere) mogelijkheden zijn aanwezig bij familiaal huiselijk geweld?

<b>Uitgangsvraag</b>	<b>MeSH</b>	<b>Vrije tekstwoorden</b>
17	"Police"/ all subheadings explode "Prisons"/ all subheadings "Civil-Rights"/ all subheadings "Privacy"/ all subheadings "Access-to-Information"/ all subheadings explode "Professional-Role"/ all subheadings explode "Attitude-of-Health-Personnel"/ all subheadings explode "Community-Health-Services"/ all subheadings	

## HOOFDSTUK 9 Diagnostiek bij volwassenen

### Uitgangsvraag 18 Algemene aandachtspunten bij de diagnostiek

Welke algemene aandachtspunten zijn belangrijk bij de diagnostiek van familiaal huiselijk geweld bij volwassenen, nadat eenmaal bekend is geworden dat familiaal huiselijk geweld heeft plaatsgevonden?

Uitgangsvraag	MeSH	Vrije tekstwoorden
18		(molestation? or violen* or neglect* or maltreat* or abus*) near5 ((couple? or partner? or interpersonal? or (same?sex*) or intersibling? or parent?) in ti,ab) (psych* near5 (abus* or violenc* or maltreat* or neglect*)) in ti,ab

### Uitgangsvraag 19 Risicovariabelen en risicotaxatie-instrumenten

Welke variabelen en risicotaxatie-instrumenten zijn bruikbaar bij het herkennen van familiaal huiselijk geweld en is het mogelijk om tot een nadere aanbeveling te komen?

Uitgangsvraag	MeSH	Vrije tekstwoorden
19	explode "Questionnaires"/ all subheadings "Health-Status-Indicators" in MIME,MJME,PT "Severity-of-Illness-Index" in MIME,MJME,PT explode "Psychiatric-Status-Rating-Scales"/ all subheadings	

### Uitgangsvraag 20a Diagnostiek slachtoffers

Welke diagnostiek is bij slachtoffers van familiaal huiselijk geweld nodig voor een adequaat behandelingsplan?

Uitgangsvraag	MeSH	Vrije tekstwoorden
20a	"Survivors"/ all subheadings  "Somatoform-Disorders"/ all subheadings "Spouse-Abuse"/ diagnosis "Anxiety"/ all subheadings "Depression"/ all subheadings "Pain"/ all subheadings "Wounds-and-Injuries"/ all subheadings "Severity-of-Illness-Index" in MIME,MJME,PT "Health-Status" in MIME,MJME,PT "Stress-Disorders-Post-Traumatic"/ all subheadings "Stress-Disorders-Traumatic"/ all subheadings "Genital-Diseases-Female"/ all subheadings "Sexually-Transmitted-Diseases"/ all subheadings "Women's-Health"/ all subheadings "Pregnancy"/ all subheadings "Pregnancy-Unplanned"/ all subheadings "Pregnancy-Unwanted"/ all subheadings "Labor-Obstetric"/ all subheadings "Pregnancy-Complications"/ all subheadings explode "Abortion-Spontaneous"/ all subheadings explode "Fetal-Death"/ all subheadings explode "Prenatal-Injuries"/ all subheadings explode "Substance-Related-Disorders"/ all	(victim? or battered or abused or survivor?) in ti,ab ((battered or abused) near5 (wom?n or female?)) in ti,ab (typolog* or classificat*) in ti,ab  (ptsd near stress) or (posttraumatic near stress near disorder?) or suicide? or screening or (repeated near2 visit?) or unexplained or illogical or discrepant* or assessment? or automutilat*) in ti,ab

"Musculoskeletal-Diseases"/ all subheadings  
 Suicide-Attempted"/ all subheadings  
 "Cicatrix"/ all subheadings

### **Uitgangsvraag 20b Diagnostiek plegers**

Welke diagnostiek is bij plegers van familiaal huiselijk geweld nodig voor een adequaat behandelingsplan?

<b>Uitgangsvraag</b>	<b>MeSH</b>	<b>Vrije tekstwoorden</b>
20b	"Comorbidity"/ all subheadings "Psychopathology"/ all subheadings explode "Personality-Disorders"/ all subheadings explode "Mental-Disorders"/ all subheadings	(batterer? or abuser? or perpetrator?) in ti,ab (typolog* or classificat*) in ti,ab

### **Uitgangsvraag 20c Diagnostiek partners**

Welke diagnostiek is bij partners bij wie familiaal huiselijk geweld speelt nodig voor een adequaat behandelingsplan?

<b>Uitgangsvraag</b>	<b>MeSH</b>	<b>Vrije tekstwoorden</b>
20c		(molestation? or violen* or neglect* or maltreat* or abus*) near5 ((couple? or partner? or interpersonal? or (same?sex*) or intersibling? or parent?) in ti,ab)

### **Uitgangsvraag 20d Meetinstrumenten**

Welke meetinstrumenten (anders dan risicotaxatie-instrumenten) zijn beschikbaar en bruikbaar voor diagnostiek van slachtoffers, plegers en relaties waarin familiaal huiselijk geweld speelt?

<b>Uitgangsvraag</b>	<b>MeSH</b>	<b>Vrije tekstwoorden</b>
20d	explode "Risk-Assessment"/ methods	((instrumentation or methods) in sh) (risk near assessment near (instrument* or method*)) in ti,ab (risk near (instrument* or method*)) in ti,ab

## **HOOFDSTUK 10 Behandeling bij volwassenen**

### **Uitgangsvraag 21 Interventies**

Welke interventies kunnen worden aanbevolen voor de behandeling van familiaal huiselijk geweld ten opzichte van volwassenen?

<b>Uitgangsvraag</b>	<b>MeSH</b>	<b>Vrije tekstwoorden</b>
21	explode "Social-Work"/ all subheadings "Pastoral-Care"/ all subheadings explode "Psychotherapy-Group"/ all subheadings "Psychotherapy"/ all subheadings explode "Behavior-Therapy"/ all subheadings "Bibliotherapy"/ all subheadings "Crisis-Intervention"/ all subheadings explode "Psychotherapy"/ all subheadings explode "Counseling"/ all subheadings "Public-Housing"/ all subheadings "Couples-Therapy"/ all subheadings	sheltered in ti,ab

## HOOFDSTUK 11 Implementatie van de richtlijn

### Uitgangsvraag 22 Beroepsbeoefenaars

Welke beroepsbeoefenaars dienen in de eerste en tweede lijn beschikbaar te zijn om interventies bij een systeem waarin sprake is van familiaal huiselijk geweld uit te voeren?

Uitgangsvraag	MeSH	Vrije tekstwoorden
22	"Preventive-Health-Services"/ all subheadings "Mental-Health-Services"/ all subheadings "Community-Mental-Health-Services"/ all subheadings "Social-Work-Psychiatric"/ all subheadings "Emergency-Medical-Services"/ all subheadings explode "Emergency-Service-Hospital"/ all subheadings "Emergency-Services-Psychiatric"/ all subheadings "Crisis-Intervention"/ all subheadings "Critical-Pathways"/ all subheadings "Patient-Centered-Care"/ all subheadings "Continuity-of-Patient-Care"/ all subheadings	

---

### Uitgangsvraag 23 Implementatie

Hoe kan de implementatie van de richtlijn familiaal huiselijk geweld worden bevorderd?

Uitgangsvraag	MeSH	Vrije tekstwoorden
Geen zoekactie		

---

## Appendix D Richtlijnen

### Internationaal

- ICSI. (2006). *Health Care Guideline: Domestic Violence* (10de editie). Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement.
- Nappi, T.M., Nicoletti, A., Sillman, J.S., et al. (2004). *Domestic Violence. A Guide to Screening and Intervention*. Boston: Brigham and Women's Hospital, Mary Horrigan Connors Center for Women's Health.
- Family Violence Prevention Fund. (2004). *National Consensus Guidelines on Identifying and Responding to Domestic Violence*. San Francisco: Family Violence Prevention Fund.
- Taylor, N., Gilbert, A., Mann, G., et al. (2006). *Assessment-based treatment for traumatized children: a trauma assessment pathway (TAP) model*. San Diego: Chadwick Center for Children and families. Rady Children's Hospital and Health Center.
- Cherniak, D., Grant, L., Mason, R., et al. (2005). Intimate Partner Violence Consensus Statement. SOGC Clinical Practice Guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 27, 365-418.
- New Zealand Guidelines Group. (2002). *Family Violence Intervention Guidelines. Child and Partner Abuse*. Wellington: Ministry of Health of the New Zealand Government.
- *Guidelines for Primary Care Physicians*. Melbourne, Australia: State of Victoria, Department of Justice (2006).
- *Guidelines for the Management of Domestic Violence*. London: British Association for Emergency Medicine (2006).

### Nationaal

- GGD Rotterdam-Rijnmond. (2007). *Rotterdamse Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond.
- *Protocol Classificatie, screening en diagnostiek van kinderen en adolescenten met traumagerelateerde problematiek*. Amsterdam: Centrum voor Traumagerelateerde Stoornissen de Bascule (2007).
- AMK Amsterdam. (2005). *Amsterdams Protocol Kindermishandeling*. Amsterdam: Gemeente Amsterdam,.
- Coördinatiegroep Stop Huiselijk Geweld in Amsterdam. (2006). *Kindspoor Amsterdam*. Amsterdam: Gemeente Amsterdam.
- Kruijff, M.S., & Keus, R. (2007). *Horen, zien en zwijgplicht? Wegwijzer huiselijk geweld en beroepsgeheim*. Brochure ministerie van Justitie. Amsterdam: Tekstbureau Alfa.
- KNMG. (2008). *Meldcode voor medici inzake kindermishandeling*. Utrecht: KNMG.
- TNO Kwaliteit van Leven & NJI. (2007). *Concept JGZ Richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling. Handelen bij een vermoeden van kindermishandeling*.

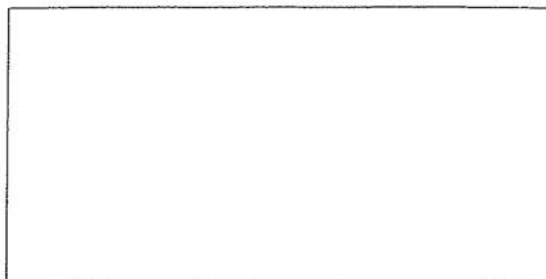
### Adressen van relevante websites

- Kennisdossier Kindermishandeling van Pharos:  
[www.pharos.nl/programma/jeugd/57/827/](http://www.pharos.nl/programma/jeugd/57/827/)  
[www.pharos.nl/uploads/site\\_1/Pdf/Jeugd/Kennisdocument Kindermishandeling.pdf](http://www.pharos.nl/uploads/site_1/Pdf/Jeugd/Kennisdocument_Kindermishandeling.pdf)
- Ministerie van Justitie:  
[www.justitie.nl/onderwerpen/familie\\_en\\_gezin/huiselijk\\_geweld/](http://www.justitie.nl/onderwerpen/familie_en_gezin/huiselijk_geweld/)
- Huiselijk geweld (Movisie en ministerie van Justitie):  
[www.huiselijkgeweld.nl/](http://www.huiselijkgeweld.nl/)
- Steunpunt Huiselijk Geweld (website van ministeries van Justitie, Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties in samenwerking met de landelijke advies- en steunpunten huiselijk geweld (ASHG)):  
<http://shginform.nl>  
[www.nji.nl](http://www.nji.nl)

## Appendix E Sputovamo-formulier

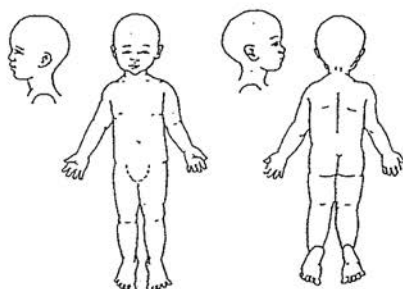
### SIGNALERINGSPROTOCOL

Naam invuller: .....  
 Functie: .....  
 Datum: ..... Tijd: .....  
 Naam medehulpverlener (collega als getuige): .....  
 Functie: .....  
 Datum: ..... Tijd: .....  
 Wie vergezelt het kind: .....  
 naam: .....  
 relatie t.o.v. kind: .....



De 9 W's :

1. Welk Soort letsel(s)?, kneus, steek, brand, snij etc. ..... .....	
2. Welke Plaats (aangeven in tekening)? ⇄ ..... .....	Is dit een gebruikelijke plaats voor dit soort letsels? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
3. Welke zijn de Uiterlijke kenmerken? ⇄ kleur, vorm, randen etc. ..... .....	Ziet het letsel er gebruikelijk uit? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
4. Wanneer is het ongeluk gebeurd? ⇄ Hoeveel Tijd geleden? .....uur geleden.	Klopt het uiterlijk letsel met de opgegeven ouderdom? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
5. Wat was de Oorzaak van het ongeval? ⇄ Welke verklaring wordt ervoor gegeven? ..... .....	Klopt deze verklaring met soort, plaats en uiterlijk van letsel? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> TWIJFELACHTIG
6. Wie was de Veroorzaker van het ongeval? ⇄ ..... .....	Is de veroorzaker meegekomen naar het ziekenhuis? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> NVT
7. Waren er Anderen bij aanwezig? Wie? ⇄ ..... .....	Zijn er getuigen meegekomen? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> NVT
8. Welke Maatregelen werden genomen door de ouders, verzorgers en anderen? ⇄ ..... .....	Was de ondernomen actie adequaat? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE Zo nee, waarom niet? ..... .....
9. Welke Oude letsels zijn er te zien? ⇄ ..... .....	Is er gekeken naar oude letsels? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE Waren er oude letsels te zien? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE Welke?..... .....



## APPENDIX F ADAMS-CRITERIA

### Classificatie voor lichamelijk onderzoek volgens Adams

<i>Anogenitale bevindingen</i>	
1a Normaal	Hymenal tags, banden, linea vestibularis etc.
1b Normale varianten	Hymen septatum, perianale tags, diastasis ani
1c Andere aandoeningen	Lichen sclerosis et atrophicus, streptokokken-infectie, mollusca, hemangiomen
2 Niet-specifiek, bevindingen kunnen resultaat zijn van seksueel misbruik, maar kunnen ook andere oorzaak hebben	Fluor, verdikt hymen, roodheid van vestibulum, verkleving van labia minora, vesiculaire lesies in genitaal gebied, vaginaal bloedverlies, anus dilatatie
3 Verdacht, bevindingen worden gevonden bij seksueel misbruik, maar onvoldoende gegevens om duidelijk bewijs te zijn	Duidelijke anusdilatatie zonder ontlasting en geen anamnese van obstipatie etc., inkeping in hymen posterior, acute beschadigingen labia, penis e.a., bijtwenden in genitaal streek, litteken of verse laceratie fourchette posterior
4 Duidelijk bewijs	Laceratie van het hymen, ecchymosis v.h. hymen, laceraties perianaal, transectie v.h. hymen, afwezigheid hymen in posterieure deel

Laboratoriumonderzoek op SOA's is in sommige gevallen aan te raden. Adams heeft ook een overall classificatie opgesteld, waarbij anamnese en laboratoriumonderzoek worden meegenomen naast bovengenoemde categorieën.

1. Geen indicatie voor seksueel misbruik.
2. Mogelijk misbruik. Categorie 1 of 2 in combinatie met significante gedragssignalen, echter geen harde uitspraak van het kind. Herpes type1 in afwezigheid van anamnese. Condylomata acuminata met verder normaal L.O. Uitspraak kind, maar dubieus waarheidsgehalte.
3. Waarschijnlijk misbruik. Kind geeft consistent verhaal. Positieve kweek voor chlamydia. Positieve kweek voor herpes simplex 2, trichomonas-infectie.
4. Zeker misbruik. Categorie 4-afwijkingen bij L.O., sperma, zwangerschap, positieve kweek voor gonokokken, syphilis, foto's van misbruik, HIV-infectie.

#### Literatuur

- Adams, J.A. (2001). Evolution of a classification scale: medical evaluation of suspected child sexual abuse. *Child Maltreatment*, 6, 31-36.
- Adams, J.A., Harper, K., Knudson, S., et al. (1994). Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics*, 94, 310-317.
- Adams, J.A., & Wells, R. (1993). Normal versus abnormal genital findings in children: how well do examiners agree? *Child Abuse and Neglect*, 17, 663-675.
- Bilo, R.A.C., & Oranje, A.P. (1998). *Het ongelukshuidje*. Zwolle: Ziekenhuis De Weezenlanden.
- Hobbs, C.J., Hanks, H.G.I., & Wynne, J.M. (1999). *Child Abuse and Neglect. A clinician's handbook* (2de druk). London: Churchill Livingstone.

## APPENDIX G INTERVIEW MET KINDEREN

### Interview of the Children

(Adapted from materials written by the Child Witness to Violence Program, Boston City Hospital)

#### Questions in this section will focus on three areas:

- The child's account of what he/she saw and how he/she understands the violence.
- The impact of witnessing violence.
- The child's worries about safety.

#### A. Child's Account of What He/She Saw

Worker: "Sometimes when parents fight they get angry... maybe too angry and they may start to yell at each other or even hit each other. We know this is scary for children. I want to ask you a few questions about when your parents fight and what you think about it."

Note: Older children are more likely to minimize reports of parental fighting out of loyalty to parents; They will protect parents. Younger children may be more spontaneous and less guarded with their reports.

Questions:

1. What kinds of things do Mom and Dad (boyfriend, partner) fight about?
2. What happens when they fight?
3. Do they yell at each other?
4. Do they hit one another?
5. How does the hitting usually start?
6. What do you do when this is going on?
7. What do you think about when this is happening?
8. Do you ever get hit or hurt when Mom and Dad are fighting?

#### B. Assessment of the Impact of the Exposure to Violence

Questions:

9. Do you find that you think about your parents fighting a lot?
  - a. When do you think about it?
  - b. What do you think about?
10. Do these thoughts ever come in at school or while you are playing?
11. Do you ever have trouble sleeping at night? Why? Do you have nightmares?
12. Why do you think Mom and Dad (boyfriend, partner) fight so much?
13. What would you like them to do to make it better?



### C. Child's Worries About Safety

Questions:

14. What do you do when Mom and Dad (boyfriend, partner) are fighting?

- |                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| Stay in the same room | Go to older sibling |
| Leave or hide         | Ask parents to stop |
| Phone someone         | Other (describe)    |
| Run out/get someone   |                     |

15. When Mom and Dad are fighting, what do you worry about the most?

16. In an emergency:

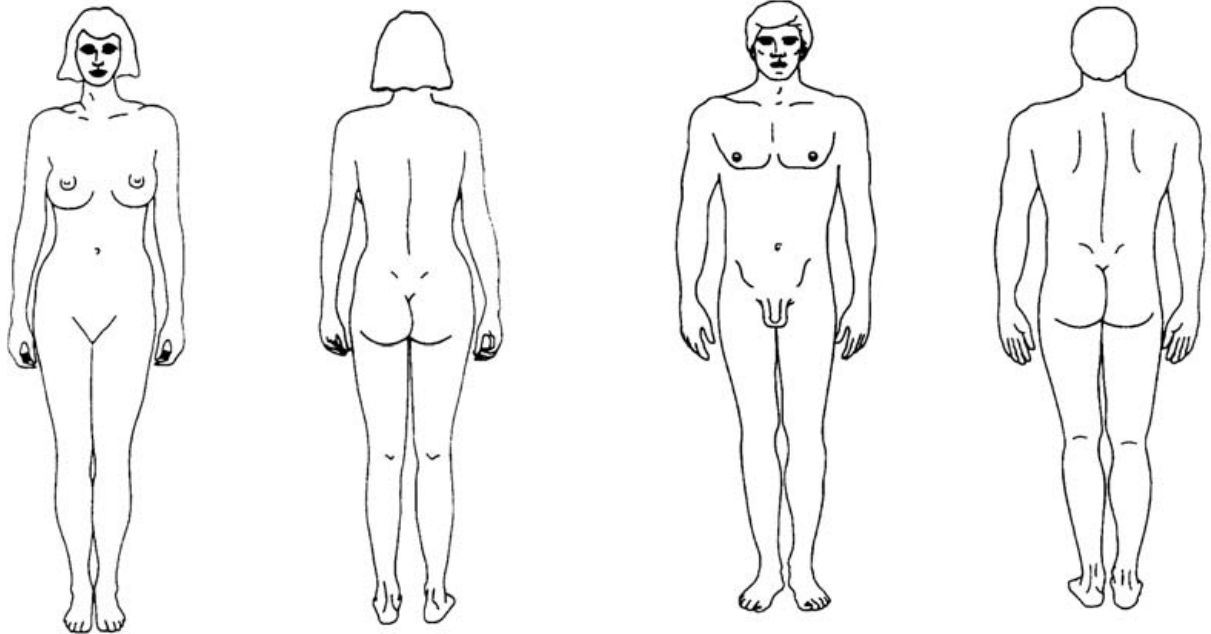
- a. Whom would you call?
- b. What is their telephone number?
- c. What would you say?

If children don't have some idea of whom to call, the social worker should give them basic information or help the mother think of where the children could go if the parents are fighting or engaged in assaultive behavior. Could they go to another room? A neighbor's house? Information gathered from this interview should always be shared with the mother to help her understand the effects of domestic violence on her children, as long as the children's safety will not be compromised.

Afkomstig uit: Santa Clara County Social Services Agency, Department of Family and Children's Services. (1996). *Family Violence Prevention Best Practice Guide*. [http://www.growing.com/nonviolent/worker/fvp\\_best.htm](http://www.growing.com/nonviolent/worker/fvp_best.htm)

## Appendix H Registratieformulieren signalen van FHG bij volwassenen

Localisatie van het letsel aangeven



### The Partner Abuse Interview (49)

"Many people, at one time or another, get physical with their partner when they're angry. For example, some people threaten to hurt their partners, some push or shove, and some slap or hit. I'm going to ask you about a variety of common behaviors, and I'd like you to tell me if your partner did these during the past year."

For each behavior answered "no," put a "zero" in the appropriate box and ask if the patient was bruised or injured in any other way.

If the answer is "yes," code "1" for no injury, "2" for possible injury, and "3" for injury.

Has your partner...	Yes/No	Injury Codes
1. Thrown something at you	( )	1 2 3
2. Pushed, grabbed, or shoved you	( )	1 2 3
3. Slapped you	( )	1 2 3
4. Kicked, bit, hit you with a fist	( )	1 2 3
5. Hit or tried to hit you with an object	( )	1 2 3
6. Beat you up	( )	1 2 3
7. Threatened you with a gun or knife	( )	1 2 3
8. Used a gun or knife	( )	1 2 3
9. Forced you to have sex when you didn't want to	( )	1 2 3
10. Other	( )	1 2 3

Ask the following question if the answer to any of the above questions is anything other than "zero."

11. "Some people are afraid that their partners will physically hurt them if they argue with their partners or do something their partners don't like. How much would you say you are afraid of this happening to you?"

( ) Not at all (1)

( ) A little (2)

( ) Quite a bit/Very afraid (3)

### Screening Questions for Domestic Violence (50)

Have any of the following ever happened to you? Answer yes or no.

1. Has your male partner (husband, boyfriend) hit, slapped, kicked, or otherwise physically hurt you?
2. If you are pregnant, has your male partner hit, slapped, kicked, pushed, or otherwise physically hurt you since you've been pregnant?
3. Has your male partner forced you to have sexual activities?
4. Are you afraid of your male partner?

A "yes" response to any question is considered positive for partner violence.

### Domestic Abuse Assessment Questionnaire (51)

Answer "yes" or "no."

1. Have you ever been emotionally or physically abused by your partner or someone important to you?
2. Within the last year, have you been hit, slapped, kicked, or otherwise physically hurt by someone?
3. Since your pregnancy began, have you been hit, slapped, kicked, or otherwise physically hurt by someone?
4. Within the last year, has anyone forced you to have sexual activities?
5. Are you afraid of your partner or anyone else?

A "yes" response on any question is considered positive for partner violence.

### Woman Abuse Screening Tool (WAST) (57)

1. In general, how would you describe your relationship?  
a lot of tension      some tension      no tension
2. Do you and your partner work out arguments with ...  
great difficulty      some difficulty      no difficulty
3. Do arguments ever result in you feeling put down or bad about yourself?  
often      sometimes      never
4. Do arguments ever result in hitting, kicking, or pushing?  
often      sometimes      never
5. Do you ever feel frightened by what your partner says or does?  
often      sometimes      never
6. Has your partner ever abused you physically?  
often      sometimes      never
7. Has your partner ever abused you emotionally?  
often      sometimes      never
8. Has your partner ever abused you sexually?  
often      sometimes      never

To score this instrument, the responses are assigned a number. For the first question, "a lot of tension" gets a score of 1 and the other 2 get a 0. For the second question, "great difficulty" gets a score of 1 and the other 2 get 0. For the remaining questions, "often" gets a score of 1, "sometimes" gets a score of 2, and "never" gets a score of 3.

### Domestic Violence Screening Tool (58)

1. Have you ever been threatened, hit, punched, slapped, or injured by a husband, boyfriend, or significant other you had at any point in the past?
2. Have you ever been hurt or frightened so badly by a husband, boyfriend, or significant other that you were in fear for your life?
3. Have you been hit, punched, slapped, or injured by a husband, boyfriend, or significant other within the last month?
4. Are you currently involved in a close relationship with a husband, boyfriend, or significant other?
5. Are you here today for injuries received from your husband, boyfriend, or significant other?
6. Do you often feel stressed due to fear of threats or violent behavior from your current husband, boyfriend, or significant other?
7. Has your current husband, boyfriend, or significant other ever hit, punched, slapped, or injured you?
8. Do you think it is likely that your husband, boyfriend, or significant other will hit, slap, punch, kick, or otherwise hurt you in the future?
9. Do you think you will be safe if you go back home to your husband, boyfriend, or significant other at this time?

A "yes" response to any question is considered positive for partner violence.

## Appendix I Risicotaxatie-instrument DAS

### Jacqueline C. Campbell, PH.D., R.N. 2003

Een aantal risicofactoren wordt geassocieerd met het verhoogde risico van moord op vrouwen en mannen in gewelddadige relaties. We kunnen niet voorspellen wat er in uw situatie zal gebeuren, maar we willen u bewust maken van de gevaren van moord in situaties van misbruik en u laten zien hoe veel risicofactoren er in uw situatie voorkomen.

Gebruik de kalender en markeer bij benadering de data in het afgelopen jaar wanneer u werd mishandeld door uw partner of ex-partner. Noteer op die datum de ernst van het incident volgens de indeling.

1. Slaan, duwen; geen verwondingen en/of blijvende pijn
  2. Stompen, schoppen, trappen; blauwe plekken, verwondingen en/of voortdurende pijn
  3. Afranselen; ernstige kneuzingen, brandwonden, botbreuken
  4. Dreiging met een wapen; hoofdletsels, inwendige letsel, blijvend letsel
  5. Gebruikmaken van een wapen; wonden als gevolg van gebruik van een wapen
- (Wanneer er maar één beschrijving van een hoger nummer van toepassing is, noteer dan het hoogste nummer.)

Noteer **ja** of **nee** voor ieder van de volgende vragen.

('Hij'/'hem' staat voor uw man, partner, ex-man, ex-partner, of iedereen die u op dit moment lichamelijk pijn doet.)

- \_\_\_\_\_ 1. Is het lichamelijke geweld erger geworden in heftigheid of frequentie in het afgelopen jaar?
- \_\_\_\_\_ 2. Is hij in het bezit van een wapen?
- \_\_\_\_\_ 3. Heeft u hem in het afgelopen jaar verlaten, nadat jullie hebben samengewoond?
- 3a. (Als u nooit met hem hebt samengewoond noteer dat hier \_\_\_\_\_)
- \_\_\_\_\_ 4. Is hij werkloos?
- \_\_\_\_\_ 5. Heeft hij ooit een wapen gebruikt tegen u of u bedreigd met een wapen?  
(Als u ja hebt ingevuld, was het een vuurwapen? \_\_\_\_\_)
- \_\_\_\_\_ 6. Dreigt hij u te vermoorden?
- \_\_\_\_\_ 7. Heeft hij zijn arrestatie voor huiselijk geweld tegengewerkt?
- \_\_\_\_\_ 8. Heeft u een kind dat niet van hem is?
- \_\_\_\_\_ 9. Heeft hij u ooit gedwongen tot seks terwijl u dat niet wilde?
- \_\_\_\_\_ 10. Heeft hij ooit geprobeerd u te wurgen?
- \_\_\_\_\_ 11. Gebruikt hij illegale drugs? Met drugs bedoel ik 'uppers' of amfetaminen, 'meth' speed, angel dust, cocaïne, straatdrugs of een combinatie hiervan?
- \_\_\_\_\_ 12. Is hij een alcoholist of is hij een probleemdrukker?
- \_\_\_\_\_ 13. Controleert hij de meeste of al uw dagelijkse bezigheden? Bijvoorbeeld: bepaalt hij met wie u bevriend mag zijn, wanneer u uw familie mag zien, hoe veel geld u mag gebruiken. Of bepaalt hij wanneer u de auto mag gebruiken?  
(Wanneer hij het probeert maar u laat dat niet gebeuren, noteer dan hier \_\_\_\_\_)

- \_\_\_\_\_ 14. Is hij gewelddadig en constant jaloers op u? (Bijvoorbeeld: zegt hij 'als ik je niet kan krijgen dan krijgt niemand je'?)
- \_\_\_\_\_ 15. Bent u ooit wel eens geslagen toen u zwanger was?  
(Wanneer u nooit zwanger van hem bent geweest, noteer hier: \_\_\_\_\_)
- \_\_\_\_\_ 16. Heeft hij ooit gedreigd of geprobeerd zelfmoord te plegen?
- \_\_\_\_\_ 17. Dreigt hij de kinderen iets aan te doen?
- \_\_\_\_\_ 18. Denkt u dat hij in staat is u te vermoorden?
- \_\_\_\_\_ 19. Volgt hij u of bespioneert hij u, laat hij briefjes met bedreigingen of boodschappen achter op het antwoordapparaat, maakt hij uw bezittingen kapot, of belt hij u terwijl u dat niet wil?
- \_\_\_\_\_ 20. Heeft u zelf gedreigd of geprobeerd zelfmoord te plegen?
- \_\_\_\_\_ totaal aantal 'ja'-antwoorden

**Dank u wel. Bespreek alstublieft deze risicotaxatie met uw arts, verpleegster, hulpverlener, advocaat om de betekenis hiervan in uw situatie te bepalen.**

## Appendix J Veiligheidsplan

### **Uit het Veiligheidsplan van:**

National Consensus Guidelines, on Identifying on responding to Domestic Violence Victimization in Health care settings, produced by the Family Violence Prevention Fund.

Deze lijst wordt aan de patiënt/cliënt meegegeven, zodat hij/zij strategieën kan gaan ontwikkelen om zijn/haar eigen veiligheid te bevorderen.

### **Stap 1**

#### ***Veiligheid bij een gewelddadig incident. Ik kan een paar of alle tips gebruiken van de hierna genoemde strategieën:***

1. Als ik mij huis uit ga (of moet verlaten), ga ik naar.....
2. Ik kan aan ..... (buren) vertellen over het huiselijk geweld en vragen of zij de politie willen waarschuwen als zij verdachte geluiden uit mijn huis horen komen.
3. Ik kan mijn kinderen leren hoe ze de politie kunnen bereiken per telefoon of gsm.
4. Ik kan een codewoord gebruiken, zodat iemand hulp kan halen.
5. Ik kan mijn geld/autosleutels op een vaste plaats klaarleggen, om snel weg te kunnen.
6. Ik gebruik mijn oordeelsvermogen en intuïtie. Als de situatie ernstig is, kan ik mijn partner geven wat hij nodig heeft om hem tot rust te laten komen. Ik moet mijzelf en de kinderen beschermen tot we buiten gevaar zijn.

### **Stap 2**

#### ***Veiligheid bij de voorbereiding voor het verlaten van de woning. Ik kan een paar of alle aanwijzingen gebruiken van de hierna genoemde veiligheidsstrategieën:***

7. Ik zal kopieën van belangrijke documenten, sleutels, kleren en geld in bewaring geven bij.....
8. Ik zal een bankrekening openen bij....., om mijn onafhankelijkheid te vergroten.
9. Andere dingen die ik kan doen om mijn onafhankelijkheid te vergroten zijn.....
10. Ik houd kleingeld bij de hand, zodat ik altijd kan bellen. Ik begrijp dat als ik mijn telefoonkaart creditkaart gebruik, mijn partner als ik weg ben kan nagaan welke nummers ik gebeld heb.
11. Ik zal nagaan bij..... en mijn advocaat, bij wie ik onderdak kan vinden en van wie ik geld zou kunnen lenen.
12. Als ik van plan ben te vertrekken, zal ik dat niet vooraf aan degene die mij mishandelt vertellen, maar ik zal bellen als ik al weg ben, of een brief op een veilige plaats achterlaten.

### **Stap 3**

***Veiligheid in mijn eigen huis. De veiligheidsmaatregelen die ik kan gebruiken zijn:***

13. Ik kan de sloten van mijn deuren en ramen zo snel mogelijk vervangen.
14. Ik kan houten deuren vervangen door stalen deuren.
15. Ik kan bovendien extra sloten op deuren en klemmen op ramen laten plaatsen.
16. Ik kan buiten een lamp laten plaatsen die reageert op bewegingen.
17. Ik kan mijn kinderen leren hoe ze 'collect call' kunnen bellen naar.....  
wanneer mijn partner zijn kinderen wat wil aandoen.
18. Ik zal aan degene die voor mijn kinderen zorgt meedelen dat mijn partner niet bevoegd is de kinderen mee te nemen.
19. Ik kan mijn burens..... informeren dat mijn partner niet langer bij ons woont en dat ze de politie moeten bellen wanneer hij rond mijn huis loopt en ons observeert.

**Stap 4**

***Veiligheid wanneer er een rechterlijke uitspraak voor beveiliging ('protection order') is afgegeven. De volgende stappen helpen bij de uitvoering van mijn beveiliging:***

20. Ik draag altijd een kopie van het document bij me, en bewaar een extra fotokopie.
21. Ik zal mijn document bij ieder politiebureau afgeven waar ik woon en werk.
22. Ik kan op het document laten opnemen welke vuurwapens mijn partner bezit en ik kan een onderzoek laten doen om de wapens te verwijderen.



## Appendix K Informatie aan slachtoffer FHG

Wanneer u nu wordt mishandeld:

### **Bij ontslag uit het ziekenhuis**

Bent u hier als gevolg van het feit dat u door iemand bent geslagen of bedreigd – een echtgenoot, vriend, minnaar, familielid of iemand die u kent? Bent u seksueel misbruikt door iemand die u kent? Wanneer u dit leest, voelt u zich waarschijnlijk verward, bang, verdrietig, boos of beschaamd. Maar bedenk: u bent niet alleen! Helaas komt wat u is overkomen heel veel voor. Huiselijk geweld gaat niet zomaar over. In de loop van de tijd wordt het meestal erger en gebeurt het ook steeds vaker. Er zijn mensen die u kunnen helpen. Wanneer u erover wilt praten, wanneer u naar een veilige plek wilt of juridisch advies, belt u dan iemand van de lijst die op de achterkant van deze instructie staat vermeld.

### **Wanneer u nog in het ziekenhuis bent**

- Denk erover na of het veilig is om naar huis te gaan. Zo niet, bel dan een van de opvangadressen achter op deze instructie, of zoek onderdak bij familie of vrienden.
- U heeft instructies ontvangen over hoe u dient om te gaan met uw verwondingen en de voorgeschreven medicijnen. Wanneer u kalmeringsmiddelen heeft voorgeschreven gekregen moet u bedenken dat ze u helpen om tot rust te komen, maar dat ze niet het probleem van de mishandeling verhelpen.
- Mishandeling is een misdrijf en u heeft het recht om juridische stappen te ondernemen. U zou moeten overwegen om de politie in te schakelen voor hulp (zie de informatie op de achterkant van deze instructie). U zou ook kunnen overwegen om via de rechter een contactverbod te regelen (zowel in persoon als per telefoon). Neem contact op met een plaatselijke hulpverlener voor meer informatie over een scheiding of neem contact op met een advocaat.
- Vraag de dokter of verpleegster om foto's te maken van uw verwondingen, voor uw medische dossier.

