



De ideale huisarts voor de jeugd: een betrokken gezinsarts

Marjolein Berger, Ale Gercama, Michiel van Halteren, Jelly Hogendorp, Anneke Kramer, Claudia Lobo, Reinier Somford en Anke ter Brugge

Achtergrond

Contacten met kinderen vormen 15% van het totaal aantal patiëntencontacten van de huisarts.¹ De huisarts is in veel gevallen het eerste aanspreekpunt voor kinderen én ouders bij somatische en psychische klachten, maar ook bij vragen over gedrag en opvoeding.² De Nederlandse huisarts levert goede en efficiënte medi-

Samenvatting

De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor kinderen én ouders bij somatische en psychische klachten, maar ook bij vragen over gedrag en opvoeding. In september 2007 startte een NHG-werkgroep met het thema *huisartsenzorg voor de jeugd* en het formuleren van een NHG-standpunt *Huisartsenzorg en jeugd*. Dit Standpunt beschrijft de visie van het NHG op de huisartsgeneeskundige zorg voor kinderen en jongeren. Daarnaast doet het aanbevelingen voor het leveren van kwalitatief goede zorg. De werkgroep vertegenwoordigde de kinderrijke huisartsenpraktijk, de huisartsenpraktijk in probleemgebieden, de academische huisartsgeneeskunde, de LHV en de NHG-Verenigingsraad. Het standpunt baseert zich op informatie uit de literatuur, overleg met relevante beroepsgroepen en consensusbesprekingen in de werkgroep. Een concept is voorgelegd aan de achterban en externe organisaties. In dit artikel bespreken we de kern van het Standpunt. We bepleiten een proactief werkende huisarts die oog heeft voor de ontwikkeling en context van het kind. Hij maakt heldere samenwerkingsafspraken met andere zorgverleners, en speelt een duidelijke rol in de zorg voor de jeugd. Beheer van het patiëntendossier en informatie-uitwisseling met andere betrokkenen is cruciaal om die rol te kunnen vervullen.

Erasmus MC, Afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam: mw. dr. M.Y. Berger, huisarts, senior-onderzoeker. VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 7057, 1007 RB, Amsterdam: A.J. Gercama, huisarts-onderzoeker. Nederlands Huisartsen Genootschap: M. van Halteren, lid Verenigingsraad NHG, huisarts; mw. drs. A. ter Brugge, senior-beleidsmedewerker. Landelijke Huisartsen Vereniging: mw. drs. J. Hogendorp, beleidsmedewerker. UMC St Radboud Nijmegen, afdeling Huisartsgeneeskunde: mw. dr. A.W. Kramer, huisarts in een achterstandswijk en huisarts-onderzoeker/-opleider. Huisartsenpraktijk Carnisselande, Barendrecht: mw. dr. C.M. Lobo, huisarts. Huisartspraktijk R.G. Somford, Herveld: R.G. Somford, huisarts.

Correspondentie: m.berger@erasmusmc.nl

Belangenverstrengeling: niets aangegeven.

sche zorg aan de hand van evidence-based richtlijnen en loopt daarmee voor op zijn Europese collega's. Toch zijn er ook ontwikkelingen die aanleiding geven tot zorg, zoals de toename van overgewicht en een ongezonde leefstijl van pubers en adolescenten. Ronduit slecht is de organisatie van de zorg voor kinderen met ernstige gedrags- en opvoedingsproblemen. De Bureaus Jeugdzorg hebben wachlijsten en problemen in de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners. Het falen van deze organisatie heeft in het recente verleden desastreuze gevolgen gehad voor aan haar zorg toevertrouwde kinderen.³ De overheid zet hoog in op verbetering van deze zorg. En op haar initiatief wordt gewerkt aan de oprichting van Centra voor Jeugd en Gezin en een Verwijsindex Risicjongeren. Tegen deze achtergrond is de vraag actueel welke rol de huisarts kan en wil spelen in de (preventieve) zorg voor kinderen en jongeren en hoe de samenwerking met andere partners in de zorg optimaal vorm kan krijgen.

