

Wat doen huisartsen bij een vermoeden van kindermishandeling?

Erik Stolper, Jan-Paul Verdenius, Geert-Jan Dinant, Margje van de Wiel

Huisartsen doen relatief weinig meldingen van kindermishandeling bij Veilig Thuis. Daarom vroegen we huisartsen in 4 focusgroepen hoe zij een vermoeden van kindermishandeling ontwikkelden, wat zij daarmee deden en welke hindernissen ze tegenkwamen. Het niet-pluisgevoel blijkt een duidelijk alarmerende functie te hebben. Huisartsen blijven meestal niet passief bij een vermoeden, maar stellen weinig vertrouwen in Veilig Thuis.

Kindermishandeling komt veel voor en de gevolgen duren vaak een leven lang, maar de meeste gevallen (90%) worden niet herkend.¹ In Nederland zijn naar schatting jaarlijks 90.000 tot 127.000 kinderen van 0-17 jaar slachtoffer van kindermishandeling en minstens 17 overlijden aan de gevolgen.² Kindermishandeling gaat vooral over emotionele en lichamelijke verwaarlozing (79%), maar ook over fysieke mishandeling en seksueel misbruik. Meestal zijn de biologische ouders de daders.

Er is veel onderzoek gedaan naar de vraag hoe kindermishandeling kan worden herkend en aangepakt. Sinds 2019 zijn artsen verplicht om bij een vermoeden van kindermishandeling contact te zoeken met Veilig Thuis (VT); er is een meldcode met een stappenplan.^{3,4} De meeste meldingen worden gedaan door politie (33,9%), ziekenhuisspecialisten (8,5%) en leraren (4,8%). Huisartsen melden relatief weinig (1,6%).^{5,6} Ook in andere Europese landen doen huisartsen weinig meldingen; de diagnose is niet altijd duidelijk en er is weinig vertrouwen in instellingen zoals VT.^{7,8} Blauwe plekken, botbreuken en lichamelijke verwaarlozing zijn heldere signalen, maar vaker zijn de symptomen vaag en verborgen. We vroegen ons af hoe huisartsen in Nederland in die situaties op de gedachte van kindermishandeling komen, wat zij vervolgens daarmee doen en welke hindernissen zij ervaren. En is er een verklaring voor het geringe aantal meldingen?

METHODE

Ons onderzoek vond plaats in 2017-18. Via contacten binnen huisartsengroepen en via een huisartsopleiding nodigden we huisartsen verspreid over Nederland uit om in focusgroepen onder leiding van een moderator te praten over hoe zij kwetsbare kinderen in hun praktijk herkennen. Op die manier hoopten we spontane discussies te genereren over kindermishandeling en relevante informatie te verzamelen. Aan het onderzoek namen 26 huisartsen deel (16 vrouwen; gemiddelde ervaring als huisarts 16 jaar), verdeeld over 4 focusgroepen. De gesprekken, die minimaal 90 minuten duurden, werden opgenomen, getranscribeerd en in een interactief proces gecodeerd en thematisch geanalyseerd door 2 ervaren onderzoekers (ES en MW). Bij onduidelijkheid en coderingsverschillen overlegden ze tot overeenstemming was bereikt. Uit de inhoudelijke analyse kwamen 3 thema's naar voren: 'ontwikkeling van een vermoeden', 'wat zijn de vervolgstappen' en 'reflectie'.

RESULTATEN

In 3 van de 4 groepen kwam het gesprek spontaan op kindermishandeling, in 1 groep was daar een vraag van de moderator voor nodig. De deelnemers brachten 47 casussen in waar kindermishandeling speelde, 9 casussen waarin ze de diagnose hadden gemist en 4 waarin hun vermoeden onterecht bleek te zijn. We bespreken hierna de resultaten per thema en illustreren deze met 26 citaten [infographic].

Ontwikkeling van een vermoeden

Deelnemers noemden – naast bekende signalen zoals hematomen, vaginale mycose bij jonge meisjes, schoolverzuim en dergelijke – het pluis/niet-pluisgevoel als belangrijke trigger om beter te letten op aanwijzingen voor

Dit is een bewerkte vertaling van Stolper E, Verdenius JP, Dinant GJ, Van de Wiel M. GPs' suspicion of child abuse: how does it arise and what is the follow-up? Scand J Prim Health Care 2020;38:117-23. Publicatie gebeurt met toestemming.