### **Wanneer u weer thuis bent**

- Ontwikkel een 'vluchtplan' in het belang van uzelf en uw kinderen. Zorg dat u weet bij wie u terecht kunt, ook als dat midden in de nacht is, en bedenk hoe u daar kunt komen.
- Zorg dat er een tas klaarstaat voor het geval u in alle haast moet vertrekken. U verbergt deze tas in huis of u geeft hem in bewaring bij een vriend.
- Pak in de tas toiletartikelen, medicijnen, een extra set sleutels van het huis en de auto, een extra set kleren voor u en de kinderen, en een speelgoedje voor ieder kind.
- Zorg voor extra geld, kleingeld om te telefoneren, checkboek of spaarrekeningen. Verberg deze zaken of stel ze in bewaring bij een vriend.
- Pak ook belangrijke papieren en financiële bewijsstukken, de originele of kopieën ervan, zoals geboortebewijzen, paspoorten, immigratiedocumenten, gegevens over de ziektekostenverzekering, rijbewijs, recentelijk voorgeschreven recepten van medicijnen, verzekeringspapieren et cetera.
- Licht burens in als u denkt dat dit veilig is.

## Appendix L INSTRUMENT RISICOSCREENING IN DE VROUWENOPVANG

### A. Achtergrondinformatie

1. Wie weet er (vermoedelijk) dat u bij de vrouwenopvang aanklopt?

- Niemand
- Buurvrouw
- Kennis
- Vriendin
- Vriend
- Partner
- Familielid, namelijk:
- Andere opvanginstelling
- Anders, namelijk:

2. Hoeveel mensen (ongeveer) weten dat u bij de vrouwenopvang aanklopt?

Professionals

Mensen uit eigen netwerk

3. Bent u bang voor iemand of voor iemand op de vlucht?

- Nee
- Partner
- Ex-partner
- Vader
- Moeder
- Ander familielid, namelijk:
- Schoonfamilie, namelijk:
- Persoon die me in de prostitutie brengt of houdt
- Persoon uit crimineel circuit
- Anders, namelijk:

Vervolg de risicoscreening met vraag 4A.

Let op!

→ Als cliënt bang is voor familie of schoonfamilie, vul dan ook vraag 4B in.

→ Als cliënt bang is voor iemand anders, vul dan ook vraag 4C in.

4A. De volgende vragen gaan over uw relatie en uw kinderen.

Heeft u een relatie?

- Ja, partner
- Nee, relatie is verbroken (ex-partner)
- Nee, er is helemaal geen sprake van een relatie

Heeft u zelf kunnen kiezen voor de relatie?

- Ja
- Nee (licht toe)

Bent u van uw partner afhankelijk?

- Nee
- Ja, vanwege verblijfsvergunning
- Ja, vanwege inkomen
- Ja, vanwege woning
- Ja, om andere redenen, namelijk:

Heeft u kinderen?

- Ja
- Nee
- Zwanger

Zo ja, vul per kind onderstaande gegevens in:

Naam kind	Leeftijd kind	Huidige verblijfplaats	Bij wie ligt het gezag
	, -Jongen/Meisje-		
	, -Jongen/Meisje-		
	, -Jongen/Meisje-		
	, -Jongen/Meisje-		
	, -Jongen/Meisje-		
	, -Jongen/Meisje-		
	, -Jongen/Meisje-		
	, -Jongen/Meisje-		
	, -Jongen/Meisje-		
	, -Jongen/Meisje-		

4B. U geeft aan bang te zijn voor iemand uit uw familie of schoonfamilie.

Wat is daarvoor de reden?

- Situatie van mishandeling, huiselijk geweld
- Is ongehuwd zwanger
- Houdt zich niet aan opgelegde inperking van (seksuele) vrijheden (bijvoorbeeld partnerkeuze, relatie zonder huwelijk, niet meewerken aan gearrangeerd huwelijk)
- Wil scheiden
- Anders, namelijk:

Bent u bang voor uzelf, voor uw kinderen of voor allebei?

- Mijzelf
- Mijn kinderen
- Allebei

Bij ongehuwd zwangerschap, relatie buiten huwelijk en scheiding:

Is uw (schoon)familie op de hoogte van uw situatie?

Zo nee, gaat dit wel gebeuren denkt u?

4C. Wat is de reden dat u bang bent voor deze perso(o)n(en)?

- Wil uit prostitutie (loverboys, vrouwenhandel)
- Wil contact met crimineel circuit verbreken
- Anders, namelijk:

Omschrijf de situatie:

5. Wat is uw culturele achtergrond?

Waar bent u opgegroeid?

Waar komt uw vader vandaan?

Waar komt uw moeder vandaan?

6. Wat is de culturele achtergrond van degene waar u bang voor bent?

Waar is deze persoon opgegroeid?

Waar komt zijn/haar vader vandaan?

Waar komt zijn/haar moeder vandaan?

B. Aard en omvang van de dreiging

7. Zijn of gaan er mensen actief op zoek naar u, denkt u?

- Ja, namelijk:
- Nee
- Weet niet

8. Bent u bedreigd?

- Ja  
 Nee

Indien ja, waarmee wordt of werd u bedreigd? (Omschrijf de situatie.)

Denkt u dat dit echt kan gebeuren?

- Ja  
 Nee  
 Weet niet

9. Welke van de volgende risicofactoren zijn of waren aanwezig?

(Alle factoren langslopen, meerdere antwoorden mogelijk.)

- Aanwezigheid (vuur)wapen(s)  
 Opsluiting/isolatie  
 Escalerend geweld  
 Kinderen die slachtoffer waren van geweld  
 Ernstig bedreigde familieleden  
 Eerdere geweldsdelicten van pleger  
 Iemand is mishandeld door pleger  
 Pleger is bekend bij de politie  
 Iemand gedood door pleger/familie/gemeenschap  
 Iemand in de familie is ooit verdwenen  
 Emotionele en extreme uitspraken over eer of eerwraak  
 Een seksuele relatie buiten het huwelijk van cliënt  
 Betrokkenheid van pleger bij crimineel milieu  
 Betrokkenheid van cliënt bij crimineel milieu  
 Gedwongen prostitutie  
 Vrouwenhandel  
 Problematisch druggebruik of verslaving pleger  
 Problematisch alcoholgebruik of verslaving pleger  
 Psychische stoornis pleger  
 Aangifte van cliënt tegen pleger  
 Pleger of familie of vrienden van pleger hebben toegang tot adresbestanden  
 Anders, namelijk:

10. Wat denkt u dat er kan gebeuren?

- Pleger gaat op zoek naar me  
 Pleger vindt me op opvangadres  
 Geweld tegen mezelf  
 Geweld tegen mijn kinderen  
 Ontvoering/schaking/opsluiting van mijzelf en/of mijn kinderen  
 Achterlaten in land van herkomst  
 Gedwongen abortus of hersteloperatie

- Verstoting
- Moord/doodslag
- Anders, namelijk:

Kunt u op een schaal van 1 tot 10 aangeven hoeveel gevaar u loopt? Score 1 betekent dat u helemaal geen gevaar loopt en score 10 dat u heel veel gevaar loopt.

Inschatting veiligheid door cliënt:

Geen gevaar 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 Zeer veel gevaar

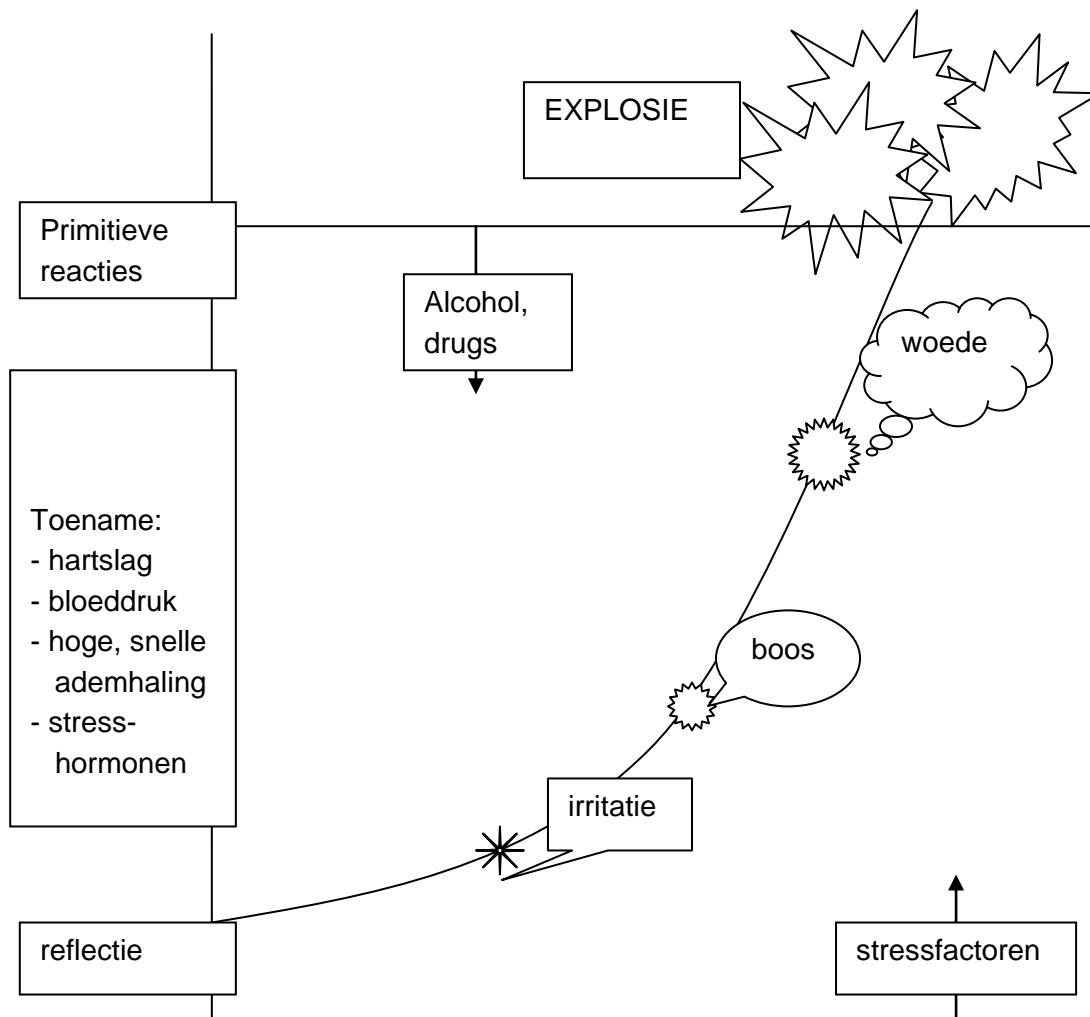
Gevaar:

(Verweij Instituut, Federatie opvang)

## Appendix M Noodzakelijke interventies bij het behandelen van geweldsproblematiek bij paren

Ongeacht de frequentie en ernst van FHG zijn er interventies die relevant en werkzaam zijn bij het ombuigen van gewelddadige interactie naar niet-gewelddadige, meer reflectieve manieren van conflicthantering. Deze interventies worden hieronder puntsgewijs weergegeven:

- Bespreken en erkennen van FHG ligt aan de basis van elke behandeling op dit gebied.
- Goede classificatie van de problematiek door middel van vragenlijsten, individueel en als paar/gezin, is aangewezen.
- De behandeling richt zich op het analyseren, begrijpen en stoppen van gewelddadige interactie. Begrijpen betekent niet dat het geweld wordt geëxcuseerd, dat wordt het nooit.
- Alle FHG is tegen de wet en moet stoppen, dat wordt helder gesteld.
- Bij FHG vergroten vragen naar schuld het geweld. Vragen naar schuld stimuleren aanval en verdedigingsmechanismen en externaliseren: de schuld wordt bij de ander gelegd. Om gewelddadige interactie om te buigen wordt *verantwoordelijkheid* centraal gesteld: wat kan ieder bijdragen aan het vergroten van de veiligheid en het verkleinen van gewelddadige interactie.
- Psycho-educatie over het veelvuldig voorkomen van FHG en over emotionele en fysieke escalatieprocessen werken ontschuldigend en maken het spreken over de daadwerkelijke situatie in de familie eerder mogelijk.
- Escalaties worden uitgelegd aan de hand van schema's of metaforen: bij oplopende spanning gaat men van 0 graden, via 10, 20, 30 graden verder tot het kookpunt en dan barst de bom. In een schema kan dit proces worden toegelicht:



Escalatieproces, Justine van Lawick april 2008

Er is een bron van frustratie die irritatie geeft. Wanneer de frustratie aanhoudt of toeneemt, verwordt de irritatie tot boosheid, vervolgens tot woede en dan gaat men over een grens. Uitdrukkingen geven dit ook aan: 'door het lint' of 'over de rooie' gaan. Elke cultuur en taal heeft uitdrukkingen voor deze toestand.

In deze oplopende stress komt het lichaam in een alarmtoestand: bloeddruk, hartslag, spierspanning en stresshormonen nemen toe en in het brein wordt reflectie tegengegaan en worden primitieve delen van het brein geactiveerd. Hierbij domineren drie functies: vechten, vluchten of verlammen (Fight, Flight or Freeze). De ander wordt een vijand, die je wilt aanvallen, ontvluchten of je verlamt van angst. In de vechtmodus wordt de ander aangevallen met woorden en fysieke actie. In die toestand is oplossingsgericht gedrag en reflectie niet mogelijk. Pas wanneer het organisme weer kalmeert door kalmerende actie wordt gesprek, reflectie en oplossingsgericht gedrag weer mogelijk.



Stressfactoren als schulden, slechte behuizing, discriminatie, relatieproblemen, ziekte, problemen met kinderen en sociale problematiek dragen ertoe bij dat de geïrriteerde fase als basis gaat gelden. Daardoor zijn er sneller en vaker escalaties. Middelenmisbruik (alcohol, drugs en soms medicijnen) verlagen de lijn waarop men de controle verliest. Dan explodeert men sneller. Bij families met veel stressfactoren en middelenmisbruik is het gebied waarop men nog tot goede en oplossingsgerichte interactie kan komen, ernstig aangetast.

Persoonlijkheidsproblematiek met rigide cognities in relaties dragen eveneens bij tot sneller en eerder escaleren. Rigide cognities over man-vrouwrelaties die stammen uit culturele en sociaal-maatschappelijke overtuigingen zijn ook een factor van betekenis.

De volgende interventies zijn werkzaam bij het doorbreken het escalatieproces:

- Uitleg van het proces van escaleren leidt als vanzelfsprekend naar de toelichting op het nemen van een tijdige time-out om weer te kalmeren.
- Ieder mens kan aan lichamelijke reacties aanvoelen dat stress toeneemt. Lichamelijke signalen liegen niet (gedachten wel). Wanneer stress toeneemt, is het zaak tijdig een time-out te nemen en te gaan kalmeren alvorens het contact te herstellen.
- Alle betrokkenen dienen actief te oefenen in kalmeren, zowel degene die de ruimte verlaat als de achterblijvers.
- Wanneer het lukt escalaties waar te nemen en tijdig te couperen, volgt therapie om de problemen die ten grondslag liggen aan de escalaties aan te pakken. Hiervoor zijn verschillende evidence-based behandelingen voor handen: zowel CGT als systeemtherapie, bijvoorkeur in groepen, blijkt effectief.
- Behandelen van verslavingen zijn noodzakelijk om recidive in de toekomst tegen te gaan.

Noot: Bij ouders en kinderen liggen de verantwoordelijkheden anders. Ouders blijken baat te hebben bij het waarnemen van oplopende stress en het oefenen van 'de uitgestelde reactie' na kalmeren.

## Appendix N Belangenverklaringen

### Overzicht belangenverklaringen werkgroepleden Richtlijn Familiaal huiselijk geweld bij kinderen en volwassenen

- 5 Activiteiten die de leden van de werkgroep Familiaal Huiselijk Geweld in de afgelopen drie jaar hebben ontplooid op uitnodiging van of met subsidie van de farmaceutische industrie

Werkgroeplid	Firma	Activiteit	Anders
Mw. drs. C.H. Blaauw-Witteveen		Geen	
Prof.dr. F. Boer		Geen	
Mw. J. de Boer		Geen	
Mw. drs. I.J.M. Boomsma	Wyeth (sponsor symposium)  Astra Zeneca	Cursus (2x wel vergoeding gekregen)	Workshopleider in symposium voor huisartsen Zuid-Kennemerland Voorzitter symposium t.b.v. psychiaters Geestgronden
Drs. J.M. Broekmeijer		Geen	
Mw. dr. R. del Canho		Geen	
Mw. M.A. Doedens		Geen	
Mw. drs. N. Heerdink-Obenhuijsen		Geen	
Mw. drs. S.P.J. Herreman		Geen	
D.L. Kramer		Geen	
Mw. prof.dr. F. Lamers-Winkelman		Geen	
Mw. drs. M.J. van Lawick		Geen	
Mw. dr. S.H. Lo Fo Wong		Geen	
P. Machielse	NVSHV		Ontwikkeling landelijke protocollen SEH
Drs. G.J. Prosman		Geen	
Mw. drs. H. Room		Geen	
Mw. prof.dr. C. de Ruiter		Geen	
Mw. dr. H.A. Scholing		Geen	
P.F. Steenkist		Geen	
Prof.dr. W. van	Lundbeck	Cursus (niet in dienst)	

<b>Werkgroep lid</b>	<b>Firma</b>	<b>Activiteit</b>	<b>Anders</b>
Tilburg	Lilly	Cursus (niet in dienst)	
Mw. drs. L.M.M. Veraart-Schelfhout		Geen	
Mw. drs. M.M. Visser		Geen	
Mw. drs. M.M. Wagenaar-Fischer		Geen	
Mw. dr. M.M. Wegelin		Geen	
Mw. dr. Y. Winants	Movir	Wetenschappelijk onderzoek naar 'burn-out' onder huisartsen	
Mw. drs. M.A. Witten		Geen	

## Appendix O Evidencetabellen

- Bespreekbaar maken van familiaal huiselijk geweld met volwassen slachtoffers van FHG
- Bespreekbaar maken van familiaal huiselijk geweld met volwassen plegers van FHG
- Welke interventies hebben de voorkeur bij slachtoffers waarbij sprake is van FHG?
- Effectiviteit van behandeling van volwassen plegers van partnermishandeling
  
- Therapie/behandeling bij kinderen
  - *Seksueel misbruik, huiselijk geweld getuige en traumatische rouw*
  - *Seksueel misbruik*
  - *Getuige huiselijk geweld, ouder-kindpsychotherapie*
  - *Kindermishandeling, Gezinsbehandeling/ondersteuning*
  - *Fysieke mishandeling, emotionele mishandeling en fysieke verwaarlozing*
  - *Emotionele en fysieke kindermishandeling*
  - *Complex trauma t.g.v. misbruik/mishandeling en ouderschap*

## Bespreekbaar maken van familiaal huiselijk geweld met volwassen slachtoffers van FHG

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs(2)	Studietype (3)	Aantal patiënten (4)	Inclusiecriteria	index	controle	outcome	resultaat	Overige opmerkingen
Wathen & MacMillan, 2003	A2	Syst. review	22 artikelen	Key words: domestic violence, spouse sexual partner abuse, shelters, battered women	Syt. rev, cohort RCT, case controle			Het ontbreken van enige vorm van bewijs in de eerstelijns zorg mbt FHG	Verschil maken in het vragen naar FHG tijdens diagnostiek en het routinematig bevragen naar FHG in de eerste- en tweedelijns zorg
Punukollu, 2003	C	Applied evidence	Vergelijk van 2 nieuwere screeningsinstr. en oudere		HITS, WAST, WEB		Routinematig vragen naar FHG door eerste en tweede lijn, zelf invullen van vragenlijst als onderdeel van intake		Vroegtijdige screening is effectief om FHG op te sporen en verbetert kwaliteit van leven en vermindert geweldgerelateerd letsel

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs(2)	Studietype (3)	Aantal patiënten (4)	Inclusiecriteria	index	controle	outcome	resultaat	Overige opmerkingen
MacMillan et al., 2006	B	RCT	2602 Engels sprekende vrouwen 18-64, waarvan 5% weigerde	Randomisatie obv tijdstip dag, gekozen vorm van interview en gebruikmaking van twee screeningsinstrumenten: PVS en WAST	De 2 instrumenten werden vergeleken met 1 als Kritische standaard (CAS)		Wijze van benadering, hoeveelheid missende data, betrouwbaarheid tussen de twee instrumenten en de CAS	FHG vond plaats tussen 4,1%-17,7%, afhankelijk van gekozen methode, instrument en setting Sensitiviteit: PVS 49,2%, WAST 47% Specificiteit: PVS 93,7% WAST 95,6%	Screening per PC onthult niet eerder dan dmv vragen

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Aantal patiënten (4)	Prevalentie (5)	Patiëntenkenmerken (6)	Indextest (7)	Referentietest (8)	Sensitiviteit (9)	Specificiteit (10)	Positief voorspellende waarde 11)	Negatief voorspellende waarde (12)	Overige opmerkingen 14)
Gazmararian et al., 1996	A1	SR	13 studies, patiënten:	0,9-20% actueel IPV	zwangeren	divers	nvt					Studies over prevalentie IPV; grote diversiteit toegepast
Plichta, 2004	A1	SR	11 studies, patiënten:	5-8% actueel IPV 24-35,5% ooit IPV	2 studies recent bevallen vrouwen	divers						Studies allen in VS
Vos et al., 2006	A2	Longitudinale vergelijkende studie	Totale studie N= 28.750  Cohort n=40.000		Vrouwen open populatie >15 jaar	WSS; Disease burden				RR roken 2,98/2,79; alcohol 1,82/1,47; drugs 2,27/1,23; depressie 3,05/1,96; angst. 2,59/1,83; eetstoorn. 1,87/1,22; soa 2,24/1,54; cervixafw. 1,43/1,46; automutilatie 7,05/2,53		Australië ALSWH Prevalentie IPV cohort 15-45 jaar en cohort >45 jaar  associatie tussen IPV en gezondheidsuitkomsten cohort <45 jaar; IPV <12 mnd en IPV >12 mnd geleden geen data over mannen en IPV
McCauley et al., 1995	A2	Cross-sectionele studie	N=1952	5,5% IPV <12 mnd 21,4% IPV >12mnd	Vrouwen eerstelijns gezondheidscentra	WHQ SCL-22 CAGE						VS

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Aantal patiënten (4)	Prevalentie (5)	Patiëntenkenmerken (6)	Indextest (7)	Referentietest (8)	Sensitiviteit (9)	Specificiteit (10)	Positief voorspellende waarde (11)	Negatief voorspellende waarde (12)	Overige opmerkingen (14)
Hathaway et al., 2000	A2	Cross-sectionele survey	N=2043	6,3% IPV <1 jaar 18-29 jaar 11,9% 29-59 jaar 4,0%	Open populatie vrouwen 18-59 jaar	3 screenings vragen IPV/vragenlijst gezondheidstoestand				RR IPV en depressie 3,3; angst 2,2; slaapst. 1,8; suïcide overwogen 2,4; psych.gezondheid niet goed 2,1; roken >21 sig. 5,8; ongewenst zwanger 7,4; gebrek sociale steun 3,2		VS studie RR gecorrigeerd voor leeftijd, etniciteit, opleiding
Guth & Pachter, 2000	C	literatuur overzicht	onbekend	35% vrouwen op SEH IPV gerelateerde klachten	SEH-populatie vrouwen	onbekend						Geen systematische review, waardoor studies gemist worden Het geweld wordt zelden spontaan onthuld en behandelende artsen missen het regelmatig
Coid et al., 2001	B	Cross-sectionele studie	N=1207 respons 55%; 13 huisarts praktijken	41% IPV	Vrouwen 16-85 jaar	Vragenlijst en o.a. CAGE				OR seksueel misbruik <16 jaar later IPV 3,45 OR ernstige kindermishandeling later IPV 3,58 OR andere trauma's <16 jaar 3,85		UK studie



Bibliografische referentie (1)	Mat e van bew ijs (2)	Studiety pe (3)	Aantal patiënten (4)	Prevalentie (5)	Patiëntenken merken (6)	Indextest (7)	Refe renti etest (8)	Sensiti viteit (9)	Specifi citeit (10)	Positief voorspellende waarde 11)	Negatief voorspellende waard (12)	Overige opmerkingen 14)
Campbell et al., 2002	B	Case-control	Case-control	201 IPV cases en 240 geen IPV controls	HMO vrouwen	Abuse Assessment Screen SF-36 MAPSI				IPV: meer hoofdpijn, rugpijn, soa, vaginaal bloedverlies, vag.infecties, onderbuikpijn, pijnlijke coïtus, urineweginfecties, buikpijn (p<0,05) 50-70% meer gynaecologische en neurologische klachten		VS; Miller Abuse Physical Symptom and Injury scale
Fanslow & Robinson, 2004	B	Cross-sectional survey	N=2855	IPV 33% Auckland; IPV 39% Waikito	Populatiestudie, at random selectie 1 vrouw per huishouden respons 66,9%	Face-to-face interviews				Contact arts afgelopen 4 wkn: matig geweld: OR 1,34; ernstig geweld: OR 1,86 p<0,0001 Suicidegedachten: matig geweld: OR 2,62; ernstig geweld: OR 3,97 p<0,0001 TS: matig geweld: OR 2,98; ernstig geweld: OR 7,63 p<0,0001		Interviews in het Engels en in twee Chinese talen
Hegarty et al., 2004	A2	Cross-sectional survey	N=1257	37% ooit IPV 24% IPV <12 mnd 18% depressie	Huisartspraktijk vrouwen 16-50 jaar	CAS Beck Depression Inventory				Depressie icm IVP: OR 5,8 gecorrigeerd SES-factoren		Australië, Brisbane urbane populatie

Bibliografische referentie (1)	Mat e van bew ijs (2)	Studiety pe (3)	Aantal patiënten (4)	Prevalentie (5)	Patiëntenken merken (6)	Indextest (7)	Referenti etest (8)	Sensiti viteit (9)	Specifi citeit (10)	Positief voorspellende waarde 11)	Negatief voorspellende waard (12)	Overige opmerkingen 14)
Lo Fo Wong et al., 2007b	B	Observat ioneel retrospec tief vergelijk end dossiero nderzoek	N=92 geïdentifice erd IPV	n.v.t.	Huisartspraktijk vs NS2 n=200.000	geïdentifice erd met partnergew eld door huisarts				Gemiddelde consultfrequentie 7,5 vs 4,2 (NS2) p<0,001 Prescriptie pijnstillers 2,0 vs 0,3 (NS2 <45 jaar) p<0,001		Rotterdam e.o. ; deel van een RCT trainingsinterventie
Reijnders et al., 2006	C	Observat ioneel dossiero nderzoek	N=450 geïdentifice erd IPV	n.v.t.	Forensisch medische praktijk	Geïdentific eerd met partnergew eld en vastgesteld e verwonding en						Amsterdam; alleen vrouwen die aangifte deden; geen vergelijking
Hegarty & Bush, 2002	A2	Cross- sectionel e survey (resp. 78,5%)	N=1257	37% ooit IPV		CAS Beck Depression Inventory				Vrouwen positief IPV vs geen IPV angst voor partner OR 64,1 vs 8,9		Vrouwen zelf geweld gebruikt tegen partner: 25%; boos gemaakt: 68%; zelfverdediging: 59%

## Bespreekbaar maken van familiaal huiselijk geweld met volwassen plegers van FHG

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Aantal patiënten (4)	Prevalentie (5)	Patiëntenmerken (6)	Indextest (7)	Referentietest (8)	Sensitiviteit (9)	Specificiteit (10)	Positief voorspellende waarde (11)	Negatief voorspellende waarde (12)	Overige opmerkingen (14)
Gil-González et al., 2006	A1	SR/MA	22 studies 11 studies meta-analyse		8 databases : 14 cross-sectionele surveys; 6 case series; 2 case-control studies	Relatie alcohol en geweld				studies < 1998 OR 12,94-13,5 studies > 2003 OR 2,24-4,62 OR gemiddeld : 4,57		Slechts 2 studies hebben alcoholconsumptie rechtsreeks gemeten; zeer heterogene studies; bewijs is van lage kwaliteit door zwakke design meeste studies
Glasser et al., 2001	C	Observationeel retrospectief dossieronderzoek	747 mannen 96 vrouwen	mannen: plegers seksueel geweld 35% zelf misbruikt; niet-plegers 11% zelf misbruikt	Forensisch psychiatrische polikliniek	vragenlijst						Van de 96 vrouwen in deze populatie was slechts 1 plegger van seksueel geweld; 43% van de vrouwen was seksueel misbruikt

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Aantal patiënten (4)	Prevalentie (5)	Patiëntenkenmerken (6)	Indextest (7)	Referentietest (8)	Sensitiviteit (9)	Specificiteit (10)	Positief voorspellende waarde (11)	Negatief voorspellende waarde (12)	Overige opmerkingen (14)
Ayres & Woodtli, 2001	C	Diagnostisch onderzoek Conceptanalyse	Van 11 audiotapes werd data verzameld om het concept van mishandeling van zorgverleners door zorgvragers beter te begrijpen.	Vrouwen > 50 jaar Zorgverleners	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t. geen					Niet duidelijk waarom men maar 11 casussen geanalyseerd heeft.  Het model kan ingezet worden ter vergroting van het inzicht dat zorgverleners ook risico lopen op FHG.  Verder bleek dat het gebruiken van het woord 'mishandeling' het risico inhield dat er minder onthuld en bespreekbaar gemaakt werd.
Bradley et al., 2002	C	Niet-vergelijkend onderzoek	N=1692	Vrouwen 16-84 jaar 45% laag Socio-economisch	651=39% had een of meerdere vormen van FHG nu of in verleden.  Van deze: 158=24% één soort; 163=25% 2-3 vormen van geweld; 129=20% 4-7 vormen; 201=31% >8 vormen	Geen test gebruikt. Vragenlijsten.  Vragenlijst van Dobash, over controlegedrag partner, geweldsincidenten en verwondingen.	n.v.t. geen controlegroep					Beperking van de studie: Praktijken deden op vrijwillige basis mee. Daarna pas randomisatie. Mogelijk vrouwen uitgesloten die laag opgeleid waren (kunnen vragenlijst niet invullen). Conclusie studie: vragen naar angst voor de partner en controlerend gedrag van de partner helpt slachtoffers van FHG te onthullen. 77% van de ondervraagde vrouwen zou het op prijs stellen als de huisarts er routinematig naar vroeg.

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Aantal patiënten (4)	Prevalentie (5)	Patiëntenkenmerken (6)	Indextest (7)	Referentietest (8)	Sensitiviteit (9)	Specificiteit (10)	Positief voorspellende waarde (11)	Negatief voorspellende waarde (12)	Overige opmerkingen (14)
						Daarnaast de vraag hoe men stond t.o.v. routinematig bevragen, vragen over demografische situatie en een angst-en depressie vragenlijst. Tevoren was een pilotonderzoek gedaan bij 17 praktijken.						
Webster & Holt, 2004	B	Diagnostisch onderzoek, vergelijking van 2 testen	N=1596 waarvan 937= 58,7% beide testen heeft ingevuld	Zwangere vrouwen, 80% laag socio-economisch, meestal		MSSS	Domestic Violence Initiative screening form			Wordt niet vermeld	Wordt niet vermeld	Pariteit was niet geassocieerd met huiselijk geweld. De testen werden niet afzonderlijk beoordeeld op sensitiviteit/specificiteit. Wel werd vergeleken wanneer de uitkomsten onderling verschil

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Aantal patiënten (4)	Prevalentie (5)	Patiëntenkenmerken (6)	Indextest (7)	Referentietest (8)	Sensitiviteit (9)	Specificiteit (10)	Positief voorspellende waarde (11)	Negatief voorspellende waarde (12)	Overige opmerkingen (14)
				onverzekerd. Caucasisch								opleverden. Conclusie: een zelfrapportage checklijst lijkt een goed alternatief voor de directe vraagmethode. Wel moet zijn nut nog verder uitgetest in de huisartsenpraktijk. Screening zou alleen moeten worden uitgevoerd als artsen en verloskundigen getraind zijn en genoeg weten over de opvangmogelijkheden.
Chen et al., 2007	B	Gerandomiseerd vergelijkend onderzoek	523  N=173 test zelf ingevuld  N=169 medewerkers praktijk  N=181 arts	Vrouwen, >18 jaar, in 4 stedelijke huisartspraktijken in Newark, New Jersey	14% gevonden FHG	De gebruikte testen waren: HIT's en WAST-short						Bekend is dat deze screeningsvragen een lage sensitiviteit hebben, lager dan 50%. Er werd geen verschil gevonden tussen de 3 gebruikte methodes, voor wb onthulling FHG. Wel was er betere deelname van vrouwen die door de medewerkers gescreend werden. Vrouwen met FHG voelden zich iets minder op hun gemak met screening door medische staf dan door arts.

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Aantal patiënten (4)	Prevalentie (5)	Patiëntenkenmerken (6)	Indextest (7)	Referentietest (8)	Sensitiviteit (9)	Specificiteit (10)	Positief voorspellende waarde (11)	Negatief voorspellende waarde (12)	Overige opmerkingen (14)
MacMillan et al., 2006	B	Randomised trial	Geselecteerd: N=13.767 Geëxcludeerd: N=11.306 Weigering: N=141 Gerandomiseerd: N=2461	Vrouwen, Engelstalig, 18-64 jaar	4,1%-17,7%	1. PVS 2. WAST	CAS werd gekozen als referentietest, omdat het, hoewel niet zonder fouten, de meest gevoelige test is om FHG op te sporen	PVS en WAST gelijk sensitiviteit, resp: 49,2% en 47%	PVS en WAST: gelijk specifiteit, resp: 93,7% en 95,6%			De prevalentie was lager op de schriftelijke WAST-test vs de andere testen. De face-to-face screeningsmethode werd het minst gewaardeerd door de deelnemers. Screening via de computer verhoogt de prevalentie niet, en schriftelijke screening heeft de minste gemiste data.

Referentie	Mate van bewijs	Studietype	Aantal patiënten	Patiëntenkenmerken	Inclusiecriteria	Interventie	Controle	Follow-up duur	Uitkomstmaten	Resultaten	Overige opmerkingen
LoFoWong S, Wester F Mol SSL Lagro-Janssen TLM 2006	B	RCT	N=54	Huisartsen evenredigheid van sekse, stratificatie naar type praktijk, type wijk en geslacht. Daarna randomisatie in 3 groepen: volledige interventie, deelinterventie en controle.	Huisartsen, sekse, soort praktijk, soort wijk	1. Groep volledige interventie N=23. Deze namen deel aan focusdiscussie en volgden een training van anderhalve dag. Training bestond uit: attitude, theorie, epidemiologie, rollenspel, informatie over verwijsmogelijkheden, juridische aspecten. Toetsing aan de hand van vignetten voor en na de cursus. Tot slot instructie over hoe te registreren. Gedurende 6 maanden registratie.  2. Deelinterventie: alleen focusgroepdiscussie N=14	3. Controlegroep: geen training, geen focus N=17	6 mnd		In het onderzoek werd gekeken naar identificatie en reden bespreekbaar maken van FHG. In getrainde groep: toename van identificatie 4,5 keer Toename van actief bevragen bij vage klachten: 6 keer	Voldoende bewijs dat training het bewust worden van en het herkennen van FHG verbetert.



