



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Het signaleren, handelen en melden bij vermoedens van kindermishandeling door huisartsen

Een inventarisatie van knel- en verbeterpunten

Gubbels, J.; Stolper, E.; van der Put, C.; Assink, M.

DOI

[10.1007/s12508-022-00372-9](https://doi.org/10.1007/s12508-022-00372-9)

Publication date

2022

Document Version

Final published version

Published in

TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen

License

CC BY

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Gubbels, J., Stolper, E., van der Put, C., & Assink, M. (2022). Het signaleren, handelen en melden bij vermoedens van kindermishandeling door huisartsen: Een inventarisatie van knel- en verbeterpunten. *TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 100(4), 131-137. <https://doi.org/10.1007/s12508-022-00372-9>

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

UvA-DARE is a service provided by the library of the University of Amsterdam (<https://dare.uva.nl>)



Het signaleren, handelen en melden bij vermoedens van kindermishandeling door huisartsen

Een inventarisatie van knel- en verbeterpunten

Jeanne Gubbels · Erik Stolper · Claudia van der Put · Mark Assink

Geaccepteerd op: 25 oktober 2022 / Published online: 29 november 2022
© The Author(s) 2022

Samenvatting Huisartsen spelen een sleutelrol bij het signaleren en melden van kindermishandeling. Toch doen huisartsen slechts incidenteel een melding bij Veilig Thuis. Dit kwalitatieve onderzoek beoogde te achterhalen hoe huisartsen kindermishandeling signaleren, hoe zij handelen bij mishandelingsvermoedens, welke knelpunten zij hierbij ervaren en wat aanknopingspunten zijn voor verbetering. Semigestructureerde interviews werden gehouden met vijftien huisartsen, waarna deze werden uitgeschreven, gecodeerd en thematisch geanalyseerd. Bij signalering van kindermishandeling blijken huisartsen op verschillende signalen te letten en is het niet-pluisgevoel belangrijk. Veel huisartsen denken signalen te missen en hebben behoefte aan bijscholing over wat belangrijke signalen zijn, hoe deze signalen goed met ouders kunnen worden besproken en hoe de stappen in de meldcode het beste kunnen worden toegepast. In huisartsenpraktijken blijken geen signalerings- of risicotaxatie-instrumenten te worden gebruikt, terwijl een deel van de huisartsen dit wel als helpend beschouwd in het besluitvormingsproces rondom kindermishandeling. Ten slotte ervaren huisartsen knelpunten in de samenwerking met instanties,

waaronder scholen, jeugdzorg en Veilig Thuis (VT). Concrete aanbevelingen voor verbetering van signaleren en handelen zijn het ontwikkelen van passende signaleringsinstrumenten, het verlagen van de drempel voor het volgen van bijscholing en het verbeteren van samenwerking met hulpverleningsorganisaties, in het bijzonder met VT.

Trefwoorden huisartsen · kindermishandeling · signaleren · melden

How general practitioners detect, act upon, and report suspicions of child abuse
An inventory of barriers and opportunities for improvement

Abstract General practitioners (GPs) are crucial in detecting and reporting child abuse and neglect. However, GPs tend to underreport their suspicions of child abuse. This qualitative study aimed to examine how GPs detect potential child abuse, how they act upon their suspicions, which barriers they encounter and how the detection and reporting of child abuse can be improved. Semi-structured interviews were conducted with 15 GPs, which were transcribed, coded and thematically analyzed. GPs are aware of various signs and a gut feeling plays an important role in detecting child abuse. GPs believe they miss child abuse signs and need education about the most important signs of child abuse, how to talk to parents about potential child abuse and the steps of the Dutch reporting code. As for risk assessment, GPs barely use structured instruments even though these are regarded as helpful in the decision-making process. Finally, GPs experience deficits in the cooperation with organizations, including schools, youth care organizations and the Child Protective Services (CPS). Directions for improvement to overcome barriers in child abuse detec-

Digitaal aanvullende content De online versie van dit artikel (<https://doi.org/10.1007/s12508-022-00372-9>) bevat aanvullend materiaal, toegankelijk voor daartoe geautoriseerde gebruikers.