Uitspraken uit de focusgroepen over kindermishandeling

Focusgroep | Deelnemer

Uitspraak

F D	Ontwikkeling van een vermoeden	
4 3	a	Wat ik ook wel gek vind als bijvoorbeeld kinderen meteen bij mij op schoot gaan zitten, dan denk ik ook wel van; hè dat is wel bijzonder, een kind wat mij helemaal niet kent, daar krijg ik ook een beetje de kriebels van. Dat geeft mij toch het gevoel van is dat kind wel veilig.
2 3	b	Als ik echt een niet-pluisgevoel heb, dat ik denk van daar ga ik vanavond aan denken, dan moet ik diezelfde dag nog actie ondernemen. Want ik wil niet 's avonds in bed liggen en denken zou dit kind gevaar lopen.
4 1	c	Dat zijn hele liefdevolle ouders die met de allerbeste wil van de wereld niet in staat zijn om een kind op te voeden. En is dat dan kindermishandeling?
4 6	d	In wat voor bewoordingen je dat [kindermishandeling] ook zegt, tegen ouders, dat is bijna niet een boodschap die je zo kan brengen.
3 8	e	Je hebt natuurlijk ook genoeg gezinnen waarvan je denkt van ja, weet je, dat zijn niet mijn normen en waarden die daar gelden. Is dat nou allemaal een melding? Ik vind van niet.

F D	Vervolgstappen	
1 1	f	Als we denken dat er iets mis is, dat je dat vermoeden met de mensen bespreekbaar probeert te maken, om een opening te krijgen. Maar doe je dat op een wat directe manier of is het voor de mensen wat confronterend, en dan kan het ook gelijk einde relatie zijn.
2 4	g	Ik ben vrij recht voor zijn raap, bij zulke mensen zou ik wel heel duidelijk zeggen, wat jullie doen dat is gewoon niet gezond voor die kleine.
2 3	h	Ik zie wel dat ze aan het werken zijn en dat de situatie zich langzaam verbetert, maar [het gaat] zo langzaam dat ik niet weet of het verstandig is om te wachten.
2 4	i	Bij zo'n situatie is de verleiding heel groot, tenminste denk ik, dat je door niet harde grenzen aan te geven, dat grenzen verlegd worden.
3 2	j	De kinderartsen weten heel goed, even die somatiek uitsluiten en dan komen ze vervolgens met de kinderpsycholoog. Dat is minder belastend [dan als wij het doen].
4 3	k	Ze [de professionals] kijken veel breder wat er verder allemaal aan de hand is.
3 8	l	Het is ook voor ouders veel laagdrempeliger.
3 3	m	Als je dus wel een relatie met de ouders houdt en je weet een ingang en je krijgt ze gemotiveerd om bij ons naar de POH-jeugd te gaan – en die heeft wat langer de tijd en die kan dingen met ze bespreken, die heeft allerlei mogelijkheden, met dat schoolcontact – dan kan je die ouders wel beïnvloeden en ook motiveren.
3 1	o	Ik [heb] dus 1 keer [gemeld], in 28 jaar.
2 3	p	We hebben nu lang genoeg doorgemodderd. Jullie gaan dit verbeteren en anders maak ik een melding.
2 3	q	De 2 meldingen die ik gedaan heb, daar heb ik gewoon heibel met die ouders gehad ... Want die kregen meteen het stempel kindermishandeling zonder verdere research ... En die moeder is daarna echt woest geworden ... die had een klacht ingediend.
4 2	r	Ik heb niet zo heel veel fiducia in het AMK.
4 6	s	Je bent er heel veel mee bezig maar je hebt het niet gemeld bij Veilig Thuis. Nou heel veel huisartsen hebben heel weinig gemeld bij Veilig Thuis, maar zijn wel vaak veel bezig met kindermishandeling.

F D	Reflectie	
4 1, 4	t	Als je twijfelt aan de ontwikkeling van een kind, ga gewoon eens kijken, voegt echt heel veel toe. / Dat doe ik te weinig.
2 1	u	Misschien moet ik dat gewoon vaker doen ook, gewoon standaard helemaal laten uitkleden [voor onderzoek].
3 7	v	Als je door Veilig Thuis wordt gebeld, dan komt het gewoon heel vaak voor dat je over zo'n kind helemaal niks weet. Dat het kind zoveel verzuimt op school.
1 1	w	Hoe vaak word je geconfronteerd met dit soort gevoelens van: dit klopt niet en, eh, ja misschien dat wij het ook wel in ons hebben om dat gevoel weg te drukken.
3 3	x	Naarmate je langer oploopt met gezinnen, ben je per definitie steeds minder objectief. Want je hebt natuurlijk een band met mensen.
3 2	y	En de moeder was lichamelijk gehandicapt, en pas jaren later ben ik erachter gekomen dat het meisje door haar vader misbruikt werd. Dan denk ik: jeetje, heb ik dat dus nooit gezien, herkend.
3 3	z	Dus ik denk dat jongere artsen relatief objectiever zijn.