### Kwalitatieve onderzoeken

Referentie	Mate van bewijs	Studietype	Aantal patiënten	Patiëntenkenmerken	Inclusiecriteria	Interventie	Controle	Uitkomstmaten	Resultaten	Overige opmerkingen
Protheroe L, Green J Spiby H Leeds UK 2003	+	Kwalitatief niet vergelijkend, diagnostisch, semi-gestructureerd	N=26 verloskundigen die deelnamen aan een training op het gebied van FHG	Verloskundigen die training hadden gevolgd	Verloskundigen die 3 uur training hadden gevolgd, gevolgd door 2 tot 3 maanden praktijkperiode, waarna nogmaals een training van een dag	Interview	Geen vergelijking met verloskundigen die geen training ontvingen		16 rapporteerden meer kennis en begrip; 17 vermeldden meer/betere communicatie over dit onderwerp; 7 waren nog onzeker over het op directe wijze bevragen van zwangeren. Velen waren onzeker over geheimhoudingsvragen. Allen hadden meer contact met hulpverleners-collega's n.a.v. FHG. Veel gemelde problemen i.v.m. het aanwezig zijn van partners-familieleden bij het onderzoek in de praktijk van de verloskundige.	Een hoog aantal non-responders, mogelijk door o.a. hoge werkdruk. Geen vergelijkend onderzoek. De respondenten voelden zich mogelijk meer vertrouwd met het onderwerp (dit is niet gemeten).

Referentie	Mate van bewijs	Studietype	Aantal patiënten	Patiëntenkenmerken	Inclusiecriteria	Interventie	Controle	Uitkomstmaten	Resultaten	Overige opmerkingen
Lo Fo Wong et al., 2007a PEC 2008	+	Kwalitatief onderzoek Diepte-interviews	Uitgenodigd N=118 Respons N=36	Vrouwen, geïdentificeerd door de HA, en geïnterviewd, binnen 4 weken na onthulling van FHG, door een getrainde gedragswetenschapper		Gevraagd naar wat het belangrijkste was in de benadering van de huisarts, invloed op het handelen/attitude/omgaan met de situatie na een gesprek met de dokter	Geen			20 maakten een echte verandering door in het hanteren van de situatie; 13 waren onveranderd; 3 stonden neutraal t.o.v. verandering. Belangrijk werd gevonden: empathische benadering en empowerment van de dokter, bevestigen van eigen waarde, kennis van het onderwerp en begrip voor het feit dat er tijd nodig is om tot een beslissing te komen.
Feder et al., 2006	++	Meta-analyse van kwalitatief onderzoek	Inclusie: 29 studies Patiënten: 847		Vrouwen >15 jaar, ervaren FHG, Engelstalig					Uitgesloten waren: RTC's/cohortstudies/case-control/cross-sectional/clinical case-studies Gebruikgemaakt van de CASP

### Welke interventies hebben de voorkeur bij slachtoffers waarbij sprake is van FHG?

Bibliografische referentie	Mate van bewijs	Studiotype	Aantal patiënten	Inclusiecriteria	Interventie (incl. duur, dosering)	exclusiecriteria	Lengte follow-up	Resultaten	Overige opmerkingen
Ramsay et al., 2008	A1	Meta-analyse/SR	39 studies	vrouwen >16 jaar Onderzoek met als doel partnergeweld te verminderen, en/of het verbeteren van fysieke en psychologische gezondheid van mishandelde vrouwen, of het verbeteren van de vaardigheden van organisaties en professionals die in contact komen met mishandelde vrouwen. Kwantitatieve vergelijkingen tussen interventie- en controlegroepen, of kwantitatieve vergelijking van pre- en post-interventiedata Rapporten van gezondheidsgerelateerde uitkomsten of overheidsmaatregelen	9 advocateninterventies; 1 ondersteuningsgroepinterventie; 11 counseling, (groeps)therapie; 15 systeemtherapie gericht op hulpverleners	Interventies gericht op kinderen, ouderenmishandeling, familietherapie, dadertherapie. Studies buiten de gezondheidszorg. Observational, case en kwalitatieve studies ander geweld dan partnergeweld, misbruikte kinderen. Onderzoek waarbij niet werd meegenomen: misbruik, fysieke en sociale gezondheid/welbevinden/socio-economische indicatoren en andere beschermende maatregelen. Onderzoek waarbij gemeten werd: verandering in kennis, attitude, signaleren, bespreekbaar maken, documenteren of veiligheidsmaatregelen.	n.v.t.		

## Effectiviteit van behandeling van volwassen plegers van partnermishandeling

Bibliografische referentie	Mate van bewijss	Studietype	Aantal studies	Inclusiecriteria	Vergeleken interventies	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering)	Lengte follow-up	Resultaten (waaronder recidive percentage)	Overige opmerkingen
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
Babcock & LaTaillade, 2000	A1	SR	N=15: 5 RCT 10 QE	Geen MA; alleen RCT en QE; QE was meestal treatment completers versus drop-outs; gepubliceerd vanaf 1988; ook manuscripten in druk of voordrachten op congressen; geen studies met alleen rapportage door daders; alleen studies met vergelijking met no-treatment of treatment completers versus drop-outs	Duluth/feminist psycho-educational (k=8) CBT (k=5) Other (k=2)	Behandeling versus geen behandeling (alle RCT's) of completers versus drop-outs (bijna alle QE-studies)	minimaal 6 maanden tot maximaal 5,2 jaar (gemiddeld )	QE (vrijwel allemaal completers versus drop-outs): gemiddelde ES: politie: d=0,32 partner: d=0,33  RCT (behandeling versus geen behandeling): gemiddelde ES: politie: d=0,32 partner: d=0,11  Meer recente, multimodale en gemodificeerde Duluth-behandeling wat effectiever (gem. d=0,44) dan eerdere CBT en anger management-groepen (gem. d=0,14)	niet gecorrigeerd voor drop-outs/geen intent-to-treat analyses - > resultaten waarschijnlijk te positief; completers zijn in vergelijking met drop-outs: - vaker first offender, - ouder, - hoger opgeleid, - vaker getrouwd en hebben: - een hoger inkomen - vaker kinderen

Bibliografische referentie	Mate van bewijss	Studietype	Aantal studies	Inclusiecriteria	Vergeleken interventies	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering)	Lengte follow-up	Resultaten (waaronder recidive percentage)	Overige opmerkingen
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
Babcock, et al., 2004	A1	SR/MA	N=22: 5 RCT 17 QE	Overlapt grotendeels met de resultaten van Babcock & La Taillade (2000); alleen RCT en QE; alleen studies waarin met een no-treatment control werd vergeleken	Duluth/feminist psycho-educational (k=19) CBT (k=11) Other (k=7) Lengte van de behandeling: kort: <16 sessies lang: 16 of meer	Geen behandeling	Kort: <12 maanden Lang: >12 maanden	<p>Niet behandeld: politie: 21% recidive partner: 35% recidive</p> <p>Behandeld totaal: <u>Politie (k=20): d=0,18</u> RCT (k=6): d=0,12 - Duluth (k=5): d=0,19 - CBT: geen data - other: geen data QE (k=14): d=0,23 - Duluth (k=7): d=0,32 - CBT (k=5): d=0,12 - other (k=2): d=0,27</p> <p><u>Partner (k=16): d=0,18</u> RCT (k=7): d=0,09 - Duluth (k=3): d=0,12 - CBT: geen data - other (k=3): d=0,03 QE (k=9): d=0,34 - Duluth (k=5): d=0,35 - CBT (k=3): d=0,29 - other: geen data</p>	Review van 22 studies naar mannen die hun vrouwelijke partner hebben mishandeld - eerste formele MA - verbetering op eerdere reviews in twee opzichten: a. alleen studies met controlegroep b. cohen's D i.p.v. <i>h</i> (correctie sample size)

Bibliografische referentie	Mate van bewij s	Studiet ype	Aantal studies	Inclusiecriteria	Vergeleken interventies	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering)	Lengte follow-up	Resultaten (waaronder recidive percentage)	Overige opmerkingen
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
Davis & Taylor, 1999	A1	SR	5 studies: 2 RCT 3 QE	Berekening van gem. ES van 5 studies				RCT: gem. ES: 0,412: Palmer et al. (1992): 0,537 Davis & Taylor (1997): 0,287  QE: gem. ES: 0,416: Dutton (1986): 0,946 Chen et al. (1989): 0,193 Dobash et al. (1996): 0,108	Cohen's <i>h</i> lang geleden; slechts 2 gerandomiseerde studies de overige waren veelal completers versus drop-outs
Feder & Wilson, 2005	A1	SR/M A	10 studies: 4 RCT (n=1962), 6 QE (n=736)	Alleen: - RCT's en QE's van voldoende kwaliteit, d.w.z. aantoonbaar gelijk op de voormeting. - indien (ook) vergelijking met geen behandeling; - indien uitkomst niet alleen zelfrapportage; - indien FU na ten minste 6 maanden; - tussen 1986 en 2003	Psychologische behandeling, ongeacht aard en duur  RCT's, zowel Duluth als CBT Aantal sessies variërend van 12-32 Duur variërend van 8-52 weken  QE's, zowel Duluth als CBT aantal sessies variërend van 8-22 Duur variërend van 8-22 weken	Geen behandeling (in 9 van de 10 studies wel reclasseringstoezicht )	>6 maanden na behandeling	Gem. d. Officiële maten: RCT's: d=0,26 (0,03-0,50) QE: d=-0,14 (-0,44-0,31) (vs no treatment); d=0,97 (0,12-1,82) (vs drop-outs)  Slachtofferrapportage: RCT's: d=0,01 (-0,11-0,13) QE: d=-0,11 (-0,50-0,27) (vs no treatment)  Totaal: d=-0,00 (-0,12-0,11)	Alle onderzoeken werden in Noord-Amerika uitgevoerd  Gem. d was het kleinste in de onderzoeken met representatieve steekproeven (d=0,12)  Vergelijking completers en drop-outs geeft waarschijnlijk zeer vertekend beeld

Bibliografische referentie	Mate van bewijss	Studietype	Aantal studies	Inclusiecriteria	Vergeleken interventies	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering)	Lengte follow-up	Resultaten (waaronder recidive percentage)	Overige opmerkingen
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
Hamberger & Hastings, 1993	A1	SR	Hoofdstuk in een boek; niet terug te vinden						Niet meegenomen, te oud; de belangrijkste RCT's zijn pas jaren later uitgevoerd. Betrokken ook pre-post, ongecontroleerde studies
Levesque & Gelles, 1998	A1	SR/MA						Cohen's <i>h</i> varieerde van 0,18 tot 0,27	Cohen's <i>h</i>
Wathen & MacMillan, 2003	A1	SR	10 studies gevonden naar interventies + 1 SR. Van de 10 studies slechts 2 RCT's, slechts 1 met quality rating Good, de ander met Fair	Studies naar interventies bij IPV; alleen mannen die hun vrouwelijke partner hebben mishandeld. Zowel interventies voor slachtoffers als voor daders. De meeste alleen gericht op de dader; enkele studies betrokken ook de partner in de behandeling. Meer dan de helft had geen vergelijking met no treatment control	Diverse behandelingen, waaronder Duluth, CBT, couples treatment	Wisselend per studie	Wisselend per studie	De enige studie met quality rating Good (Dunford, 2000) vond dat behandeling (3 varianten) niet effectiever was dan geen behandeling	Resultaten Dunford slecht generaliseerbaar; betrof mannen in het leger, die waarschijnlijk conformistisch waren ingesteld en veel te verliezen hadden (baan, status, woning). Aangezien behandeling niet effectiever was dan geen behandeling is geringe recidive mogelijk toe te schrijven aan dit soort factoren

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijss (2)	Studietype (3)	Aantal studies (4)	Inclusiecriteria (5)	Vergeleken interventies (7)	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering) (8)	Lengte follow-up (9)	Resultaten (waaronder recidive percentage) (10)	Overige opmerkingen (11)
Davis et al., 1998	A2	RCT	N=376		1: Duluth-groep, lang (26 weken): n=129 2: Duluth-groep, kort (8 weken): n=61	Community Service Control; n=186		slachtoffer:  politiegegevens: 1: d=0,41 2: d=0,02	Drop-outrate 33% Randomisatie mislukt a.g.v. <i>judicial overrides</i> in 30% van de gevallen Twijfels over representativiteit steekproef
Dunford, 2000	A2	RCT			1: CBT-groep (36 weken): n=168 2: PRT (26 weken): n=153 3: streng toezicht: n=173	Geen behandeling plegers; alleen safety planning slachtoffers: n=150	1 jaar	slachtoffer: 1: d=0,13 2: d=0,10 3: d=0,17 politiegegevens: 1: d=0,00 2: d=0,05 3: d=-0,09	Drop-outrate 29% Algemeen lage recidive rate (4% in de controlegroep) Maandelijkse sessies tot aan de FU Geen representatieve steekproef: allemaal militairen; hadden allemaal een baan en ook in andere opzichten veel te verliezen
Easton et al., 2007	A2				Gaat over daders die ook problematisch middelen gebruiken				
Easton et al., 2000	A2				Motivational interviewing				



Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijss (2)	Studietype (3)	Aantal studies (4)	Inclusiecriteria (5)	Vergeleken interventies (7)	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering) (8)	Lengte follow-up (9)	Resultaten (waaronder recidive percentage) (10)	Overige opmerkingen (11)
Feder & Forde, 1999	A2	RCT	N=404	Congresvoordracht, verder niet gepubliceerd; ingevuld op basis van gegevens meta-analyse Mannelijke plegers van partnergeweld, onder toezicht van reclassering	Behandeling volgens Duluth-model, 26 weken: n=174	Geen behandeling: n=230	Politiegegevens: 1 jaar slachtoffergegevens: 6 maanden	Verschil tussen beide behandelingen: d=0,04 (politiegegevens) d=-0,02 (slachtoffergegevens)	Randomisatie mislukt; ongelijke aantallen in beide condities Drop-out rate 60% 22% respons van slachtoffers bij follow-up
Ford & Regoli, 1993	A2	RCT	N=347	Studie voor 1995; hoofdstuk in boek, niet terug te vinden; ingevuld op basis van gegevens meta-analyse	1: counseling, voor de zitting: n=127 2: counseling, opgelegd: n=114	Straf zonder counseling: n=106	6 maanden	Partner report: 1: d=0,00 (eerder: 0,13) 2: d=-0,22 (eeder: 0,02)	Slechts 31% rapp. bij FU Data op basis van 2 meta-analyses verschillen onderling
Gordon & Moriarty, 2003	A2	QE							
Palmer et al., 1992	A2	RCT		Studie voor 1995	I: Duluth: n=30	Alleen toezicht reclassering: n=29	16-18 mnd na afloop behandeling	Politierapportages over recidives: d=0,54	Twijfels over representativiteit steekproef Resultaten dus waarschijnlijk geflatteerd en niet gecorrigeerd voor drop-outs

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijss (2)	Studietype (3)	Aantal studies (4)	Inclusiecriteria (5)	Vergeleken interventies (7)	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering) (8)	Lengte follow-up (9)	Resultaten (waaronder recidive percentage) (10)	Overige opmerkingen (11)
Rosenfeld, 1992	opv	Kwantitatieve, systematische review		Studie voor 1995				Minimale verschillen in recidive tussen treatment completers (36%) en mannen die alleen juridische sancties kregen (39%)	Geen MA vanwege het geringe aantal studies op dat moment
Tolman & Bennett, 1990	opv			Studie voor 1995					

## Literatuur

- Ayres, M.M., & Woodtli, A. (2001). Concept analysis: abuse of ageing caregivers bij elderly care recipients. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 326-334.
- Babcock, J.C., Green, C.E., & Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23, 1023-1053.
- Babcock, J.C., & LaTaillade, J. (2000). Evaluating interventions for men who batter. In J. Vincent & E. Jouriles (Red.), *Domestic violence: guidelines for research-informed practice* (pp. 37-77). Philadelphia: Jessica Kingsley.
- Bradley, F., Smith, M., Long, J., et al. (2002). Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ*, 324, 271.
- Campbell, J., Jones, A.S., Dienemann, J., et al. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*, 162, 1157-1163.
- Chen, P.H., Rovi, S., Washington, J., et al. (2007). Randomized comparison of 3 methods to screen for domestic violence in family practice. *Annals of Family Medicine*, 5, 430-435.
- Coid, J., Petruckevitch, A., Feder, G., et al. (2001). Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey. *Lancet*, 358, 450-454.
- Davis, R.C., & Taylor, B.G. (1999). Does batterer treatment reduce violence? A synthesis of the literature. *Women Criminal Justice*, 10, 69-93.
- Davis, R.C., Taylor, B.G., & Maxwell, C.D. (1998). Does batterer treatment reduce violence? A randomized experiment in Brooklyn. *Justice Quarterly*, 18, 171-201.
- Dunford, F.W. (2000). The San Diego Navy experiment: an assessment of interventions for men who assault their wives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 468-476.
- Easton, Mandel, Hunkele et al. (2007).
- Easton, Swan & Sinha (2000).
- Fanslow, J., & Robinson, E. (2004). Violence against women in New Zealand: prevalence and health consequences. *The New Zealand Medical Journal*, 117, U1173.
- Feder, L., & Forde, D. (1999). *A test of the efficacy of court-mandated counseling for convicted misdemeanor domestic violence offenders: results from the Broward experiment*. Paper presented at the International Family Violence Research Conference, Durham, NH.
- Feder, G.S., Hutson, M., Ramsay, J., et al. (2006). Women exposed to intimate partner violence. *Archives of Internal Medicine*, 166, 22-37.
- Feder & Wilson (2005).
- Ford, D.A., & Regoli, M.J. (1993). The criminal prosecution of wife batterers: process, problems, and effects. In N.Z. Hilton (Red.), *Legal responses to wife assault* (pp. 127-164). Newbury Park, CA: Sage.
- Gazmararian, J.A., Lazorick, S., Spitz, A.M., et al. (1996). Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA*, 275, 1915-1920.
- Gil-González, D., Vives-Cases, C., Alvarez-Dardet, C., et al. (2006). Alcohol and intimate partner violence: do we have enough information to act? *European Journal of Public Health*, 16, 279-285.
- Glasser, M., Kolvin, I., Campbell, D., et al. (2001). Cycle of child sexual abuse: links between being a victim and becoming a perpetrator. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 482-494; discussion 495-497.
- Gordon & Moriarty (2003).
- Guth, A.A., & Pachter, L. (2000). Domestic violence and the trauma surgeon. *American Journal of Surgery*, 179, 134-140.
- Hamberger, K., & Hastings, J. (1993). Court-mandated treatment of men who assault their partner: issues, controversies, and outcomes. In N.Z. Hilton (Red.), *Legal responses to wife assault* (pp. 188-229). Newbury Park, CA: Sage.
- Hathaway, J.E., Mucci, L.A., Silverman, J.G., et al. (2000). Health status and health care use of Massachusetts women reporting partner abuse. *American Journal of Preventive Medicine*, 19, 302-307.
- Hegarty, K.L., & Bush, R. (2002). Prevalence and associations of partner abuse in women attending general practice: a cross-sectional survey. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 26, 437-442.
- Hegarty, K., Gunn, J., Chondros, P., et al. (2004). Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey. *BMJ*, 328, 621-624.

- Levesque, D.A., & Gelles, R.J. (1998). *Does treatment reduce recidivism in men who batter? A meta-analytic evaluation of treatment outcome*. Paper presentation at the Program Evaluation and Family Violence Research: an International Conference, Durham, NH.
- Lo Fo Wong, S., Wester, F., Mol, S.S., et al. (2006). Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomized controlled trial. *The British Journal of General Practice*, 56, 249-257.
- Lo Fo Wong, S., Wester, F., Mol, S., Römkes, R., Hezemans, D., et al. (2007a). Talking matters: abused women's view on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. *Patient Education and Counseling*, 70, 386-394.
- Lo Fo Wong, S., Wester, F., Mol, S., Römkes, R., & Lagro-Janssen, T. (2007b). Utilisation of health care by women who have suffered abuse: a descriptive study on medical records in family practice. *The British Journal of General Practice*, 57, 396-400.
- McCauley, J., Kern, D.E., Kolodner, K., et al. (1995). The 'battering syndrome': prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 123, 737-746.
- MacMillan, H.L., Wathen, C.N., Jamieson, E., et al. (2006). Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trail. *JAMA*, 296, 530-536.
- Palmer, S.E., Brown, R.A., & Barrera, M.E. (1992). Group treatment program for abusive husbands: long-term evaluation. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 276-283.
- Plichta, S.B. (2004). Intimate partner violence and physical health consequences: policy and practice implications. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 1296-1323.
- Protheroe, L., Green, J., & Spiby, H. (2003). An interview study of the impact of domestic violence training on midwives. *Midwifery*, 20, 94-103.
- Pudukollu, M. (2003). Domestic violence: screening made practical. *The Journal of Family Practice*, 52, 537-543.
- Ramsay, Rivas & Feder (2008). *Cochrane*
- Reijnders, U.J., van der Leden, M.E., & de Bruin K.H. (2006). Letsels door huiselijk geweld tegen vrouwen: locaties op het lichaam, soort letsel en wijze van toebrengen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 429-435.
- Rosenfeld, B.D. (1992). Court ordered treatment of spouse abuse. *Clinical Psychology Review*, 12, 205-226.
- Tolman, R.T., & Bennett, L. (1990). A review of quantitative research on men who batter. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 87-118.
- Vos, T., Astbury, J., Piers, L.S., et al. (2006). Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. *Bulletin of the World Health Organization*, 84, 739-744.
- Wathen, C.N., & MacMillan, H.L. (2003). Interventions for violence against women: scientific review. *JAMA*, 289, 589-600.
- Webster, J., & Holt, V. (2004). Screening for partner violence: direct questioning or self-report? *Obstetrics and Gynecology*, 103, 299-303.

## Therapie/behandeling bij kinderen

### Seksueel misbruik, huiselijk geweld getuige en traumatische rouw

Bibliografische referentie (1)	Cohen, J., Mannarino, A., & Deblinger, E. (2007). <i>Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT)</i> . The National Child Traumatic Stress Network: <a href="http://www.NCTSN.org">www.NCTSN.org</a> . California Clearinghouse
Mate van bewijs (2)	A1 <i>California Clearinghouse 1</i>
Studietype (3)	Meta-analyse 5 RCT's door de ontwerpers van de methodiek zelf: - Cohen & Mannarino, 1996 - Cohen & Mannarino, 1998 - Cohen et al., 2004 - Deblinger et al., 1996 - Deblinger et al., 2001 (zie volledige lijst hieronder). 1 RCT door King et al., 2000
Aantal patiënten (4)	Van de 5 onderzoeken N=551, completers 453 King: N=36
Inclusiecriteria (5)	Traumatype: seksueel misbruik, traumatische rouw, huiselijk geweld e.a. Patiëntenkenmerken: Aantal: 489 Leeftijd: 3-18 jaar Sekse: 360 meisjes, 129 jongens Diverse culturele achtergronden: American, Caucasian, Latino en African American
Interventie (incl. duur, dosering) (7)	TF-CBT is een individuele, kortdurende interventie met zowel individuele sessies met het kind als gezamenlijke sessies met ouders en kind. Het is voor kinderen met gedrags- en emotionele problemen gerelateerd aan traumatische ervaringen, waarbij de problemen soms wel en soms niet voldoen aan de volledige posttraumatische stressstoornis. Het is een psychotherapeutisch model dat traumagerichte interventies combineert met cognitieve gedragstherapie  Gemiddeld 12 tot 16 sessies, wekelijks, van 60 tot 90 minuten
Controle/vergelijking (incl. duur, dosering) (8)	TF-CBT werd onderzocht in vergelijking met een controlegroep die non-directieve speltherapie of steunende behandeling kreeg. Het gaat om het specifieke model omschreven door bovenstaande auteurs.  Random assignment: ja  Vergelijking effecten m.b.t. problemen als: - ptss - gedragsproblemen - angst - depressie - geseksualiseerd gedrag - schaamte - wantrouwen
Lengte follow-up	6 maanden

(9)	
Resultaten (10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TF-CBT is effectiever op verbetering van de genoemde problemen dan de non-directieve speltherapie of de steunende behandeling</li> <li>- De behandelcomponenten gericht op de ouders dragen bij aan de effectiviteit van de TF-CBT voor de kinderen</li> </ul>
Overige opmerkingen (13)	<p>De TF-CBT is het meest onderzocht na seksueel misbruik en amper bij kinderen die getuige zijn van huiselijk geweld of slachtoffer van fysieke kindermishandeling.</p> <p>Componenten van TF-CBT zijn terug te vinden in AF-CBT, hieronder beschreven.</p> <p><b>Literatuur</b></p> <p>Cohen, J.A., Deblinger, E., Mannarino, A.P., et al. (2004). A multisite randomized controlled trial for multiply traumatized children with sexual abuse-related PTSD. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i>, 43, 393-402.</p> <p>Cohen, J.A., &amp; Mannarino, A.P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: initial findings. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i>, 35, 42-50.</p> <p>Cohen, J.A., &amp; Mannarino, A.P. (1997). A treatment study of sexually abused preschool children: outcome during one year follow-up. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i>, 36, 1228-1235.</p> <p>Cohen, J.A., &amp; Mannarino, A.P. (1998). Interventions for sexually abused children: initial treatment findings. <i>Child Maltreatment</i>, 3, 17-26.</p> <p>Cohen, J.A., Mannarino, A.P., &amp; Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: one year follow-up of a randomized controlled trial. <i>Child Abuse &amp; Neglect</i>, 29, 135-145.</p> <p>Deblinger, E., &amp; Heflin, A.H. (1996). <i>Treating sexually abused children and their non-offending parents: a cognitive behavioral approach</i>. Thousand Oaks, CA: Sage.</p> <p>Deblinger, E., Lippmann, J., &amp; Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: initial treatment outcome findings. <i>Child Maltreatment</i>, 1, 310-321.</p> <p>Deblinger, E., McLeer, S.V., &amp; Henry, D.E. (1990). Cognitive behavioral treatment for sexually abused children suffering post-traumatic stress: preliminary findings. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i>, 29, 747-752.</p> <p>Deblinger, E., Stauffer, L.B., &amp; Steer, R.A. (2001). Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their non-offending mothers. <i>Child Maltreatment</i>, 6, 332-343.</p>

Deblinger, E., Steer, R., & Lippman, J. (1999). Two year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 23, 1371-1378.

King, N.J., Tonge, B.J., Mullen, P., et al. (2000). Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: a randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1347-1355.

Stauffer, L.B., & Deblinger, E. (1999). *Let's talk about taking care of you: an educational book about body safety*. Hatfield, PA: Hope for Families. (Available from: <http://www.hope4families.com>)

## Seksueel misbruik

Bibliografische referentie (1)	Hetzel-Riggin, M.D., Brausch, A.M., & Montgomery, B.S. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: an exploratory study. <i>Child Abuse &amp; Neglect</i> , 31, 125-141.
Mate van bewijs (2)	A1
Studietype (3)	Meta-analyse Soorten therapie onderzocht: - Individueel (17) - Groep (15) - Cognitive-behavioral (15) - Abuse-specific (15) - Supportive (11) - Family (9) - Geen behandeling (9) - Speltherapie (4) - Anders (bijv. EMDR) (1) Combinaties konden voorkomen, bijv. cognitive-behavioral, abuse-specific
Aantal patiënten (4)	28 onderzoeken, 1817 kinderen/adolescenten 12 studies met N < 40 16 studies met N ≥ 40
Inclusiecriteria (5)	Onderzoeken werden geïncludeerd als ze: <ul style="list-style-type: none"> <li>- ontworpen waren om de effecten van behandeling voor seksueel misbruikte kinderen of adolescenten te meten</li> <li>- een pre-post test design hadden gebruikt</li> <li>- een onderzoeksgroep van ten minste 10 patiënten hadden</li> <li>- voldoende statistische informatie bevatten om effect sizes te berekenen (gem., sd's, t-tests, F-tests, enz.)</li> <li>- gepubliceerd waren in een peer-reviewed tijdschrift.</li> </ul> <p>Patiëntenkenmerken: Aantal: 1817, van 7-294 per onderzoek Leeftijd: 2-18 jaar Sekse: 14 gemixt, 11 meisjes, 1 jongens, 2 niet gerapporteerd</p>
Interventie (incl. duur, dosering) (7)	Geen interventie in de meta-analyse, interventies waren onderwerp van de analyse.
Controle/vergelijking (incl. duur, dosering) (8)	Onderzoeken werden met elkaar vergeleken, waarvan: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 11 met een niet-behandelde controlegroep</li> <li>- 17 zonder controlegroep</li> </ul> <p>Random assignment:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- 12 ja</li> <li>- 16 nee</li> </ul> <p>Vergelijking effecten m.b.t. 'secundaire' problemen zoals:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- het sociale functioneren</li> <li>- gedragsproblemen</li> <li>- psychologische distress</li> <li>- zelf-concept</li> </ul> </p> </p>



	- anders
Lengte follow-up (9)	t.a.v. de meta-analyse: n.v.t. t.a.v. de onderzochte therapieën: geen follow-up, metingen direct voor en direct na de therapie
Resultaten (10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Overall mean weighted effect-sizes for the M.A.: <math>d = 0,72</math> (<math>S.E.=0,02</math>)</li> <li>- Effect size voor behandelde groepen significant groter dan voor niet-behandelde groepen</li> <li>- Behandeling is effectiever dan geen behandeling</li> <li>- Speltherapie is het meest effectief m.b.t. het sociale functioneren</li> <li>- Cognitive-behavioral, supportive therapie en abuse-specific, zowel individueel als in een groep, zijn het meest effectief voor gedragsproblemen</li> <li>- cognitive-behavioral, family en individuele therapie zijn het meest effectief voor psychologische distress</li> <li>- Abuse-specific, cognitive-behavioral en groepstherapie zijn het meest effectief voor laag zelf-concept</li> <li>- Sommige niet-behandelde kinderen gingen ook vooruit.</li> </ul> <p>Moderator analyses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoger % niet-blanke patiënten verhoogt significant mean-weighted effect-size</li> <li>- Hoger % misbruik binnen gezin verlaagt significant mean-weighted effect-size</li> <li>- Groter aantal therapie sessies verhoogt significant mean-weighted effect-size</li> <li>- Groter aantal maanden in therapie verhoogt significant mean-weighted effect-size (maar kan ook effect tijd zijn).</li> </ul>
Overige opmerkingen (13)	Moeilijk te bepalen welke behandeling het meest effectief is, ondanks aanduiding voor soort therapie zijn er soms meerdere modaliteiten tezamen gebruikt.

### Getuige huiselijk geweld, ouder-kindpsychotherapie

Bibliografische referentie (1)	Child-Parent Psychotherapy (CPP) National Child Traumatic Stress Network www.NCTSN.org  <i>California Clearinghouse</i>
Mate van bewijs (2)	A2/B <i>California Clearinghouse 3; komt overeen met B</i>
Studietype (3)	Meta-analyse 3 RCT's naar CPP: 1. door Lieberman et al. (2005, 2006) bij kinderen die getuige zijn geweest van huiselijk geweld 2. door Toth et al. (2002) bij mishandelde kinderen, met de vraag of representatie van hun moeders en van henzelf verbeterde door CPP 3. door Cicchetti et al. (2006) bij mishandelde kinderen, met de vraag of hun gehechtheidsclassificatie veranderde door CPP in vergelijking met een standaard behandeling
Aantal patiënten (4)	1. N=75, waarvan 48% jongens en 52% meisjes, multicultureel, in de leeftijd van 3-5 jaar 2. N=112, jongens en meisjes, na fysieke kindermishandeling, seksueel misbruik, emotionele mishandeling en verwaarlozing en 60% van de kinderen meer dan één vorm 3. N=137, kinderen van 12 maanden en hun moeders
Inclusiecriteria (5)	- Patiëntenkenmerken: kinderen onder de 7 jaar en hun moeder (verzorger) - Trauma type: primair getuige van huiselijk geweld, secundair kindermishandeling
Interventie (incl. duur, dosering) (7)	CPP is een psychotherapiemodel dat psychodynamische, hechtings-, traumagerichte, cognitief gedragsmatige en sociale leertheorieën integreert in een behandeling voor ouder en kind (onder de 7). Doel is het verbeteren van de ouder-kindrelatie, de geestelijke gezondheid van het kind en het weer op gang brengen van de ontwikkeling van het kind, nadat deze beschadigd zijn door de ervaringen met huiselijk geweld.  Wekelijkse sessies van een uur gedurende 12 maanden.
Controle/vergelijking (incl. duur, dosering) (8)	1. casemanagement met individuele psychotherapie 2. psycho-educatie aan huis, een niet-mishandelde groep en een groep kinderen die een standaard behandeling kreeg 3. een standaard behandeling
Lengte follow-up (9)	1. 6 maanden 2. voor- en nameting, geen follow-up 3. ???
Resultaten (10)	1. Resultaten na behandeling leiden tot significante afname van de totale gedragsproblemen en van de traumagerelateerde problemen bij de kinderen. De moeders lieten significant minder traumagerelateerd vermijdend gedrag zien. Na 6 maanden lijkt het erop dat de gedragsproblemen nog meer zijn afgenomen, in vergelijking met een behandeling bestaande uit casemanagement met individuele psychotherapie.