J. Gubbels (✉) · C. van der Put · M. Assink
Research Institute of Child Development and Education,
Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, Nederland
j.gubbels@uva.nl

E. Stolper
CAPHRI School for Public Health and Primary Care,
Universiteit Maastricht, Maastricht, Nederland
Vakgroep Eerste lijn- en interdisciplinaire Zorg, Universiteit
Antwerpen, Antwerpen, België



tion and reporting are to develop appropriate instruments, lowering the threshold for GPs to follow child abuse courses, and improving cooperation between GPs and other organizations, especially CPS.

Keywords General practitioners · Child abuse · Detection · Reporting

Inleiding

Huisartsen spelen een sleutelrol bij het detecteren en terugdringen van kindermishandeling, omdat zij vaak nauw contact hebben met zowel het kind als andere gezinsleden. Uit onderzoek blijkt dan ook dat huisartsen vermoedens van mishandeling vaak actief oppakken [1]. Ze overleggen echter weinig met Veilig Thuis (VT) en doen slechts incidenteel melding van mishandeling of sterke vermoedens daarvan [2, 3]. Het is daarom essentieel te onderzoeken hoe huisartsen mishandeling detecteren, hoe het meldproces verloopt en welke knel- en verbeterpunten hierin zijn aan te wijzen. Dergelijk onderzoek kan huisartsen in hun sleutelrol versterken.

Huisartsen zijn volgens de Wet Verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling genoodzaakt om de KNMG-meldcode te volgen en contact op te nemen met VT bij vermoedens van kindermishandeling of huiselijk geweld [4]. Uit een onderzoek onder artsen naar de werking van de meldcode bleek dat slechts 53% van de huisartsen contact zoekt met VT bij vermoedens en slechts 24% wel eens een melding doet [3]. Bovendien volgt maar liefst 35% zelden tot nooit nascholing over kindermishandeling. Per 1 januari 2019 is de KNMG-meldcode aangescherpt en is onder andere het gebruik van het afwegingskader verplicht om te bepalen of melden van een vermoeden noodzakelijk is. Ook internationaal melden huisartsen weinig, omdat ze onzeker zijn over hun vermoedens (vooral bij niet-fysieke mishandeling), bang zijn voor het stellen van een verkeerde diagnose of vrezen dat ze de vertrouwensband met ouders schaden [5, 6]. Factoren die het melden beïnvloeden zijn de aard en mogelijke oorzaken van het letsel van het kind, bekendheid met (problemen in) het gezin en negatieve ervaringen met jeugdbescherming, zo blijkt uit onderzoek onder Amerikaanse huisartsen [7].

Stolper en collega's onderzochten in focusgroepen met Nederlandse huisartsen hoe vermoedens van mishandeling ontstaan en wat zij hiermee doen [1, 8]. Het gevoel dat iets niet in orde lijkt in verklaringen van ouders of met het gedrag van een kind, oftewel een niet-pluisgevoel, blijkt een belangrijke aanzet voor het ontstaan van mishandelingsvermoedens. Om deze vermoedens te toetsen, voeren huisartsen een anamnese of lichamelijk onderzoek uit.

Het herkennen van (risico's) voor kindermishandeling is een complex proces, maar taxatie-instrumenten kunnen huisartsen ondersteunen bij enerzijds het signaleren van kindermishandeling en anderzijds het

inschatten van het risico op toekomstige kindermishandeling. Op dit moment zijn deze instrumenten echter niet of nauwelijks beschikbaar voor huisartsenpraktijken. Voor de spoedeisende hulp en huisartsenposten is wel de SPUTOVAMO beschikbaar om na te gaan of sprake is van kindermishandeling bij kindletsel [9]. Dit instrument bevat onder meer vragen over de mate waarin het letsel van een kind past bij de verklaring van de ouders en de vraag of oudere letsels waarneembaar zijn. De antwoorden op deze vragen leiden wel of niet tot vermoedens van kindermishandeling bij de behandelend arts. In het geval van vermoedens volgt nader onderzoek. Dat taxatie-instrumenten heel waardevol kunnen zijn, blijkt uit onderzoek van Van der Put en collega's waarin zij vonden dat risicotaxatie-instrumenten in de context van de jeugdbescherming toekomstige kindermishandeling beter voorspellen dan de eigen klinische blik van professionals [10].