In september 2007 startten wij als een werkgroep van het NHG met het in kaart brengen van de soms complexe problematiek rondom het thema huisartsenzorg voor de jeugd en het formuleren van een NHG-standpunt *Toekomstvisie Huisartsenzorg en jeugd*.⁴ Het Standpunt geeft de visie van het NHG op de huisartsgeneeskundige zorg voor kinderen en jongeren en doet aanbevelingen aan de huisarts(envoorziening) voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Onze werkgroep bestond uit acht leden; we vertegenwoordigen daarmee de kinderrijke huisartsenpraktijk, de huisartsenpraktijk uit probleemgebieden, de academische huisartsgeneeskunde, de LHV en de NHG-Verenigingsraad. De geformuleerde visie is gebaseerd op informatie uit de literatuur, overleg met andere betrokken beroepsgroepen en consensusbesprekingen in de werkgroep. Een concept is in een uitgebreide commentaaronderlegging voorgelegd aan de achterban en aan externe organisaties. In *kader 1* staan de uitgangspunten van de thema's van het Standpunt.

Vernieuw(en)de gezinsarts

De huisarts bedrijft gezinsgeneeskunde en maakt daarmee de huisartsgeneeskunde tot een bijzonder vak.⁵ De zorg voor het kind onderstreept het belang van de huisarts als gezinsarts. Een kind is kwetsbaar en in zijn groei en ontwikkeling afhankelijk van zijn ouders en gezinssituatie. Ziekte van een ouder kan de ontwikkeling van het kind beïnvloeden. Niet alleen de kans op ziekte is vaak familiair bepaald, ook de manier van omgaan met klachten wordt overgedragen binnen families. Familie en gezin

Kern

- ▶ De huisarts verleent kwalitatief goede zorg aan de jeugd, houdt daarbij rekening met de groei en ontwikkeling van het kind, en gebruikt zijn kennis over de context van het gezin.
- ▶ De huisarts kent het gezin en beheert het patiëntendossier waarin relevante kenmerken van gezin en leefomstandigheden eenvoudig zijn terug te vinden.
- ▶ Relevante gegevens die binnen de jeugdgezondheidszorg zijn verzameld, worden toegankelijk gemaakt voor de huisarts en vice versa.
- ▶ Waar nodig verschaft de huisarts op eigen initiatief informatie over risicofactoren en signalen van ontsporing van kind en gezin aan relevante partners in de zorg en vice versa. Hoe korter de lijnen hoe effectiever de samenwerking.
- ▶ Het is zaak om consensus te bereiken over welke informatie op welk moment onderling uitgewisseld moet en kan worden.

bepalen daarmee in belangrijke mate de prognose van de klacht van het kind. Scheidingen, een nieuwe partner van de ouder(s) en de situatie op school kunnen het gedrag en welbevinden van het kind sterk beïnvloeden. Kortom, kennis van het gezin helpt de huisarts om klachten van het kind te duiden en om signalen en risicofactoren te herkennen die zonder deze kennis verborgen zouden blijven.

De werkgroep stelde zich de vraag hoe de rol van gezinsarts goed kan worden ingevuld. In het verleden was de huisarts als vanzelfsprekend gezinsarts: hij begeleidde zwangerschap en bevaling, functioneerde als consultatiebureau en was bekend met de geschiedenis van het hele gezin. Nu is de situatie anders. Het aantal parttime en in groepsverband werkende huisartsen groeide, de huisartsenpost nam de zorg buiten kantooruren over, er kwamen minder verloskundig actieve huisartsen, de jeugdarts nam het consultatiebureau voor zijn rekening en de opleidingen tot huisarts en jeugdarts overlaptten elkaar steeds minder. Daarnaast nam het aantal scheidingen en eenoudergezinnen toe. Het lijkt erop dat de huisarts-van-nu het gezin minder goed kent en dat het gezin vaak niet meer kiest voor één gezinsarts. Deze indruk moet in onze visie worden ontkracht.