	<p>2. CPP-kinderen hadden minder negatieve representaties van zichzelf dan de andere drie groepen. Ze hadden significant betere representaties van de moeder-kindrelatie in vergelijking met de groep die de psycho-educatie aan huis kreeg en met de niet-mishandelde groep.</p> <p>3. Resultaten na behandeling leiden tot significant grotere veranderingen in de gehechtheidsclassificatie dan de standaard behandeling.</p>
<p>Overige Opmerkingen (13)</p>	<p><b>Literatuur</b></p> <p><i>De methodiek wordt omschreven in:</i> Lieberman, A.F., &amp; Van Horn, P. (2005). <i>'Don't hit my mommy!' A manual for child-parent psychotherapy with young witnesses of family violence.</i> Washington, DC: Zero to Three Press.</p> <p><i>Voor traumatische rouw wordt de methodiek omschreven in:</i> Lieberman, A.F., Compton, N., Van Horn, P., et al. (2003). <i>Losing a parent to death in the early years: guidelines for the treatment of traumatic bereavement in infancy and early childhood.</i> Washington, DC: Zero to Three Press.</p> <p><i>Onderzoeksartikelen:</i> Cicchetti, D., Rogosch, F.A., &amp; Toth, S.L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. <i>Development and Psychopathology, 18</i>, 623-649.</p> <p>Lieberman, A.F., Ghosh Ippen, C., &amp; Van Horn, P.(2006). Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45</i>, 913-918.</p> <p>Lieberman, A.F., Van Horn, P., &amp; Ippen, G.C. (2005). Toward evidence-based treatment: child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44</i>, 1241-1248.</p> <p>Toth S.L., Maughan A., Manly J.T., et al. (2002). The relative efficacy of two interventions in altering maltreated preschool children's representational models: implications for attachment theory. <i>Development and Psychopathology, 14</i>, 877-908.</p>

### Kindermishandeling, Gezinsbehandeling/ondersteuning

Bibliografische referentie (1)	Chaffin, M., Bonner, B.L., & Hill, R.F. (2001). Family preservation and family support programs: child maltreatment outcomes across client risk levels and program types. <i>Child Abuse &amp; Neglect</i> , 25, 1269-1289.
Mate van bewijs (2)	B
Studietype (3)	Prospectief, cohortonderzoek Vergelijkend, Family Preservation Program of Family Support Program: <ul style="list-style-type: none"> <li>- programma-afmakers t.o.v. -uitvallers</li> <li>- langere full service programma's met eenmalige interventie</li> </ul>
Aantal patiënten (4)	28 instellingen 'state-wide', 74 hulpprogramma's tussen 1996-1999, totaal aantal cliënten 1996, deelname aan onderzoek N=1601
Inclusiecriteria (5)	Inclusie: volgden een FPP- of FSP-programma tussen 1996 en 1999 Exclusie: tijdens onderzoek geen betrokkenheid van CPS  Patiëntenkenmerken: <ul style="list-style-type: none"> <li>- (voornamelijk) lagere SES: 47% minder dan High School, helft onder landelijk gemiddelde inkomen, 16% werkeloos, 69% ontving een vorm van staatssteun</li> <li>- 86% vrouwelijk, gem. leeftijd 27, 18% zwanger bij begin programma</li> <li>- 18% onder de 18 bij aanvang programma, daarvan 41% zwanger</li> <li>- 41% was gehuwd tijdens onderzoek, 28% was nooit getrouwd</li> <li>- Mediaan N gezinsleden = 4, kk mediaan 2, vrnl. preschoolers</li> <li>- 39% blank, 32% native Americans, 12,5% African American, 14% Hispanic</li> <li>- matig tot hoog risico (op KM)</li> <li>- 43% rookte (is 2 keer zoveel als gem. VS), 33% keek meer dan 4 uur tv per dag, 75% woonde in een kleine stad of landelijke omgeving, verhuisde weinig</li> <li>- 17% was door CPS naar programma verwezen, rest door familie/kennissen enz.</li> <li>- van 13% was ooit een kind uit huis geplaatst, bij 8% was dat tijdens het onderzoek het geval.</li> </ul>
Interventie (incl. duur, dosering) (7)	Programmaduur: wisselend van 212 dagen tot 1 sessie (gem. 151) <ul style="list-style-type: none"> <li>- pretest bij begin FPP of FSP</li> <li>- posttest aan eind</li> <li>- rapporten van CPS, tijdens programma en bij follow-up</li> </ul> Instrumenten: een zelf ontwikkelde lijst demografische kenmerken + de Child Abuse Potential Inventory (CAP)
Controle/vergelijking (incl. duur, dosering) (8)	Deelnemers met 'failure event' t.o.v. die zonder f.e. F.E.: 1) vond plaats na de pretest, 2) betrof verwaarlozing, fysieke mishandeling, seksueel misbruik, 3) na onderzoek bleek het gebeuren plaats te hebben gehad, 4) de deelneem(st)er was de verantwoordelijke  'Dosering': <ol style="list-style-type: none"> <li>1) waar: in een centrum of thuis</li> <li>2) duur en intensiteit:</li> <li>3) model: ouderklas, Healthy Families, Parents-As-Teachers enz.*</li> </ol>
Lengte follow-up (9)	1,6 jaar na beëindiging FPP of FSP

<p>Resultaten (10)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen veranderingen in de demografische variabelen tussen pre- en posttest</li> <li>- CAP-scores daalden licht tussen pre- en posttest, en significant: maar voor 40% was de CAP-score ongeldig vanwege onderrapportage ('fake-good index')</li> <li>- 12,2% (van alle 1601) had op zijn minst één f.e. bij follow-up, 61% verwaarlozing en 21% verw. + fysieke mish., 10% fysieke mish. alleen, 8% seksueel misbruik</li> <li>- Geen significante verschillen m.b.t. f.e.'s tussen afvallers en afmakers (power voor vinden van matige effect size (.25) was .91)</li> <li>- Eenmalige deelnemers hadden significant minder f.e.'s (gecontroleerd voor risico bij aanvang) dan langduriger programmadeelnemers</li> <li>- In geval van een f.e. vergelijking tussen eenmalige en langdurige t.a.v. uithuisplaatsing: geen significante verschillen.</li> </ul> <p>Vergelijking langdurige programma's m.b.t. f.e.'s (soort, duur, intensiteit):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen significante verschillen tussen soort programma's m.b.t. f.e.'s</li> <li>- Geen significante verschillen gem. aantal contacten met cliënt per maand m.b.t. f.e.'s</li> <li>- Als alleen gekeken is naar gezinnen met een f.e.: geen significante verschillen tussen programma's</li> <li>- Programma's in een centrum werkten beter dan programma's thuis</li> <li>- Programma's waarin (alleen) in de basale noden werd voorzien werkten beter dan alle andere programma's.</li> </ul> <p>Samenvattend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lagerisicogroepen (demografische risicofactoren, CAP-score) niet in programma's doen</li> <li>- Voor hogerisicogezinnen (demografische factoren, hoge CAP-score) werkten de basic needs-approach en mentoring services het beste</li> <li>- Voor hogerisicogroepen werkten de gestandaardiseerde programma's niet/nauwelijks: in de follow-uptijd (anderhalf jaar) 25% gerapporteerd voor verwaarlozing/kindermishandeling</li> <li>- Home-visiting zijn minder goed dan behandeling in een centrum.</li> </ul> <p>Waarom werkt het niet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Veel van de programma's zijn parent-education gericht, dus kennis en geen skills</li> <li>- Geen van de programma's houdt (genoeg) rekening met de bekende risicofactoren van de ouders voor maltreatment: alcohol/drugsafhankelijkheid, huiselijk geweld, armoede en depressie.</li> </ul>
<p>Overige Opmerkingen (13)</p>	<p>* Programma's: Healthy Families America, Parents-As-Teachers, Nurturing programs, Mentoring programs, Agency collaborative, Basic Needs, Parent Education center, Episodic (1x), Family preservation</p> <p>Geen RCT, geen rigoreuze controle voor de programma's (integriteit, opl. professionals enz. )</p>

**Fysieke mishandeling, emotionele mishandeling en fysieke verwaarlozing**

Bibliografische referentie (1)	Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) National Child Traumatic Stress Network <a href="http://www.NCTSN.org">www.NCTSN.org</a>  <i>California Clearinghouse</i>
Mate van bewijs (2)	A1 <i>California Clearinghouse 1</i>
Studietype (3)	1. RCT met mishandelende ouders en hun kinderen (1) 2. RCT met ouders en kinderen met gedragsstoornissen (2) 3. RCT's met ouders en kinderen met gedragsstoornissen (3; 4)
Aantal patiënten (4)	1. N=110 2. N=50 3. N=??
Inclusiecriteria (5)	1. Fysieke kindermishandeling 2. Kinderen die voldoen aan de classificatie van een gedragsstoornis 3. Kinderen die voldoen aan de classificatie van een gedragsstoornis
Interventie (incl. duur, dosering) (7)	PCIT is een behandelmodel waarin stap voor stap in de sessies wordt gewerkt met de ouder/verzorger en het kind. De ouder leert goed in te gaan op het gedrag en de signalen van het kind door middel van een one-way-screen en support van de behandelaar via een 'oortje'. Doelen zijn: <ul style="list-style-type: none"> <li>- een verbetering van de kwaliteit van de ouder-kindrelatie</li> <li>- een afname van de gedragsproblemen van het kind en een toename van sociaal gedrag</li> <li>- een verbetering van de vaardigheden van de ouder, inclusief positieve discipline</li> <li>- een afname van de stress van het ouderschap.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voor ouder kan dus ook een groepsleider, pleegouder enz. staan.</li> <li>- Tussen de sessies door hebben de ouders huiswerk om te oefenen met de vaardigheden.</li> <li>- Leeftijd van de kinderen: 2 tot 12 jaar.</li> <li>- Gemiddelde behandelduur is 12 tot 20 weken.</li> </ul>
Controle/vergelijking (incl. duur, dosering) (8)	1. Fysiek mishandelende ouders werden random toegewezen aan een van de drie interventie groepen: I) PCIT, II) PCIT en individueel steunende diensten en III) een standaard oudergroep 2. Wachtlijstgroep 3. Wachtijstgroep
Lengte follow-up (9)	1. Follow-up na gemiddeld 850 dagen 2. 3. Follow-up na 6 of 4 maanden
Resultaten (10)	1. 19% van de PCIT-ouders meldde een terugval van fysieke mishandeling in vergelijking met 49% uit de standaard oudergroep. De extra individuele steun maakte de PCIT niet effectiever. In de PCIT-groep was een afname te zien van negatieve ouder-kindinteracties. 2. De PCIT-ouders lieten een significante afname zien in frequentie en intensiteit van de gedragsproblemen gescoord door de ouders, de scores vielen na behandeling in het normale gebied en de positieve effecten werkten ook door op de siblings van de behandelde kinderen.

	<p>3. Gedragsproblemen bij de kinderen daalden van het klinische gebied naar het normale gebied in beide onderzoeken en geen van de kinderen voldeed na behandeling met PCIT aan de criteria voor een oppositionele gedragsstoornis. De wachtlijstgroepen hielden dezelfde scores op de gedragsproblemen en bleven voldoen aan de criteria voor een oppositionele gedragsstoornis.</p>
<p>Overige Opmerkingen (13)</p>	<p><b>Literatuur</b></p> <p>Chaffin, M., Silovsky, J.F., Funderburk, B., et al. (2004). Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: efficacy for reducing future abuse reports. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72</i>, 500-510.</p> <p>Eyberg, S.M., Boggs, S., &amp; Algina, J. (1995). Parent-child interaction therapy: a psychosocial model for the treatment of young children with conduct problem behavior and their families. <i>Psychopharmacology Bulletin, 31</i>, 83-92.</p> <p>Nixon, R.D.V., Sweeny, L., Erickson, D.B., et al. (2003). Parent-child interaction therapy: a comparison of standard and abbreviated treatments for oppositional defiant preschoolers. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71</i>, 251-260.</p> <p>Schuhmann, E., Foote, R., Eyberg, S.M., et al. (1998). Parent-child interaction therapy: interim report of a randomized trial with short-term maintenance. <i>Journal of Clinical Child Psychology, 27</i>, 34-45.</p>

### Emotionele en fysieke kindermishandeling

Bibliografische referentie (1)	Abuse-Focused Cognitive Behavioral Therapy (AF-CBT) National Child Traumatic Stress Network <a href="http://www.NCTSN.org">www.NCTSN.org</a>  <i>California Clearinghouse</i>
Mate van bewijs (2)	B  <i>California Clearinghouse 3</i>
Studietype (3)	Geen RCT's van de gehele methodiek RCT naar componenten van de methodiek
Aantal patiënten (4)	N=38
Inclusiecriteria (5)	
Interventie (incl. duur, dosering) (7)	AF-CBT is een behandeling op basis van de leertheorie, systeemtheorie en ontwikkelingspsychopathologie. Het bestaat uit specifieke technieken voor mishandelde kinderen, technieken voor de mishandelende ouders en het grotere familiesysteem eromheen. Doel is dat ouders leren op een adequate wijze gedrag van de kinderen te stimuleren of straffen, en het agressieve, gewelddadige gedrag van ouders te stoppen. Het moet veilig zijn in het gezin.  De behandeling duurt gemiddeld 12 tot 16 weken. Parallel vinden individuele en gezinssessies plaats en er is de mogelijkheid voor groepsbehandeling. Het is gericht op gezinnen met kinderen in de leeftijd van 6 tot 15 jaar.
Controle/vergelijking (incl. duur, dosering) (8)	The individual child/parent CBT and family therapy components now integrated in AF-CBT were evaluated separately and compared to a third condition consisting of routine community services (RCS) in a randomized clinical trial (N=38) that evaluated key outcomes.
Lengte follow-up (9)	1 jaar
Resultaten (10)	1. Weekly child and parent ratings of parents' use of physical discipline/force and anger problems during treatment decreased for both treatment groups, but the decline was significantly faster for the individual CBT condition. Measures included the <i>Conflict Tactics Scale</i> , the cohesion subscale of the <i>Family Environment Scale</i> , the general functioning scale of the <i>Family Assessment Device</i> , the <i>Child Abuse Potential Inventory</i> , the <i>Parenting Scale</i> , and the <i>Beck Depression Inventory</i> .  2. In terms of the overall outcomes through follow-up among all three conditions, both the individual CBT and family therapy conditions reported greater improvements than routine community services (RCS) on certain child (i.e., less child-to-parent aggression, child externalizing behavior), parent (i.e., child abuse potential, individual treatment targets reflecting abusive behavior, psychological distress, drug use), and family outcomes (i.e., less conflict, more cohesion). Official records for the entire study period revealed lower, albeit non-significant, rates of recidivism among the adults who participated in the individual CBT (5%) and family therapy (6%) conditions, compared to those in the routine services condition (30%). Parallel rates of recidivism were found for the identified abused children in



	<p>this study in the three conditions: CBT (10%), family therapy (12%), and routine services (30%). There were few differences between individual CBT and family therapy. Further, the outcomes were not influenced by child age, gender, ethnicity, parent education, one-parent vs. two-parent household, socio-economic status (SES), or the levels of child behavior problems, parental distress, and family violence. Both CBT and family therapy were conducted with high fidelity, had high rates of session attendance, and had high consumer satisfaction ratings.</p>
<p>Overige Opmerkingen (13)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aangezien verschillende componenten goed lijken te werken verdient deze methodiek verder onderzoek.</li> <li>- Momenteel wordt de methodiek verder ontwikkeld door het KJTC Haarlem en De Waag. De basis van het AF-CBT-model wordt gebruikt met daarin de Horizon-methodiek ontwikkeld door het KJTC.</li> <li>- Een aanvraag voor effectonderzoek via ZonMW is in ontwikkeling.</li> </ul> <p><b>Literatuur</b></p> <p>Kolko, D.J. (1996a). Clinical monitoring of treatment course in child physical abuse: psychometric characteristics and treatment comparisons. <i>Child Abuse &amp; Neglect</i>, 20, 23-43.</p> <p>Kolko, D.J. (1996b). Individual cognitive-behavioral treatment and family therapy for physically abused children and their offending parents: a comparison of clinical outcomes. <i>Child Maltreatment</i>, 1, 322-342.</p>

### Complex trauma t.g.v. misbruik/mishandeling en ouderschap

Bibliografische referentie (1)	Banyard, V.L., Willimans, L.M., & Siegel, J.A. (2003). The impact of complex trauma and depression on parenting: an exploration of mediating risk and protective factors. <i>Child Maltreatment</i> , 8, 334-349.
Mate van bewijs (2)	B
Studietype (3)	Exploratief, patiëntcontroleonderzoek
Aantal patiënten (4)	N=174 volwassen vrouwen met minimaal één kind, en die in hun jeugd gezien waren in één ziekenhuis in een arme wijk - 87 daarvan waren in hun jeugd mishandeld/misbruikt, en dat was officieel gedocumenteerd - 87 vormden een matched controlegroep zonder officieel gedocumenteerde mishandeling/misbruik (maar zie verder)
Inclusiecriteria (5)	- Alle vrouwen waren in hun jeugd patiënt geweest in een buurtkliniek in een laag-inkomenwijk in een grote stad in het noord-oosten van de VS - Alle vrouwen maakten vanaf hun jeugd deel uit van een longitudinale studie naar de consequenties van kindermishandeling  Patiëntenkenmerken: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gem. leeftijd: 31,64 (<i>SD</i> = 3,31)</li> <li>- Gem. aantal kinderen: 2,69 (<i>SD</i> = 1,62), range 1-10</li> <li>- Huwelijks staat: 56% nooit</li> <li>- Culturele achtergrond: 93% niet blank</li> <li>- Opleiding: 60% high school-diploma of GED (??)</li> <li>- Werk: 44% had werk</li> <li>- Gem. inkomen per maand: \$ 1.149,69 (<i>SD</i> = 717,77)</li> </ul>
Interventie (incl. duur, dosering) (7)	Geen
Controle/vergelijking (incl. duur, dosering) (8)	- Helft slachtoffer van bewezen seksueel misbruik in de jeugd, andere helft gematchte controlegroep. - Van de 87 vrouwen uit de controlegroep rapporteerden er 41 retrospectief ook nog seksueel misbruik. Dit was echter niet gedocumenteerd. Statistische analyses toonden geen verschil tussen de officieel gedocumenteerde vrouwen en de niet-gedocumenteerde vrouwen. - Van de 174 vrouwen hadden er 152 een kind gebaard. Deze groep werd in de studie gebruikt.
Lengte follow-up (9)	De vrouwen waren oorspronkelijk gezien in het ziekenhuis rond 1970, toen waren ze tussen de 10 maanden en 12.
Resultaten (10)	Hogere scores op de trauma exposure index gerelateerd aan: <ul style="list-style-type: none"> <li>- verminderde parental satisfaction</li> <li>- CPS-meldingen over kindermishandeling</li> <li>- gebruik van fysieke disciplineringsmethoden</li> <li>- een geschiedenis van CPS-rapportages</li> </ul> Deze relaties werden deels gemedieerd door de relatie tussen trauma exposure en depressie. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zowel traumatische ervaringen in de jeugd als in de volwassenheid waren gerelateerd aan parenting problemen</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traumatische ervaringen in de volwassenheid hadden meer (negatieve) invloed op parenting dan die in de jeugd (maar zie overwegingen)</li> <li>- Zowel seksueel misbruik als fysieke mishandeling waren gerelateerd met meer negatieve parenting outcomes inzake zelf-gerapporteerd ouderlijk gedrag en de perceptie van zichzelf als ouder</li> <li>- In de groep met zowel traumatische ervaringen in de jeugd als de volwassenheid waren het hebben van sociale support en goed voor zichzelf zorgen protectieve factoren</li> <li>- Culturele achtergrond en huwelijkse staat waren niet gerelateerd aan de parenting outcome variabelen</li> <li>- Hogere opleiding, het hebben van werk en een hoger inkomen waren gerelateerd aan minder meldingen bij CPS, maar niet met de andere drie parenting outcome variabelen</li> <li>- Oudere leeftijd bij geboorte eerste kind was gerelateerd aan forse fysieke disciplineringsmethoden, verwaarlozing, en lagere parenting satisfactie</li> <li>- Het hebben van meer kinderen was gerelateerd aan verwaarlozing, gerapporteerde mishandeling of betrokkenheid van social services en lagere parenting satisfactie.</li> </ul> <p>Seksueel misbruik op zich heeft geen invloed op parenting, althans in deze groep waar veel van het misbruik was gepleegd door iemand van buiten het gezin.</p> <p><u>Uitkomsten moeders</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 71,7% (109) seksueel misbruik in de jeugd, geen verschillen tussen de onderzoeks- en de controlegroep (Gemodificeerde Russell scale)</li> <li>- 30,9% (47) fysieke mishandeling, geen verschillen tussen de onderzoeks- en de controlegroep (CTS)</li> <li>- 40,1% (61) huiselijk geweld in de jeugd, geen verschillen tussen de onderzoeks- en de controlegroep</li> <li>- 70,4% (107) huiselijk geweld in de volwassenheid, geen verschillen tussen de onderzoeks- en de controlegroep</li> <li>- 42,1% (64) seksueel misbruik in de volwassenheid, geen verschillen tussen de onderzoeks- en de controlegroep</li> <li>- Cumulative trauma: index of trauma exposure: 5 traumagebieden opgeteld. Gemiddelde hele groep 2,55 (<math>SD = 1,43</math>), significante verschillen tussen de controlegroep (<math>M = 2,18</math>; <math>SD = 1,51</math>) en de CSA-slachtoffergroep (<math>M = 2,95</math>; <math>SD = 1,23</math>).</li> <li>- 14% scores in de klinische range op de depressieschaal van de Trauma Symptom Inventory, geen verschillen tussen onderzoeks- en controlegroep.</li> </ul> <p><u>Uitkomsten parenting</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fysieke disciplineren c.q. fysieke mishandeling (CFT): 15,8% (24)</li> <li>- Parenting satisfaction, totaal te behalen punten 16, gem. score: 13,14 (<math>SD = 2,38</math>), range 6-16</li> <li>- Verwaarlozing kinderen: 36,8% (56) (CTS)</li> <li>- Gerapporteerd bij CPS: 39,5% (60)</li> </ul>
Overige	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het is belangrijk om met betrekking tot parenting zowel de jeugd- als</li> </ul>

opmerkingen (13)	<p>de volwassen traumatische ervaringen in ogenschouw te nemen</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- De grotere impact van traumatische ervaringen in de volwassenheid op parenting kan te maken hebben met het feit dat mensen die in hun jeugd traumatische ervaringen hebben ondergaan, kwetsbaarder zijn voor traumatische ervaringen in de volwassenheid en dan ook vaker trauma's in de volwassenheid oplopen: volwassen trauma's zijn proximale stressors, maltreatment in de jeugd is een distale stressor</li><li>- Trauma is een van de vele factoren die van invloed kunnen zijn op parenting en depressie.</li></ul> <p>Dit onderzoek werd uitgevoerd met een overwegend Afrikaans-Amerikaanse groep, en is dus moeilijk te generaliseren naar een overwegend blanke bevolkingsgroep.</p>
---------------------	---

## BIJLAGE P: TOELICHTING OP ONDERDELEN

### Problemen rond prevalentieonderzoek

Door problemen rondom prevalentieonderzoeken is de vergelijkbaarheid van internationale onderzoeken lastig. Prevalentieonderzoek naar FHG geeft vertekende uitkomsten door de verschillen in gehanteerde definitie, methode en onderzochte populatie.

Het onderzochte geweld verschilt afhankelijk van de gehanteerde definitie. Het kan gaan om familiaal geweld of geweld op het werk, om fysiek, seksueel of emotioneel geweld of om een combinatie daarvan. Soms worden alle fysieke uitingen van ergernis, boosheid of wreedheid geweld genoemd ongeacht de intentie, terwijl verbale, emotionele en sociale agressie niet-gewelddadig worden genoemd. Ook variabelen als tijdstip, duur en frequentie van het geweld kunnen bij elk onderzoek anders gedefinieerd zijn: ooit geweld ondervonden of sinds een bepaalde leeftijd, of de laatste vijf jaar of het laatste jaar (zie Hagemann-White, 2001; Römken & Van Poppel, 2006).

Telefonische interviews, schriftelijke enquêtes via de post, persoonlijke interviews, persoonlijk uitgedeelde vragenlijsten en vragenlijsten in te vullen per computer zijn onderling niet goed vergelijkbaar. De vragenlijsten zijn verschillend. De onderwerpen van de vragenlijsten variëren van veiligheid voor vrouwen, geweld tegen vrouwen, partnerrelaties en conflicten, tot algemene aspecten van geweld. Daarnaast is vaak voor interviewers en onderzochten niet duidelijk wat de onderzoekers precies verstaan onder geweld.

Niet alle onderzoeken maken gebruik van gevalideerde vragenlijsten c.q. onderzoeksinstrumenten. Niet alle instrumenten en onderzoeksmodellen houden rekening met contextuele factoren. Slachtoffers van ernstig geweld durven vaak niet mee te doen aan een onderzoek omdat zij van de pleger niet met anderen mogen praten en bang zijn voor represailles als zij toch informatie geven over hun ervaringen. Hierdoor ontstaat een onderrapportage van ernstig geweld.

### Een systeemgeoriënteerde visie

FHG is nooit een geïsoleerd fenomeen. Het speelt zich af in een relationele context, die zelf ook weer ingebed is in allerlei meer of minder complexe sociale en culturele systemen, die gezamenlijk de maatschappij vormen. Daarnaast zijn slachtoffers heel verschillend en datzelfde geldt voor de plegers. Hun gedrag wordt bepaald door een aantal lichamelijke en psychische systemen, die elkaar onderling beïnvloeden en een ontwikkelingsgeschiedenis hebben doorgemaakt, die was ingebed in een sociaalculturele context. Wat alles nog complexer maakt, is dat slachtoffers en plegers ook op elkaar reageren. Gewelddadig gedrag zal dus steeds vanuit een visie moeten worden bestudeerd die aan deze complexiteit recht doet. De systeemgeoriënteerde visie, in navolging van Engel (1977) ook wel het 'biopsychosociaal model' genoemd, biedt daarvoor een kader. Het is geen vastomlijnde theorie waaruit men a priori allerlei wetmatigheden kan afleiden. Elk individueel geval dient opnieuw te worden geanalyseerd. Dat betekent dat bij elk individueel geval bekeken wordt welk systeem of welke systemen bij de problematiek betrokken zijn en dat – ook – op dat niveau taxaties verricht worden en eventueel behandelinterventies worden ontworpen. Een systeembenadering zorgt ervoor dat men zich als beroepsbeoefenaar en wetenschapper steeds de complexiteit van context en infrastructuur blijft realiseren.

Zo kan men bijvoorbeeld op grond van deze visie postuleren dat pleger en slachtoffer beiden altijd een rol spelen bij ontstaan en voortbestaan van FHG. Deze rol verdient professionele aandacht, men kan nooit a priori conclusies trekken over de aard van die rol, laat staan over de causaliteit of zoiets als 'schuld'. Waar twee vechten hoeven niet twee schuld te hebben, al kan dat wel het geval zijn. Een zorgvuldige 'assessment' zal van geval tot geval moeten uitmaken in hoeverre en in welke mate de verschillende contextuele en infrastructurele systemen bij het ontstaan en voortbestaan van het geweld betrokken zijn. Omdat FHG vaak emotionele reacties bij beroepsbeoefenaars kan oproepen stelt een professionele taxatie hoge eisen aan competentie en zorgvuldigheid.

### **Een dynamische visie**

Ook 'in de tijd' is FHG geen geïsoleerd fenomeen dat alleen in het hier en nu bestaat. Het ontwikkelt zich onder invloed van een krachtenspel in de tijd. Er zijn verschillende variaties mogelijk. Inzicht daarin is een eerste doel van een goede 'assessment'.

Een al wat ouder, door beroepsbeoefenaars nog steeds gebruikt model is dat van Leonore Walker (1980), dat de geweldsontwikkeling aanduidt met termen als Violence Cycle Model, de 'geweldsspiraal' of 'de cyclus van geweld', waarvan de beschrijving hier ontleend is aan de ICSI *Healthcare Guideline* uit Minnesota (2006). De geweldscyclus verloopt volgens dit model in drie fasen. De eerste daarvan start met gevoelens van spanning en woede bij de pleger, waarop het slachtoffer reageert met angst. In de tweede fase volgt dan het geweld van de pleger, waarop door het slachtoffer en de pleger gereageerd wordt met gevoelens van schaamte en isolement. Dan komt de derde fase, vaak de 'honeymoon'-fase genoemd, waarin de pleger zijn spijt betuigt en zijn voornemens 'het nooit meer te doen', waarop het slachtoffer reageert met gevoelens van hoop. Daarna herhaalt zich, zonder interventie en analyse van wat er nu eigenlijk aan de hand is, dezelfde cyclus vaak opnieuw bij een volgend incident, en dat vaak steeds sneller en frequenter.

Door onderzoek is intussen duidelijk geworden dat dit model slechts een van de vormen van relationeel geweld beschrijft en dan nog sterk vereenvoudigd. Deze spiraal betreft een bepaalde vorm van partnergeweld: complementair partnergeweld met een pleger en een slachtoffer, dat cyclisch verloopt en in frequentie toeneemt. Er is echter lang niet altijd sprake van een cyclus of van toename, het kan ook gaan om een habitueel patroon. Men kan dan denken aan een man uit een sterk patriarchale cultuur, die de vrouw op allerlei manieren intimideert en terroriseert. Of aan het toepassen van FHG als onderdeel van een algemeen patroon van gebruik van geweld in relaties, zoals dat wel voorkomt bij mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Geweld blijkt ook lang niet altijd steeds vaker en sneller voor te komen. Dat heeft men vroeger lang gedacht, maar onderzoek heeft aangetoond dat er ook situaties voorkomen waarin het soms wel en soms niet aan de orde is. Soms is er een explosie en daarna nooit meer. Maar er zijn nog meer variaties. Vaak blijkt een patroon van *demand-withdraw*, aanklagen-terugtrekken, dominant (zie bijv. Eldridge & Christensen, 2002). Daarbij ontstaat veel geweld omdat mensen niet goed frustraties kunnen hanteren, escaleren in taal en expressie, waarbij het lichaam in een 'alarmfase' komt. In die fase wordt reflectie geblokkeerd en overheersen meer primitieve delen van het brein waarin 'vecht, vlucht of verlam' (fight, flight or freeze) mechanismen overheersen. Veel geweld komt voort uit escalaties tussen partners of tussen ouder en kind, waarbij die mechanismen overheersen. Persoonlijkheidsstoornissen en andere pathologie versterken die dynamiek. Ook rigide culturele opvattingen over rolpatronen bij mannen en vrouwen kunnen dat doen. De geweldsspiraal uit 1979 is daarom al lang niet meer het enige model dat door beroepsbeoefenaars wordt gebruikt. En als dat wel aangewezen lijkt, doet men dat veelal gedifferentieerder (Groen & Van Lawick, 2007).

### **Bepalingen over de zwijgplicht van beroepsbeoefenaars**

De *Nederlandse artseneed* bevat de zinsnede: 'Ik zal geheim houden wat mij is toevertrouwd' (VSNU & KNMG, 2003).

Het *Wetboek van Strafrecht* stelt in artikel 272: 'Hij die enig geheim waarvan hij weet of redelijkerwijs moet vermoeden dat hij uit hoofde van ambt, beroep of wettelijk voorschrift dan wel van vroeger ambt of beroep verplicht is te bewaren, opzettelijk schendt, wordt gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste een jaar of geldboete van de vierde categorie.'

In de *Wet Beroepen in de Gezondheidszorg* (BIG) staat in artikel 88: 'Een ieder is verplicht geheimhouding in acht te nemen ten opzichte van al datgene wat hem bij het uitoefenen van zijn beroep op het gebied van de individuele gezondheidszorg als geheim is toevertrouwd, of wat daarbij als geheim ter zijner kennis is gekomen en waarvan hij het vertrouwelijke karakter moet begrijpen.'

Het *Burgerlijk Wetboek* bevat in Boek 7 de *Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst* (WGBO), waarvan artikel 457 deze passages bevat: 'De beroepsbeoefenaar draagt ervoor zorg dat

aan anderen dan de patiënt geen inlichtingen over de patiënt /.../ worden verstrekt dan met toestemming van de patiënt.' Overigens wordt hierbij de volgende uitzondering geformuleerd: 'De verstrekking kan geschieden zonder inachtneming van de beperkingen, bedoeld in de voorgaande volzinnen, indien het bij of krachtens de wet bepaalde daartoe verplicht.'

Een wet waaraan in dit verband gedacht moet worden, is de *Wet op de Jeugdzorg*, waarvan artikel 53 lid luidt: 'Degene die op grond van een wettelijk voorschrift of op grond van zijn ambt of beroep tot geheimhouding is verplicht kan, zonder toestemming van degene die het betreft, aan een stichting (hiermee wordt het AMK (Advies- en Meldpunt Kindermishandeling) bedoeld) inlichtingen verstrekken, indien dit noodzakelijk kan worden geacht om een situatie van kindermishandeling te beëindigen of een redelijk vermoeden van kindermishandeling te onderzoeken.'

Tevens is er de volgende bepaling in het *Burgerlijk Wetboek*, Boek 1, artikel 240: 'Degene die op grond van een wettelijk voorschrift of op grond van zijn ambt of beroep tot geheimhouding is verplicht kan, zonder toestemming van degene die het betreft, aan de Raad voor de Kinderbescherming inlichtingen verstrekken, indien dit noodzakelijk kan worden geacht voor de uitoefening van de taken van de raad.'

De laatste twee aangehaalde artikelen geven een beroepsbeoefenaar de mogelijkheid om mishandeling te melden. Het gaat hier om een meldingsrecht en niet om een meldingsplicht.

### **Psychopathologie bij kinderen na FHG**

Hoewel niet bij alle kinderen die (vormen van) kindermishandeling/FHG hebben meegemaakt een posttraumatische stressstoornis (PTSS) wordt geconstateerd, vertoont een aanzienlijk deel wel symptomen van PTSS. Percentages variëren van 42 tot 100% in klinische groepen, en van 36 tot 39% voor niet naar een hulpverleningsinstelling verwezen mishandelde kinderen (McLeer et al., 1998). Voor seksueel misbruikte kinderen variëren de percentages PTSS (symptomen) van 42 tot 90%. Voor kinderen die getuige zijn geweest van geweld in hun gezin worden percentages vermeld van 50 tot 100% (Pynoos & Nader, 1988), en voor fysiek mishandelde kinderen van 11 tot 50% (Pelcovitz et al., 1994). Hierbij dient te worden aangetekend dat het classificatiesysteem van de DSM-IV-TR niet voldoet voor jonge kinderen (Perrin et al., 2000). Kinderen laten een grotere variatie aan symptomatologie zien dan volwassenen, en PTSS uit zich bij kinderen in symptomen die passen bij hun ontwikkelingsniveau. Om deze reden zijn voor baby's en peuters alternatieve criteria voorgesteld (Scheeringa et al., 1995, 2003) die momenteel onderwerp van onderzoek zijn en nog niet als zodanig zijn geaccepteerd.

Kinderen die langdurig seksueel zijn misbruikt of op een andere manier langdurig zijn getraumatiseerd, kunnen zowel symptomen vertonen van PTSS als van pathologische dissociatie. Deze twee syndromen worden nogal eens met elkaar verward. Het betreft echter syndromen die, ofschoon verwant, niet per se hoeven samen te vallen (Collin-Vézina & Hébert, 2005). Dissociatie is een structurele scheiding tussen psychologische processen die normaliter geïntegreerd zijn. Bij kinderen kan daarbij een verstoring optreden op drie gebieden (Collin-Vézina & Hébert, 2005): *geheugen* (bijvoorbeeld: geen herinnering hebben aan de gebeurtenissen), *waarneming* (bijvoorbeeld: verwarring tussen fantasie en werkelijkheid) en *identiteit* (bijvoorbeeld: inconsistenties in eigenschappen en vaardigheden). Hierdoor is bij deze kinderen de realiteitstoetsing verstoord.

Dissociatieve reacties op het gebied van waarneming c.q. realiteitstoetsing zijn onder meer depersonalisatie, derealisatie en emotionele verdoving. Dissociatieve reacties tijdens en onmiddellijk na een incident (peritraumatische dissociatie) worden verondersteld adaptief te zijn, maar het voortduren van deze reacties kan leiden tot een falend verwerkingsproces van de gebeurtenis en daardoor tot sterkere posttraumatische stressreacties (Schäfer et al., 2004).

Een speciale taakgroep 'complex trauma' van het National Child Traumatic Stress Network – een consortium waarin verschillende universiteiten en instituten zijn verenigd – heeft aanbevelingen ontwikkeld ten aanzien van diagnostiek en behandeling van kinderen en adolescenten die chronisch getraumatiseerd zijn en onder meer last hebben van pathologische dissociatie (Cook et al., 2003). In

Nederland is, mede op grond van deze aanbevelingen, door vier samenwerkende kinderpsychotraumacentra (de Bascule/AMC Amsterdam, het Kinder- en Jeugdtraumacentrum te Haarlem, het Psychotraumacentrum Rivierduinen en het Psychotraumacentrum van het WKZ/UMC) een overzicht gemaakt van psychodiagnostische instrumenten die zich lenen voor de specialistische diagnostiek van traumagerelateerde problemen bij kinderen en adolescenten (Beer et al., 2007).

### **Handelen bij volwassenen, Hoofdstuk 8, uitgangsvraag 16, overige verwegingen**

Aanzienlijk eenvoudiger wordt het wanneer er een wettelijke meldplicht zou bestaan. Daarmee zou de arts gelegitimeerd zijn om met schending van zijn beroepsgeheim een vermoeden van FHG te melden. Hij kan zich dan immers beroepen op de uitvoering van een wettelijk voorschrift. Aan een meldplicht kleven echter bezwaren. Het lijkt een beter idee een wettelijk meldrecht te formuleren. Het meldrecht geeft de arts de bevoegdheid bij een vermoeden van FHG zijn zwijgplicht te verbreken (Ministerie van VWS, 1996; NIZW, 1998; KNMG, 2008).

De bijzondere zorgplicht van de arts kan worden omschreven als 'de verplichting van de arts om, met inachtneming van de rechten van zijn patiënt, al datgene te doen wat in zijn vermogen ligt, van zowel curatieve als preventieve aard, dat bijdraagt aan de bevordering, het behoud of het herstel van de lichamelijke en geestelijke gezondheid van zijn patiënt'.