Gegeven de sleutelrol die huisartsen kunnen vervullen bij de bescherming van kinderen, is onderzoek naar het proces van het signaleren van, handelen bij en melden van kindermishandeling essentieel. In dit onderzoek staan daarom de volgende onderzoeksvragen centraal: hoe signaleren huisartsen kindermishandeling? Hoe handelen ze bij mishandelingsvermoedens? Zijn ze bekend met de meldcode? Welke knelpunten ervaren huisartsen gedurende het proces van signaleren en melden? Wat zijn aanknopingspunten voor verbetering?

Methode

Participanten

Vijftien huisartsen (negen vrouwen en zes mannen) tussen de 34 tot 64 jaar ($M=46$ jaar, $sd=9,6$) werden geïnterviewd. Twee huisartsen waren nog in opleiding en twee huisartsen waren onlangs gepensioneerd. De huisartsen werkten in praktijken en bij huisartsenposten in heel Nederland, zowel in stedelijk gebied als op het platteland. Ze hadden een werkervaring variërend van 1 tot 31 jaar ($M=11$ jaar, $sd=7,9$).

Procedure

De huisartsen in het eigen netwerk van de onderzoekers werden gevraagd deel te nemen en alle benaderde huisartsen waren hiertoe bereid. Voorafgaand aan de interviews werden de huisartsen geïnformeerd over het doel en de procedure van het onderzoek en werd om informed consent gevraagd. Vanwege de destijds geldende COVID-maatregelen werden de interviews online afgenomen door de eerste auteur, samen met een getrainde masterstudent.

De eerste auteur voerde dit onderzoek uit in het kader van een grootschalig project dat als doel heeft de effectiviteit van vroegtijdig handelen ter voorkoming van kindermishandeling te vergroten, dat werd gefi-

nancierd door ZonMw (projectnummer 741100002). Geen van de betrokken onderzoekers was betrokken bij de ontwikkeling en implementatie van de meldcode. De onderzoekers beoordeelden onafhankelijk van elkaar de data om bias te voorkomen. De interviews duurden gemiddeld 45 minuten (spreiding: 29–61 min). Na vijftien interviews werd datasaturatie bereikt.

De Ethische Commissie van de Faculteit Maatschappij- en Gedragwetenschappen van de Universiteit van Amsterdam keurde dit onderzoek goed (projectnummer 2020-CDE-11642).

Instrumenten

Een vragenlijst (zie Bijlage A, digitaal aanvullende content) werd gebruikt om de interviews te leiden. Hierin stonden vragen over het signalerings- en meldingsgedrag van huisartsen, knelpunten die zij hierin ervaren en mogelijkheden voor verbetering. Voorafgaand aan de interviews werd met één huisarts een pilotinterview gehouden op grond waarvan de vragenlijst iets werd aangepast.

Data-analyse

De interviews werden opgenomen (alleen audio), getranscribeerd en vervolgens thematisch geanalyseerd [11]. Alle interviews werden door twee masterstudenten gecodeerd, waarna alle coderingen werden gecontroleerd door de eerste auteur, wat tot een definitieve codering leidde. Het coderen bestond uit drie fasen: open, axiale en selectieve codering [12]. Alle transcripten werden zorgvuldig gelezen, waarna elk relevant fragment een code kreeg (open codering). Daarna werden fragmenten met elkaar vergeleken om overlappende thema's te identificeren (axiale codering) en zijn verbanden tussen deze thema's gelegd in netwerken (selectieve codering), die inzicht gaven in tegenstrijdigheden en overeenkomsten tussen codes.

Resultaten

Uit de analyses van de transcripten kwamen zeven hoofdthema's: 1) het signaleren van kindermishandeling, 2) het handelen bij signalen, 3) de meldcode, 4) dossiervorming, 5) hulpmiddelen, 6) knelpunten en 7) verbeterpunten. De resultaten hieronder zijn geordend op basis van deze thema's.

Signaleren van kindermishandeling

Signalen

Huisartsen vonden het signaleren van kindermishandeling een belangrijke taak. Zij letten op kindsignalen (zoals lichamelijk letsel, gedragsproblemen, ontwikkelingsachterstanden), oudersignalen (bijvoorbeeld psychische of verslavingsproblematiek, een verleden van mishandeling, trauma's) en omgevingsignalen (onder

andere lage sociaaleconomische status, vermoedens van burens of grootouders), waarbij een discrepantie tussen kindletsel en de ouderverklaring ook als signaal beschouwd werd. Sommige huisartsen signaleerden dat ouders heel vaak met hun kind naar het spreekuur kwamen, terwijl andere huisartsen juist de afwezigheid van ouders met hun kind tijdens spreekuren signaleerden. Een niet-pluisgevoel was voor alle vijftien huisartsen belangrijk: 'Het niet-pluisgevoel is eigenlijk een soort van diagnosticum waar je goed naar moet luisteren', zo zei een huisarts [H3].