De huisarts heeft nog steeds alles in huis om een optimale gezinsarts te kunnen zijn. Hij is dé constante factor in de gezondheidszorg en beheert het meest complete patiëntendossier. Maar liefst 86% van de Nederlanders vindt het belangrijk om zowel lichamelijke als psychosociale problemen met hun huisarts te kunnen bespreken.² Driekwart van de kinderen gaat minstens eenmaal per jaar naar de huisarts.¹ De huisarts maakt vaak verschillende stadia in het leven van kind(eren) en ouder(s) mee, waardoor een vertrouwensband met het gezin ontstaat. Een huisarts die zich bewust is van de meerwaarde van zijn rol als gezinsarts, zal bijna vanzelfsprekend zijn kennis over het gezin betrekken bij zijn zorg en waar nodig actief informatie vergaren via bijvoorbeeld de jeugdzorg. Als de huisarts zijn kennis van het gezin benut, komt dit de samenhang en kwaliteit van zorg ten goede. Opleiders en onderzoekers zouden dit gegeven als uitdaging moeten zien om

de meerwaarde van de contextuele geneeskunde aan te tonen en zo het belang van de gezinsgeneeskunde te onderstrepen.

De grote potentie van de huisarts om inhoud te geven aan de rol van gezinsarts vraagt om randvoorwaarden binnen de huisartsenvoorziening. Belangrijke gezinsinformatie dient actief, herkenbaar en toegankelijk te worden opgeslagen in het HIS. De gegevens van de afzonderlijke gezinsleden moeten eenvoudig in onderlinge samenhang in het HIS geraadpleegd kunnen worden. Omdat het niet meer vanzelfsprekend is dat het hele gezin bij dezelfde huisarts staat ingeschreven, moet het belang hiervan bij de gezinsleden onder de aandacht worden gebracht. Het zoeken is naar mogelijkheden om ook risicogezinnen het nut te laten inzien van het up-to-date houden van de informatie. Als er veel mutaties zijn in de praktijk en veel ingeschrevenen een gecompliceerde biografische of medische achtergrond hebben, moet er voor gegevensverzameling en -beheer extra menskracht beschikbaar zijn.

Goede medische zorg hoofdzaak

Bijna de helft van de huisartsbezoeken van kinderen betreft lichamelijke klachten.¹ De Nederlandse huisarts levert goede zorg: in een vergelijking van de 21 rijkste landen in de wereld concludeert Unicef dat onze kinderen tot de gezondste behoren.⁶ En meer dan 80% van de scholieren vindt de eigen gezondheid goed tot uitstekend.⁷

Maar sommige ontwikkelingen geven aanleiding tot bezinning. Hoewel infectieuze aandoeningen nog steeds de meest voorkomende contactredenen vormen, ziet de huisarts steeds vaker kinderen met chronische aandoeningen.¹ De incidentie van astma en diabetes mellitus op jonge leeftijd neemt toe. Het is zaak dat de huisarts deze aandoeningen op verantwoorde manier blijft begeleiden, maar ook dat hij in staat is acute exacerbaties te behandelen of te verwijzen. Hiervoor zijn overleg met de tweede lijn, kennis en op het kind aangepaste materialen (bijvoorbeeld op de huisartsenpost) noodzakelijk.