kindermishandeling (a, b). Ze worstelden regelmatig met de vraag of het echt om kindermishandeling ging of dat er eerder sprake was van een gebrek aan opvoedkundige kwaliteiten (c). In het laatste geval was het lastig de term ‘kindermishandeling’ te communiceren met ouders (d). Ook ervoeren deelnemers spanning tussen de eigen opvoedingsnormen en die van ouders, terwijl zij toch een besluit moesten nemen over bijvoorbeeld een melding (e). In dat wegingsproces speelde de context een belangrijke rol.

Vervolgstappen

De deelnemers deden pogingen om hun zorgen te bespreken met de ouders. Sommigen deden dat omzichtig, omwille van de relatie en om te voorkomen dat het gezin zou vertrekken uit de praktijk, anderen waren confronterender (f, g). Deelnemers overwogen of ze een melding moesten doen of juist de ouders gelegenheid moesten geven de situatie nog te verbeteren. Ze noemden ook het gevaar van het almaar opschuiven van grenzen omwille van een goede relatie met de ouders (h, i). Bij twijfel over het vermoeden van kindermishandeling werd de anamnese uitgebreid, het lichamelijk onderzoek grondiger gedaan en het dossier nog eens doorgenomen; sommigen deden een huisbezoek of drongen aan op een vervolgspraak voor een check-up. Ook werd regelmatig voor verdere diagnostiek verwezen naar een kinderarts of andere professional om de relatie met de ouders niet onder druk te zetten (j).

WAT IS BEKEND?

- Het herkennen en aanpakken van kindermishandeling is wereldwijd een probleem, ook in Nederland.
- Huisartsen melden relatief weinig aan Veilig Thuis.
- Checklists met risicofactoren en triggers zijn niet erg effectief.

WAT IS NIEUW?

- Het pluis/niet-pluisgevoel is een belangrijke trigger voor vermoedens van kindermishandeling; het zet aan tot beter kijken, andere vragen en nauwkeuriger onderzoek.
- Het ontbreken van een gouden standaard voor de diagnose kindermishandeling compliceert het diagnostisch proces; de uitkomst hangt mede af van context en eigen opvattingen.
- Het vertrouwen in Veilig Thuis is laag, maar huisartsen pakken het probleem meestal wel actief aan, ook als ze geen melding doen.

Deelnemers vertelden hoe zij de situatie van het kind probeerden te verbeteren door ouders hulp aan te bieden van opvoedkundigen, maatschappelijk werkers, schoolartsen of andere professionals die makkelijk bereikbaar waren (k, l). Het vertrouwen van patiënten in hun huisarts kon hier als



De symptomen van kindermishandeling zijn vaak vaag en verborgen.

Foto: Shutterstock

positieve invloed worden ingezet (m). In het huisartsinformatiesysteem werden meestal alleen de afwijkende bevindingen genoteerd, zonder de term 'kindermishandeling' te noemen. Waarnemend huisartsen noteerden soms hun vermoeden in een apart overdrachtsdocument.

De deelnemende huisartsen meldden weinig aan VT (o). Soms gebruikten zij een mogelijke melding om ouders onder druk te zetten de situatie van hun kind te verbeteren (p). VT werd wel ingeschakeld bij lichamelijk geweld of seksueel misbruik. Er was waardering voor de mogelijkheid om VT anoniem om advies te vragen, maar verwarring over de procedure. Sommige deelnemers twijfelden aan de effectiviteit van VT omdat VT niet altijd handelde op de manier die ze verwachtten, vanwege teleurstellende ervaringen of vanwege het risico dat patiënten met onbekende bestemming uit de praktijk zouden vertrekken (q, r). De deelnemers benadrukten dat niet melden niet betekende dat er geen actie werd ondernomen (s).

Reflectie

De deelnemers meldden spontaan dat ze de gesprekken in de focusgroepen leerzaam en stimulerend vonden. Ze werden zich bewust van hun eigen tekortkomingen, leerden van elkaars aanpak en leerden hoe VT kan worden ingeschakeld. Ze reflecteerden op hun eigen gebrek aan aandacht voor kindermishandeling (t, u).