Het niet-pluisgevoel zette huisartsen aan om nauwkeuriger te observeren, specifiekere vragen te stellen en te handelen, bijvoorbeeld door contact te zoeken met een kinderarts. Sommige huisartsen maakten onderscheid tussen signalen voor verschillende vormen van kindermishandeling, waaronder seksueel misbruik (bijvoorbeeld grensoverschrijdend gedrag en schaamte over het geslachtsdeel) versus emotionele mishandeling (zoals onveilige gehechtheid en angstig reageren op een ouder). Huisartsen vonden het extra moeilijk om signalen van seksueel misbruik te signaleren en met ouders te bespreken, vergeleken met andere vormen van kindermishandeling.

Positie van de huisarts

De huisartsen gaven aan dat ze een belangrijke rol hebben bij het signaleren van kindermishandeling, onder andere omdat ze meestal zicht hebben op het hele gezin. Zo zei een huisarts: 'Als je lang in een praktijk werkt als huisarts, dan ken je vaak het hele gezin. Dan zie je ook de ouders in de praktijk en weet je welke problemen eventueel thuis spelen' [H6].

De huisartsen benadrukten dat ze, in tegenstelling tot niet-medische professionals, de mogelijkheid hebben om lichamelijk onderzoek te doen wanneer ze mishandeling vermoeden en om kinderen naar kinderartsen te verwijzen voor uitgebreider onderzoek.

Bekwaamheid

Veel huisartsen voelden zich niet bekwaam in het signaleren van kindermishandeling en dachten geregeld signalen te missen. Zo zei een huisarts: 'Het zit zo onder de oppervlakte. Zelfs voor professionals die vaak met mishandeling te maken hebben is het niet makkelijk om dat boven tafel te krijgen' [H5]. Het competentiegevoel werd beïnvloed door de hoeveelheid ervaring in de praktijk. Om kennis over signalen te vergroten, was er behoefte aan bijscholing. Maar door het enorme aanbod van nascholing over een breed scala aan onderwerpen komt dat er vaak niet van: 'Je hebt elke dag wel twee mailtjes met nascholingen en het is maar net wat op je netvlies staat wanneer je zo'n nascholing doet' [H15]. Huisartsen kiezen dan vaak wat hun interesse heeft. De twee huisartsen die zich competent voelden, hadden wel nascholing gevolgd specifiek gericht op huiselijk geweld of kindermishandeling.

Een aantal huisartsen was betrokken als opleider bij een huisartsenopleiding. Zij vertelden dat in de opleiding aandacht is voor kindermishandeling, maar niet met voldoende diepgang omdat heel veel onderwerpen in de opleiding behandeld moeten worden. Ze dachten dat meer aandacht nodig was voor de wijze waarop huisartsen een gesprek moeten voeren bij mishandelingvermoedens, bijvoorbeeld via rollenspellen met acteurs.

Handelen bij signalen

Eerste stap

Bij een vermoeden van kindermishandeling (bijvoorbeeld na lichamelijk onderzoek) was het verzamelen van meer informatie een belangrijke stap om vermoedens te bevestigen of minder waarschijnlijk te maken, onder andere door met de ouders te spreken. Een huisarts zei: 'Zo kan ik kijken of ik bepaalde problemen die ik signaleer met de ouders zelf kan oplossen en kan ik checken of mijn vermoedens kloppen' [H4]. Deze oudergesprekken werden wel als zeer moeilijk beleefd door de huisartsen (zie ook 'Knelpunten'). Bij een vermoeden werden ook collega's, VT of andere instanties (bijvoorbeeld consultatiebureaus, scholen) geraadpleegd. Over het beroepsgeheim zei een huisarts: 'Het beroepsgeheim vind ik belangrijk, maar het gaat om de veiligheid van het kind en daar zijn duidelijk regels rondom het melden gemaakt' [H13].