Ongeveer een op de vijf meisjes en een op de zes jongens is te dik. Overgewicht komt op steeds jongere leeftijd voor en de zwaarste kinderen worden steeds zwaarder. Resultaten van de tweede Nationale Studie laten zien dat de prevalentie van overgewicht bij 2- tot 4-jarigen in de periode 1987-2001 meer dan verdrievoudigde.⁷ Ernstig overgewicht gaat samen met een slechtere algemene gezondheid, meer huisartscontacten, meer schoolverzuim vanwege ziekte, stigmatisering en een negatief zelfbeeld.^{8,9} Het kabinet heeft zich ten doel gesteld om de toename van overgewicht in Nederland een halt toe te roepen. De vraag is of de huisarts op dit punt een rol kan spelen en, zo ja, welke. Ook is de vraag hoe dan de samenwerking met andere partners in de zorg eruitziet. Aangezien de jeugdarts programmatisch de groei en ontwikkeling van kinderen bewaakt en voor de kwaliteit van dit proces bij de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid en het Besluit Jeugdgezondheidszorg verantwoordelijk wordt geacht, lijkt de jeugdgezondheidszorg de aangewezen instantie om verantwoordelijkheid te nemen voor een brede preventieve strategie. De huisarts heeft als gezinsarts een signalerende rol en zou in overleg met de jeugdgezondheidszorg

behandelings- en preventiestrategieën kunnen aanbieden voor de aan hem toevertrouwde kinderen en gezinnen. Van samenwerking tussen huisartsen en jeugdartsen ter voorkoming van obesitas is op dit moment echter nog geen sprake.

Twee handen op een buik

Samenwerking tussen huis- en jeugdarts mag vanzelfsprekend lijken, tot dusver verloopt deze moeizaam. De huisarts zou in de zorg voor het kind de jeugdarts (consultatiebureau- en schoolarts) als partner moeten (h)erkennen. Huis- en jeugdarts vullen elkaar in de zorg voor een belangrijk deel aan. Huisartsen werken vraaggestuurd; kinderen die bij de jeugdarts komen zijn in de regel niet ziek. Jeugdartsen beschikken over longitudinale ontwikkelingsparameters en gegevens over het kind op school en in het gezin. Samen hebben huis- en jeugdarts een krachtig signaleringspotentieel voor groei- en ontwikkelingsstoornissen. Het verdient aanbeveling dat de richtlijnen van huis-, jeugd- en kinderartsen onderling worden afgestemd. Heldere afspraken over taakverdeling, korte lijnen tussen de huisartsenzorg en de jeugdgezondheidszorg en een duidelijk coördinatiepunt zijn voorwaarden voor effectieve en efficiënte samenwerking. Ontwikkeling van een gegevensset voor de onderlinge informatie-uitwisseling tussen huisartsen en jeugdgezondheidszorg zou de samenwerking bevorderen.

Met ingang van 2008 is op advies van Zorgverzekeraars Nederland de jeugdarts als verwijzer opgenomen in de meeste zorgverzekeringsspolissen. Als jeugdartsen verwijzen naar de tweede lijn, valt de verantwoordelijkheid voor behandeling en bewaking van de verleende zorg ook onder diens verantwoordelijkheid. Daartoe behoort ook een goede informatieoverdracht naar de huisarts, omdat deze alleen dan de regie over de medische zorg aan het bij hem ingeschreven kind kan waarborgen. Bij afspraken over het verwijzingsbeleid van de jeugdarts zou de huisarts betrokken moeten worden.

Psychosociale en opvoedkundige problemen

De huisarts kan als gezinsarts een belangrijke rol spelen bij het signaleren van gedrags-, opvoedings- en gezinsproblematiek. Vanaf het elfde jaar gaan jongeren ongezond eten, roken en minder bewegen. 'Binge drinking' (per keer 5 of meer glazen alcohol) is in de periode tussen 2003 en 2005 met 10% gestegen. Jongeren hebben vaker dan voorheen psychosomatische klachten en emotionele problemen. Omdat van alle leeftijdsgroepen pubers en adolescenten het minst hun huisarts bezoeken, kan deze moeilijker risicofactoren of psychosociale problematiek bij hen signaleren.¹ Als gezinsarts krijgt de huisarts echter ook te maken met vragen van ouders over het gedrag van hun opgroeiende puber. Ziekte van ouders of echtscheidingsproblematiek zijn risicofactoren voor gedragsproblemen bij kinderen. Een kind met risico op probleemgedrag kan dus ook indirect worden gesignaleerd. Lang niet alle problemen zijn groot en vragen om verwijzing. Een luisterend oor, gedragsmatige adviezen of enkele gesprekken hebben een preventieve functie en kunnen dikwijls grote problemen voorkomen. Signalering vraagt om een actieve, informerende houding.

