



beeld: iStockphoto

Kindermishandeling signaleren op de huisartsenpost

# Let op de kleintjes

drs. ir. S.S. Goren, student geneeskunde, UMC Utrecht (thans basisarts in de zorg voor verstandelijk gehandicapten)

dr. H.F. van Stel, epidemioloog, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskunde

prof. dr. A.J.P. Schrijvers, hoogleraar public health, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskunde

Correspondentieadres:  
sandragoren@hotmail.com;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Dat er een zorgvuldig systeem moet zijn om gevallen van kindermishandeling op te sporen, daarover is iedereen het eens. Omdat op huisartsenposten relatief veel kinderen komen, ligt het voor de hand dat zij een belangrijke rol krijgen.

**K**indermishandeling staat uitgebreid in de belangstelling. Niet alleen professionals houden zich ermee bezig, de hele samenleving heeft er veel aandacht voor. De sterfgevallen van Savanna en het Maas-meisje hebben hier zeker toe bijgedragen. In twee recente studies is een schatting gemaakt van de prevalentie van kindermishandeling in Nederland.<sup>1 2</sup> Hoewel de resultaten van beide

studies nogal verschillen, staat vast dat kindermishandeling veel voorkomt. Op huisartsenposten worden relatief veel kinderen gezien.<sup>3</sup> Hoewel dit een unieke kans biedt bij de (secundaire) preventie van kindermishandeling, blijkt de signalering van kindermishandeling op de huisartsenpost (HAP) te kort te schieten.<sup>4</sup> Om tot voorstellen te kunnen komen voor toekomstig beleid op de HAP, hebben wij diepte-

interviews gehouden met tien professionals (zie blz. 601). De meesten van hen zijn huisarts. Zij doen mee vanwege hun specifieke kennis op het gebied van kindermishandeling of juist vanuit hun rol op de huisartsenpost. De interviews verliepen volgens vooraf vastgestelde items.

#### Verkapte hulpvraag

De geïnterviewden zijn unaniem over de noodzaak van kennisverbetering en attitudeverandering bij huisartsen. 'Het valt bij veel artsen buiten het denkkader. Men denkt simpelweg niet aan de mogelijkheid van kindermishandeling. Daarnaast is er angst voor agressie van de ouders en spelen gedachten als: "het zal wel loslopen" en "ik moet al zo veel, moet ik

me hier ook nog mee bezighouden?"' In de nascholing moet meer aandacht worden besteed aan het herkennen van en het beleid bij kindermishandeling. Er is behoefte aan training van gespreksvaardigheden en aan duidelijkheid over de rol van de huisarts nadat het probleem

is gesignaleerd. Huisartsen moeten kindermishandeling gaan zien als een verkapte hulpvraag en beseffen dat zij niemand hoeven te veroordelen. 'Huisartsen hebben vaak het gevoel dat ze op de stoel van de rechter of politie moeten gaan zitten. Kindermishandeling is voor de huisarts een diagnose, geen misdaad. Als huisarts kun je namelijk hulp bieden en hoeft je niet te veroordelen.' De HAP kan zelf nascholing aanbieden, maar ook duodagen zijn een mogelijkheid, omdat de expertise van onder meer kinderartsen kan worden ingezet. Om het onderwerp actueel te houden, kan in de circulaire van de HAP casuïstiek worden besproken. Met een eigen ICPC-codering (International Classification of Primary Care) en tarief wordt kindermishandeling wellicht ook meer als een erkende diagnose gezien. Ook zouden er MIP-meldingen moeten worden gedaan als achteraf blijkt dat kindermishandeling is gemist.

#### Triagisten

Ook bij de triagisten liggen kansen. Scholing in het herkennen van signalen is belangrijk. Medisch-inhoudelijk kan een telefonisch advies wellicht adequaat zijn maar bij signalen van eventuele mishandeling moet een kind door de huisarts worden gezien. "Triagisten zouden eenvoudige, niet-bedreigende vragen moeten stellen, als: "Wat is er precies gebeurd?"'. Over de eindverantwoordelijkheid bij kindermishandeling is men het niet eens. De meesten vinden dat de eigen huisarts verantwoordelijk is: 'In levensbedreigende situaties moet uiteraard direct worden ingegrepen. Anders kan het worden overgedragen aan de eigen huisarts. Het is dan wel de verantwoordelijkheid van de dienstdoende arts om een goede anamnese af te nemen en het vermoeden te bespreken met de ouders/verzorgers.' Volgens een ander ligt de eindverantwoordelijkheid juist bij de dienstdoende huisarts zodra die kindermishandeling signaleert: 'De huisartsenpost is tenslotte voor meer uren van de week verantwoordelijk dan de eigen huisarts.'