Als belemmeringen voor het herkennen van kindermishandeling noemden de deelnemers tijdgebrek en gebrek aan informatie over de bredere context, bijvoorbeeld vanuit school (v). Soms kenden zij de betreffende familie goed en waren ze geneigd hun niet-pluisgevoel te negeren of weg te kijken bij problemen omwille van de relatie (w, x).

In 2 groepen kwam gemiste casuïstiek ter sprake. De deelnemers betreurden dat zeer en beschouwden het als een aansporing tot bewustwording, maar wisten achteraf niet hoe ze die missers hadden kunnen voorkomen (y). De betreffende kinderen hadden er indertijd zelf niet over durven praten met hun huisarts.

Pas afgestudeerde huisartsen leken alerter te zijn op kindermishandeling en eerder bereid om te melden dan collega's met meer ervaring (z).

BESCHOUWING

Kindermishandeling is een complexe diagnose omdat er zoveel onderling samenhangende factoren tegelijkertijd spelen en afgewogen moeten worden. Belangrijke aspecten die uit de focusgroepen naar voren kwamen, zijn het herkennen van mogelijke signalen, de rol van het niet-pluisgevoel, het bespreken van twijfels met de ouders, de rol van eigen normen en waarden bij de beoordeling van de opvoeding, het soms wegstijven vanwege de relatie met de ouders, het mogelijk te lang wachten met ingrijpen, de aarzeling om VT te benaderen en het tekort aan tijd en informatie. Het vertrouwen in VT was laag. Ook al werd er niet gemeld, er werd wel actie ondernomen om de situatie van het kind te verbeteren en te blijven volgen. De deelnemers hechtten grote waarde aan een

goede arts-patiëntrelatie om zo ouders ertoe te bewegen hulp van buitenaf te aanvaarden.

Niet-pluisgevoel

Alle genoemde factoren worden ook in de internationale literatuur genoemd, behalve het niet-pluisgevoel.⁹ Dit intuïtieve gevoel lijkt met name waardevol in de vaak voorkomende situatie dat duidelijke aanwijzingen voor kindermishandeling ontbreken. Het niet-pluisgevoel, een gevoel dat er iets niet klopt in het verhaal van de ouders of in het gedrag van het kind, zet aan tot beter observeren, andere vragen en nauwkeurig lichamelijk onderzoek.¹⁰ Het maakt de huisarts alerter op signalen van kindermishandeling en stimuleert een proces van analytische reflectie. De voorspellende waarde van het niet-pluisgevoel verdient nader onderzoek, bijvoorbeeld door hierover een vraag te stellen aan de dienstdoende huisarts na een consult met een minderjarig kind op de huisartsenpost.

Context en eigen normen

De wettelijke definitie van kindermishandeling houdt geen rekening met de context waarin de huisarts het moet herkennen.¹¹ Daarbij spelen zowel diens eigen opvattingen een rol als de misschien wel goede bedoelingen van de ouders. Er is geen gouden standaard voor de diagnostiek; waar de een over kindermishandeling zou spreken aarzelt de ander, terwijl beiden wel degelijk tot een vorm van actie geneigd lijken.

Vertrouwen in Veilig Thuis

Er is een overvloed aan literatuur over kindermishandeling, ook Nederlandstalig,¹² maar de rekbaarheid van het begrip 'kindermishandeling' en het lage vertrouwen in VT bevoorwaarden de meldingsbereidheid van huisartsen niet. Het viel ons daarbij op dat nooit aan huisartsen zelf is gevraagd hoe het diagnostische proces verloopt, welke hindernissen zij ervaren en hoe zij zouden willen samenwerken met VT. De aanpak is top-down en lijkt uit te gaan van de (twijfelachtige) aanname dat hoe meer informatie de overheid aanbiedt, hoe beter kindermishandeling wordt herkend.¹³ Er is echter weinig bewijs voor de premisse dat het afvinken van een lijst risicofactoren met bijbehorend stappenplan voldoende is.^{14,15} Contact zoeken met VT bij een vermoeden van kindermishandeling is in Nederland verplicht. In Zweden bestaat die verplichting al langer en dat heeft nauwelijks effect gehad.⁸

CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

De huisartsen in ons onderzoek waren zich ervan bewust dat de herkenning en aanpak van kindermishandeling beter kan (al leken pas afgestudeerde huisartsen zich bekwaam te voelen). Aan de expertise van VT leken ze niet te twijfelen, wel aan de samenwerking en aan de effecten die een melding kan hebben. Het wederzijds vertrouwen zou kunnen worden vergroot door in kleine regionale groepen van huisartsenpraktijken – inclusief POH's-ggz-jeugd – nascholingen te organiseren met experts van de dichtstbijzijnde VT-organisatie en met als uitgangspunten de expertise en de eigen stijl van zorgver-

lening van huisartsen. Door goede samenwerking met VT kan de hulp aan kwetsbare kinderen verbeteren en kan men zicht houden op de vaak complexe situaties. Op grotere schaal zou een jaarlijks regionaal en interdisciplinair overleg tussen huisartsen, jeugdartsen, kinderartsen en medewerkers van het Centrum voor Jeugd en Gezin of van wijkteams georganiseerd kunnen worden om knelpunten in de signalering van kindermishandeling en de aanpak te bespreken. ■

DANKWOORD

De auteurs danken de deelnemende huisartsen voor hun bereidheid hun kennis en expertise met ons te delen.

LITERATUUR

1. Sethi D, Bellis M, Hughes K, et al. European report on preventing child maltreatment. Copenhagen: World Health Organization Europe, 2013.
2. Alink L, Prevoo M, Van Berkel S, et al. NPM-2017: Nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen. Leiden: Universiteit Leiden/TNO, 2018.
3. Toolkit meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2019. www.rijksoverheid.nl, geraadpleegd december 2020.
4. De Vries L, Allesie B, Kamphuis M, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak Kindermishandeling. Utrecht: NHG, 2016. www.nhg.org, geraadpleegd december 2020.
5. Overzicht 2013: Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK). Utrecht: Jeugdzorg Nederland, 2014.
6. Goren SS, Raat AC, Broekhuisen-van Henten DM, et al. Kindermishandeling vaak niet herkend op de huisartsenpost. *Ned Tijdschr Geneesk* 2009;153:B127.
7. Flaherty EG, Sege RD, Griffith J, et al. From suspicion of physical child abuse to reporting: primary care clinician decision-making. *Pediatrics* 2008;122:611-9.
8. Talsma M, Bengtsson Bostrom K, Ostberg AL. Facing suspected child abuse--what keeps Swedish general practitioners from reporting to child protective services? *Scand J Prim Health Care* 2015;33:21-6.
9. Jones R, Flaherty EG, Binns HJ, et al. Clinicians' description of factors influencing their reporting of suspected child abuse: report of the Child Abuse Reporting Experience Study Research Group. *Pediatrics* 2008;122:259-66.
10. Stolper CF, Van de Wiel MWJ, Van Royen P, et al. Gut feelings as a third track in general practitioners' diagnostic reasoning. *J Gen Intern Med* 2011;26:197-203.
11. Wet van 1 maart 2014 inzake regels over de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen (Jeugdwet). *Staatsblad* 2014;105.
12. Vrolijk-Bosschaart TF, Nagtegaal M, Brilleslijper-Kater SN, et al. Hoe herken je seksueel misbruik bij kinderen? *Ned Tijdschr Geneesk* 2018;162:D2632.
13. Horstman K, Lecluijze I, Penders B, et al. Sturing verhindert leerprocessen. *Jeugdbeleid* 2014;2:7.
14. Vrolijk-Bosschaart TF, Verlinden E, Langendam MW, et al. The diagnostic utility of the Child Sexual Behavior Inventory for Sexual Abuse: a systematic review. *J Child Sex Abuse* 2018;27:729-51.
15. Mol A. The logic of care: Health and the problem of patient choice. London: Routledge; 2008.

Stolper CF, Verdenius JP, Dinant GJ, Van de Wiel MW. Wat doen huisartsen bij een vermoeden van kindermishandeling? *Huisarts Wet* 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-1047-9. Maastricht University, Care and Public Health Research Institute [CAPHRI]: dr. C.F. Stolper, huisarts en onderzoeker [tevens Universiteit van Antwerpen]: cf.stolper@maastrichtuniversity.nl; prof. dr. G.J. Dinant, huisarts en onderzoeker. Huisartsenpraktijk Schadenberg & Verdenius, Heeg: J.P. Verdenius, huisarts. Maastricht University, Faculty of Psychology and Neuroscience. Department of Work and Social Psychology: dr. M.W.J. van de Wiel, cognitief psycholoog. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.