De huisarts zal emotionele en gedragsproblemen of aan risicogedrag gerelateerde gezondheidsklachten moeten leren herkennen en bespreken. Het vraagt om specifieke competenties om ouders adequaat aan te spreken en tot 'mede-eigenaar' te maken van een gedrags- of opvoedkundig probleem.

Belemmerde samenwerking met jeugdzorg

Bij ernstige gedrags- en opvoedkundige problematiek komt de zorg vaak in de knel. Kinderen en gezinnen die aanspraak doen op de jeugdzorg, hebben vaak meerdere problemen. Regelmatig blijken meerdere hulpverlenende instanties zich tegelijkertijd met kinderen bezig te houden zonder een goede onderlinge samenwerking. Bij het Maasmeisje wees de Inspectie voor de Gezondheidszorg op het ontbreken van onderlinge informatie-uitwisseling tussen de verschillende hulpverleners.³

Het Bureau Jeugdzorg (BJZ) verwijst naar een breed scala aan zorgaanbieders op het terrein van psychosociale hulp, opleiden, werken en wonen. De regie over de geïndiceerde zorg ligt bij wet bij het BJZ. Als de huisarts naar een BJZ verwijst, vindt zelden informatieoverdracht plaats over doorverwijzing en voortgang. Hierdoor heeft de huisarts geen zicht op wat zich met kind en gezin afspeelt. Bovendien komen kinderen vaak via aan de school gerelateerde hulpverleners terecht bij BJZ of jeugd-GGZ. Hier van is de huisarts in het algemeen niet op de hoogte. Naast de hulp door BJZ en jeugd-GGZ wordt veel ambulante, vrij toegankelijke zorg geboden aan jeugd en gezin. Dit aanbod varieert per gemeente. De huisarts heeft vaak geen enkel zicht op het grote palet van aanbieders en hun kennis en kunde. Er is zelden sprake van informatieoverdracht.

Korte lijnen, goede afspraken

De huisarts kan alleen een signalerende en ondersteunende functie hebben als er adequate afspraken over samenwerking en gegevensuitwisseling gemaakt worden (zie *kader 2*). In de huidige situatie beperkt de rol van de huisarts zich tot de regie en verantwoordelijkheid over de zorg voor het kind en de ouder(s) die hij in behandeling heeft. De huisarts creëert zijn eigen netwerk van vertrouwde en herkenbare aanspreekpunten. Bij multiprobleemgezinnen kan de huisarts een POH-GGZ inzetten om korte lijnen te onderhouden met de verschillende hulpverleners die bij de zorg voor kind en gezin zijn betrokken. In dat geval kan de huisarts(envoorziening) een vinger aan de pols houden en signaleren of er sprake is van een afnemende motivatie of een (dreigende) vertrouwensbreuk. Vooral bij ernstige gezins-, gedrags- en psychologische problemen van het kind kan deze aanvullende rol van de huisarts(envoorziening) van grote betekenis zijn.