#### Sputovamo

Veel ziekenhuizen gebruiken de Sputovamo-vragenlijst. Sputovamo is een anagram van negen vragen die indicatief zijn voor kindermishandeling (zie kader). Deze vragen worden ingevuld als een kind op de SEH komt. Een aantal ziekenhuizen gebruikt een getrappt systeem waarbij in eerste instantie slechts enkele vragen worden gesteld. Als de antwoorden daartoe aanleiding geven, of als de arts een niet-pluisgevoel heeft, wordt het hele formulier

## 'Als huisarts kun je hulp bieden en hoeft je niet te veroordelen'

### Signaleringsprotocol kindermishandeling voor de acute hulp (Sputovamo)

1. Welk **S**oort letsel(s)?
2. Welke **P**laats?  
Is dit een gebruikelijke plaats voor dit soort letsels?
3. Welke zijn de **U**iterlijke kenmerken?  
Ziet het letsel er gebruikelijk uit?
4. Wanneer is het ongeluk gebeurd?  
Klopt uiterlijk letsel met opgegeven ouderdom?  
Hoeveel **T**ijd geleden? Hoeveel uur geleden?
5. Wat was de **O**orzaak van het ongeval?  
Welke verklaring wordt ervoor gegeven?  
Klopt deze verklaring met soort, plaats en uiterlijk van het letsel?
6. Wie was de **V**eroorzaker van het ongeval?  
Is de veroorzaker meegekomen naar het Centrum Eerste Hulp?
7. Waren er **A**nderen bij aanwezig? Wie?  
Zijn er getuigen meegekomen?
8. Welke **M**aatregelen werden genomen door de ouders, opvoeders, anderen?  
Was de ondernomen actie adequaat? Zo nee waarom niet?
9. Welke **O**ude letsels zijn er te zien?  
Is er gekeken naar oude letsels? Waren er oude letsels te zien? Welke?

Hebt u een vermoeden dat er sprake is van kindermishandeling?

Hebt u een vermoeden dat er sprake is van verwaarlozing?

Welke actie hebt u ondernomen?



ingevuld. Ook sommige huisartsenposten gebruiken dit systeem. Het invullen is echter nog facultatief. In de praktijk gebeurt het maar zeer weinig. De geïnterviewden vinden de screenende vragenlijsten nuttig en zijn van mening dat ze zouden moeten worden ingevuld. Ook voelt vrijwel iedereen voor een getrappt systeem waarbij het gehele formulier alleen wordt ingevuld als daartoe aanleiding is. Er bestaat echter verschil van mening over de vorm en doelgroep van een dergelijke vragenlijst. Zo staat ter discussie of deze vragen altijd of alleen bij trauma's moeten worden ingevuld. 'De HAP is erop ingericht om met zo min mogelijk mensen het werk buiten kantooruren te verzetten. Het is belangrijker dat er efficiënt wordt gescreend (dus alleen bij trauma's) dan dat er volledig wordt gescreend.' Het is denkbaar dat er twee trappen worden ingebouwd: 'De eerste vraag is dan: is er sprake van een trauma of anderszins een vermoeden van kindermishandeling?'. Anderen vinden echter dat het weinig moeite kost om bij elk kind de eerste screenende vragen in te vullen en dat kindermishandeling meer behelst dan alleen lichamelijk mishandeling. Ook staat ter discussie of ook de triagisten een aantal screenende vragen verplicht zouden moeten invullen.

#### Statussen

In sommige ziekenhuizen controleert een kinderarts alle kinderstatussen van de SEH op aanwijzingen van mishandeling. De meeste geïnterviewden kunnen zich hierin vinden, maar geven aan dat een arts uit de eigen gelederen dit het beste kan doen. 'Een externe arts (bijvoorbeeld kinderarts of forensisch arts) zou te veel het gevoel geven gecontroleerd te worden.' Ook bestaat het risico dat het de motivatie om zelf actie te ondernemen vermindert. 'Huisartsen voelen dan geen verantwoordelijkheid meer en schuiven alles door naar degene die met kindermishandeling is belast.' Gezien de grote aantallen kinderen op de post brengt het ook logistieke problemen met zich mee. 'Je kunt ook alleen naar aanleiding van de ingevulde

formulieren met screenende vragen consulten na kijken.'

Binnen de elektronische statusvoering zou een signaleringsfunctie voor risicofactoren kunnen worden ingebouwd, zoals pop-ups die waarschuwen als een kind vaak of op een ongebruikelijke tijdstip op de HAP komt, of bij kinderen van wie bekend is dat zij zijn bedreigd. Ook kan het systeem betere feedback tussen huisartsen faciliteren.