Steunbronnen

Huisartsen overlegden met collega's, vooral omdat deze het gezin vaak ook kennen. Ze haalden hier steun uit: 'Ik denk dat ik het meeste heb aan overleg met collega's. Bovendien is deze hulp het dichtstbij' [H9]. Zeven huisartsen hadden VT wel eens benaderd voor advies. Sommigen ervoeren dit contact als steunend, voelden zich gehoord en gaven aan dat er werd meegedacht: 'Ik vind VT heel fijn als je gewoon ruggenspraak wilt houden. Dus in die zin is VT heel toegankelijk en heb ik veel aan hun advies' [H12].

De meldcode

De meeste huisartsen gebruikten de meldcode. Ze vonden de stappen van de meldcode duidelijk en een prettig houvast bij mishandeling vermoedens. Veel huisartsen konden de afzonderlijke stappen van de meldcode echter niet benoemen en hadden behoefte aan nascholing of hulpmiddelen om dit (weer) helder te krijgen. De invoering van de Wet Verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling heeft volgens huisartsen geleid tot meer duidelijkheid over het gebruik van de meldcode. Ze dachten dat professionals hierdoor aangemoedigd worden de meldcode daadwerkelijk te gebruiken. Ook zei een huisarts: 'Je gaat hierdoor constructiever te werk bij inschakeling van hulp om te voorkomen dat een melding nodig is' [H3]. Enkele huisartsen hadden nog nooit ge-

meld bij VT, vaak omdat de melding door een andere hulpverlener werd gedaan.

Bij het wegen van de aard en ernst van de kindermishandeling en het beslissen om al dan niet te melden, letten alle huisartsen op verschillende risicofactoren (bijvoorbeeld een instabiele ouder-kindrelatie, werkloosheid en intergenerationele overdracht van kindermishandeling) en beschermende factoren (zoals een sterk sociaal netwerk, tijdig op het spreekuur komen, financiële stabiliteit en een warme ouder-kindrelatie). Een huisarts zei: 'Ik maak die weging met oog op de context en met vragen als wat voor ouders zijn betrokken en staan zij open voor hulp?' [H12].

Ten opzichte van de samenwerking met VT noemden huisartsen een aantal knelpunten. Volgens de huisartsen geeft VT soms weinig informatie over de vervolgstappen na een melding en duurt het lang voordat een behandeltraject wordt gestart: 'Ik merk dat VT en jeugdzorg overbelast zijn, waardoor het heel lang duurt voordat onderzoek of hulp start' [H15]. Hierom vertrouwden sommige huisartsen er niet op dat VT een melding juist zou afhandelen of dachten ze dat VT een melding niet serieus nam, wat door hen als een drempel werd ervaren om te melden. Zo zei een huisarts: 'Ik heb een keer gebeld over een meisje dat in groep 8 zat waarvan ik het idee kreeg dat ze in een loverboy-circuit zat. Toen ik belde merkte ik dat er zó weinig gedaan werd en interesse was. Dat vond ik echt shocking, want het was een heel heftig verhaal' [H14].

De samenwerking met VT zou volgens enkele huisartsen aanzienlijk verbeteren door gerichte nascholing over de werkwijze van VT. Dat zou ook de drempel om te melden of advies te vragen kunnen verlagen. Daarnaast zei een huisarts: 'In de media wordt vaak gezegd dat VT overbelast is. Als ik VT ga bellen, dan denk ik al dat het vast niet gaat lukken of dat VT geen tijd heeft' [H14]. Om dit beeld bij te stellen dachten sommige huisartsen dat het goed was om eens met VT mee te lopen. Eén huisarts zei echter ook: 'Dat zou het beste zijn, maar dat is misschien niet haalbaar. Het gaat er meer om dat huisartsen begrijpen hoe VT werkt, wat VT wel en niet kan en waarom VT doet wat zij doet' [H2]. Tot slot wilden huisartsen graag weten wat er gebeurt nadat ze bij VT melden.

Dossiervorming

De meeste huisartsen legden informatie over mogelijke signalen of vermoedens vast met de SOEP-structuur (Subjectief, Objectief, Evaluatie en Plan), een hulpmiddel voor verslaglegging van een consult. Huisartsen waren voorzichtig in het rapporteren van vermoedens en probeerden in hun dossiers zo feitelijk en neutraal mogelijk te formuleren. Sommigen bespraken signalen eerst met ouders voorafgaand aan de verslaglegging. Een huisarts zei hierover: 'Als ouders dan een uitdraai vragen, dan denken ze niet "Jeetje waar heeft die dokter allemaal aan gedacht?"' [H4].