Tegen de achtergrond van deze omschrijving kan worden gesteld dat een nalaten van de arts, bestaande uit het verzwijgen van zijn vermoeden van kindermishandeling/huiselijk geweld, moet worden aangemerkt als een schending van zijn bijzondere zorgplicht. De arts is immers gehouden alles te doen wat in zijn vermogen ligt om het (gezondheids)belang van de patiënt/cliënt te dienen. Als de arts zelf niet in staat is de patiënt/cliënt tegen verdere aantasting van zijn gezondheid te beschermen, ligt het op zijn weg dusdanige actie te ondernemen, dat de bescherming van de patiënt/cliënt op andere wijze wordt gerealiseerd. Laat hij dit na, dan is hij civielrechtelijk aansprakelijk wegens het niet nakomen van de verplichtingen uit de behandelingsovereenkomst. Tuchtrechtelijk kan de arts ook een verwijt worden gemaakt. Het vertrouwen in de medische stand wordt immers ernstig ondermijnd als binnen de samenleving de mening kan gaan postvatten dat artsen geen adequate maatregelen nemen om een patiënt/cliënt tegen verdere mishandeling te beschermen.

Artikel 255 van het Wetboek van Strafrecht stelt dat 'hij die opzettelijk iemand, tot wiens onderhoud, verpleging of verzorging hij krachtens wet of overeenkomst verplicht is, in een hulpeloze toestand brengt of laat, wordt gestraft met...'.

### **Implementatie van de richtlijn**

De implementatie van medisch specialistische en multidisciplinaire richtlijnen is in Nederland niet intensief onderzocht. Onderzoek naar de implementatie van standaarden (voor huisartsen) is iets beter beschikbaar. Uit deze onderzoeken kunnen conclusies worden getrokken die waarschijnlijk ook relevant zijn voor de implementatie van medisch specialistische en multidisciplinaire richtlijnen.

In een onderzoeksrapport 'Effectieve implementatie: theorieën en strategieën' zijn belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie van standaarden en richtlijnen weergegeven (Hulscher et al., 2000). In dit onderzoeksrapport en in een eerder rapport worden overzichtsartikelen met betrekking tot verschillende implementatiestrategieën becommentarieerd (Hulscher et al., 2000; Grol & Grimshaw, 2003).

Uit dit onderzoek blijkt dat richtlijnen die gemaakt en verspreid worden door erkende specialisten op dat gebied, die recht doen aan de gangbare praktijk en die 'interactief' verspreid worden, relatief succesvol blijken. Uiteraard hebben ook vorm en inhoud van een richtlijn belangrijke invloed op de acceptatie van de richtlijn en – na acceptatie – op de implementatie (Grol & Grimshaw, 1998).

Ideale richtlijnen zijn valide, betrouwbaar, reproduceerbaar, multidisciplinair, toepasbaar en flexibel, duidelijk, eenduidig en goed gedocumenteerd. Verder is bevorderlijk voor de kwaliteit van een richtlijn dat een testtraject voor implementatie wordt uitgezet, dat de uitvoering ervan evalueerbaar is en op basis daarvan aanpasbaar. Belangrijk is ook dat in de richtlijn, waar relevant, behalve aan het



zorgverlenersperspectief ook aandacht wordt geschonken aan het patiëntperspectief en aan het maatschappelijk perspectief (bijvoorbeeld: kosten en organisatie van zorg). Ten slotte is het van belang dat de richtlijn na implementatie ook daadwerkelijk geëvalueerd wordt en, indien nodig, aangepast aan nieuwe inzichten. Een instrument ter controle van deze items is beschikbaar (AGREE-instrument).

De richtlijn 'Familiaal Huiselijk Geweld bij kinderen en volwassenen' is zo veel mogelijk opgesteld aan de hand van deze AGREE-criteria. De richtlijn is transparant in de argumentatie wat betreft de balans tussen wetenschappelijke overwegingen en overige overwegingen, zoals praktijkorganisatie, wensen en voorkeuren van patiënten en maatschappelijk belang.

Naast een intrinsiek optimaal opgestelde richtlijn kunnen diverse maatregelen de implementatie van de richtlijn bevorderen. De belangrijkste conclusies ten aanzien van de effectiviteit van implementatiestrategieën van richtlijnen zijn (NHS, 1999; Bero et al., 1998, Wensing, 1999, Wensing et al., 1998):

- Voor optimale implementatie van de richtlijn moet aandacht worden besteed aan factoren die naleving van de richtlijn kunnen bevorderen of belemmeren (pér doelgroep en/of setting); een goede analyse van deze bevorderende en belemmerende factoren is noodzakelijk vóór implementatie.
- Er bestaat geen een-op-een relatie tussen de theorieën betreffende de implementatie en de concrete implementatiestrategieën.
- Het is onmogelijk om één optimale interventie (enkelvoudig of samengesteld) aan te bevelen voor het bevorderen van implementatie van vernieuwing of verandering (richtlijn); diverse strategieën zullen moeten worden gecombineerd.

## BIJLAGE Q: SAMENVATTING VAN DE LITERATUUR

### Behandeling bij kinderen, Hoofdstuk 5

NB: zie voor de literatuurverwijzingen het literatuuroverzicht in hoofdstuk 5.

Voor het beantwoorden van de uitgangsvraag is literatuuronderzoek verricht, waarbij werd gezocht in de databases van PsycINFO, Medline, Cochrane en van de databank effectieve interventies van het NJI. Daarnaast is handmatig gezocht. Dit leverde enkele systematische reviews en meta-analyses op. Verder werden enkele specialistische websites geraadpleegd: National Guideline Clearinghouse (<http://www.guideline.gov/>), World Health Organization (Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence, 2003; Prevention of child maltreatment, 2008), YWCA Calgary (Exploring best practices for children who witness: 2-year program evaluation report, 2005), American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC; Practice Guidelines on Child Neglect; Psychosocial evaluation of suspected sexual abuse in children; Investigative interviewing in cases of alleged child abuse).

Daarnaast werd via zoekmachines op het internet gezocht naar bestaande richtlijnen voor behandeling van kinderen, met behulp van de trefwoorden: domestic violence/partner violence/interpersonal violence/interparental violence/spouse abuse, guidelines, treatment, counseling, child sexual abuse, physical abuse, emotional neglect/abuse, interventions, psycho-education, child(ren as) witness(es), psychotherapy.

In de afgelopen vijf jaar is veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van behandelmethoden voor mishandelde kinderen en hun gezinnen, en er verschenen verschillende publicaties. In 2004 werd *The Kauffman best practices project final report* gepubliceerd, dat als ondertitel had: *Closing the quality chasm in child abuse treatment: identifying and disseminating best practices* (Chadwick Center on Children and Families, 2004). Eveneens in 2004 verscheen *Child physical and sexual abuse: guidelines for treatment* (Saunders et al., 2004). In 2006 werd de review *Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused* (review) gepubliceerd (Macdonald et al., 2006).

In de eerste twee rapporten werden alleen psychotherapeutische, en dus geen farmacologische of psycho-educatieve, interventies beoordeeld. Voor de beoordeling van de effectiviteit van de methode werden de volgende selectiecriteria gehanteerd:

- De behandeling stoelt op een geaccepteerde theoretische basis, waardoor te verwachten valt dat althans een deel van de gevolgen van de mishandeling door de behandeling te verbeteren is.
- De behandeling is in de klinische praktijk algemeen geaccepteerd als een methode voor hulp aan mishandelde kinderen en/of hun gezinnen.
- Er is genoeg klinisch-anekdotisch materiaal dat wijst op de waarde van de behandeling voor mishandelde kinderen en/of hun gezinnen van verschillende etnisch/culturele achtergrond.
- Er zijn geen indicaties dat de behandeling risico's oplevert voor diegene die de behandeling volgt.
- Er is, op zijn minst, één gerandomiseerde studie over de behandeling gedaan, die de effectiviteit van de methode aantoonde voor de kinderen en/of hun gezinnen.
- Als er meerdere uitkomstonderzoeken zijn uitgevoerd, dan moet de meerderheid van deze onderzoeken aantonen dat de behandeling effectief is.

Daarnaast moesten de methoden voldoen aan criteria met betrekking tot de overdraagbaarheid naar de reguliere klinische settings, te weten:

- Er moet een boek, een manual, of in ieder geval 'iets' geschreven zijn aan de hand waarvan een clinicus de methode kan toepassen.

- De behandeling moet zo beschreven zijn dat de clinicus in een reguliere (klinische) setting 'getrouw' aan het protocol de methode kan toepassen.
- De behandeling moet toepasbaar zijn voor de 'doorsnee' beroepsbeoefenaar die een (gemiddelde) training en enige supervisie over het gebruik heeft ontvangen.

Er werden 24 behandelprotocollen voor mishandelde kinderen en/of hun gezinnen beoordeeld door een comité van adviseurs (experts aangaande de behandeling van problemen gerelateerd aan kindermishandeling). De behandelprotocollen werden geclassificeerd in een van de zes onderstaande categorieën:

1. goed onderbouwde, effectieve behandeling
2. onderbouwd en waarschijnlijk effectieve behandeling
3. onderbouwd en acceptabele behandeling
4. veelbelovende en acceptabele behandeling
5. innovatieve/nieuwe behandeling
6. experimentele of twijfelachtige behandeling.

Zes van de behandelingen werden geclassificeerd als categorie 3 en hoger, doch alleen Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT, zie verderop) behoorde tot de hoogste categorie. Uiteindelijk, en na een proces van steeds scherper wordende beoordelingen, bleken de volgende drie methoden gewaardeerd te kunnen worden als 'best practices':

1. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT)
2. Abuse-Focused Cognitive Behavioral Therapy (AF-CBT)
3. Parent-Child Interaction Therapy (PCIT).

Bij de bespreking van de afzonderlijke vormen van kindermishandeling en de daarvoor aangewezen behandelmethoden zal verder ingegaan worden op deze vormen van behandeling.

#### *Emotionele verwaarlozing en mishandeling (emotional neglect, emotional abuse, child neglect)*

Emotionele verwaarlozing (child neglect) is de meest voorkomende vorm van kindermishandeling. In de literatuur zijn weinig beschrijvingen van behandelprogramma's voor (uitsluitend) 'child neglect' gevonden. Een tweede probleem met betrekking tot verwaarlozing is dat er, tot op heden (2008), geen consensus is over wat onder verwaarlozing moet, en mag, worden verstaan. En ten slotte zijn alle beschreven programma's vooral gericht op hele jonge kinderen (infants and toddlers). Voor oudere verwaarloosde kinderen werden geen programma's gevonden. De programma's met betrekking tot verwaarlozing zijn te verdelen in drie groepen:

1. voor de verwaarlozende ouders, waarin *niet* expliciet aandacht besteed wordt aan de kinderen
2. voor verwaarloosde kinderen die in een residentiële setting of in een pleeggezin waren geplaatst
3. voor verwaarloosde kinderen die nog in hun gezin verbleven.

In de eerste groep bleken er enkele (veel)belovende programma's, maar geen daarvan is onderwerp van rigoreus onderzoek (RCT) geweest. Het Safe Care-programma, dat is afgeleid van het Project 12-Ways (Lutzker, 1984; Lutzker & Bigelow, 2002), is een programma dat gebruikt wordt voor multi-probleem-gezinnen die gemeld zijn bij het Amerikaanse Child Welfare System (c.q. Child Protection Services, CPS; vergelijkbaar met de Nederlandse Raad voor de Kinderbescherming) vanwege verwaarlozing en/of fysieke mishandeling. Het doel is het verminderen van de verwaarlozing en/of de mishandeling. Het programma is vooral ontworpen voor (verwaarlozende) gezinnen met jonge kinderen, en richt zich op veiligheid in huis, 'organization skills', de gezondheid van het kind en 'nutrition management skills', en vaardigheden aangaande het gedrag van kinderen ('target skills').

Het is een programma dat in de thuissituatie wordt uitgevoerd, c.q. geoefend, door paraprofessionals.

Er werden verschillende (4) quasi-experimentele studies uitgevoerd (Gershater-Molko et al., 2002; Lutzker & Rice, 1984, 1987; Wesch & Lutzker, 1991), waaruit bleek dat de recidive (nieuwe melding bij CPS) van de gezinnen die het programma volgden significant lager was dan van gezinnen die 'care-as-usual' kregen. Een RCT met het programma werd uitgevoerd in gezinnen met jonge kinderen met ouders met een verstandelijke beperking (Lutzker et al., 2001). De verstandelijk beperkte ouders die een aangepaste versie van het Safe Care-programma volgden, bleken significant meer te verbeteren ten aanzien van de 'target skills' dan verstandelijk beperkte ouders die wel het cursusmateriaal kregen, doch niet in de thuissituatie oefenden. Momenteel (2008) lopen er verschillende RCT's van het Safe Care-programma of varianten daarvan. Het lopende onderzoek en de reeds uitgevoerde onderzoeken wijzen op een positief effect van het Safe Care-programma met betrekking tot het aanleren van (opvoedkundige) vaardigheden en het terugdringen van nieuwe meldingen bij CPS. Het Safe Care-programma valt, in de Amerikaanse terminologie, onder de grote groep programma's die aangeduid worden als Family Preservation Program (FPP) en Family Support Program (FSP).

Chaffin et al. (2001) deden onderzoek naar de effecten van deze programma's. Voor gezinnen met een *laag* risico op verwaarlozing/kindermishandeling bleken de programma's niet effectief. Voor gezinnen met een *hoog* risico (demografische factoren, hoge Child Abuse Potential-score) werkten de gestandaardiseerde programma's die zich richten op de vergroting van de (opvoedkundige) vaardigheden (zoals Safe Care) nauwelijks. Deze gezinnen waren het meest gebaat bij een 'basic needs-approach' met 'mentoring services'. Bovendien bleek, voor de groep met een hoog risico, dat behandeling in de thuissituatie minder goed werkte dan als het programma in een (hulpverlenings)centrum werd aangeboden. Chaffin et al. (2001) merkten op dat FPP- en FSP-programma's vooral gericht zijn op het vergroten van de kennis, en niet op het vergroten van vaardigheden ('skills'). Daarnaast stelden zij dat in de programma's weinig rekening werd gehouden met de (klassieke) karakteristieken van verwaarlozende ouders, zoals alcohol/drugsafhankelijkheid, FHG, armoede en depressie, en dat dit – mede – een factor zou kunnen zijn die van invloed is op het geringe succes van de programma's. Een en ander impliceert dat hulp aan de ouders voor de eigen (psychiatrische) problemen, het verhogen van de pedagogische vaardigheden, en het behulpzaam zijn met betrekking tot het verkrijgen van de 'basale behoeftes' naast elkaar, dus tegelijkertijd, zal moeten plaatsvinden om een einde te kunnen maken aan een situatie van verwaarlozing van de kinderen. Voor de 'emotionele behoeftes' van de kinderen werd geen hulpverleningsprogramma aangetroffen in de literatuur.

In de tweede groep (uit huis geplaatste pre-school kinderen) werd door Udwin (1983) een RCT-studie uitgevoerd naar de effectiviteit van een 'imaginative play training'. De experimentele en de controlegroep bevatten ieder (slechts) 17 kinderen. De kinderen in de experimentele groep vertoonden na 10 keer 30 minuten training, verdeeld over 5 weken, meer fantasiespel, betere interactie en coöperatie met leeftijdsgenootjes, en minder agressief spel dan de (17) kinderen die 10 keer 30 minuten in een klein groepje speelden.

In de derde categorie werden drie studies gevonden waarin gebruikgemaakt werd van een RCT (Reams & Friedrich, 1994; Fantuzzo et al., 1996; Culp et al., 1991). In geen van deze studies was sprake van een enigszins 'zuivere' groep verwaarloosde kinderen. De kinderen in deze studies waren ook slachtoffer van fysieke en/of seksuele kindermishandeling.

#### *Fysieke verwaarlozing (physical neglect)*

Voor fysieke mishandeling (alleen) werden geen beschrijvingen van behandelprogramma's gevonden. Deels omdat fysieke verwaarlozing en emotionele verwaarlozing vaak samen gaan, en deels, waarschijnlijk, omdat de gevolgen van fysieke verwaarlozing eerder zichtbaar (en ruikbaar) zijn en

deze kinderen mogelijk snel(ler) in het medische circuit terecht zullen komen. Onbekend is wat de emotionele gevolgen van alleen fysieke verwaarlozing (geen/verkeerd eten, niet wassen, enzovoort) voor kinderen zijn.

#### *Fysieke mishandeling (physical abuse)*

Voor kinderen die fysiek mishandeld zijn/worden, en voor hun ouders, werden twee vormen van behandeling gevonden die door middel van RCT's effectief waren bevonden, te weten: Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) en Abuse-Focused Cognitive Behavioral Therapy (AF-CBT) (Kolko, 1996a en b). Voor de AF-CBT geldt dat niet de hele methode maar alleen componenten daaruit, aan een RCT zijn onderworpen. Een RCT naar de complete methode is in uitvoering.

PCIT is een behandelmodel waarin stap voor stap in sessies wordt gewerkt met de ouder/verzorger en het kind. De ouder leert goed in te gaan op het gedrag en de signalen van het kind door middel van een one-way-screen en support van de behandelaar via een 'oortje'. PCIT is oorspronkelijk ontwikkeld voor jonge kinderen (<7jaar) met ernstige gedragsproblemen (Oppositional Defiant Disorder (ODD) en associated behavior disorders), en is in RCT's effectief bevonden (Hood & Eyberg, 2003).

PCIT bleek eveneens geschikt voor gezinnen waarin fysieke mishandeling voorkwam. Chaffin et al. (2004) toonden in een RCT aan dat PCIT (relatief) superieur is ten opzichte van andere programma's. De recidive van fysieke kindermishandeling in de met PCIT behandelde gezinnen was lager dan die in een controlegroep, en er werd een grotere reductie in negatieve ouder-kindinteracties gemeten dan bij de controlegroep.

Doelen van de behandeling zijn: (1) verbetering van de kwaliteit van de ouder-kindrelatie; (2) afname van de gedragsproblemen van het kind; (3) toename van sociaal gedrag; (4) verbetering van de vaardigheden van de ouder, inclusief positieve discipline; en (5) afname van de stress van het ouderschap. Het model is ook toepasbaar als het kind niet meer bij de ouders woont; dan kan een groepsleider/pedagogisch medewerk(st)er, een pleegouder enz. ingezet worden. Tussen de sessies door hebben de ouders huiswerk om te oefenen met de vaardigheden. Het programma is bedoeld voor ouders met kinderen in de leeftijd van 2 tot 12 jaar en de behandelduur is 12 tot 20 weken. Na behandeling bleek bij ouders die het PCIT-programma hadden gevolgd, de recidive ten aanzien van de fysieke mishandeling significant minder te zijn dan bij de ouders die andere programma's volgden. In de PCIT-groep was tevens een afname te zien van negatieve ouder-kindinteracties en een significante afname in frequentie en intensiteit van gedragsproblemen van het kind zoals gescoord door de ouders. Na de behandeling vielen de scores in het normale gebied, terwijl die daarvoor in het klinische gebied lagen. De positieve effecten werkten ook door op de siblings van de behandelde kinderen.

Abuse-Focused Cognitive Behavioral Therapy (AF-CBT; Kolko, 1996a en b) is een behandeling op basis van de leer en systeemtheorie, en ontwikkelingspsychopathologie. Het bestaat uit technieken voor mishandelde kinderen, voor de mishandelende ouders en het grotere familiesysteem eromheen. Doel is dat ouders leren op adequate wijze gedrag van de kinderen te stimuleren of te straffen, en het agressieve, gewelddadige gedrag van ouders te stoppen. De behandeling duurt gemiddeld 12 tot 16 weken. Parallel vinden individuele en gezinssessies plaats en er is de mogelijkheid voor groepsbehandeling. Het is gericht op gezinnen met kinderen in de leeftijd van 6 tot 15 jaar. De methode wordt momenteel (2008) in een RCT onderzocht.

#### *Seksueel misbruik (sexual abuse, intrafamilial sexual abuse, sexual abuse inside the family, sexual abuse outside the family)*

Over de behandeling na seksueel misbruik zijn reeds meerdere reviews gedaan. Het meest veelbelovend is de Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT). TF-CBT is een individuele, kortdurende interventie met zowel individuele sessies met het kind als gezamenlijke sessies met ouders en kind. Het is bestemd voor kinderen met gedrags- en emotionele problemen gerelateerd aan traumatische ervaringen, waarbij de problemen soms wel en soms niet voldoen aan

de criteria voor een volledige posttraumatische stressstoornis. Het is een psychotherapeutisch model dat traumagerichte interventies combineert met cognitieve gedragstherapie.

TF-CBT is vooral onderzocht met betrekking tot kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt. Er zijn verschillende RCT's uitgevoerd met TF-CBT voor seksueel misbruikte kinderen, zowel bij preschoolers als bij basisschoolleerlingen, en bij 'multiply traumatized children with sexual abuse-related PTSD' (Cohen et al., 2004). De resultaten van de verschillende studies tonen dat TF-CBT effectiever is dan non-directieve speltherapie of een steunende behandeling. RCT's waarin groeps-TF-CBT wordt toegepast worden momenteel (2008) in de VS uitgevoerd.

De Nederlandse Horizon-methode, een geprotocolleerde methode voor groepstherapie aan seksueel misbruikte kinderen met een parallel (groeps)programma voor hun niet-misbruikende ouders, is gebaseerd op de principes van de TF-CBT. Het programma werd door het NJI als deels effectief beoordeeld (zie Huiskes & Plugge, 2004; Lamers-Winkelmann, 2000a en b; Lamers-Winkelmann & Bicanic, 2000a en b).

Er is een Cochrane review gedaan van 'cognitive-behavioural' interventies voor seksueel misbruikte kinderen (Macdonald et al., 2006). Deze werd gebaseerd op een meta-analyse op grond van 10 onderzoeken bij in totaal 847 kinderen en adolescenten. Hierbij leek CBT een positieve invloed te hebben op de gevolgen van meegemaakt seksueel misbruik, maar de meeste resultaten bleken statistisch niet significant. Daarom werd gesproken van een potentiële bijdrage van CBT, en de noodzaak van meer en kwalitatief beter onderzoek om over beter bewijs te kunnen beschikken.

#### *Geweld tussen partners (domestic violence, partner abuse, interpersonal violence)*

Er zijn slechts enkele RCT's gevonden naar interventies bij kinderen die getuige en/of slachtoffer zijn geweest van geweld tussen hun ouders/opvoeders. Twee RCT's hebben betrekking op individuele therapie (Lieberman et al., 2005, 2006). De Child-Parent Psychotherapy (wekelijkse sessies, moeder en kind gezamenlijk, soms apart, met een moeder- en een kindcomponent, gedurende ongeveer een jaar) van Lieberman richt zich op preschoolers (2-5 jaar) en heeft als belangrijkste doel de kind-moederrelatie te versterken om zo het trauma te verwerken. Er werd bij 6 maanden follow-up een sterkere afname van de CBCL-totaalscore gevonden bij de groep die CPP heeft gevolgd in vergelijking met een groep die 'case management met individuele psychotherapie' heeft gekregen.

Twee andere RCT's richten zich op langdurige interventies door het aanleren van 'child management techniques' en het bieden van praktische ondersteuning aan de moeder. Het SUPPORT-programma voert dit uit door huisbezoeken en richt zich specifiek op kinderen die voldoen aan de diagnose ODD of CD (Jouriles et al., 2001; McDonald et al., 2006). Er werd aan het einde van de interventie geen sterkere afname van externaliserend en internaliserend probleemgedrag gevonden, noch een halfjaar later. Het aantal kinderen in dit onderzoek is erg klein (36 over twee groepen verdeeld).

Er zijn twee interventiestudies gevonden naar een psycho-educatief programma voor kinderen (en hun ouder) die geweld tussen hun ouders hebben meegemaakt, beide gebaseerd op 'Kids Club', waarbij in geen enkele studie sprake is van RCT (Graham-Bermann & Hughes, 2003; Lamers-Winkelmann, 2003, 2004). Beide studies laten een afname in probleemgedrag zien tussen voor- en nameting van kinderen die deelnemen aan het programma. Het programma dat Sullivan et al. (2002, 2004) evalueren, lijkt in opbouw op het programma 'Kids Club': 9 parallelle moeder- en kindgroepsessies; ook hier ontbreekt een vergelijkingsgroep. Het programma van Sullivan et al. kent diverse componenten, naast 10 kindgroepsessies. Het is hierdoor niet duidelijk wat het effect is van de groepsessies op de competentie van het kind (no measures of PTSD or behavior problems).

In de Horizon-reeks werd een geprotocolleerd therapieprogramma ontwikkeld voor kinderen die geweld tussen hun ouders hadden meegemaakt. Voorafgaand aan het programma voor de kinderen is er een zes sessies durend programma voor de niet-gewelddadige ouder, gericht op stabilisatie van die ouder en op het vergroten van hun mogelijkheden om hun kind(eren) te ondersteunen tijdens de

(kinder)behandeling. Tijdens de kindersessies is er een parallel (groeps)programma voor de niet-gewelddadige ouders. Kinderen en ouders hebben deels samen therapie, gericht op het verbeteren van de ouder-kindinteractie (Leeuwenburgh et al., 2007a en b; Visser et al., 2007a en b). Het programma voor kinderen die ruzie en geweld hebben meegemaakt is eveneens gebaseerd op de principes van de TF-CBT. Onderzoek wijst erop dat het programma effectief is, doch er heeft nog geen RCT plaatsgevonden (Dickmann,2008).

#### *Kinderen met seksuele gedragsproblemen (children with sexual behavior problems)*

De laatste tien jaar is er, vooral in de VS, aandacht voor de behandeling van jonge kinderen (12 jaar en jonger) met seksuele gedragsproblemen. Silovsky & Bonner (2003) omschreven seksuele gedragsproblemen als 'child(ren) initiated behaviors that involve sexual body parts (i.e. genitals, anus, buttocks, or breasts) in a manner that is developmentally inappropriate and potentially harmful to themselves and others'. Hoewel het voor de hand ligt om seksueel misbruik als veroorzakend voor seksuele gedragsproblemen te zien, blijkt dat niet altijd zo te zijn c.q. werd er bij een deel van de kinderen geen bewijs en soms zelfs geen aanwijzingen voor seksueel misbruik gevonden. In 2000 rapporteerden Bonner & Walker over 201 kinderen (6-12 jaar, gemiddelde leeftijd 7,8) met seksuele gedragsproblemen. Van die kinderen was 63% een jongen en dus 37% een meisje. Bijna 60% van deze kinderen was eerder in (GGZ-)behandeling geweest en 59% had een gedocumenteerde geschiedenis van (een vorm van) kindermishandeling. Fysieke mishandeling was gerapporteerd voor 32%, seksueel misbruik voor 48%, emotionele mishandeling voor 35% en verwaarlozing voor 16% van de kinderen.

Karakteristieken van kinderen met seksuele gedragsproblemen zijn, volgens Silovski e.a. (2003): (1) andere gedragsproblemen; (2) internaliserende symptomen; (3) weinig copingvaardigheden; (4) sociale (vaardigheids)problemen; (5) problemen in de ouder-kindrelatie; en (6) andere problemen in de thuissituatie of de omgeving. Jonge kinderen met seksuele gedragsproblemen worden onderverdeeld in: (i) seksuele gedragsproblemen alleen; (ii) seksuele gedragsproblemen met oppositionele en impulsproblemen; (iii) seksuele gedragsproblemen en -symptomen van PTSS; (iv) seksuele gedragsproblemen plus symptomen van PTSS plus significante (andere) gedragsproblemen.

Silovsky et al. (2000) rapporteerden over 32 kinderen in de leeftijd van 3-6 jaar met ernstige seksuele gedragsproblemen. Opmerkelijk was dat, in tegenstelling tot groepen met oudere kinderen, de meerderheid (75%) in deze groep een meisje was. Bovendien was er in deze groep, minder dan in groepen met oudere (6-12) kinderen, sprake van een geschiedenis van seksueel misbruik. Wel was voor vrijwel al deze kinderen bekend dat zij slachtoffer waren (geweest) van fysieke mishandeling, geweld tussen hun ouders hadden meegemaakt, dat zij (forse) gedrags- en emotionele symptomen hadden en dat hun ouders hoog scoorden op 'parenting stress'.

Het eerste behandelprogramma voor jonge kinderen met seksuele gedragsproblemen werd geschreven door Berliner & Rawlings (1991). Het acht jaar later door Bonner et al. (1999) beschreven CBT-programma is een uitbreiding en verfijning van het oorspronkelijke. Onderzoek naar de effecten van de programma's is nog schaars. Pithers et al. (1998) vergeleken een 'relapse prevention'-programma met een 'expressive therapy'-programma en vonden dat in beide groepen kinderen verbetering in het adaptieve functioneren te constateren was. Bonner et al. (1999) en Carpentier et al. (2006) vergeleken groeps-CBT met een groepsspeltherapie en vonden dat de kinderen uit de CBT-groep (135, 5-12 jaar bij begin behandeling) 10 jaar na beëindiging van de therapie minder seksuele gedragsproblemen vertoonden c.q. veel minder 'sex offences' pleegden dan de kinderen uit de groepsspeltherapie. Er is geen duidelijk beeld omtrent de ontwikkeling van jonge kinderen (12 jaar en jonger) met seksuele gedragsproblemen naar eventueel plegerschap in de adolescentie en de volwassenheid.

### *Verwaarlozende en mishandelende ouders*

Voor verwaarlozende en mishandelende ouders worden in Nederland verschillende programma's aangeboden gebaseerd op programma's die ontwikkeld zijn door Olds et al. (2007). Door Chaffin et al. (2001) echter wordt erop gewezen dat behandelprogramma's die ontworpen zijn om verwaarlozing en fysieke mishandeling te stoppen of te verminderen, weinig rekening houden met de (klassieke) karakteristieken van verwaarlozende/mishandelende ouders (armoede, alleenstaand ouderschap, psychiatrische problematiek van de ouder, verslaving). In hun onderzoek, waarin de effecten van 74 hulpprogramma's voor verwaarlozende en/of mishandelende ouders werden nagegaan, vonden zij geringe effectiviteit van de programma's. Een 'basic needs-approach' met 'mentoring services', hulp aan de ouder(s) in verband met de psychiatrische problemen en/of de verslaving en het aanbieden van het programma in een (hulpverlenings)centrum, zo menen zij, is noodzakelijk om de verwaarlozing c.q. de fysieke mishandeling te verminderen of te stoppen.

### **Signaleren en herkennen bij volwassenen, Hoofdstuk 6 uitgangsvraag 9**

NB: zie voor de literatuurverwijzingen het literatuuroverzicht in hoofdstuk 6.

In een systematische review van Gazmararian et al. (1996) werden gegevens uit 13 studies over partnergeweld in de zwangerschap, met elkaar vergeleken. De prevalentie van fysiek geweld ervaren tijdens de zwangerschap was 0,9-20%. Dit grote verschil had te maken met de wijze waarop geweld gemeten werd, de onderzoekslocatie, het aantal keren dat gevraagd werd naar geweld en de periode tijdens de zwangerschap waarop dit gevraagd werd. Studies waarin gedetailleerd tijdens een interview en vaker dan eenmaal naar geweld werd gevraagd, kwamen hoger uit (7,4%-20,1%) dan studies waarbij in privékliniek eenmaal een vragenlijst werd ingevuld (0,9%). Geconcludeerd kan worden dat geweld tijdens de zwangerschap veel vaker voorkomt dan andere risicofactoren waarop gescreend wordt.

In een systematische review van Plichta (2004) van 11 epidemiologische studies (1996-2002, VS) werden de gezondheidseffecten van partnergeweld bestudeerd. De populatieomvang van deze studies bedroeg: n=692 tot n=64.994. Geconcludeerd werd dat tussen de 5-8,6% van de vrouwen actueel partnergeweld meemaakte en 24-35,5% ooit in de relatie mishandeld werd. Twee studies over vrouwen die recentelijk bevallen waren van levendgeborenen, n=6.143 en n=64.994, gaven aan dat 5%, respectievelijk 6,5% van de vrouwen tijdens de zwangerschap mishandeld werd. De meest voorkomende gezondheidseffecten waren: verwondingen (22-63% gerapporteerd toename van: zwangerschapscomplicaties, ongewenste zwangerschap, roken, alcohol/middelenmisbruik, SOA's, gynaecologische problemen, slechte ervaren gezondheid, pijnklachten, chronische klachten en handicaps). In 3 studies werd gebrekkige gezondheidszorg gevonden.

In Australië zijn schattingen verricht naar de bijdrage van partnergeweld aan ziekte, trauma en premature dood (Vos et al., 2006). Deze schattingen maakten gebruik van de data uit de Australian Longitudinal Study on Womens Health (ALSWH n=40.000) en prevalentiecijfers uit de Women's Safety Survey, waarbij tweemaal interviews zijn afgenomen in 3 jaar bij een deel van dit cohort (n=28.759 interviews). De gegevens werden systematisch geanalyseerd op de relatie tussen partnergeweld en gezondheidsuitkomsten. De onderzoeksgroep rapporteerde dat 9% van de ziektelast bij vrouwen jonger dan 45 jaar veroorzaakt werd door partnergeweld. (Ziektelast is een internationaal geaccepteerde benadering om de impact van een aandoening te schatten, rekening houdend met ziekte, invaliditeit en voortijdige dood.) Het grootste deel van de ziektelast werd veroorzaakt door psychische gezondheidsproblemen, zoals depressie, angststoornissen, slaapproblemen, suïcide, drugsmisbruik, riskant rookgedrag en alcoholconsumptie. Deze factoren veroorzaakten nog meer ziektelast dan bekende risicofactoren als hypertensie, hoog cholesterol, obesitas en drugsgebruik. De ziektelast neemt af met de leeftijd.

McCauley et al. (1995) hebben een cross-sectionele survey in de VS verricht. Er werden met een gevalideerde vragenlijst 1.952 vrouwelijke patiënten in eerstelijns gezondheidscentra uit 4 buurten



ondervraagd over fysiek en seksueel geweld, alcoholgebruik, emotioneel welbevinden, lichamelijke symptomen, drugsgebruik, ervaring met geweld eerder in het leven en demografische gegevens. Geconcludeerd werd dat een op de twintig vrouwen geweld meemaakte in het jaar voorafgaand en een op de vijf ooit als volwassene. Recent partnergeweld werd geassocieerd met een leefsituatie als alleenstaand en gescheiden, lage sociaaleconomische status, middelenmisbruik, specifieke psychische en fysieke symptomen en het totaal aan fysieke symptomen. Hieruit werd geconcludeerd dat er sprake is van een 'battering syndrome'.

In de VS werden de gegevens van 2.043 vrouwen tussen de 18 en 59 jaar die deelnamen aan een openpopulatie-survey (Massachusetts Behavioral Risk Factor Surveillance), geanalyseerd (Hathaway et al., 2000). Gegevens over ervaren partnergeweld, ervaren gezondheid en zorggebruik werden bestudeerd. Van de deelnemende vrouwen rapporteerde 6,3% recent (<1 jaar) partnergeweld en bij deze groep kwamen vaker depressie, angst, slaapstoornissen, suïcide gedachten, fysieke handicaps, rookgedrag, ongewenste zwangerschappen en testen op HIV voor. Geconcludeerd werd dat vrouwen in de open populatie die mishandeling meemaakten, meer kans hebben op meerdere ernstige emotionele en fysieke gezondheidsproblemen.

Uit een review van Guth & Pachter (2000) komt naar voren dat 35% van de vrouwen die de Spoedeisende Hulp bezoeken, te maken heeft met familiaal/partnergeweld. Het klachtenpatroon varieerde van acute verwondingen, zwangerschapsproblematiek tot stressgerelateerde klachten. Het geweld wordt zelden spontaan onthuld en behandelende artsen missen het regelmatig. De conclusie werd getrokken dat chirurgen op de Spoedeisende Hulp vaker aan geweld dienen te denken.