Nieuwe ontwikkelingen in de jeugd(gezondheids)zorg

Op allerlei fronten zijn er inspanningen om meer samenhang en doelmatigheid te bereiken in de zorg voor de jeugd. Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) zijn in oprichting; de BJZ en de aanbieders van jeugdzorg zijn in beweging. Vooral nog wordt de huisarts niet of nauwelijks betrokken bij deze ontwikkelingen. Wij vinden dit

Kader 1 - Uitgangspunten Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg en jeugd*

1. De huisarts betreft als gezinsarts de achtergronden en omstandigheden van het gezin bij de zorg voor het kind.
2. De medische zorg voor het kind is zoveel mogelijk gebaseerd op landelijke, wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen die wat betreft het diagnostisch en therapeutisch beleid rekening houden met de groei en ontwikkeling van het kind.
3. Huisartsenzorg betreft integrale zorg voor kind en ouder(s) bij (de preventie van) medische, psychosociale en opvoedkundige problematiek. De huisarts heeft daarbij de regie over de eerstelijnszorg voor het kind en de ouder(s) die hij in behandeling heeft.
4. Het kind is een volwaardige gesprekspartner voor de huisarts. De huisarts houdt in het contact rekening met de emotionele en cognitieve ontwikkeling van het kind en diens keuzevrijheid.
5. De huisarts is alert op de uiteenlopende signalen die kunnen wijzen op kindermishandeling en volgt de herziene KNMG-meldcode Kindermishandeling.
6. Huisartsenzorg en jeugdgezondheidszorg vullen elkaar aan. De jeugdgezondheidszorg is verantwoordelijk voor de coördinatie van de zorg die zij initieert.
7. De huisartsenvoorziening heeft samenwerkingsafspraken met belangrijke partners in de jeugdketenzorg over consultatie, verwijzing, terugverwijzing en verslaglegging.
8. De huisarts kan bij verwijzing van het kind (en ouders) naar het Bureau Jeugdzorg rekenen op een tijdige en adequate indicatiestelling en behandeling en een voortgangsrapportage door de behandelende zorgverleners. Bij geïndiceerde jeugdzorg ligt de verantwoordelijkheid en coördinatie voor de zorg bij het Bureau Jeugdzorg.
9. Vanuit de wens tot versterking van de samenhang en doelmatigheid van de (preventieve) zorg voor de jeugd bestaan er lokale samenwerkingsafspraken tussen de huisartsenvoorzieningen, het Centrum voor Jeugd en Gezin en het Bureau Jeugdzorg.

*Zoals aangeboden aan het NHG-Managementteam op 30 oktober 2008.

een gemiste kans. De huisarts is voor alle relevante partners een constante factor in de jeugdketenzorg en de beheerder van een zeer compleet patiëntendossier.

Bij alle vernieuwingen dient voorop te staan dat de lijnen tussen huisartsen en CJG direct en kort zijn. Het moet worden voorkomen dat de jeugd(gezondheids)zorg te maken krijgt met onnodige nieuwe loketten die processen vertragen en bureaucratie in de hand werken.

Op gemeentelijk niveau wordt gewerkt aan de invoering van digitale JGZ-dossiers.¹⁰ In de toekomst worden deze gekoppeld aan een landelijk schakelpunt voor de uitwisseling van gegevens met de zorgsector en met de *Verwijsindex risicjongeren* voor jongeren van 0 tot 23 jaar. Deze Verwijsindex is bedoeld voor vroegtijdige signa-