In één huisartsenpraktijk (waar drie geïnterviewde huisartsen werken) werd afgesproken om episodes van mishandeling met kindletsel niet af te sluiten in het dossier, zodat die steeds onder de aandacht van de huisarts komen bij het openen van het dossier. Zo is na te gaan of er sprake is van recidiverend letsel om bij een eventuele vervolgspraak meer tijd in te plannen en de kindsituatie uit te vragen. Een huisarts zei: 'Ik denk dat deze manier van dossiervorming ervoor kan zorgen dat we kindermishandeling beter signaleren' [H15].

Enkele huisartsen gaven aan dat het belangrijk is om vermoedens extra zorgvuldig vast te leggen, omdat ouders hun dossier online kunnen inzien. Soms noteerden ze signalen slechts heel kort en feitelijk of op een plek in het systeem waar betrokken ouders geen inzage in hebben. Andere huisartsen lieten zich niet beïnvloeden door de openbaarheid van het dossier, omdat ze de vermoedens en signalen eerst met de betrokkenen bespreken.

Hulpmiddelen

Alle huisartsen die op de huisartsenpost hebben gewerkt kenden de SPUTOVAMO. De meeste huisartsen hadden negatieve ervaringen met dit instrument: 'Ik heb nog nooit wat aan de SPUTOVAMO gehad. Op de huisartsenpost is het keihard werken en dan lees je de vragen niet eens meer omdat je daar geen tijd voor hebt. Het is dan gewoon klikken en weggelgen' [H14]. Enkele huisartsen waren wel positief over de SPUTOVAMO: 'Het herinnert aan de mogelijkheid van kindermishandeling en het zorgt ervoor dat je vanuit een ander perspectief nog een keer naar het verhaal kijkt' [H8].

Binnen de huisartsenpraktijken werden geen signalerings- of risicotaxatie-instrumenten gebruikt. Enkele huisartsen dachten dat een signaleringslijst nuttig kan zijn om eraan herinnerd te worden dat sprake kan zijn van mishandeling en om vermoedens te toetsen. Een huisarts zei: 'Een soort checklist van punten waarnaar ik nog kan kijken of die ik nog kan uitvragen zou heel prettig zijn. Juist als je een gezin niet goed kent of een onderbuikgevoel niet goed kunt verklaren, is het fijn om houvast te hebben' [H3]. Een taxatie-instrument moet wel kort, gebruiksvriendelijk en eenvoudig zijn en alle relevante risico- en beschermende factoren omvatten. Daarnaast vonden huisartsen het belangrijk dat een dergelijk instrument bewezen effectief is.

Enkele huisartsen dachten dat instrumenten niet bijdragen aan een betere signalering of risico-inschatting, omdat spreekuren te kort zijn om deze in te vullen, instrumenten verlamdend werken en huisartsen niet aan nog meer protocollen willen vastzitten. Een huisarts zei hierover: 'Ik vind het juist zo fijn om me op de situatie te richten en niet vast te zitten aan een stramen' [H11].

Knelpunten

Een vaak genoemd knelpunt was dat consulten te kort zijn om signalen op te pikken: 'We doen niet altijd lichamelijk onderzoek, vanwege tijdgebrek. Ongelukken bij kinderen worden daarom vaak alleen door assistentes beoordeeld' [H11]. Ook waren huisartsen onzeker door een gebrek aan kennis, bijvoorbeeld over de signalen van seksueel misbruik. Huisartsen ervoeren ook knelpunten in het oudergesprek over hun vermoeden. Huisartsen vreesden boze of agressieve ouderreacties of dat de vertrouwensband zou worden geschaad. Ze ervoeren dit als een drempel om signalen te bespreken. Andere huisartsen zetten de vertrouwensband positief in om ouders te motiveren hulp te accepteren. Huisartsen dachten dat signaalbesprekingen makkelijker wordt wanneer de ervaring toeneemt. Daarnaast zei een huisarts: 'Er is natuurlijk een verschil in bespreking tussen verschillende vormen van mishandeling, zoals emotionele verwaarlozing versus seksueel misbruik. Er is een gradatie in het gemak waarmee dingen bespreekbaar zijn' [H9].