In een cross-sectionele studie uitgevoerd in de huisartspraktijk in de UK (13 praktijken, n=1.207) wordt aangetoond dat mishandeling als kind onafhankelijk geassocieerd is met partnergeweld op de volwassen leeftijd (Coid et al., 2001). Dit effect is gevonden na correctie voor belangrijke confounders, zoals leeftijd, etniciteit, opleiding, SES, huiseigendom, geboorteland, locatie van huisartspraktijk. Er is een toegenomen risico op revictimisatie bij vrouwen (OR 3,45-3,85).

Campbell et al. (2002) deden in de VS een vergelijkende studie (case-control) naar gezondheidsklachten van vrouwen die wel en geen geweld meemaakten. Bij 2.005 vrouwen werd aan de hand van de Abuse Assessment Screen geïdentificeerd met geweld. Mishandelde vrouwen hadden significant ( $p < 0,05$ ) meer hoofdpijn, rugpijn, seksueel overdraagbare aandoeningen, vaginale infecties en bloedverlies, dyspareunie, verminderde eetlust, onderbuikpijn, urineweginfecties, buikpijn en klachten van de spijsvertering. Geconcludeerd werd dat mishandelde vrouwen 50-70% meer gynaecologische, neurologische en stressgerelateerde problemen hebben. Bij deze groep wordt aanbevolen routinematig te vragen naar en het evalueren van ervaren partnergeweld, om het onthullen van geweld te bevorderen.

In een cross-sectionele studie (open populatie en cluster-sampling, 67% response) in Nieuw-Zeeland (Auckland en Noord-Waikato) werden 2.855 vrouwen van 18-64 jaar, met face-to-face interviews ondervraagd (Fanslow & Robinson, 2004). De prevalentie van partnergeweld en de associatie met gezondheidsklachten werd geanalyseerd. In Auckland had 33% ooit geweld ervaren en in Waikato 39%. Deze groep bezocht tweemaal vaker een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg in de 4 weken voorafgaand aan het interview dan zij die geen geweld meemaakten. Partnergeweld werd significant geassocieerd met een slechte ervaren gezondheid, fysieke gezondheidsklachten zoals pijn en psychische gezondheidsproblemen, waaronder suïcidepogingen. Men concludeerde dat de hoge prevalentie van partnergeweld en de sterke associatie met uiteenlopende fysieke en mentale gezondheidsklachten betekenden dat partnergeweld een significante factor is voor slechte gezondheid bij vrouwen.

In een cross-sectionele studie in wachtkamers van huisartsen zijn 1.257 vrouwelijke patiënten ondervraagd (Hegarty et al., 2004). Het doel van deze studie was de relatie tussen depressie en partnergeweld te onderzoeken. De Composite Abuse Scale om ervaren partnergeweld te meten en de Beck Depression Inventory werden afgenomen. Van de respondenten zou 18% depressief zijn en 24% maakte geweld mee. Na correctie voor de variabelen: niet gehuwd, lage opleiding, laag inkomen,

werkeloos, met pensioen, zwanger en mishandeld als kind, bleek dat depressieve vrouwen significant meer partnergeweld hadden meegemaakt: odds ratio 5,8 (CI 2,8-12,0).

Als onderdeel van een RCT (Rotterdam, 2004) werd retrospectief vergelijkend onderzoek gedaan naar klachten en zorggebruik van vrouwen die door de huisarts geïdentificeerd waren met partnergeweld (Lo Fo Wong & Lagro-Janssen, 2005; Lo Fo Wong et al., 2007). Hierbij werd gebruikgemaakt van de registraties in hun elektronische medische dossiers en vergeleken met uitkomsten van de 2de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk 2004 (NIVEL: NS2, n=200.000 vrouwen). Partnergeweld blijkt geassocieerd met een verdubbelde consultfrequentie en een drie- tot zevenvoudig prescriptiecijfer voor pijnstillers vergeleken met de NS2 ( $p < 0,001$ ). Tranquillizers en antidepressiva samen werden 2-3 keer vaker voorgeschreven. Geconcludeerd werd dat vrouwelijke patiënten die de huisarts gemiddeld tweemaal vaker bezoeken dan gebruikelijk en veel vaker pijnstillers en/of tranquillizers of antidepressiva krijgen voorgeschreven, mogelijk te maken hebben met FHG.

Reijnders et al. (2006) hebben een beschrijvend onderzoek verricht naar forensisch medisch onderzoek bij 450 volwassen vrouwen die aangifte deden van fysieke mishandeling (alle vrouwen; Amsterdam 2001-2005). In 42% van de gevallen was de pleger de partner en in 26% de ex-partner. De volgende letsellocaties kwamen het meest frequent voor: oog, zijkant gelaat, hals, nek, boven- en onderarm, en boven- en onderbeen. Minder frequent voorkomend waren: letsels van de mond, hand, rug, behaarde hoofd, schouder en borst. Bij 79% zaten de letsels op een voor de buitenwereld zichtbare locatie, zoals het hoofd of de handrug. Geconcludeerd werd dat letsels door FHG een herkenbaar patroon hebben door de veelheid van verwondingen, de zichtbaarheid en voorkeurslocaties.

Clark & Du Mont (2003) verrichtten een systematische review over Canadese studies naar de prevalentie van FHG tegen vrouwen met het focus op de implicaties hiervan op de gezondheid van vrouwen en voor de gezondheidszorg. Er werden 16 studies beoordeeld: 11 epidemiologische studies (open populatie: 315 vrouwen tot 61.000 mannen en vrouwen) en 5 studies in een klinische setting (25 tot 548 vrouwen). De beoordeelde studies onderzochten het gebruik van face-to-face interviews, telefonische interviews en vragenlijsten. De prevalentie van partnergeweld liep uiteen van 0,4% tot 23%. Tussen de 2-10% van de vrouwen maakte ernstig geweld mee. Slechts 6 studies onderzochten de gezondheidseffecten van partnergeweld. Hierin werd gevraagd naar fysieke verwondingen, gebruik van de gezondheidszorg, alcoholgebruik, emotionele en fysieke effecten en suïcidale gedachten. In 12 studies werd gevraagd naar partnergeweld in het afgelopen jaar, tijdens de zwangerschap, soms in combinatie met 'ooit geweld in de relatie', de rest vroeg uitsluitend naar 'ooit geweld in de relatie'. Er zijn relatief weinig studies in gezondheidszorgsettings gevonden, terwijl juist deze meer over de effecten voor de gezondheid kunnen vinden. De beperking van het meest toegepaste onderzoeksinstrument, de Conflict Tactics Scale (CTS) (9 studies), die vormen van fysiek geweld, de context van het geweld en de motieven van de pleger buiten beschouwing laat, werd als probleem benoemd in de discussie.

Richardson et al. (2002) onderzochten in een gerandomiseerde cross-sectionele studie in 13 Londense huisartspraktijken de prevalentie van partnergeweld onder vrouwen die de huisarts bezochten. Een powerberekening gaf aan dat 913 respondenten nodig waren en er deden 1.207 vrouwen (55% response) mee. Een vragenlijst met 28 items over geweldservaringen werd gebruikt. Van de respondenten had 41% ooit partnergeweld ervaren, 74% controlerend gedrag, 46% was bedreigd en 15% werd fysiek mishandeld tijdens de zwangerschap. Van deze laatste groep meldde 29% dat de mishandeling had geleid tot een miskraam. In een aselechte steekproef werd een op de drie medische dossiers van respondenten die toestemming gaven (n=258), onderzocht. In 7% van de onderzochte medische dossiers werd een aantekening gevonden over het geweld. Uit de demografische gegevens kwam naar voren dat vrouwen die gescheiden waren, onder de 45 jaar en werkeloos, het hoogste risico liepen op fysiek geweld door een (ex-)partner. Zwangerschap in de 12 maanden voorafgaand, verhoogde het risico op fysiek geweld. Het medische dossieronderzoek geeft

aan dat partnergeweld te weinig geïdentificeerd wordt. Een op de vijf vrouwen meldt bezwaar te hebben tegen routinematig vragen naar partnergeweld.

Hegarty & Bush (2002) hebben in 20 aselect gekozen huisartspraktijken (51 huisartsen) in Brisbane, Australië, een dwarsdoorsnede-onderzoek verricht. Voorafgaand aan het onderzoek werd een onderzoeksinstrument ontwikkeld en getest, de Composite Abuse Scale (30 items) met 4 dimensies: *severe combined abuse* (ernstig gecombineerd geweld), *emotional abuse* (psychisch/emotioneel geweld), *physical abuse* (fysiek geweld) en *harassment* (treiteren). In totaal voldeden 2.338 vrouwen aan de inclusiecriteria en 1.836 vulden de vragenlijst in (respons 78,5%). Een op de vier maakte fysiek geweld mee (410; 23,3%), een op de drie emotioneel geweld (612; 33,9%) en op de tien seksueel geweld (181; 10,6%). Een kleinere groep maakte alle drie de vormen van geweld mee (145; 8%). FHG werd geassocieerd met een jongere leeftijd. Vrouwen met een positieve score op de geweldschaal waren veel vaker bang voor een partner (OR 64,1; 95% BI 44,37-94,1) dan vrouwen die niet te maken hadden met geweld (OR 8,9; 95% BI 6,25-12,79). Van de groep vrouwen die geweld had ervaren, gaf een kwart (151) aan zelf ook geweld te gebruiken tegen de partner. Als reden daarvoor werd genoemd: 'boos gemaakt' (68,1%) en 'uit zelfbescherming' (59,1%). Het ging hierbij voornamelijk om incidenteel geweld. Vrouwen die de praktijk bezochten met een partner en/of kinderen en diegenen die de Engelse taal niet machtig waren, werden geëxcludeerd in dit onderzoek.

Alper et al. (2005) onderzochten de prevalentie van FHG bij vrouwen ouder dan 15 jaar, in een dwarsdoorsnede-onderzoek met een vragenlijst (23 vragen, inclusief de Abuse Assessment Screen) met exclusie van de vragen over seksueel geweld. In 50 eerstelijns gezondheidcentra in de vierde stad van Turkije (Bursa) werden 506 vrouwen (response 73%) gevraagd naar ervaringen met FHG. Geweld door de mannelijke partner werd door 49,5% gerapporteerd en mishandeling door de ouders door 14,5%. Als aanleiding voor het geweld werd genoemd: armoede, alcohol en familieproblemen. Van de respondenten accepteerde 48,2% het geweld maar 26,6% reageerde met geweld. Vanwege de kinderen bleven vrouwen bij hun mishandelaar (48,2%). Nadere analyse liet zien dat opleiding zowel bij de man als de vrouw beschermd werkte tegen FHG. In de populatie kreeg 37% van de mensen met een academische opleiding met FHG te maken en 63% die alleen de basisschool als opleiding hadden gevolgd.

### **Signaleren en herkennen bij volwassenen, Hoofdstuk 6 uitgangsvraag 10**

NB: zie voor de literatuurverwijzingen het literatuuroverzicht in hoofdstuk 6.

In drie richtlijnen (ICSI, 2004; RNAO, 2005; Guidelines for Primary Care Physicians, 2006) wordt een pleidooi gehouden voor het gebruik van gevalideerde instrumenten, zoals de *Abuse Assessment Screen* (AAS\* en AAS-D\*) en de *Woman Abuse Screening Tool* (WAST\*), die hierna verder aan de orde komen. Ook het gebruik van een *Danger Assessment Tool* en een verkorte vragenlijst over *Safety Planning* komen hier aan de orde. Alle drie de richtlijnen zijn Evidence Based Guidelines.

Uit de *Nursing Best Practice Guideline* van de Registered Nurses Association of Ontario (RNAO, 2005) blijkt dat geen duidelijke consensus aanwezig is bij de richtlijncommissie voor het routinematig of op indicatie screenen van vrouwen na een geweldsdelict door gezondheidsmedewerkers. Alle toen bekende en bestaande richtlijnen werden beoordeeld voor deze Best Practice Guideline.

Nelson et al. (2004) hebben een systematische review gepubliceerd die een vervolg is op die van de U.S. Preventive Services Task Force uit 1996. Daarin werd geconcludeerd dat er onvoldoende evidentie was om een aanbeveling voor of tegen een bepaald screeningsinstrument voor het signaleren van FHG te doen. In deze 'update' van de studie uit 1996 werden negen instrumenten onderzocht, te weten *The Partner Abuse Interview* (Pan et al., 1997), de *Screening Questions for Domestic Violence* (McFarlane et al., 1991), de *Domestic Abuse Assessment Questionnaire* (Canterino et al., 1999), de *Abuse Assessment Screen (AAS) for Use in Pregnancy* (Norton et al., 1995), de *Partner Violence Screen* (PVS) (Feldhaus et al., 1997), de *Hits Scale* (Sherin et al., 1998), de *Emergency Department*

*Domestic Violence Screening Scale* (Morrison et al., 2000), de *Woman Abuse Screening Tool* (WAST) (Brown et al., 2000) en de *Domestic Violence Screening Tool* (Furbee et al., 1998). Zij constateren dat een aantal hiervan psychometrisch aan redelijke eisen voldoet wat betreft de interne consistentie, en dat een aantal (de HITS, de PVS, de WAST en de AAS) zijn gevalideerd ten opzichte van uitgebreidere schalen met bekende sensitiviteit en specificiteit zoals de CTS (*Conflict Tactics Scale*: sens. 71,4%, spec. 84,4%) en de ISA (*Index of Spouse Abuse*: sens. 64,5%, spec. 80,3%). Geen van de onderzoekenechter, hanteerde aangetoond geweld of gezondheidsmaten als uitkomstmaat. Interessant is wel dat zij naar drie studies verwijzen die weliswaar slecht van kwaliteit worden genoemd, maar waarin de screeningsinstrumenten worden vergeleken met een gericht diagnostisch gesprek. In die studies bleek het gebruik van een screeningsinstrument te leiden tot het ontdekken van meer gevallen van FHG. Voorts stellen zij vast dat ook nog geen duidelijkheid bestaat over de wijze waarop de instrumenten het beste kunnen worden toegepast: als vragenlijst, als interview door een verpleegkundige of als onderdeel van een diagnostisch gesprek.

Waltermaurer (2005) stelt in een overzichtsartikel vast dat op dit moment veel screeningsinstrumenten in omloop zijn, maar dat we nog niet beschikken over een of meer instrumenten die duidelijk boven de andere uitsteken. Er is veel overlap, maar er zijn ook grote verschillen in wat men precies meet.

MacMillan et al. (2006) hebben een onderzoek gedaan naar de voorkeur voor de wijze van afname door middel van een RCT. Zij vonden dat vrouwen de voorkeur hadden voor een screeningsmethode met een zelfinvulvragenlijst boven een interview. Uit het door hen gegeven literatuuroverzicht blijkt dat over deze voorkeur nog geen wetenschappelijk onderbouwd uitsluitel te geven is. Vermoedelijk is die erg afhankelijk van variabelen als setting, cultuur en training van de interviewers.

### **Bespreken bij volwassenen, hoofdstuk 7, uitgangsvraag 11, geweld bespreekbaar maken met plegers**

NB: zie voor de literatuurverwijzingen het literatuuroverzicht in hoofdstuk 7.

In een systematische review wordt alcoholconsumptie door mannelijke plegers als risicofactor van FHG beoordeeld (Gil-Gonzalez et al., 2006). Van de 1.035 studies (1996-2002) werden 22 geïnccludeerd. Slechts 2 studies hebben de alcoholconsumptie rechtstreeks gemeten. Elf studies werden geïnccludeerd in deze meta-analyse. In de oudere studies (<1998) met een kleinere sample size bleken de OR's het grootst (12,94-13,5). Bij studies van latere datum (>2002), met een grotere sample size nemen de OR's af (2,24-4,62). Dit effect lijkt grotendeels veroorzaakt door de grote verscheidenheid in studieopzet, aantal respondenten en maat voor alcoholconsumptie. In deze meta-analyse is wel een verband gevonden tussen alcoholconsumptie en partnergeweld maar doordat de uitkomsten zo sterk verschillen, is dit verband niet erg sterk te noemen. Er werden geen ongepubliceerde studies beoordeeld in deze SR. In beleid wordt vaak gebruikgemaakt van deze literatuur. De aanbeveling luidt dan ook dat meer cross-sectionele of cohortstudies moeten plaatsvinden om deze vraag te beantwoorden.

Glasser et al. (2001) hebben in retrospectief dossieronderzoek bestudeerd in welke mate slachtoffers van seksueel geweld in de kindertijd later plegers worden van geweld. In een forensisch psychiatrische kliniek werden 747 mannen en 96 vrouwen onderzocht. Van de mannelijke plegers van geweld was 35% slachtoffer van seksueel misbruik en van de niet-plegers in slechts 11% van de gevallen. Als het seksueel geweld gepleegd werd door een vrouwelijke pleger (familielid) nam de kans om later pleger te worden toe. Van de vrouwen was 43% het slachtoffer van seksueel geweld maar slechts 1 werd pleger. Geconcludeerd werd dat de data het concept van de slachtoffer-plegercyclus ondersteunen. Vooral als de pleger een vrouw was, nam de kans toe om pleger te worden.

### **Bespreken bij volwassenen, hoofdstuk 7, uitgangsvraag 12, bespreekbaar maken**

NB: zie voor de literatuurverwijzingen het literatuuroverzicht in hoofdstuk 7.

In het onderzoek van Ayres & Woodtli (2001) is misbruik in kaart gebracht bij vrouwen die het risico lopen op emotionele of fysieke schade aangedaan door familieleden waarvoor zij zorgen. In totaal zijn 11 casussen gebruikt, van waaruit gegevens werden verzameld. Er werd gekeken naar gedragspatronen en kenmerken die genoemd werden door de mantelzorgers over de zorg ontvangende familieleden. Vervolgens werden in kaart gebracht: antecedenten (wat eraan vooraf ging), kenmerken en gevolgen. Dit werd in een concept-analysemodel gevat. Daarna werden drie modelcasussen geconstrueerd: de eerste met, de tweede zonder en de derde met twijfelachtige kenmerken van misbruik bij mantelzorgers. Door dit in kaart te brengen hoopt men meer inzicht te krijgen in specifieke kenmerken, risicovolle situaties en gevolgen. Opgemerkt is dat zowel gezondheidswerkers als mantelzorgers niet de term misbruik bleken te gebruiken voor verbaal of fysiek geweld. Kennis over dit verhullende taalgebruik bij mantelzorgers kan bijdragen aan betere bespreekbaarheid.

Bradley et al. (2002) hebben een gerandomiseerd dwarsdoorsnede-onderzoek verricht binnen 22 lere huisartspraktijken. Hoewel kenmerken als depressie, angststoornissen en somatisatie in verband worden gebracht met FHG, is onvoldoende bekend over de voorspellende waarde hiervan. Daarom pleiten sommige onderzoekers voor het routinematig bevragen naar FHG van alle vrouwen die de huisartspraktijk bezoeken. Gedurende 2 weken werden vragenlijsten uitgedeeld aan alle vrouwen die ouder dan 16 jaar waren en die de praktijk bezochten. In totaal bezochten 4.134 vrouwen de praktijken en werden 2.615 vragenlijsten uitgedeeld. De respons was 72% (1.871 vrouwen). Vrouwen die alleenstaand of bejaard waren, werden niet in het onderzoek betrokken. Bij 651 vrouwen (39%) deed zich geweld voor (95% BI 36-41%). Controlerend gedrag van de partner deed zich bij 1.170 vrouwen voor (69%) (BI 67%-71%). Hierbij werd ook angst voor de huidige of vroegere partner gemeld door 475 vrouwen (28%). Het aantal vrouwen dat geweldservaring rapporteerde, stijgt met de stijging van de score op de 'depressieschaal'. Twee risicofactoren, angst voor de partner en zich gecontroleerd voelen, waren sterk geassocieerd met geweldservaring door de partner. Over het door beroepsbeoefenaars gevraagd worden naar FHG meldde van de 1.692 vrouwen, 91 (5%) (BI 4-9%) dat er ooit naar was gevraagd door de arts. 1.327 vrouwen (78%) (BI 77-80%) zouden het goed vinden als de dokter dat deed en 228 (13%) waren hier onzeker over. Van de 651 vrouwen met geweldservaring meldden 78 (12%) dat er gevraagd was of de partner mishandelde. 500 (77%) zouden dit goed vinden en 110 (17%) waren hierover onzeker. Slechts 118 vrouwen (7%) (95 BI 6-8%) zouden bezwaar hebben als dit gevraagd werd terwijl ze voor iets anders kwamen.

Webster & Holt (2004) hebben onderzoek uitgevoerd naar een methodiek om vrouwen met ervaring van FHG te identificeren. De gegevens werden gedurende een maand verzameld bij vrouwen op de obstetrische afdeling van The Royal Brisbane and Women's Hospital in Queensland. Tijdens de intake werden twee vragen gesteld over de relatie met de partner met behulp van de Maternity, Social Support Scale (MSSS). Later, bij het medisch onderzoek door de verloskundige, werd verder doorgevraagd volgens een standaardprocedure, de Domestic Violence Initiative Screening Questions. Vervolgens werd, waar mogelijk, informatiemateriaal verstrekt en doorverwezen naar een ondersteunende dienst. In totaal deden 1.596 vrouwen mee aan het onderzoek. Daarvan zijn bij 58,7% beide formulieren volledig ingevuld. Pariteit bleek niet geassocieerd met misbruik. De 'zelfmeldinglijst' identificeerde 16% van gevallen van partnergeweld en de directe vraagmethode 7%. Het combineren van beide methodes bracht 7 gevallen van ernstig geweld boven tafel die gemist zouden zijn bij het gebruik van alleen één instrument. De meeropbrengst van de eerste test is mogelijk te verklaren door het gebruik van indirecte vragen: voelt u zich gecontroleerd, zijn er conflicten? Daarnaast is de directe vraagmethode niet uit te voeren als de partner aanwezig is. De opzet van dit onderzoek is reproduceerbaar. Echter, de schrijvers bevelen aan dat de MSSS eerst verder getest wordt alvorens brede implementatie plaatsvindt. Een beperking van het onderzoek is dat gedurende het onderzoek regelmatig wisseling in de staf heeft plaatsgevonden. Bij aanvang van het onderzoek werd de hele staf getraind in de wijze waarop de tweede vragenlijst moest worden gebracht en

besproken met de vrouwen. Later bijgekomen staffleden kregen deze training niet, wat invloed heeft gehad op de resultaten van de tweede lijst.

MacMillan et al. (2006) hebben in een geclusterde gerandomiseerde trial (n=2.461, response: 95%) drie methoden om vrouwen te screenen op partnergeweld getest in gezondheidszorgsettings in de VS. De WAST (Woman Abuse Screening Tool) en de PVS (Partner Violence Screen) werden als zelf in te vullen schriftelijke vragenlijst, computervragenlijst en in een direct interview face-to-face met een verpleegkundige, naast elkaar getest en vergeleken met de score op de CAS (Composite Abuse Scale) als referentietest. De screeningsinstrumenten leverden een prevalentie 4-17% ervaren partnergeweld in de afgelopen 12 maanden. De uitkomsten van de WAST en de PVS verschilden niet significant van elkaar en vertoonden beide een lage sensitiviteit: respectievelijk 47% en 49%. De specificiteit was respectievelijk 96% en 94%. De WAST leverde minder missings op dan de PVS. Door de vrouwelijke patiënten werd de directe screeningsmethode (face-to-face) het minst op prijs gesteld.

Chen et al. (2007) testten in de VS in een gerandomiseerde trial drie screeningsprotocollen in eerstelijnsgezondheidscentra. (n=523, response 72%). De zelf in te vullen vragenlijsten werden vergeleken met de afname door een arts of diens medewerkers. Gebruik werd gemaakt van de HITS en de WAST-short en aan respondenten werd naderhand gevraagd de gebruikte methode te evalueren (zelf invullen, door arts of diens medewerkers). Bij 14% van de vrouwen werd een positieve score voor FHG in de afgelopen twaalf maanden gevonden. De interne betrouwbaarheid van de beide korte screeningsinstrumenten was goed: Cronbach's  $\alpha$  0,79 voor de HITS en 0,80 voor de WAST. In dit onderzoek werden geen verschillen gevonden in prevalentie van FHG tussen de drie methoden en de meeste vrouwen voelden zich op hun gemak met het toegewezen protocol (93%). Vrouwen die positief scoorden op partnergeweld hadden iets meer moeite met screening door de arts of diens medewerkers. De benodigde screeningstijd lag tussen de 2 en de 15 minuten. Subgroepanalyse toonde aan dat artsen een voorkeur hadden voor de WAST ten opzichte van HITS, en voor zelfinvulvragenlijsten ten opzichte van interviews door een arts of diens medewerkers.

Ramsay et al. (2002) hebben in een systematische review (van 20 studies) de acceptatie en effectiviteit van screenen op FHG in de gezondheidszorg onderzocht. De meeste studies maakten gebruik van korte vragenlijsten. De meeste studies vonden plaats in de VS, met 1 in Australië, in Nieuw-Zeeland en in Canada. Tussen de 43-85% van de vrouwen vond het acceptabel dat er gescreend werd op FHG in de gezondheidszorg. Twee derde van de artsen en bijna de helft van de verpleegkundigen op de Spoedeisende Hulp (SEH) waren niet voor screening. De meest genoemde redenen daarvoor waren: gebrek aan opleiding en ervaring, angst de patiënt te beledigen of in gevaar te brengen, gebrek aan effectieve interventies en te weinig tijd.

De baseline identificatie/herkenning van FHG bij vrouwelijke patiënten lag overwegend tussen de 0-3%. Negen studies vergeleken de identificatie van slachtoffers door screenen met niet screenen. Screening had een bescheiden effect op het aantal geïdentificeerde vrouwen. Er waren geen studies die uitkomsten voor de gezondheid of negatieve effecten van het screenen hebben gemeten.

Protheroe et al. (2003) hebben een kwalitatief niet-vergelijkend onderzoek uitgevoerd om het effect van training over FHG te onderzoeken. In totaal namen 55 verloskundigen deel aan een training, waarvan er 26 meededen aan het onderzoek. De training werd gegeven om het niveau van alertheid en het begrip van de risicofactoren te verhogen. Daarnaast was het doel om de professionele kennis over hoe te communiceren, hoe bewijs te documenteren en hoe verder te helpen te vergroten. De training bestond uit een sessie van 3 uur, gevolgd door 2-3 maanden praktijk, waarna weer 1 dag training. Zestien verloskundigen rapporteerden een verhoogde alertheid, 17 een verbeterde communicatie en 8 gaven aan beter met directe vraagstelling om te gaan. Zeven voelden zich hierover nog onzeker en wilden nog meer training, en dan met name training gericht op het vlak van beroepsgeheim en omgang met de agressor. Beperking van de studie is dat het niet het effect van de training onderzoekt op de vrouwen en op de gevolgen voor de vrouwen. Andere beperking is de beperkte respons, hetgeen mogelijk inhoudt dat diegenen die meededen al meer feeling met het onderwerp hadden, mogelijk speelde de overbelasting van de verloskundigen een rol. Een probleem

dat de verloskundigen aangaven is, dat het soms uiterst moeilijk is een vrouw alleen te zien tijdens en na de zwangerschap.

Lo Fo Wong et al. (2006) hebben een RCT uitgevoerd naar het effect van training over FHG bij huisartsen. Doel van het onderzoek was in hoeverre het bewust worden van signalen, het actief bevragen en de professionele houding toenemen na het bijwonen van discussiegroepen (focusgroepen) én training ofwel het alleen deelnemen aan focusgroepen.

In totaal namen 54 huisartsen deel aan het onderzoek, die werden verdeeld in 3 groepen: een groep die de volledige training en groepsgesprekken volgde (n=23), een focusgroep met alleen gesprekken (n=14) en een controlegroep (n=17). De training richtte zich op duidelijke signalen en minder voor de hand liggende, zoals chronische klachten, naast onder meer attitude en juridische aspecten. Primair werd het aantal gerapporteerde casussen van partnergeweld gemeten. Vergelijking van de getrainde groep met de controlegroep leverde een rate ratio op van 4.5 (95% BI 1.4-4.26  $p=0.019$ ). Vergelijking van de getrainde groep en de focusgroep leverde op: rate ratio 2,19 (95% BI 1,36-3,52;  $p<0,001$ ). In de focusgroep verdubbelde de bewustwording van partnergeweld ten opzichte van de controlegroep. Het actief ernaar vragen verdubbelde. Na de training van anderhalve dag was de identificatie met een factor 4,5 toegenomen en het actief bevragen met een factor 6. Als kanttekening kan geplaatst worden dat vrouwen licht oververtegenwoordigd waren in deze studie. Verder is het mogelijk dat de reagerende huisartsen in dit onderzoek al meer gefocust waren op het onderwerp.

Hoe vrouwen de reacties van zorgverleners ervaren en wat zij verwachten van goede hulpverlening is onderzocht door Feder et al. (2006) in een gedegen meta-analyse van kwalitatieve studies. Het betrof allemaal vrouwen van 15 jaar en ouder die slachtoffer zijn geweest van FHG. Uit 2.455 studies werden 25 artikelen geïnccludeerd, waarbij in totaal 847 respondenten zijn meegenomen. De Critical Appraisal Skill's Programme (CASP) werd gebruikt om de relevantie en betekenis(waarde) van ieder artikel te bepalen. Uit de meta-analyse blijkt dat vrouwen het volgende gedrag van gezondheidswerkers verwachten: niet-veroordelend, invoelend, niet-directief, waarborgen van geheimhouding, en individugericht, waarbij rekening gehouden wordt met de complexiteit van FHG. Daarnaast is het belangrijk dat men begrip heeft voor de lange duur en dat het moeilijk is om een snelle oplossing te vinden voor FHG. Op de hoogte zijn van de sociale en psychologische gevolgen van FHG en het vermijden van medicalisering is belangrijk. Het volgende helpt vrouwen in consulten met beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg:

- Bespreking op een gevoelige en rustige manier, geen haast of druk.
- Bevestiging dat het geweld dat ze ervaren onacceptabel en onverdiend is. Negatieve cognities, zoals 'het is ook mijn schuld', moeten besproken worden.
- In eigen tempo en niet geforceerd verlaten van de relatie of aangifte doen.
- Respecteren van de besluiten en te delen in de besluitvorming.
- Vooral hulp bieden bij het ordenen van hun gevoelens.

Over de methode van vragen is het volgende aangegeven:

- Direct of indirect vragen hangt af van de context.
- Vrouwen met een lange bekendheid bij hun arts geven de voorkeur aan een indirecte manier van vragen.
- Verhoogd contact met de zorgverlener is minder relevant dan praktisch advies en verwijzing naar gespecialiseerde beroepsbeoefenaars.

In een kwalitatief onderzoek werden vrouwen geïnterviewd, kort na het bespreken van FHG met hun huisarts (Lo Fo Wong et al., 2007). Het doel was te begrijpen wat vrouwen het belangrijkste vonden in datgene wat ze ervaren hadden in het optreden van hun huisarts en wat het betekend had voor hun gevoel na het bezoek en hun mogelijkheden om de situatie te hanteren. Deze kwalitatieve studie was een onderdeel van bovengenoemde RCT-studie (Lo Fo Wong et al., 2006) onder 54 huisartsen in solo-groepspraktijken en gezondheidscentra in Rotterdam. Er werden diepte-interviews afgenomen bij

36 vrouwen binnen 4 weken nadat FHG besproken werd. De meeste vrouwen bezochten de huisarts met een medische klacht; slecht 3 vrouwen bezochten de huisarts met het doel FHG te openbaren. Vijftientig vrouwen waardeerden het meest een communicatieve benadering van hun huisarts, die werd gekenmerkt door empathie en empowering. Negen vrouwen waardeerden vooral een instrumentele benadering (medisch onderzoek), maar 8 van hen wilden dit wel gecombineerd met een communicatieve benadering. Na het FHG besproken te hebben merkte meer dan de helft (n=20) een verandering in hun mogelijkheden om de situatie te hanteren en een veranderingsproces te starten of te continueren.

### **Handelen bij volwassenen, hoofdstuk 8, uitgangsvraag 13**

NB: zie voor de literatuurverwijzingen het literatuuroverzicht in hoofdstuk 8.

Petersen et al. (2003) onderzochten in een kwalitatief onderzoek de visie van vrouwen die deelnamen aan een focusgroep, op beschikbaarheid, toegankelijkheid, belemmeringen en voorlichting van gezondheidsdiensten, steunpunten of dienstverlenende instanties wanneer er sprake is van FHG. Hoe kunnen gezondheidszorginstanties ingezet worden om hulp effectiever, toegankelijker en voor slachtoffers van FHG meer acceptabel te maken. Zes focusgroepen met in totaal 67 vrouwen discussieerden aan de hand van een vragenlijst, over de hen bekende hulpverlenende instanties, gezondheidszorg, politie, kerken, tijdelijke opvanghuizen et cetera. Belemmeringen in het gebruik van deze instanties werden besproken, het belang van training en vooral het belang van adequate doorverwijzing naar instanties die bekend zijn met FHG. De belangrijkste rol voor gezondheidswerkers is: het faciliteren bij het openen van de doos van Pandora en het in contact brengen met de geëigende instanties. Waarbij een voorkeur aangegeven werd voor ondersteunende, lokale voorzieningen.

### **Handelen bij volwassenen, hoofdstuk 8, uitgangsvraag 14**

NB: zie voor de literatuurverwijzingen het literatuuroverzicht in hoofdstuk 8.

Robinson (2006) deed onderzoek naar het effect van het gebruik van Multi-Agency Risk Assessment Conferences (MARAC's) in Cardiff. Het doel is het verminderen van het herhaald slachtoffer worden onder slachtoffers van FHG die een hoog risico lopen. Het onderzoek bestrijkt een periode van 6 maanden, met 146 vrouwen. Het behelst een procesevaluatie en een evaluatie van de bevindingen. De procesevaluatie laat zien hoe de MARAC's put uit een verscheidenheid aan mogelijkheden van de verschillende instellingen om strategieën te ontwikkelen die het geweld kunnen reduceren. Deelnemers en slachtoffers zijn geïnterviewd, er zijn observaties gedaan en deze laten de kracht en de beperkingen zien van een multidisciplinaire samenwerking. De evaluatie van de bevindingen had tot doel om te onderzoeken wat met de MARAC's aan reductie van de recidieven bereikt kon worden: is men met deze multidisciplinaire samenwerking in staat het geweld en het hoge risico van de slachtoffers en hun kinderen te verminderen en hun veiligheid te vergroten? De evaluatie geeft de cijfers van de geregistreerde MARAC-slachtoffers bij de politie gedurende de 6 maanden van het onderzoek, daarnaast toont het de politie-oproepen van deze slachtoffers in deze periode en het geeft tot slot de resultaten van de telefonische interviews die steekproefsgewijs zijn gehouden met de slachtoffers. De resultaten laten zien dat MARAC's van onschatbare waarde zijn; de hulpverlening is efficiënter door het verhogen van het delen van informatie. Het systeem verhoogt de veiligheid van de slachtoffers. Zowel uit de informatie van politie als uit de gegevens van de slachtoffers komt naar voren dat herhaling van het geweld sterk vermindert. Bij 6 van de 10 slachtoffers blijkt herhaling van het geweld door deze samenwerking voorkomen te zijn.