#### Vermoedens

Goede ketenzorg is een voorwaarde voor een effectief beleid. Huisartsen moeten een beroep kunnen doen op de expertise van kinderartsen en erop kunnen vertrouwen dat een mishandeld kind ook bij doorverwijzing naar de SEH de juiste zorg krijgt. 'Je moet als huisarts geen belemmering voelen om een kinderarts op onmogelijke tijden te bellen bij een vermoeden van kindermishandeling.' Daarnaast zou feedback op een gemiste casus bijdragen aan de bewustwording van huisartsen. Op dit moment is er op de HAP ook onvoldoende inzicht in de medische voorgeschiedenis van een kind. 'Het zou goed zijn als men overal het totale archief kan inzien. Het elektronisch patiëntendossier of een elektronisch kinddossier biedt daarvoor kansen.' Volgens sommigen heeft dit echter geen meerwaarde. 'Dit kost alleen maar extra tijd en zal het beleid niet veranderen. Bovendien kijk je daardoor niet meer objectief.' Wel moet de eigen huisarts altijd bericht krijgen van een HAP-bezoek, ook bij passanten. 'Juist bij kindermishandeling bestaat het risico dat men gaat shoppen.'

#### Tijdgebrek

Ondanks de drukte op de HAP vindt vrijwel iedereen dat tijdgebrek geen verklaring is voor het gebrekkige beleid. 'Het is een kwestie van cultuur en prioriteitsstelling. Voor een hechtwond neem je ook alle tijd.' De signalering heeft te lijden onder de drukte. Tijdens een consult zou altijd moeten worden gecontroleerd op oude trauma's. 'Een kind met een trauma moet je altijd helemaal uitkleden om eventuele andere letsels te herkennen.' Hieraan kleven echter ook bezwaren zoals schaamtegevoelens bij pubers en toch ook het tijdgebrek.

Grote financiële belemmeringen ziet men niet. 'De oplossing moet worden gezocht in kennisuitbreiding en attitudeverandering.' Wel is het in de praktijk lastig om veranderingen in de ICT door te voeren. Dit is een knelpunt.

*'Voor een hechtwond neem je ook alle tijd'*

## Geïnterviewden:

- \* Adriaan van Es, huisarts, eigen praktijk in Amersfoort. Medeoprichter huisartsenpost Eemland
- \* Pauline de Graaf, huisarts, eigen praktijk Utrecht. Docent Huisartsenopleiding Utrecht, geeft les over kindermishandeling
- \* Anne de Jong, medeoprichter en directeur Stichting Primair Huisartsenposten
- \* Ronald Houwing, verpleegkundige, hoofd Spoedeisende Hulp, BovenIJ ziekenhuis Amsterdam
- \* Carin de Kok, huisarts, eigen praktijk Utrecht. Medisch manager ad interim Huisartsenpost Utrecht
- \* Carolien van Leeuwen, huisarts, eigen praktijk in Emmen, medeoprichter Huisartsenpost Emmen, tot voor kort medeverantwoordelijk voor formulering medisch beleid Huisartsenpost Emmen.
- \* Anne-Marie Raat, huisarts, voormalig medisch manager Huisartsenpost Eemland, docent huisartsgeneeskunde Juliuscentrum Utrecht. Geeft les over kindermishandeling bij Werkgroep Deskundigheidsbevordering Midden Nederland, lid regionale werkgroep kindermishandeling (thans vertrouwensarts)
- \* Harrie van Rooij, voormalig huisarts, medeoprichter en voormalig directeur Huisartsenpost Tilburg, kwaliteits- en klachtenfunctionaris Huisartsenpost Tilburg
- \* Jan Veenstra, voormalig huisarts, kwaliteitsfunctionaris Huisartsenpost Almere
- \* Mirjam van der Waart, huisarts, eigen praktijk Leusden, lid regionale werkgroep kindermishandeling



Voorafgaand aan de interviews met tien professionals vond een kwantitatief onderzoek plaats. Dit vindt u bij dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl). Hier vindt u nog meer verwijzingen naar websites met aanvullende informatie en de literatuurlijst.


Op de MC-website vindt u de uitzending en gratis nascholing over de Meldcode Kindermishandeling, evenals een dossier over dit onderwerp.

Vanuit het AMK moet het vertrouwen van huisartsen worden gewonnen. Niet iedereen is ervan overtuigd dat een melding zorgvuldig wordt afgehandeld. 'Een melding van mij werd niet geaccepteerd, hoewel ook de school had gemeld.' Tevens ligt er een taak voor het AMK op het gebied van feedback en het aanbieden van nascholing. 'De huisarts zou goede feedback moeten krijgen als is vastgesteld dat een kind wordt mishandeld. Dan kan worden gekeken wat de betreffende huisarts kan verbeteren.'