Knelpunten in de samenwerking met instanties werden ook ervaren. Het beroepsgeheim bemoeilijkte het delen van informatie met andere professionals: 'Ik zou de school niet zomaar benaderen door mijn beroepsgeheim. Ik probeer dan te bedenken hoe de school te benaderen is zonder dat ik mijn beroepsgeheim schaad. Maar dat is wel heel erg lastig' [H4].

Daarnaast zochten jeugdartsen en scholen weinig contact met huisartsen: 'Iedereen zegt altijd dat de huisarts op de hoogte moet zijn van alle patiënten, maar als niemand rapporteert aan ons dan weten wij ook niets' [H11]. Volgens een aantal huisartsen is er een gebrek aan regiehouders in de zorg: 'Het zijn zorgelandjes met verspreide informatie waarvan ik als huisarts absoluut niets weet. Als ik zou weten dat jeugdzorg betrokken is in een gezin, dan zou ik veel alerter zijn' [H11].

Verbeterpunten

Veel huisartsen gaven aan dat verbeteringen in het signaleren mogelijk zijn door meer nascholing, specifiek in: a) het bespreken van signalen met ouders, b) het toetsen van vermoedens als ouders blijven ontkennen en c) hoe ze alerter worden op signalen. Huisartsen hadden ook behoefte aan meer intervisie. Het organiseren van casuïstiekbesprekingen met collega's zou kunnen helpen om alerter te worden. Een aantal huisartsen had behoefte aan een signaleringslijst of een risicotaxatie-instrument. Dit dient dan wel duidelijk, praktisch, kort en onderzocht te zijn. Een ander belangrijk verbeterpunt was een betere afstemming tussen instanties. Zo zei een huisarts: 'Eén keer per maand overleggen we met alle samenwerkingspartners, zoals school, consultatiebureaus en andere wijkzorg. Hierbij bespreken we geen casussen maar vragen als: hoe gaan we het regelen, hoe vinden we

elkaar en hoe melden we? Daarna ben je meer alert' [H4].

Beschouwing

Het signaleren en aanpakken van kindermishandeling in de huisartsenpraktijk betreft een veelzijdig proces dat gekenmerkt wordt door lastige afwegingen en beslissingen, en dat beïnvloed wordt door een veelheid aan factoren. Een kernresultaat dat aansluit bij eerder onderzoek is dat het niet-pluisgevoel een belangrijke factor is bij het signaleren van kindermishandeling [1, 13]. Dit gevoel kan huisartsen aanzetten tot aandachtiger observeren, het stellen van specifieke vragen en het uitvoeren van specifiek(er) lichamelijk onderzoek. Daarom pleiten we opnieuw voor meer aandacht voor het niet-pluisgevoel in het diagnostisch proces van huisartsen [14]. Ook bleek dat huisartsen verschillende knelpunten ervoeren, zoals een gebrek aan tijd voor adequate signalering, moeilijkheden in het bespreken van signalen met ouders en een gebrekkige samenwerking met partijen als jeugdzorg en VT. Ook andere zorg- en onderwijsprofessionals noemden dit soort knelpunten [15]. Dit zijn dan ook belangrijke aanknopingspunten om het proces van het signaleren en melden van kindermishandeling in de huisartsenpraktijk te verbeteren.

Beperkingen

De resultaten van dit onderzoek moeten bezien worden in het licht van enkele beperkingen. Ten eerste is voorzichtigheid geboden bij het generaliseren van de bevindingen vanwege de relatief kleine steekproef van huisartsen. Daarnaast waren de onderzoekers door de destijds geldende COVID-maatregelen genoodzaakt de huisartsen te interviewen via beeldbellen. Deze methode is weliswaar geschikt bevonden voor kwalitatieve dataverzameling [17], maar kan door de sociale afstand tussen de interviewer en geïnterviewde voor minder diepgang in de interviews hebben gezorgd.