Kader 2 - Het ideale Bureau Jeugdzorg

Het ideale Bureau Jeugdzorg (BJZ) werkt als een goed georganiseerde kinderpoli. Na verwijzing door de huisarts kunnen kind/ouders snel terecht bij een ervaren jeugdhulpverlener. Deze neemt zelf de verantwoordelijkheid voor de verdere hulpverlening of verwijst - bij complexe of uitzonderlijke problematiek - binnen afzienbare termijn naar gespecialiseerde hulpverlening. De huisarts krijgt daar binnen een week bericht over. Als 'collaborative care' van huisarts en jeugdhulpverlening zinvol is, wordt telefonisch overlegd. Om de lijnen kort en persoonlijk te houden werkt het BJZ met een vaste groep senior-hulpverleners, die zowel de eerste consulten verzorgen als de hulpverleningstrajecten begeleiden. De leden van deze groep hebben ieder een aantal huisartsen(voorzieningen) onder hun beheer. Een- tot tweemaal per jaar is er face-to-face-contact tussen de senior-hulpverlener en 'zijn' huisartsen. Voor contacten tussendoor is deze senior-hulpverlener hét aanspreekpunt binnen het BJZ. Ook ziet hij toe op een goede terugverwijzing en goede informatieverschaffing wanneer een specialist/gespecialiseerd team is ingeschakeld. Als het BJZ niet op deze manier kan werken, probeert de huisarts zelf een netwerk op te bouwen van betrouwbare partners in de omgeving die wel min of meer het bovenstaande willen en kunnen bieden.

lering van problemen bij jongeren. Een hulpverlener, leerkracht of de politie kan in de Verwijsindex een risicomelding doen. Huisartsen tot dusver niet, maar het is wel belangrijk dat zij meedenken over de ontwikkeling en implementatie van de Verwijsindex.

Huisarts en toekomstige jeugdzorg

Als vernieuw(en)de gezinsarts levert de Nederlandse huisarts kwalitatief goede medische zorg aan de jeugd. Als vertrouwde gezinsarts kan hij ook opvoedkundige, psychosociale en gedragsproblematiek signaleren, behandelen en waar mogelijk voorkomen, dan wel hiervoor verwijzen. In de preventie van obesitas en risicovol gedrag speelt de huisarts een signalerende rol en werkt hij nauw samen met de jeugdgezondheidszorg. Heldere afspraken over taakverdeling, korte lijnen tussen de huisartsenzorg, de tweede lijn, de JGZ en andere partners in de zorg zijn voorwaarden voor een effectieve en efficiënte samenwerking. Maar bovenal zal de huisarts als gezinsarts zijn betrokkenheid moeten tonen bij het goed functioneren van de aan zijn zorg toevertrouwde kinderen en gezinnen. Dáármee maakt hij zich kenbaar als partner in de zorg voor de jeugd.

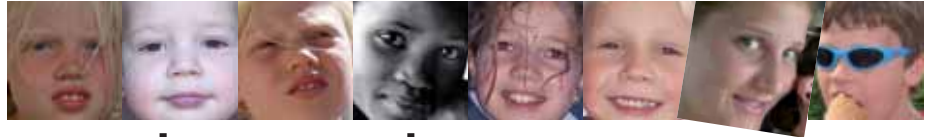
Literatuur

- 1 Van Dijk C, Davids R, Berger M, Verheij R. Huisartsenzorg voor kinderen verschilt van die voor volwassenen. *Huisarts Wet* 2008;51:(13):643-46.
- 2 De huisarts-patiëntrelatie anno 2006. Amsterdam: TNS NIPO, 2006.
- 3 Zorgverlening aan Gessica door Jeugdgezondheidszorg, GGZ en huisartsen. Den Haag: Inspectie voor de gezondheidszorg, 2007.
- 4 NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg en jeugd. Utrecht: NHG, 2008.
- 5 Huygen FJA. Family medicine. The medical life history of families. Assen: Van Gorcum, 2006.

- 6 Child poverty in perspective: an overview of child well-being of children and adolescents in the economically advanced nations. Florence: Unicef Innocenti Research Centre, 2007.
- 7 Van Dorsselaer S, Van Zeijl E, Van de Eeckhout S, Ter Bogt T, Vollebergh W. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Trimbosinstituut, 2007.
- 8 Schrijvers C, Van Wijnen L. Overgewicht. Spelen met gezondheid. Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd. Bilthoven: RIVM, 2008.

- 9 Otters H. Childhood morbidity in Dutch general practice. Epidemiology and management. [Proefschrift] Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 2004.
- 10 Nieuwe aanpak EKD JGZ. Brief van minister Rouvoet aan de Tweede Kamer en de Colleges van Burgemeester en Wethouders van alle Nederlandse gemeenten. PG/OGZ 2.829.135, 5 februari 2008.