McFarlane et al. (2002) hebben een randomized klinisch onderzoek gehouden onder 150 vrouwen die slachtoffer zijn van FHG, om te onderzoeken of telefonische interventies aanzetten tot het ontwikkelen van gedrag om de eigen veiligheid te vergroten. De eerste groep van 75 vrouwen kreeg 6 telefonische gesprekken in een periode van 8 weken, waarin vragen werden gesteld over veiligheid. De



controlegroep van 75 vrouwen, ook slachtoffer van FHG, ontving standaard hulpverlening. De vrouwen uit beide groepen kregen na 3, 6, 12 en 18 maanden opnieuw een interview. De resultaten geven aan dat de vrouwen uit de onderzoeksgroep significant meer persoonlijke veiligheid rapporteerden dan de controlegroep, minimaal op 2 items zowel na 3 als na 6 maanden. Dit onderzoek geeft aan dat interventies gericht op de veiligheid van de mishandelde vrouwen effectief kunnen zijn. In het onderzoek werden vragen gesteld aan het slachtoffer die waren gericht op het bewust worden van directe handelingen die zij zelf kunnen uitvoeren om hun veiligheid te vergroten.

### **Handelen bij volwassenen, hoofdstuk 8, uitgangsvraag 15**

NB: zie voor de literatuurverwijzingen het literatuuroverzicht in hoofdstuk 8.

Taft et al. (2006) hebben een huisartsgeneeskundige richtlijn ontwikkeld door beoordeling van systematische reviews over het signaleren en handelen van huisartsen te combineren met een Delphi-procedure met een internationale groep van tien onderzoekers van familiaal/partnergeweld. De onderzoekers kwamen uit Australië, Engeland, Nederland, Canada en de Verenigde Staten. Naar aanleiding van twee schriftelijke scoringsrondes over de aanbevelingen zijn drie telefonische conferenties gehouden volgens een omschreven procedure die terug te vinden is in de richtlijn. Over de veiligheid zijn in deze richtlijn de volgende aanbevelingen opgenomen:

- De richtlijn beveelt aan dat instellingen een veiligheidsprotocol moeten hebben voor situaties waarin een gewelddadige partner informatie zoekt over het slachtoffer (na scheiding of in de opvang) of dreigend gedrag vertoont naar het personeel.
- De richtlijn geeft aan dat hulpverleners aan slachtoffers van geweld stressvol is en dat deze groep beroepsbeoefenaars zelf ook de gelegenheid moet hebben tot supervisie, collegiale steun en de gelegenheid tot 'debriefing'.

### **Diagnostiek bij volwassenen, hoofdstuk 9, uitgangsvraag 19**

NB: zie voor de literatuurverwijzingen het literatuuroverzicht in hoofdstuk 9.

#### *Voorspellers van partnergeweld*

Wolf et al. (2006) en Sijbrandij et al. (2008) ordenen de wetenschappelijk onderzochte factoren die FHG veroorzaken en in stand houden in vier groepen.

1. *Sociaaleconomische zekerheidsfactoren.* Een aantal onderzoeken geeft aan dat vrouwen met een laag opleidingsniveau, een laag inkomen en zonder betaald werk een iets hoger risico hebben om slachtoffer van FHG te worden/te blijven (Astin et al., 1995; Babcock et al., 1993, Sagrestano et al., 1999; Tollestrup et al., 1999; Barnett & Fagan, 1993). In ander onderzoek wordt dat verband echter niet gevonden (Ratner, 1995; Kyriacou et al., 1999; Jacobson et al., 1994).
2. *Sociale inclusiefactoren.* Als instituties en voorzieningen alert en uitnodigend zijn, is dat voor slachtoffers die FHG hebben meegemaakt, een stimulans bij het aanpakken van hun situatie (Waldrop & Resick, 2004).
3. *Sociale cohesiefactoren.* De mate waarin FHG geaccepteerd wordt in de sociale omgeving van het slachtoffer (o.a. door het bestaan van traditionele rolpatronen), verhoogt de kans op FHG (Faramarzi et al., 2005; Hurlbert et al., 1991; Smith, 1990; Stith & Farley, 1993). Hieronder worden ook geschaard factoren binnen gemeenschappen en de informele relaties waarbinnen slachtoffers van FHG zich bewegen. Een vijandig communicatiepatroon tussen de partners verhoogt het risico op FHG (Jacobson et al., 1994). Dit geldt ook voor de aanwezigheid van meerdere kinderen in het gezin (Ratner, 1995) en voor het ontbreken van sociale steun (Ruiz-Perez et al., 2006). Het risico op FHG is eveneens groter bij degenen die eerder slachtoffer waren van partnergeweld en bij wie de relatie nog niet zo lang duurt.

4. *Factoren die het individuele niveau betreffen.* Een jonge leeftijd vergroot het risico (Ratner, 1995; Kyriacou et al., 1999). Eerdere negatieve gewelds- of traumatiserende jeugdervaringen vergroten het risico (Bensley et al., 2003). Antisociale persoonlijkheidstrekken van zowel dader als slachtoffer vergroten het risico (Kim & Capaldi, 2004; Ehrensaft et al., 2004). Voor angst- en depressieve klachten bij zowel dader als slachtoffer geldt dit ook (Maiuro et al., 1998; Hanson et al., 1997; De Maris & Swinford, 1996). Hetzelfde geldt voor alcohol- en drugsgebruik (Hanson et al., 1997; Kyriacou et al., 1999). Ook een lichamelijke gezondheid die als slecht wordt ervaren is gerelateerd aan FHG (Bensley et al., 2003; Romans et al., 2007).

Risicofactoren betreffen dus vaak de context. Dit geldt overigens voor zowel slachtoffers als plegers. Bekende stressfactoren zijn: financiële problemen en schulden, werkloosheid of slechte werkomstandigheden, slechte woonomstandigheden en dan met name het gebrek aan leefruimte, een buurt met veel onrust en overlast (lawaaï), chronische ziekte in de familie, familieruzies en vetes, gemarginaliseerde positie in de samenleving.

Het maatschappelijk gemarginaliseerd en sociaal geïsoleerd zijn is daarbij een steeds terugkerend gegeven. Dit isolement kan versterkt worden door de dynamiek in het FHG zelf, zoals een verbod van de allochtone familie voor de vrouw om naar Nederlandse les te mogen, of een verbod van de mishandelende partner om nog vriendinnen of familie te mogen ontvangen en spreken. Sijbrandij et al. (2008) benadrukken bij de bespreking van bovengenoemde factoren overigens dat in het tot nu toe bekende onderzoek door de onderzoeksopzet niet steeds duidelijk is in hoeverre de factoren huiselijk geweld veroorzaken, in stand houden of een gevolg zijn van het geweld.

#### *Plegers*

Hilton & Harris (2005) gaven een literatuuroverzicht over voorspellers van (nieuw) partnergeweld en risicotaxatie. Zij noemden de volgende factoren bij plegers van FHG:

- relatief jonge leeftijd
- lagere sociaaleconomische klasse
- geschiedenis van relatieconflicten
- verbale agressie of psychisch misbruik
- ernst van eerder geweld
- eerdere arrestaties voor partnergeweld.

De voorspellende waarde van de individuele variabelen was echter zeer beperkt.

Verder bespraken zij studies naar het risico van alcohol- en drugsmisbruik. Hoewel door de pleger zelf gerapporteerd alcoholgebruik niet voorspellend was voor nieuw geweld (gemeten na een jaar), bleek gerapporteerde dronkenschap van de pleger (gemeten door middel van interviews die eens per kwartaal werden gehouden) wel samen te gaan met nieuw geweld in het afgelopen kwartaal. Verder bleek uit dagboeken met betrekking tot alcoholgebruik, die door zowel pleger als partner werden bijgehouden, dat de kans op geweld fors toenam op dagen dat de pleger alcohol had gedronken (Fals Stewart, 2003).

Verder concludeerden zij op basis van verschillende studies dat met name het oordeel van de slachtoffers over het gedrag van de pleger een goede voorspeller was van nieuw geweld, beter zelfs dan de geschiedenis van het geweld en de andere predictoren zoals hierboven genoemd. Hilton & Harris (2005) noemden dan ook met name deze maat als veelbelovend. Het probleem is echter dat slachtoffers vaak niet bereikbaar zijn, geen relatie meer hebben met de pleger of wel bereikt worden, maar niet bereid zijn om aan deze rapportage mee te werken uit angst of om andere redenen.

*Instrumenten voor gestructureerde inschatting van risico, actuariële risicotaxatie*  
*Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) (Rice & Harris, 1995; Quinsey et al., 1998)*

De VRAG werd niet specifiek voor partnergeweld ontwikkeld maar is tot nu toe een van de beste voorspellers van nieuw geweld (jegens de partner of buitenshuis). Hij bestaat uit 12 items, maar ondanks dit geringe aantal vergt de VRAG een grote tijdsinvestering. Dit komt vooral doordat een score moet worden gegeven op de Psychopathie Checklist (PCL-R, Rice & Harris, 1995), een instrument dat veel kennis en tijd van de onderzoeker vraagt. Voor zover bekend is er geen officiële Nederlandse versie van de VRAG.

#### *Ontario Domestic Assault Risk Assessment (ODARA) (Hilton et al., 2004)*

De ODARA werd ontwikkeld op basis van informatie die politiemensen ter beschikking hadden tijdens het onderzoek naar het partnergeweld. Het instrument werd ontwikkeld op een steekproef van 589 delinquenten die in politiebestanden waren opgenomen en die gemiddeld 5 jaar gevolgd werden. Van de oorspronkelijke 54 variabelen bleven na regressieanalyses 13 items over, waaronder items over eerder geweld binnen- en buitenshuis, bedreigingen en vrijheidsbeperkingen tijdens het laatste geweld, de aanwezigheid van kinderen in de relatie, middelenmisbruik door de pleger en gebrek aan ondersteuning voor het slachtoffer. De ODARA heeft een uitstekende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en is gemakkelijk te coderen door frontliniewerkers. Onderzoek toonde een predictieve validiteit van 0,77 (Area under the Curve)<sup>1</sup>. Hierbij dient aangetekend te worden dat deze waarden werden gevonden in een studie die door de ontwikkelaars van de ODARA zelf was uitgevoerd. Er is nog geen onafhankelijk onderzoek met de ODARA verricht. Opvallend aan de items van de ODARA is dat er ook ruimte is voor het perspectief van het slachtoffer en dat er aandacht is voor eventuele kindslachtoffers. Van de ODARA is ook een Nederlandse vertaling beschikbaar (Winkelman et al., ()).

#### *Domestic Violence Risk Appraisal Guide (DVRAG) (Hilton et al., 2008)*

De DVRAG is bedoeld voor gebruik in (klinische en ambulante) gezondheidszorgsettings, waarin meer tijd is om diagnostische gegevens te verzamelen dan in eerstelijnsinstellingen. De DVRAG is – anders dan de naam doet vermoeden – gebaseerd op de ODARA. Het uitgangspunt bij de ontwikkeling van de DVRAG was het gegeven dat de ODARA met een beperkt aantal relatief makkelijk te scoren actuariële items al een relatief goede voorspellende waarde had getoond. De veronderstelling was dat deze voorspelling zou kunnen worden verbeterd door goed voorspellende klinische items uit risicotaxatie-instrumenten van de categorie ‘gestructureerde klinische beoordeling’ (zie hieronder, met name de DA, de SARA en de DVSI) en de PCL-R en de VRAG toe te voegen. Uit analyses bleek dat al deze instrumenten enige verbetering gaven van de voorspelling, maar dat de PCL-R-score superieur was. De DVRAG bestaat daarom uit de 13 items van de ODARA, aangevuld met de psychopathiescore zoals vastgesteld door middel van de PCL-R, en is dus qua opzet vergelijkbaar met de VRAG. Het voordeel van gebruik van de DVRAG is dat het ODARA-deel van de items kan worden gescoord door de politie of hulpverleners in de eerste lijn; waarna deze score indien gewenst in een meer gespecialiseerde instelling kan worden aangevuld met de score op de PCL-R. Voor zover bekend is er geen officiële Nederlandse versie van de DVRAG.

#### *Instrumenten voor gestructureerde inschatting van risico, gestructureerde klinische beoordeling*

##### *Danger Assessment (DA) (Campbell, 1986, 1995)*

De DA is de oudste van de nu nog gebruikte instrumenten. De meest recente versie bevat een interview met het slachtoffer over de geschiedenis en ernst van het misbruik, gecombineerd met een gestructureerde lijst met 20 ja-nee-items die bedoeld zijn om het risico op dodelijk geweld in te schatten. Voorbeelden van items zijn eerder gewelddadig gedrag door de pleger binnen en buiten de

---

<sup>1</sup> De AUC-waarde is conceptueel en numeriek vergelijkbaar met de veel gebruikte effectgrootte (McGraw & Wong, 1992).

relatie en de aanwezigheid van wapens, middelenmisbruik, jaloezie, seksueel geweld, en bedreigingen met de dood alsmede de angst van het slachtoffer om gedood te worden. Er wordt één totaalscore berekend. Er zijn geen gegevens bekend over de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Er zijn aanwijzingen dat de DA in staat is toekomstig geweld te voorspellen, hoewel het toevoegen van het oordeel van het slachtoffer de voorspellende waarde sterk verbeterde. Voor zover bekend is er geen officiële Nederlandse versie van de DA.

*Spousal Assault Risk Assessment (SARA) (Kropp et al., 1995) (Nederlandse versie De Ruijter)*

De SARA was een van de eerste risicotaxatie-instrumenten voor relationeel geweld en was tot voor kort het meest gebruikte en onderzochte risicotaxatie-instrument. De Sara werd ontwikkeld om beroepsbeoefenaars bij te staan in het formuleren van adequate strategieën voor casemanagement van plegers van huiselijk geweld. Het instrument bestaat uit 2 delen van 10 items die beide deels uit statische en deels uit dynamische risicofactoren bestaan. Deel I bevat items over gewelddadig gedrag in het algemeen en psychische aangepastheid; deel II gaat over de geschiedenis van het partnergeweld, over bijzonderheden van het laatste geweld (bijvoorbeeld het gebruik van wapens), en opvattingen van de pleger. De beoordelaar weegt aan het eind de verkregen informatie, beslist of bepaalde informatie extra gewicht moet krijgen en geeft een eindoordeel over de mate van risico (laag, matig of hoog), hoewel verder geen richtlijnen worden gegeven hoe men tot dit oordeel moet komen. De totaalscore op de 20 items had een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van 0,84 (Kropp & Hart, 2000), en ook het eindoordeel (laag-matig-hoog) was betrouwbaar. De SARA had een goede convergente en discriminante validiteit vergeleken met andere maten voor algemene en gewelddadige criminaliteit. Grann & Wedin (2002) vonden in een Zweeds onderzoek dat vooral deel II voorspellende waarde had voor recidive, en de totaalscore van de SARA was niet predictief. Hilton et al. (2004) concludeerden dat wat betreft de SARA vooral schending van voorwaarden, persoonlijkheidsstoornis en bagatellisering of ontkenning van relationeel geweld, bruikbare predictoren zijn. Een evident nadeel van de SARA is haar uitgebreidheid en de aanzienlijke tijdsinvestering die het instrument vraagt, vooral door de noodzakelijkheid van het inwinnen van collaterale informatie betreffende risicofactoren als psychische stoornissen, persoonlijkheidspathologie en suïcidale/homicidale neigingen. Bovendien lijkt het betrouwbaar leren scoren van de SARA een aanzienlijke investering te vereisen. De officiële Nederlandse versie van de SARA zal naar verwachting binnenkort beschikbaar zijn (Hildebrand & De Ruijter, 2009)

*Brief Spousal Assault For Evaluation of Risk (B-SAFER) (Kropp et al., 2003)*

De B-SAFER werd ontwikkeld voor gebruik door de politie. Nadat eerst geëxperimenteerd werd met de toepassing van de volledige SARA door politiemedewerkers die te maken hadden met relationeel geweld, werd besloten om een beknopte versie te ontwikkelen voor gebruik door frontliniewerkers. De B-SAFER heeft 10 in plaats van 20 risicofactoren en vereist minder collaterale informatie dan de SARA. Recentelijk werden aan de B-SAFER 5 kwetsbaarheidsfactoren van slachtoffers toegevoegd. De B-SAFER is op dit moment het enige gestructureerde risicotaxatie-instrument voor relationeel geweld dat in Nederland is onderzocht op interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en validiteit. De single measure Intra Classe Correlatiecoëfficiënt (ICC) voor het eindoordeel op de B-SAFER voor de lange termijn (> 2 maanden) was 0,64; de average measure ICC was 0,78. De beoordeling van het risico op basis van de B-SAFER zal meestal gedaan worden door één beoordelaar (single rater), dan geldt de single measure ICC. De average ICC is de ICC indien het oordeel gebaseerd is op de consensus tussen twee of meer beoordelaars (De Ruijter et al., 2008). De predictieve validiteit van de B-SAFER voor een nieuw incident van relationeel geweld binnen een follow-upperiode van minimaal twee jaar werd onderzocht in een retrospectief dossieronderzoek naar 100 reclasseringscliënten die veroordeeld waren voor relationeel geweld. De predictieve nauwkeurigheid was 0,70, wat significant beter dan kansniveau is (Area under the Curve van de Receiver Operating Characteristics Analysis). Hierbij dient vermeld te worden dat niet over alle risicofactoren van de B-SAFER adequate informatie

voorhanden was in de dossiers. Er is een Nederlandse versie beschikbaar van de B-SAFER (De Ruijter, 2008).

*Domestic Violence Screening Instrument (DVSI) (Williams & Houghton, 2004)*

De DVSI is een checklist van 12 items met betrekking tot huiselijk geweld, behandelingsvoorgeschiedenis en bijzonderheden van het recente geweld. De DVSI werd onderzocht onder een grote groep plegers (n=1.465), waarin hij werd gescoord door reclasseringsbegeleiders. Het instrument deed het daarin bijna even goed als de SARA, met name waar het ging om voorspelling van ernstig geweld. Voor zover bekend is er geen officiële Nederlandse versie van de DVSI.

In Nederland wordt door de ketenpartners (met name politie en hulpverleners van de ambulante steunpunten huiselijk geweld en de vrouwenopvang) gebruikgemaakt van een risico-inventarisatielijst. Hiermee wordt sinds 2006 landelijk gewerkt. De lijst is ontwikkeld door het Verwey-Jonker Instituut en geeft onder meer inzicht in eerder ondergaan fysiek geweld, wapenbezit en -gebruik door de geweldpleger, eerdere veroordelingen van de geweldpleger en eerwraakrisico. De risico-inventarisatielijst dient om te bepalen of en zo ja welke extra veiligheidsmaatregelen en anonimiteit voor de vrouw en kinderen noodzakelijk zijn. De lijst is opgenomen in Appendix L.

Hanson et al. (2007) voerden een meta-analyse uit naar de voorspellende waarde van verschillende benaderingen (waaronder ook het oordeel van partners) en instrumenten voor risicotaxatie bij mannen die hun partner hebben mishandeld. Zij vonden in totaal 18 studies die aan de criteria voldeden voor opname in de studie, 10 in de VS, 6 in Canada en 2 in Zweden. De voorspellende waarde was over het algemeen matig. Instrumenten die speciaal bestemd waren voor partnergeweld (gemiddeld  $d=0,40$ ; 10 studies) deden het niet beter dan instrumenten voor algemeen geweld (gemiddeld  $d=0,54$ ; 4 studies) of oordelen van slachtoffers (gemiddeld  $d=0,36$ ; 5 studies). De beste voorspellers waren de DVRAG ( $d=0,74$ ) en de VRAG ( $d=0,65$ ), beide actuariële instrumenten.

**Diagnostiek bij volwassenen, hoofdstuk 9, uitgangsvraag 20a, diagnostiek slachtoffers**

NB: zie voor de literatuurverwijzingen het literatuuroverzicht in hoofdstuk 9.

*Onderwerpen die in gesprek met slachtoffers aan de orde moeten komen*

Als duidelijk is dat FHG heeft plaatsgevonden, is meer gerichte vervolgdagnostiek nodig om een behandelingsplan op te stellen. Overzichtsartikelen en buitenlandse richtlijnen (onder meer de National Consensus Guidelines Domestic Violence, 2004, p. 49) noemen de volgende onderwerpen die tijdens deze nadere diagnostiek bij slachtoffers aan de orde moeten komen:

Lichamelijke en psychische klachten, gedragsproblemen, intelligentie:

- lichamelijke klachten en problemen als (mogelijk) gevolg van FHG: verwondingen, chronische pijnklachten, geslachtsziektes, herhaalde abortussen, ontstekingen aan geslachtsorganen
- de aanwezigheid van andere chronische ziektes (zoals suikerziekte, verhoogde bloeddruk, hiv, astma) en de wijze waarop het slachtoffer met deze ziektes omgaat
- psychische klachten: waaronder depressies, angstklachten, PTSS-klachten, vermoeidheid, seksuele disfuncties
- middelenmisbruik door het slachtoffer.

Overzichtsartikelen (bijvoorbeeld Herman, 1993) noemen de volgende aspecten als vaak voorkomend bij slachtoffers van FHG: fysieke uitingen van stress, gevoelens van geïsoleerdheid, van onvermogen en van machteloosheid, angststoornissen, chronische PTSS, depressie en suïcidepogingen. Instellingen voor alcohol- en drugsbestrijding en hiv/aidspreventie voegen hier nog aan toe: het vaak

voorkomen van alcoholproblematiek en middelenmisbruik (New York State Dept of Health, 2002). Bij Nederlandse slachtoffers van huiselijk geweld werden in het toestandsbeeld op as-I vergelijkbare klachten genoemd. Met name stressstoornissen (Römkens, 1989; Wegelin, 2007; Wegelin et al., 2008), depressieve stoornissen (Römkens, 1989; Wolf et al., 2006; Wegelin, 2007; Wegelin et al., 2008), en aanpassingsstoornissen kwamen vaak voor (Wegelin, 2007; Wegelin et al., 2008). De beide laatste auteurs bespraken alleen slachtoffers binnen de vrouwenopvang.

Wanneer kort na het geweld opvang en stabilisatie van het slachtoffer vooropstaat, is het gebruikelijk de diagnostiek te beperken tot dit eerste interview. Als meer informatie over de ernst van de klachten (bijv. depressie, vermoeidheid, angst en symptomen van PTSS) wordt gezocht, kunnen in aanvulling op het interview eventueel zelfbeschrijvingsvragenlijsten voor genoemde klachten worden afgenomen. In buitenlands en in Nederlands onderzoek kwam naar voren dat bij slachtoffers van huiselijk geweld naast het bovenstaande ook dikwijls meer structurele psychische problematiek in de vorm van persoonlijkheidsproblematiek aanwezig is. Genoemd werden een veranderde blik op zichzelf, gevoelens van geïsoleerdheid, een chronisch laag zelfbeeld, gevoelens van incompetentie en doorlopende afhankelijkheidsgevoelens van de (ex-)partner (Carlson-Catalano, 1998; New York State Dept of Health, 2002). In de Nederlandse vrouwenopvang werd bij twee derde deel van de vrouwen (kenmerken van) persoonlijkheidsproblematiek aangetroffen (Wegelin, 2006 en 2007). Meestal gaat het om borderline- en afhankelijke kenmerken. Om een beter beeld te krijgen van persoonlijkheidskenmerken kan voortgezette diagnostiek worden gedaan met behulp van de bestaande persoonlijkheidstests.

De persoonlijke draagkracht van de cliënt wordt mede bepaald door haar intelligentie. Een verstandelijke beperking kan de cliënt van jongs af aan vatbaar maken voor vérgaande ongelijkheid in partner- of familierelaties. In alle opwinding over de recente narigheid waaronder de cliënt lijdt, dreigt dit wel eens over het hoofd te worden gezien. Om die reden wordt in sommige vrouwenopvanginstellingen standaard een intelligentie-onderzoek toegevoegd aan de diagnostiek. In andere opvanginstellingen gebeurt dit alleen bij twijfel. Overigens liggen de lacunes die de draagkracht beperken in de praktijk vaker in de sociaalemotionele intelligentie dan in de cognitieve intelligentie. Het oog hebben hiervoor en het meten hiervan is gewoonlijk voorbehouden aan specialistische instellingen voor verstandelijke beperkingen. Omdat er reden is niet te lang te wachten met behandelen is het belangrijk deze specialisten snel te kunnen inschakelen.

### *Typologieën*

Recent is gepoogd om bij slachtoffers onderscheid te maken in verschillende subtypes of cliëntprofielen. In Nederland is op dit gebied een studie uitgevoerd door Sijbrandij et al. (2008). Een cliëntprofiel kan worden gedefinieerd als een beschrijving van de kenmerken en zorgbehoeften van specifieke doelgroepen (Wits et al., 2003). Deze kenmerken kunnen betrekking hebben op de gezondheid en leefsituatie van de doelgroep, zorgbehoefte, vindplaats, wijze van contactleggen en op algemene gegevens zoals geslacht, leeftijd, culturele herkomst, opleiding en omvang. Verondersteld wordt dat het vaststellen van cliëntprofielen kan leiden tot betere, meer passende interventies. Daarnaast geeft het onderscheid in doelgroepen inzicht in de verschillende manieren waarop deze doelgroepen het beste kunnen worden bereikt (Sijbrandij et al., 2008).

Er zijn verschillende manieren om te komen tot cliëntprofielen. Vaak hebben professionals al een indruk welke groepen kunnen worden onderscheiden. Op basis van deze indrukken kunnen bijvoorbeeld beschrijvingen van cliëntgroepen worden gemaakt, waarna deze worden getoetst aan de mening van deskundigen of anderen, zoals de cliënten zelf. Daarnaast is het mogelijk om op empirische wijze cliëntprofielen te maken. Hiervoor kunnen cliëntgegevens, zoals demografische gegevens, worden geanalyseerd, waarbij door statistische analyse latente groepen of clusters van cliënten worden gevormd. Het voordeel van deze empirische methode boven de eerder genoemde methode is dat deze gebaseerd is op feitelijke gegevens, in plaats van op de subjectieve indruk van professionals.

Sijbrandy et al. (2008) verrichtten een clusteranalyse op de gegevens van 218 vrouwen die vanwege FHG in een instelling voor vrouwenopvang verbleven. De clusterkenmerken hadden zowel betrekking op demografische en sociale kenmerken, als op enkele psychische kenmerken.

De analyse leidt tot zes verschillende profielen:

1. *Nieuwkomers*: uit het buitenland afkomstige vrouwen, van wie de helft een partner had met een andere etnische achtergrond (voornamelijk Nederlands). Deze groep had relatief milde lichamelijke en psychische klachten, een gemiddelde zelfwaardering en persoonlijke effectiviteit.
2. *Autochtone vrouwen*: Nederlandse vrouwen met een Nederlandse partner, van wie een kleine helft problematisch alcohol/drugsgebruik had. Dit waren vrouwen met relatief veel sociale steun in hun omgeving. Ook deze groep had relatief milde lichamelijke en psychische klachten en een gemiddelde zelfwaardering en persoonlijke effectiviteit.
3. *Vrouwen die eerdergerelateerd geweld ondervonden*: jonge allochtone vrouwen die waren uitgetrouwde en/of bij wie eerwraak speelde. Ook de partner was gewoonlijk allochtoon. Bijna twee derde van de partners had problematisch alcohol/drugsgebruik. De slachtoffers hadden relatief weinig sociale steun. Deze groep had veel psychische klachten en een matige lichamelijke gezondheid en een gemiddelde zelfwaardering en persoonlijke effectiviteit.
4. *Vrouwen met opvallend veel psychische problematiek*: voor twee derde Nederlands, een derde met andere etnische achtergrond. Een kwart van de partners had problematisch alcohol/drugsgebruik. Er was sprake van zware depressies, zeer veel posttraumatische stressklachten, lage zelfwaardering en lage persoonlijke effectiviteit. In deze groep kwam veel medicijngebruik (antidepressiva, antipsychotica, pijnstillers) voor.
5. *'Moeilijke meiden'*: jonge, niet-Nederlandse, weerbare vrouwen met relatief weinig lichamelijke en psychische klachten.
6. *Oudere vrouwen met financiële problemen (40+-vrouwen)*: voornamelijk Nederlands, met zeer hoge financiële schulden (gemiddeld € 45.000), met een partner die in twee derde van de gevallen problematisch alcohol/drugsgebruik had, met relatief veel sociale steun. Relatief weinig lichamelijke en psychische klachten, relatief hoge zelfwaardering en gemiddelde persoonlijke effectiviteit.

Uit deze typologie blijkt vooral de multidimensionaliteit van factoren. Vooralsnog valt er onvoldoende uit af te leiden of er specifieke klachtpatronen dan wel persoonlijkheidstrekken bij groepen slachtoffers zijn te onderscheiden.

### **Diagnostiek bij volwassenen, hoofdstuk 9, uitgangsvraag 20b, diagnostiek plegers**

NB: zie voor de literatuurverwijzingen het literatuuroverzicht in hoofdstuk 9.

#### *Plegertypologieën*

Aan het eind van de jaren zeventig van de twintigste eeuw ontstond oog voor de grote heterogeniteit binnen de groep plegers van partnermishandeling. In deze periode werden de eerste pogingen ondernomen om subtypes binnen de groep partnermishandelaars te onderscheiden. In de jaren daarna werd dit onderwerp met name door Saunders (1992), Holtzworth-Munroe & Stuart (1994) en Holtzworth-Munroe et al. (o.a. 2000, 2003) verder uitgewerkt. Saunders (1992) onderscheidde drie subtypes: 'emotioneel ingehouden', 'algemeen gewelddadig' en 'emotioneel wisselend'. Holtzworth-Munroe & Stuart (1994) kwamen eveneens tot drie subtypes: 'alleen gezin', 'algemeen gewelddadig/antisociaal' en 'dysfoor/borderline'.

Dixon & Browne (2003) namen de driedeling van Holtzworth-Munroe & Stuart als uitgangspunt en gingen na in hoeverre de andere typologieën die in de loop der jaren waren voorgesteld deze driedeling ondersteunden. Tevens onderzochten zij of de percentages van de subtypes varieerden met het kader van de behandeling: vrijwillig versus opgelegd. Zij vonden dat – op een enkele uitzondering na – alle typologieën inderdaad waren terug te brengen tot de genoemde driedeling.

Verder vonden zij voor de subtypes verschillende percentages in vrijwillige versus opgelegde behandelingen: voor 'algemeen gewelddadig' respectievelijk 22,9% versus 36,3%; voor 'dysfoor/borderline' respectievelijk 15,5% en 23,7% en voor 'alleen gezin' respectievelijk 59,3% en 37,7%. De verschillen waren alleen significant voor het eerste en het derde subtype. Wanneer de vrijwillige en verplichte groep samen werden genomen waren de percentages respectievelijk 29,6%, 20% en 49,7%, hetgeen overeenkomt met de 30%, 20% en 50% die Holthworth-Munroe & Stuart al in 1994 noemden.

Dutton (2006) vergeleek de typologieën die in de jaren daarvoor waren gepubliceerd en concludeerde dat het merendeel op min of meer dezelfde driedeling uitkwam (zie tabel 4, ontleend aan Dutton, 2006).

Tabel 4: Vergelijking van plegertypologieën

Hamberger & Hastings	Holtzworth-Munroe & Stuart	Saunders	Tweed & Dutton
Antisociaal/narcistisch	Algemeen gewelddadig/antisociaal	Algemeen gewelddadig	Instrumenteel/ondergecontroleerd
Schizoid/borderline	Dysforisch/borderline	Emotioneel wisselend	Impulsief/ondergecontroleerd
Afhankelijk/dwangmatig	Alleen gezin/Passief-afhankelijk	Emotioneel ingehouden	Impulsief/overgecontroleerd

Alle typering in deze tabel zijn gebaseerd op persoonlijkheidstrekken c.q. -stoornissen. Daarnaast werden door sommigen nog andere indelingen voorgesteld, bijvoorbeeld op basis van fysiologisch respons tijdens conflicten (Gottman et al., 1995) en gegeneraliseerdheid en/of seksuele aard van het geweld (Monson & Langhinrichsen-Rohling, 1998; Waltz et al., 2000). Verder werd onderscheid gemaakt in de ernst van het geweld, resulterend in een tweedeling: licht versus ernstig geweld. Ook deze tweedeling werd in verschillende onderzoeken bevestigd (Holtzworth-Munroe & Stuart, 1994; Johnson, 1995; Lawrence, 2002). Verondersteld is wel dat licht geweld het gevolg is van factoren binnen de relatie en dat beide partners een aandeel hebben in de escalatie; terwijl ernstig geweld eerder een gevolg zou zijn van individuele kenmerken van de pleger. Huss & Langhinrichsen-Rohling (2000) identificeerden bij een groep die hun partners ernstig mishandelden een combinatie van kenmerken: antisociaal gedrag, ernstig en gegeneraliseerd geweld, lage fysiologische arousal, middelenmisbruik en weerstand tegen behandeling.

Holtzworth-Munroe & Meehan (2004) gaven een overzicht van de verschillende subtypes en bespraken een eigen onderzoek waarin ze cliënten uit eerder eigen onderzoek opnieuw beoordeelden om de stabiliteit van deze subtypes door de tijd te onderzoeken. Daarbij bleek dat met name de groepen die ernstig geweld gebruikten (overwegend 'algemeen gewelddadig' en 'dysfoor/borderline') relatief stabiel bleven en nog steeds gewelddadig waren. De 'alleen gezin'-groep was veel wisselender; sommigen waren nog steeds gewelddadig, anderen niet.

#### *Verschillen tussen mannelijke plegers van partnergeweld en niet-gewelddadige mannen*

De eerste studies waarin kenmerken van partnermishandelaars werden vergeleken met die van niet-gewelddadige mannen werden gepubliceerd aan het eind van de jaren zeventig van de twintigste eeuw. In tabel 5, ontleend aan Dixon & Browne (2003), staat een overzicht van de variabelen die in de loop der jaren werden gevonden.

Tabel 5: Kenmerken waarin plegers verschillen van niet-gewelddadige mannen



Geringe assertiviteit	(Dutton & Strachan, 1987; Goldstein & Rosenbaum, 1985)
Lage zelfwaardering	(Flemming, 1979; Goldstein & Rosenbaum, 1985; Saunders, 1995)
Gebrekkige sociale vaardigheden	(Elbow, 1977; Goldstein & Rosenbaum, 1985; Walker, 1979)
Alcohol- en drugsmisbruik	(O'Leary, 1993; Tolman & Bennet, 1990)
Slechte impulscontrole	(Bernard & Bernard, 1984; O'Leary, 1993)
Cognitieve verstoringen	(O'Leary, 1993; Saunders, 1995)
Overmatige afhankelijkheid	(Bernard & Bernard, 1984; Elbow, 1977; Purdy & Nickle, 1981; Shupe, Stacy & Hazelwood, 1987)
Gewelddadige achtergrond	(Gayford, 1975; Hotaling & Sugarman, 1986; Straus, Gelles & Steinmetz, 1980)
Voorgeschiedenis van gewelddadig gedrag	(Convit, Jaeger, Lin, Meisner & Volavka, 1988; Walker, 1979)
Antisociale persoonlijkheid	(Flournoy & Wilson, 1991; Gottman et al., 1995)

De belangrijkste conclusie uit onderzoeken naar persoonlijkheidskenmerken van plegers is dat de groep in dit opzicht bijzonder heterogeen is samengesteld (Scott, 2004). Maar gemiddeld genomen scoren plegers van partnergeweld hoger op schalen die narcistische, vermijdende, antisociale, woedende en impulsieve persoonlijkheidstrekken meten.

Hoewel deze factoren regelmatig worden aangetroffen bij plegers van partnermishandeling, moge duidelijk zijn dat de voorspellende waarde van de individuele variabelen gering of soms zelf geheel afwezig is. Zelfs binnen de groep met een antisociale persoonlijkheidsstoornis maakt 'slechts' zo'n 25% zich ook schuldig aan partnermishandeling. Het is dan ook de vraag wat de implicaties van deze bevindingen zijn voor de keuze van interventies, met andere woorden: of het verbeteren van assertiviteit, sociale vaardigheden en impulscontrole of het verminderen van cognitieve verstoringen en overmatige afhankelijkheid leidt tot minder geweld.