## Tegenstrijdig

Hoewel het enigszins tegenstrijdig klinkt, wordt ook gewaarschuwd voor te nadrukkelijk aandacht voor kindermishandeling. 'Wellicht komen ouders dan minder snel. De HAP is dan geen veilige en waardevrije plek meer. Daarnaast roep je er mogelijk agressie mee op.' Ten slotte zou elke HAP het beleid in een protocol moeten vastleggen, dat bij alle artsen en triagisten bekend is. 'Een nieuw protocol moet haalbaar zijn en breed worden gedragen. Anders verslapt na verloop van tijd onherroepelijk de aandacht.' Een protocol vergt per HAP aanpassingen. Wij adviseren om protocollen en nieuwe ICT-toepassingen als pilot in te voeren en effectmetingen uit te voeren. Enerzijds om de werkbaarheid en effectiviteit te testen, anderzijds om commitment te creëren bij het personeel en de artsen op de HAP. En zoals een geïnterviewde zei: 'Er wordt op dit moment veel over kindermishandeling gesproken, ook in de politiek. Maar het is nu tijd voor actie.'

Concluderend doen wij het volgende beleidsvoorstel:

- Elke HAP krijgt een protocol kindermishandeling gebaseerd op landelijke zorgafspraken en aangepast aan de lokale situatie.
- Er is structureel aandacht nodig voor kindermishandeling in de nascholing van huisartsen en triagisten. Huisartsenposten zijn hiervoor medeverantwoordelijk.
- De volgende ICT-aanpassingen zijn nodig:
  - een getrapte vragenlijst bij kinderconsulten. Het eerste screenende deel moet verplicht worden ingevuld, het tweede uitgebreide deel alleen als daartoe aanleiding is;
  - feedback tussen huisartsen wordt gefaciliteerd;
  - signaleringsfunctie bij risicofactoren.
- Door regelmatig casuïstiek aan te bieden blijft het onderwerp actueel.
- Afspraken met kinderartsen en SEH zijn nodig om goede ketenzorg te realiseren 

## Kankeren

We hebben allemaal wel eens de behoefte om lekker te kankeren. De rest van de wereld de schuld geven van jouw ellende. Kankeren werkt het beste als het ongenueanceerd is. Lekker overdrijven. Maar het doet de complexe werkelijkheid meestal geen recht.

In deze tijden van crisis is die neiging nog sterker. Zo schreef een psycholoog-columnist in de Volkskrant onlangs een cynisch stukje over de mislukte neuroloog uit Enschede. Medisch maakte die neuroloog er een potje van, maar het was wel een aardige en charmante man. Pas op voor de aardige dokter, was de boodschap van de columnist. Duh. In Medisch Contact las ik een ongenueanceerd en tamelijk triest artikel met dezelfde stijlbloem: dingen uit hun context halen en lekker overdrijven. 'Moderne opleiding infantiliseert', aldus patholoog Smit uit Leiden (MC 8/2009: 326). Feedback geven op een moderne manier kost te veel tijd; al dat nieuwe opleiden leverde alleen maar een pamber- en een *big brother*-gevoel op. Nog wat overdrijvingen en gemeenplaatsen verder was hij, jawel, 'een kleine ervaring rijker maar een grote illusie armer'. Ah gossie. Helpt het nou, dat kankeren? Niet echt. Volgens de Amerikaanse chirurg en bestsellerauteur Atul Gawande verpest het de sfeer en schiet je er niks mee op. *Don't complain* is dan ook zijn eerste stelregel om een positieve uitzondering te worden. Onlangs zag ik een voorstelling van Lebbis. Die kankerde er vrolijk en heftig op los – we lachten ons dood. Maar aan het eind leidde dat tot de prachtige wijsheid: 'de enige manier om gelukkig te worden, is alles wat je doet met hart en ziel te doen'. Kijk, dat wens ik collega Smit ook toe.

Paul Brand,  
kinderarts

## onderzoek

### Literatuur

1. Van IJzendoorn MH et al. Kindermishandeling in Nederland Anno 2005: De Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2005). Leiden 2007.
2. Lamers-Winkelmann F, Slot NW, Bijl B, Vijlbrief AC. Scholieren over mishandeling: Resultaten van een landelijk onderzoek naar de omvang van kindermishandeling onder leerlingen van het voortgezet onderwijs. Amsterdam/Duivendrecht 2007.
3. Verheij R, Van den Hoogen H. Vooral kinderen op de huisartsenpost. Een verkenning van de mogelijkheden van een registratienetwerk van huisartsenposten. Huisarts en wetenschap. 2006; 49 (5): 233.
4. Goren SS, Raat AMC, Broekhuijsen-van Henten DM, Russel IMB, van Stel HF, Schrijvers AJP. Kindermishandeling vaak niet herkend op de huisartsenpost, Ned Tijdschr Geneesk. 2009; 153: B127.