Aanbevelingen

Op grond van de interviews met de huisartsen kunnen we enkele aanbevelingen formuleren om dit proces te verbeteren. Zo willen huisartsen meer contact met andere hulpverleners, de beschikking krijgen over signaleringsinstrumenten die toepasbaar zijn in de huisartsenpraktijk, meer gelegenheid tot casuïstiekbesprekingen en meer mogelijkheden voor bijscholing. Om het contact met hulpverleners te intensiveren, kan structureel interdisciplinair overleg tussen huisartsen, overige hulpverleningsinstanties en VT worden georganiseerd. Hierin moeten niet alleen de knelpunten in de signalering en aanpak van kindermishandeling centraal staan, maar ook de taken en functies van VT, om zo de drempel om advies te vragen of te melden te

verlagen [1, 8, 14, 16]. Daarnaast dient toekomstig onderzoek zich, samen met huisartsen, te richten op het ontwikkelen en valideren van korte en praktische signalerings- of risicotaxatie-instrumenten. Ook kunnen huisartsen geschoold worden in de implementatie van deze instrumenten.

Ten slotte blijkt nascholing over kindermishandeling weliswaar beschikbaar voor huisartsen, maar leert de praktijk dat zij overspoeld worden met nascholing over een veelheid aan onderwerpen. Nascholing over kindermishandeling moet daarom aantrekkelijker worden gemaakt door de scholing bij huisartsen in de buurt aan te bieden, bijvoorbeeld in wijkcentra of in de huisartsenpraktijk, georganiseerd door de regionale huisartsambassadeur van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) [8].

Conclusie

Huisartsen hechten veel waarde aan het goed signaleren van mishandeling en willen daar op een effectieve manier op kunnen reageren. Dit onderzoek laat zien dat diverse factoren hierbij een rol spelen en dat er knelpunten zijn aan te wijzen die het proces van signaleren en handelen bemoeilijken. De huisartsen die deelnamen aan dit onderzoek doen een aantal waardevolle suggesties voor verbetering van dit proces.

Dankbetuiging We danken de deelnemende huisartsen voor hun welwillendheid om onze vragen te beantwoorden.

Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Literatuur

1. Stolper CF, Verdenius JP, Dinant GJ, et al. Wat doen huisartsen bij een vermoeden van kindermishandeling? *Huisarts Wet.* 2021;64:22–7.
2. Goren SS, Raat AMC, Broekhuijsen-Van Henten DM, et al. Kindermishandeling vaak niet herkend op de huisartsenpost: retrospectief statusonderzoek bij mishandeld kinderen. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2009;153:B127.
3. Pons AGA, Lie TMY, Jong MM de, et al. Rapportage onderzoek onder artsen naar de werking van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie; 2015.
4. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld 2018. Utrecht: KNMG; 2018.

5. Regnaut O, Jeu-Steenhouwer M, Manaouil C, et al. Risk factors for child abuse: levels of knowledge and difficulties in family medicine. A mixed method study. *BMC Res Notes*. 2015;8:620.
6. Talsma M, Boström KB, Östberg 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.
7. Jones R, Flaherty EG, Binns HJ. 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.
8. Stolper CE, Verdenius JP, Teeuw AH, et al. Kindermishandeling herkennen en aanpakken. Wat doen huisartsen goed en wat zou beter kunnen? *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2021;165:D5860.
9. Compernelle T. Eerste hulp bij kindermishandeling. *Tijdschr Kindergeneesk*. 1996;64:168–79.
10. Put CE van der, Assink M, Boekhout van Solinge NF. Predicting child maltreatment: a meta-analysis of the predictive validity of risk assessment instruments. *Child Abuse Negl*. 2017;73:71–88.
11. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3:77–101.
12. Boeije H, Bleijenbergh I. *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom uitgevers; 2014.
13. Stolper CE, Verdenius JP, Dinant GJ, et al. GPs' suspicion of child abuse: how does it arise and what is the follow-up? *Scand J Prim Health Care*. 2020;38:117–23.
14. Stolper CE, Wiel M van de, Royen P van, et al. Gut feelings as a third track in general practitioners' diagnostic reasoning. *J Gen Intern Med*. 2011;26:197–203.
15. Gubbels J, Assink M, Prinzie P, et al. Why healthcare and education professionals underreport suspicions of child abuse: a qualitative study. *Soc Sci*. 2021;10(3):98.
16. Custers A, Oosterwijk L, Beker P, et al. Samenwerken met Veilig Thuis: wat gaat goed en wat kan er beter? *Tijdschr Gezondheidswet*. 2019;97:66–72.
17. Archibald MM, Ambagtsheer RC, Casey MG, et al. Using Zoom videoconferencing for qualitative data collection: perceptions and experiences of researchers and participants. *Int J Qual Methods*. 2019;8:1–8.