### **Diagnostiek bij volwassenen, hoofdstuk 9, uitgangsvraag 20c, diagnostiek partners**

NB: zie voor de literatuurverwijzingen het literatuuroverzicht in hoofdstuk 9.

Onderzoek toonde aan dat gewelddadige paren duidelijk van niet-gewelddadige paren verschillen in hun oplossend vermogen bij relationele problemen en in de mate waarin zij over positieve communicatieve vaardigheden beschikken (Lloyd, 1996). Disharmonie in de relatie bleek een van de krachtigste correlaten van fysieke mishandeling (Aldarondo & Sugarman, 1996). In de vorige paragrafen werden studies besproken naar subtyperingen onder plegers en slachtoffers van FHG. Deze studies betroffen alleen (mannelijke) plegers of (vrouwelijke) slachtoffers. Men kan echter het paar als eenheid van onderzoek aanmerken. Hierover is nog niet veel onderzoek verricht.

O'Leary & Vivian (1990) deden een studie onder een steekproef van 266 paren die zich aanmeldden voor relatietherapie. Met de Conflict Tactics Scale (CTS) werd vastgesteld dat bij ongeveer 28% sprake was van ernstig fysiek geweld, bij 31% licht fysiek geweld en bij 39% waren er verbale

conflicten maar zonder fysiek geweld. Langhinrichsen-Rohling et al. (1994) kwamen tot vergelijkbare resultaten.

Anderson (2001) deed een onderzoek naar de toepasbaarheid van zelfrapportage-instrumenten om typen paren en de ernst van het geweld te kunnen vaststellen en de behandeling daarop af te stemmen. Cliënten moesten voor het eerste intakegesprek een aantal zelfrapportagelijsten invullen. De antwoorden van beide partners werden vergeleken om vast te stellen in hoeverre de rapportages van beide partners over hun eigen gedrag en dat van hun partner overeenstemden. Het bleek dat de antwoorden in hoge mate overeenstemden. De correlaties varieerden van 0,68 tot 0,94. Anderson wees erop dat de vragenlijsten het klinische gesprek niet kunnen vervangen maar wel aanvullen. Resultaten van het onderzoek van Anderson ondersteunden resultaten uit eerder onderzoeken:

- 27% van de paren meldde lichte vormen van wederzijdse psychische mishandeling
- 16% meldde ernstige eenzijdige mishandeling
- 22% meldde ernstige wederzijdse fysieke mishandeling.

Johnson onderzocht verschillende profielen van gewelddadige interactie bij paren (Johnson 1995, 1999; Johnson & Leone, 2000). Hij stelde aanvankelijk twee en later vier categorieën voor:

1. *Intiem Terrorisme* (Intimate Terrorism of IT): controlerende agressie jegens de partner. Het gaat om een escalerend patroon van geweld om controle over de partner te krijgen en te behouden. Het betreft fysiek geweld maar ook psychisch geweld: isoleren, bedreigen, vernederen, economisch afhankelijk houden.
2. *Gewelddadig Verzet* (Violent Resistance of VR): als verdediging tegen aanvallen door de partner.
3. *Wederzijdse Gewelddadige Controle* (Mutual Violent Control of MVC): twee elkaar terroriserende partners die beiden de ander willen controleren.
4. *Veel Voorkomend Partner Geweld* (Common Couple Violence of CCV), geweld dat voortkomt doordat ruzies uit de hand lopen.

Controlerende gedragingen werden in dit onderzoek gemeten met de Control Behaviour Scale (CBS-R). Deze schaal kan gescoord worden met een gemiddelde totaalscore of met vijf subscores betreffende: Economisch misbruik (4 items); Dwang en dreiging (4 items), Intimidatie (5 items); Emotioneel misbruik (5 items); Isolatie (6 items). Respondenten geven op een vijfpuntsschaal aan hoe vaak zij het afgelopen jaar dergelijk gedrag hebben vertoond ten opzichte van de partner, of van de partner ten opzichte van henzelf. *Fysieke agressie* werd gemeten met een aangepaste versie van de CTS (Straus, 1979). *Ernst van geweld* werd gemeten door de vraag: Hoe vaak waren u of uw partner in het afgelopen jaar tijdens conflicten gewond, in elkaar geslagen, gekrabbt, gekeeld, gesneden, door elkaar geschud, oren, ogen of tanden beschadigd, botten gebroken? Dit item kan gescoord worden op een schaal van 0 (nooit) tot 4 (altijd).

De uitkomst van de schalen samen maken een indeling mogelijk in de verschillende groepen: IT, VR, MVC of CCV.

Graham-Kevan & Archer (2003) gebruikten een gemengde steekproef van vrouwen in vluchthuizen en hun partners (N=86); mannelijke en vrouwelijke studenten (N=208); mannen in een plegerbehandelingsprogramma en hun vrouwen (N=8) en mannelijke gevangenen en hun partners (N=192) om classificatie en prevalentie van deze categorieën te meten. Respondenten vulden vragenlijsten in over fysieke agressie, verwondingen, escalatie van fysieke agressie en controlerend gedrag. Via clusteranalyse werden de paren geïdentificeerd onder de noemer 'intiem terrorisme' of 'veel voorkomend partner geweld'.

De categorie IT was van toepassing op 22% van de steekproef. Bij IT was in 87% van de gevallen de man pleger en de groep die als VR kon worden getypeerd bestond voor 90% uit vrouwen, IT en VR werden vooral vastgesteld op basis van rapportages van vrouwen in vluchthuizen. MVC werd even vaak voor mannen als voor vrouwen geïdentificeerd en vooral door de steekproef uit de gevangenis.

In 78% van de steekproef werd CCV geïnclassificeerd, deze categorie bleek genderneutraal (45% mannen). Een onderscheid tussen IT en CCV wordt door meerdere onderzoeken ondersteund.

Zelfrapportage is essentieel om psychisch en fysiek geweld tussen partners te beoordelen. Deze vraag komt verder aan de orde bij de volgende uitgangsvraag naar bruikbare meetinstrumenten.

### **Diagnostiek bij volwassenen, hoofdstuk 9, uitgangsvraag 20d, meetinstrumenten**

NB: zie voor de literatuurverwijzingen het literatuuroverzicht in hoofdstuk 9.

In het buitenland zijn inmiddels enkele vragenlijsten specifiek voor gebruik bij plegers en slachtoffers van partnergeweld ontwikkeld.

Een van de meest gebruikte vragenlijsten is de Conflict Tactics Scale (CTS) (Straus, 1979, 19 items), later vervangen door de herziene versie (CTS2) (Straus et al., 1996, 39 items). De CTS werd ontwikkeld om psychisch en fysiek geweld tussen partners te meten, alsmede hun strategieën om te onderhandelen. De CTS2 bevat in vergelijking met de CTS extra items om de betrouwbaarheid en validiteit te verhogen, een betere differentiatie tussen licht en ernstig geweld, nieuwe schalen (Seksuele dwang en Fysieke verwondingen), verbeterde formuleringen en een ander format. De respondent wordt gevraagd om de frequentie van gewelddadige gebeurtenissen aan te geven op een schaal van 0 (dit is nog nooit gebeurd) tot 6 (dit is meer dan 20 keer voorgekomen in het afgelopen jaar). De gedragingen die in de lijst genoemd worden variëren van 'Ik beledigde of schold mijn partner uit' tot 'Ik had een botbreuk als gevolg van een ruzie met mijn partner'. Elke oneven genummerde vraag is geformuleerd in de 'ik-vorm': 'Ik deed ... tegen mijn partner.' De even genummerde vragen zijn geformuleerd in de 'mijn partner-vorm': 'Mijn partner deed ... tegen mij.' De schaal meet drie dimensies: psychische agressie, fysieke agressie en verwondingen. De schaal over verwondingen is toegevoegd om de kritiek te ondervangen dat de CTS onvoldoende de ernstiger vormen van geweld zou meten. Voor zover bekend bestaat van deze lijst geen officiële Nederlandse versie, maar zijn er wel diverse niet-geautoriseerde vertalingen in omloop (zie bijvoorbeeld de website van Strauss: <http://pubpages.unh.edu/~mas2/>). Ze zijn echter voor Nederland niet onderzocht dus valt er weinig te zeggen over hun psychometrische kwaliteiten.

Er is in de loop der jaren nogal wat kritiek op de CTS geuit, met name omdat de CTS is gebruikt voor doeleinden waarvoor de lijst in elk geval niet werd ontwikkeld en mogelijk ook niet geschikt is. Het gaat dan om onderzoek naar de vraag of mannen en vrouwen over het geheel genomen verschillen in gewelddadigheid. De kritiek op de CTS ontstond vooral naar aanleiding van epidemiologische studies naar het gebruik van geweld, waarin de CTS werd gebruikt als maat voor geweld (Straus, 1990, 1999; Dobash et al., 1992). De resultaten uit deze studies, die suggereerden dat mannen en vrouwen even gewelddadig waren, waren in tegenspraak met observaties in opvanghuizen voor slachtoffers van geweld en informatie vanuit hulpverleningsinstellingen, waarin voornamelijk sprake was van vrouwelijke slachtoffers (van mannelijke plegers). In studies waarin – naast inventarisatie van feitelijk geweld – ook werd gekeken naar motieven voor geweld, psychische gevolgen voor het slachtoffer en ernst van het gebruikte geweld, werd deze gelijkwaardigheid van mannen en vrouwen niet teruggevonden en bleken mannen gewelddadiger (bijv. Johnson, 1995).

In het buitenland en ook in Nederland werden enkele lijsten ontwikkeld die bruikbaar zouden kunnen zijn om specifieke aspecten bij partnergeweld in kaart te brengen. Ze zijn echter tot nu toe niet of nauwelijks onderzocht op betrouwbaarheid en validiteit. We bespreken ter illustratie kort enkele voorbeelden.

#### *Inventory of Beliefs about Wife Beating (IBWB) (Saunders et al., 1987)*

De IBWB is een veelomvattende meting van opvattingen en overtuigingen over het mishandelen van vrouwen. De 31 items tellende attitudevragenlijst bestaat uit 5 subschalen, die min of meer als volgt omschreven kunnen worden: (1) Het slaan van vrouwen is geoorloofd; (2) Vrouwen hebben er

voordeel van geslagen te worden; (3) Hulp moet worden gegeven; (4) De pleger moet gestraft worden en (5) De pleger is verantwoordelijk.

*Attitudes toward Women Scale (ATWS) (verkorte en eenvoudige versie door Nelson, 1988)*

De lijst bevat 22 items, zonder verdere subschaalindeling, en betreft uitspraken over traditionele rolverdeling tussen de twee seksen.

*Psychological Maltreatment of Woman Scale (PMWS) (Tolman, 1989)*

De PMWS is een vragenlijst betreffende controlerend en dominerend gedrag door de pleger. Het is een lijst van 58 items die alleen ingevuld dient te worden door de partner van de pleger. De lijst bestaat uit twee factoren: de eerste representeert een dominantie-isolatie factor, de tweede een emotionele-verbale factor.

*EZ-Batterer Typology Questionnaire (Ziegler, 2005)*

Ziegler (2005) ontwikkelde op basis van de literatuur over de subtypes de EZ-Batterer Typology Questionnaire. De opzet van dit onderzoek was een relatief korte zelfbeschrijvingslijst te ontwikkelen die in staat zou zijn de 3 types volgens Holthzworth-Munroe & Stuart te onderscheiden. Hoewel de plegers in haar onderzoek op basis van de Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II), de Conflict Tactics Scale (CTS) en politiegegevens wel waren in te delen in een van de 3 subtypes, lukte dit helaas niet op basis van de vragenlijst alleen.

### **Behandeling bij volwassenen, hoofdstuk 10, uitgangsvraag 21, behandeling van plegers**

NB: zie voor de literatuurverwijzingen het literatuuroverzicht in hoofdstuk 10.

Er zijn diverse behandelingen voor plegers ontwikkeld en beschreven, met name in de Verenigde Staten (Babcock & LaTaillade, 2000). Slechts een deel daarvan is onderzocht op effectiviteit, te weten de feministische psycho-educatiegroepen (gebaseerd op het zogenaamde Duluth-model), cognitief gedragsmatige groepen (waaronder groepen gericht op woedebeheersing), en partnerrelatietherapie. De Duluthgroepen zijn gebaseerd op de veronderstelling dat partnergeweld het gevolg is van patriarchale opvattingen van mannen en van de impliciete of zelfs expliciete maatschappelijke sanctionering van macht en controle (en gebruik van geweld) door de man. Deze interventie wordt niet gezien als therapie, maar als een (heropvoedings)cursus waarin de opvattingen van de mishandelende partner (in dit model altijd een man) stevig moeten worden uitgedaagd en vervangen door opvattingen die meer gelijkheid tussen de partners voorstaan. Partnermishandeling wordt hierin gezien als crimineel en sociaal goedgekeurd gedrag, en niet als een gevolg van persoonlijkheidsproblematiek of problemen in de communicatie met de partner. Het doel van de Duluth-interventie is het veranderen van de opvattingen van de pleger, niet het behandelen van diens psychische stoornissen of het verbeteren van de relatie met de partner. In de afgelopen jaren ontstond forse kritiek op het Duluth-model (voor een overzicht zie Dutton, 2006). De belangrijkste kritiek is dat het programma is gebaseerd op een ideologie, die in stand wordt gehouden *ondanks* wetenschappelijke evidentie voor het tegendeel van bepaalde aannames in het model. Verder is de kritiek dat het model confronterend en beschuldigend is, en daardoor leidt tot een defensieve houding bij de deelnemers in plaats van hen de emotionele veiligheid te bieden waarin ze eerlijk naar hun eigen gedrag durven te kijken.

Cognitief gedragsmatige groepen zijn gebaseerd op de gedachte dat geweld (al dan niet in partnerrelaties) aangeleerd gedrag is, dat ook weer kan worden afgeleerd. Veronderstelde voordelen van geweld (op de korte termijn) zijn dat het geweld de opgebouwde (lichamelijke) spanning van de pleger vermindert, dat het ervoor zorgt dat hij zijn zin krijgt omdat het slachtoffer gehoorzaamt, dat het een einde maakt aan een ongewenste situatie en een gevoel van macht en controle geeft (zie onder andere Babcock et al., 2004). In deze behandeling worden de voor- en nadelen van het gebruik van

geweld, op de korte en lange termijn, naast elkaar gezet, met als doel aan te tonen dat de nadelen – bijvoorbeeld het verlies van de relatie, de effecten op partner en kinderen op korte en langere termijn en het verlies van zelfrespect – met name op de langere termijn veel groter zijn. Verder worden sociale vaardigheden en woedebeheersingstechnieken geoefend. Voorbeelden zijn ontspanningsoefeningen, assertiviteit en meer functionele zelfspraak. Kritiek op deze vorm van interventie komt in de eerste plaats vanuit de Duluth-hoek: men vindt dat plegers te makkelijk weggelaten worden door ze niet te confronteren met man-vrouw-machtsverschillen en dat er te weinig oog is voor de positie van de slachtoffers. Verder wordt ook deze interventie verweten dat ze te cognitief is en te weinig op emotioneel niveau contact legt met de plegers.

Partnerrelatietherapie is gebaseerd op het idee dat mishandeling per definitie een probleem is voor beide partners en dat ze dus ook allebei moeten worden betrokken in de behandeling. De kritiek op deze vorm van behandeling komt vooral vanuit de hiervoor beschreven modellen. De belangrijkste kritiekpunten zijn dat de mishandelde partner niet vrijuit kan spreken uit angst voor repercussies na de therapieessie, en dat het betrekken van de partner suggereert dat zij medeverantwoordelijk is voor het geweld. Deze vorm van behandeling wordt verderop in dit hoofdstuk besproken onder 'Behandeling van beide partners samen'.

De resultaten van de individuele studies naar effecten van al deze behandelingen lopen erg uiteen. De eerste studies gaven nog hoopvolle resultaten te zien, maar volgens verschillende auteurs was dit vooral het gevolg van methodologische tekorten in deze studies: kleine, geselecteerde steekproeven, alleen gegevens van plegers die de behandeling afmaakten (terwijl niet werd gekeken naar de resultaten van drop-outs en cliënten die behandeling hadden geweigerd), geen adequate vergelijkingsgroepen (bijvoorbeeld groepen die alleen reclasseringstoezicht kregen), die bovendien onderling erg van elkaar verschilden, en het gebruik van onbetrouwbare meetinstrumenten en inadequate uitkomstmaten. Latere, methodologisch sterkere studies gaven aanmerkelijk minder positieve uitkomsten. Er zijn zelfs aanwijzingen dat gevonden effecten van behandelingen een omgekeerd evenredige relatie hebben met de methodologische kwaliteit van het onderzoek: hoe beter de studie, hoe lager de gevonden effecten (Feder & Forde, 2000; Feder & Wilson, 2005; Weisburd et al., 2001). Verder bleek consistent dat resultaten op basis van politierapportages gunstiger waren dan die op basis van slachtofferrapportages. Tegelijk is bekend dat politierapportages een forse onderschatting geven van het werkelijke aantal incidenten. En voor zover slachtofferrapportages konden worden verkregen, was dit van slechts een fractie van de slachtoffers omdat het grootste deel bij de nameting niet meer bereid was om met het onderzoek mee te doen. Dit terwijl er aanwijzingen zijn dat dit juist de ernstigst mishandelde slachtoffers zijn.

In de evidencetabel staat een overzicht van systematische reviews (N=8) en meta-analyses (N=2) over behandeling van mannen die hun vrouwelijke partner hebben mishandeld. Tabel 2 bevat een overzicht van afzonderlijke randomized controlled trials (N=10). Het merendeel van deze onderzoeken is dus ook opgenomen in de reviews en meta-analyses in de evidence tabel.

Babcock et al. (2004) onderzochten de resultaten van 22 studies: 17 quasi-experimentele onderzoeken (met name vergelijkingen tussen completers en drop-outs) en 5 randomized controlled trials (behandeling versus geen behandeling). De onderzochte interventies waren Duluth (19 keer), CBT (11 keer) en overige interventies (7 keer). Het aantal sessies/weken van behandelingen in de RCT's liep behoorlijk uiteen in de verschillende studies, variërend van 16 sessies in 8 weken tot 32 sessies in 52 weken.

In de RCT's werden vergeleken:

- psycho-educatie [1] en alleen reclassering [2] (Palmer et al., 1992);
- counseling voor de zitting [1], counseling opgelegd bij vonnis [2] en alleen straf, zonder counseling [3] (Ford & Regoli, 1993);
- Duluth en reclassering [1] en alleen reclassering [2] (Feder & Forde, 1999);

- CBT-groep voor plegers [1], CBT-groep voor plegers en partners [2], strak toezicht [3] en safety planning voor het slachtoffer [4] (Dunford, 2000);
- Duluth [1] en reclasseringstoezicht en werkstraf [2] (Davis et al., 1998).

Op basis van deze RCT's werden voor het Duluth-model effectgroottes gevonden van  $d=0,19$  (politierapportages) en  $d=0,12$  (partnerrapportages). CBT was maar eenmaal uitgevoerd, op basis hiervan kon geen  $d$ -waarde worden vastgesteld. Voor de overige interventies gezamenlijk werd een effectgrootte van  $0,03$  gevonden (alleen partnerrapportages).

Op basis van de quasi-experimentele studies werd een gemiddelde effectgrootte gevonden van  $d=0,23$  (politierapportages) en  $0,34$  (slachtofferrapportages). Dit betrof zoals gezegd voornamelijk vergelijking tussen competers en drop-outs. De effectgroottes waren dus over het geheel genomen laag en er werden geen significante verschillen gevonden tussen de interventies onderling. Overigens werd opgemerkt dat dit laatste niet verwonderlijk is, aangezien de Duluth-groepen en de CBT-groepen inhoudelijk veel overeenkomsten vertonen. In beide groepen wordt een combinatie gebruikt van de feministische macht-en-controletheorie en specifieke interventies om woede en stress te hanteren.

Feder & Wilson (2005) gebruikten alleen studies waarin de controlegroep geen behandeling kreeg, waarin ook andere maten dan zelfrapportage door de plegers was uitgevoerd (bijvoorbeeld slachtofferrapportages of politiegegevens) en waarin follow-upmetingen van tenminste zes maanden na afloop van de behandeling waren afgenomen. In totaal vonden zij 10 studies die aan de eisen voldeden: 6 quasi-experimentele en 4 RCT's. In alle studies werd Duluth en/of CBT gebruikt als interventie. In de RCT's werden vrijwel dezelfde studies vergeleken als door Babcock et al. (2004):

- psycho-educatie [1] en alleen reclassering [2] (Palmer et al., 1992);
- Duluth en reclassering [1] en alleen reclassering [2] (Feder & Forde, 1999);
- CBT-groep voor plegers [1], CBT-groep voor plegers en partners [2], strak toezicht [3] en safety planning voor het slachtoffer [4] (Dunford, 2000);
- Duluth [1] en reclasseringstoezicht en werkstraf [2], Davis et al., 1998).

Feder & Wilson maakten geen onderscheid tussen de effecten van Duluth en CBT en vonden binnen de RCT's gemiddelde effectgroottes van  $d=0,26$  (politierapportages) en  $d=0,01$  (partnerrapportages). Op basis van de quasi-experimentele studies werd een gemiddelde effectgrootte gevonden van  $d=0,14$  (politierapportages) en  $d=-0,11$  (slachtofferrapportages). Totaal kwamen ze uit op een gemiddelde van  $d=0,00$ .

In beide meta-analyses werd het probleem van de hoge aantallen drop-outs gesignaleerd. Omdat de resultaten van plegers die uitvielen niet in de studies zijn meegenomen, zijn de gevonden resultaten naar alle waarschijnlijkheid nog te positief. Completers en drop-outs verschillen op enkele essentiële factoren. Completers zijn vaker first offender, zijn ouder, hebben een hoger inkomen, zijn beter opgeleid, zijn vaker getrouwd en hebben vaker kinderen. Dit zou erop kunnen wijzen dat ze meer te verliezen hebben dan drop-outs.

Hoge aantallen drop-outs werden ook gevonden onder de slachtoffers, in de zin dat een groot aantal van hen niet mee wilde doen aan de nameting. Dit geeft grote twijfels over de validiteit van de slachtofferrapportages. Het is onduidelijk welke selectiemechanismen bij deze uitval een rol hebben gespeeld. Er zijn aanwijzingen dat juist de meest 'marginaal levende' slachtoffers en degenen die waarschijnlijk het vaakst en het ernstigst zijn mishandeld, niet meer meedoen met metingen (Sullivan et al., 1996).

In zowel de systematische reviews als in de meta-analyses werd herhaaldelijk genoemd dat de methodologische kwaliteit van de studies over het algemeen matig was, zowel bij de RCT's als bij de QE's. Problemen werden geconstateerd in:

- *de aard van het design*, met name bij de QE's, die ervoor zorgde dat de interne validiteit gering was. Onduidelijk is of gevonden verschillen wel het gevolg zijn van verschil in behandel-effectiviteit, in plaats van een verschil dat al op de voormeting tussen de groepen

- bestond. Dit geldt bijvoorbeeld bij vergelijkingen tussen completers en drop-outs, of vergelijkingen tussen personen die starten met behandeling en zij die behandeling weigeren;
- *de aard van de steekproef*, waarover verschillende problemen werden genoemd:
    - a. selectie van een groep met heel specifieke kenmerken (bijv. militairen)
    - b. gebruik van een groep die overbleef na een strenge en lange selectie voor de start van de behandeling, waarin een groot deel van de aanvankelijke steekproef werd uitgesloten
    - c. het grote aantal drop-outs tijdens de behandeling (30% tot 60%)
    - d. het feit dat onderzoek suggereerde dat bepaalde mannen (de zogenaamde meest marginale mannen) zowel minder geneigd waren zich te houden aan door de rechter opgelegde voorwaarden, als geneigd waren door te gaan met mishandeling van hun partner (Feder & Dugan, 2002).

Deze aspecten leiden ertoe dat de gevonden resultaten maar zeer beperkt generaliseerbaar zijn. En er is geen enkele reden om te veronderstellen dat onderzoek in betere en meer representatieve steekproeven gunstiger resultaten zou opleveren – integendeel;

- *de randomisatie*, die in veel gevallen op zo'n minst gedeeltelijk mislukte omdat rechters de toegewezen behandeling niet acceptabel vonden;
- *grote variaties in de controlegroep*, soms strenge reclasseringsbegeleiding, in andere onderzoeken geheel niets aan begeleiding;
- *de uitkomstmaten*, die vaak onvoldoende betrouwbaar en valide werden geacht. Het is bekend dat officiële maten een onderrapportage geven, maar ook slachtoffermaten zijn niet erg betrouwbaar: soms te hoog, maar vaker te laag, vanwege schaamte of andere motieven bij de slachtoffers. Zo kunnen slachtoffers bang zijn dat hun partner wordt opgepakt, dat hij moet betalen voor behandeling (uit het gemeenschappelijke huishoudbudget).

In de literatuur over plegerbehandelingen komt het onderwerp contra-indicaties tot nu toe nauwelijks aan de orde en er is al helemaal geen onderzoek naar verricht. Drie aspecten verdienen hier aandacht. In de eerste plaats de – hierboven reeds beschreven – opvatting dat partnerrelatietherapie gecontra-indiceerd zou zijn zolang het geweld nog voortduurt, omdat het slachtoffer niet vrijuit zou kunnen spreken en wellicht na de sessie (meer) gevaar loopt op nieuw geweld. De tweede opvatting is gebaseerd op de magere effecten die tot nu toe zijn gevonden voor plegerbehandeling en behelst dat dit type behandeling in het algemeen gecontra-indiceerd is omdat het geven van behandeling de onterechte suggestie zou wekken dat er actie wordt ondernomen en dat het slachtoffer dus veilig is. Tot slot wordt met enige regelmaat betoogd dat plegers met een antisociale persoonlijkheidsstoornis, al dan niet in combinatie met een hoge mate van psychopathie, geen behandeling zouden moeten krijgen omdat ze daardoor alleen maar beter worden in het manipuleren van hun omgeving en het verbergen van hun gewelddadigheid. Zoals gezegd is er geen enkele evidentie om dit soort algemene uitspraken te ondersteunen (zie onder meer Scott, 2004; Babcock & LaTaillade, 2000). Uiteraard is het altijd nodig om na te gaan of behandeling voor een individueel stel negatieve effecten kan hebben en om dit tijdens een behandeling zorgvuldig te blijven controleren. Maar los daarvan bestaat er eerder enige ondersteuning voor het tegendeel van de genoemde argumenten. Zo concludeerden Huss & Ralston (2008) op basis van behandelingsresultaten van een groep van 175 plegers dat de subgroep 'antisociaal/algemeen gewelddadig' tijdens een behandeling op zelfrapportagematen evenveel verbeterde als de subgroepen 'alleen gezinsgeweld' en 'borderline/dysfoor' en dat binnen deze subgroep diegenen die de behandeling afmaakten, het relatief goed deden in vergelijking met de andere twee groepen.

Het lijkt dan ook vooral van belang om de behandeling af te stemmen op kenmerken van pleger, slachtoffer en hun onderlinge relatie en dynamiek.

Gezien de beperkte effectiviteit van de tot nu toe gebruikte interventies lijkt het zinvol om te kijken wat er op forensisch gebied buiten het terrein van het huiselijk geweld aan kennis is ontwikkeld over effectieve behandelingsstrategieën, zodat daar bij het ontwikkelen van nieuwe interventies rekening

mee kan worden gehouden. Voor een uitvoeriger bespreking wordt verwezen naar De Ruiter & Veen (2006).

Uit vroege meta-analyses naar behandeling van geweldsdelinquenten kwam een gemiddeld effect van 10 tot 12% naar voren (Losel, 1996, 1998). Daarbij bleken grote verschillen tussen interventies onderling. Zuivere gevangenisstraf, zonder behandeling, bleek niet te leiden tot minder recidives (Cooke & Philip, 2001). Hetzelfde gold voor psychodynamisch georiënteerde interventies. Andrews et al. (1990) stelden op basis van hun literatuuronderzoek dat behandelingen effectiever zijn naarmate ze meer voldoen aan de volgende principes, zoals geformuleerd in hun zogenaamde *Psychology of Criminal Conduct*:

- *Risicoprincipe*. De intensiteit van de behandeling moet worden aangepast aan het recidiverisico van de betreffende persoon: een hoger risico vergt een langere en/of intensievere behandeling.
- *Behoeftepincipe*. Behandeling moet zich richten op verandering van dynamische (dus veranderbare) risicofactoren bij iedere specifieke cliënt. In dit opzicht is het onderscheid tussen acuut dynamische en stabiel dynamische factoren van belang. Behandeling moet zich met name richten op de stabiel dynamische factoren (bijvoorbeeld antisociale opvattingen, verkeerde vrienden, egocentrisme, gebrek aan empathie en gebrekkige copingstrategieën).
- *Responsiviteitsprincipe*. Dit betekent dat behandeling moet worden aangepast aan de leermogelijkheden van de persoon. Gedragmatige interventies (concreet, gestructureerd, meetbaar, met veel uitleg/psycho-educatie en oefening) verdienen over het algemeen de voorkeur.
- *Principe van behandelingsintegriteit*. Hiermee wordt bedoeld dat behandelingen alleen maar werken als de behandelaars ook daadwerkelijk doen wat ze volgens het model moeten doen, en als daar voldoende controle op is. Om deze integriteit te waarborgen zijn de volgende aspecten van belang. (1) het gebruik van een theoretisch model als uitgangspunt (waarbinnen cognitieve gedragstherapie tot nu toe als meest effectief naar voren kwam); (2) het gebruik van een goed en gedetailleerd behandelprotocol, waarin alle interventies staan beschreven; (3) een goed behandelklimaat binnen de instelling waar de behandelingen plaatsvinden, met voldoende tijd voor intervisie en supervisie; (4) selectie van de juiste behandelaars, die deze integriteit uitdragen, en de juiste programmaleiders, die overtuigd zijn van het nut van deze manier van werken; en (5) het voortdurend evalueren van de effecten van de behandelingen.

### **Behandeling bij volwassenen, hoofdstuk 10, uitgangsvraag 21, behandeling van beide partners samen**

NB: zie voor de literatuurverwijzingen het literatuuroverzicht in hoofdstuk 10.

Op het gebied van partnerrelatietherapie (PRT) bij partnergeweld zijn nauwelijks studies die de toets van wetenschappelijk onderzoek kunnen doorstaan. Er zijn twee studies die specifiek het effect van partnerrelatietherapie bij partnergeweld onderzochten.

Stith et al. (2004) voerden een onderzoek uit met als doel: (1) een methodiek ontwikkelen voor paren waar licht tot matig geweld had plaatsgevonden van mannen gericht tegen vrouwen en die samen wilden blijven; (2) kwantitatief effectonderzoek naar deze methode en (3) kwalitatieve analyse van de data om te komen tot een verfijning van de methode. Tweeënveertig paren werden at random toegewezen aan individuele PRT of groeps-PRT. Negen paren vormden de controlegroep, zij kregen therapy as usual (TAU), te weten gescheiden pleger- en slachtofferbehandeling. De resultaten toonden dat zes maanden na de behandeling recidive was voorgevallen in 25% van de parengroep, in 43% van de individuele PRT en in 66% van de controlegroep. In de parengroep was de huwelijkssatisfactie het sterkste gestegen en de acceptatie van geweld was het sterkste gedaald. Op basis van dit ene onderzoek lijkt PRT in een groep wat effectiever dan individuele PRT.



O'Leary et al. (1999) vergeleken individuele partnerrelatietherapie met genderspecifieke therapie (mannen- en vrouwengroepen) voor psychisch en fysiek geweld en vonden bij een follow-upmeting na een jaar geen significant verschil tussen beide condities.

Andere studies betroffen niet direct het effect van systeemtherapie bij partnergeweld, maar zijn het bespreken waard omdat er relevante aanwijzingen aangaande de systeemgerichte behandeling van partnergeweld uit naar voren komen.

Woodin & O'Leary (2006) publiceerden een onderzoek naar de samenhang tussen de ernst van partnergeweld in het jaar voorafgaande aan een behandeling en het risico van recidive na de behandeling. Getrouwde paren die bekend waren met fysiek geweld werden at random toegewezen aan een parengroepsbehandeling of een genderspecifieke groepsbehandeling (alleen mannen versus alleen vrouwen). Ernstig fysiek geweld door de man en psychisch geweld van de vrouw voorafgaand aan de behandeling bleken voorspellend voor (1) het voortduren en (2) de ernst van het geweld bij beide partners, zowel tijdens de behandeling als in het jaar daarna. Er waren geen verschillen in effectiviteit tussen de parenbehandeling en de genderspecifieke behandeling. Deze resultaten tonen aan dat ernstig fysiek en psychisch geweld tussen partners een slechte prognose vormen voor parengroeps therapie en genderspecifieke groepstherapie.

In het bekende San Diego Navy Experiment (Dunford, 2000) werden drie verschillende interventies vergeleken voor mannen, allen werkzaam bij de marine, die hun vrouw hadden mishandeld. Achthonderdeenenzestig paren werden at random verdeeld over vier condities: een plegergroep (behandeling alleen gericht op de mannen), een parengroep (behandeling voor beide partners in een groep), een monitoringsgroep (waarin plegers en slachtoffers apart van elkaar maandelijks een gesprek hadden met een casemanager van een consultatiegroep binnen het leger) en een controlegroep (waarin de plegers geen gesprekken hadden, maar de slachtoffers wel direct werden benaderd voor slachtofferhulp). De mannengroep en de parengroep kregen cognitief gedragstherapeutische interventies. De uitkomsten werden gemeten bij zowel de plegers als de slachtoffers, na zes, twaalf en achttien maanden. Er was geen significant verschil ( $p < 0,05$ ) in effect tussen de verschillende groepen; alle metingen (slachtoffer rapportages, plegerrapportages en politierapportages) wezen in dezelfde richting. De uitkomsten van deze studie toonden dus aan dat cognitieve gedragstherapie in een mannen- of parengroep geen significant effect sorteert in de behandeling van mannen die hun vrouw mishandelen, in elk geval geen meerwaarde heeft boven maandelijks gesprekken. Daarbij moet worden opgemerkt dat het hier ging om een specifieke plegergroep. Mariniers worden voor aanname altijd gescreend op psychische gezondheid. Alcohol- en drugsgebruik is streng verboden en leidt tot ontslag. Dit in combinatie met hun wens om hun baan te houden kan maken dat de plegers meer gemotiveerd waren geen geweld meer te gebruiken. Het recidive percentage was – waarschijnlijk mede om deze redenen – over alle groepen relatief laag (17%).

Fals-Stewart et al. (2002) boden gedragstherapie voor paren bij drugsverslaafden. Dit betrof dus een andere doelgroep, namelijk verslaafden in plaats van plegers van partnergeweld. De studie is relevant, omdat ook onder verslaafden veel partnergeweld werd geconstateerd. In deze publicatie werden gegevens uit een studie uit 1996 opnieuw geïnterpreteerd voor het effect van de Behavioral Couples Therapy (BCT) op het verminderen van partnergeweld. Tachtig cliënten waren in de oorspronkelijke studie at random toegewezen aan BCT of individuele gedragstherapie (IBT). Het aantal paren waar geweld voorkwam in het jaar voorafgaande aan de behandeling was in beide groepen ongeveer even groot (BCT 43%, IBT 48%). Dit percentage lag ongeveer tweemaal zo hoog als in de gehele bevolking. Deze cijfers toonden aan dat middelenmisbruik relatief vaak samengaat met interpersoonlijk geweld. Het recidive percentage in het jaar volgend op de behandeling was voor de BCT-groep significant kleiner (18%) dan voor de IBT-conditie (43%). In de BCT-conditie verbeterde de afstemming in de relatie, nam alcoholgebruik en drugsgebruik het sterkste af en de veronderstelling is dat hiermee samenhangend het partnergeweld sterk afnam.