Beschouwing



Kijken, luisteren en dan spreken

Hoe gaan huisartsen om met (vermoedens van) kindermishandeling?

Joke Meulmeester, Rob Beukering

Inleiding

Huisartsen signaleren relatief weinig kindermishandeling. In 2007 was slechts 1,4% van de meldingen bij het Advies- en Meldpunt

Samenvatting

Meulmeester JF, Beukering RG. Kijken, luisteren en dan spreken. Hoe gaan huisartsen om met (vermoedens van) kindermishandeling? *Huisarts Wet* 2008;51(13):673-7.

Huisartsen signaleren relatief weinig kindermishandeling. De huisarts als gezinsarts heeft een belangrijke taak bij het signaleren van kindermishandeling. Toch ervaren huisartsen in de praktijk belemmeringen bij het melden en bespreekbaar maken van de gesignaleerde zorgen. Er is veel onzekerheid over het omgaan met het beroepsgeheim. De richtlijn van de nieuwe KNMG-meldcode is 'spreken, tenzij'. Huisartsen vragen vaak om anoniem te mogen melden. Dit kan alleen onder voorwaarden, waarbij het om uitzonderlijk ernstige situaties gaat. De KNMG-meldcode adviseert uiterst terughoudend te zijn met anoniem melden. In de praktijk blijkt de wens om anoniem te melden vaak gebaseerd op onzekerheid over het bespreekbaar maken van de gesignaleerde problematiek. Hierbij kan het AMK ondersteuning bieden. Concreet zijn over zorgen en deze als een gemeenschappelijke zorg bespreken, blijkt in de praktijk goed te werken. De werkwijze van het AMK is beschreven zodat huisartsen weten wat zij in de praktijk van het AMK kunnen en mogen verwachten.

AMK Bureau Jeugdzorg Haaglanden, Neherkade 1, 2521 VA Den Haag: dr. J.F. Meulmeester, vertrouwensarts. AMK Bureau Jeugdzorg Utrecht: R.G. Beukering, vertrouwensarts.

Correspondentie: j.meulmeester@bjzhzh.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Kindermishandeling (AMK) afkomstig van huisartsen.¹ Het is niet geheel duidelijk waardoor dit komt.

Kindermishandeling is gedefinieerd in de Wet op de Jeugdzorg.² Het gaat om lichamelijke en psychische mishandeling, lichamelijke en psychische verwaarlozing, seksueel misbruik en het getuige zijn van huiselijk geweld. Uit onderzoek blijkt dat getuige zijn even schadelijk is voor kinderen als zelf slachtoffer zijn.³ In dit artikel bespreken we kindermishandeling zoals dat in de dagelijkse praktijk voorkomt. Hoe vaak komt het voor en hoe vaak melden de verschillende beroepsgroepen het? We beschrijven de belemmeringen bij huisartsen en geven mogelijke verklaringen voor het relatief lage aantal meldingen door huisartsen. De werkwijze van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling wordt toegelicht. Tot slot geven we mogelijke oplossingen voor de gesignaleerde belemmeringen.

Definitie Kindermishandeling Wet op de Jeugdzorg

Kindermishandeling is elke vorm van voor de 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 en van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade aan de minderjarige wordt berokkend, of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel.

Kindermishandeling in getal

Jaarlijks zijn 107.000 tot 170.000 kinderen in Nederland slachtoffer van mishandeling^{4,5} en minstens 50 van hen overlijden aan de gevolgen daarvan. Artsen melden echter relatief weinig (vermoedens van) kindermishandeling.¹ Veruit de meeste meldingen door beroepskrachten komen van de politie (tabel 1).

Vaak gaat het bij (vermoedens van) kindermishandeling om meer