

# Kindermishandeling herkennen en aanpakken

Citation for published version (APA):

Stolper, C. F., Verdenius, J. P., Teeuw, A. H., van der Put, E., Kamphuis, M., & van de Wiel, M. W. J. (2021). Kindermishandeling herkennen en aanpakken. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 165. <https://www.ntvg.nl/artikelen/kindermishandeling-herkennen-en-aanpakken>

## Document status and date:

Published: 08/11/2021

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Document license:

Taverne

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

## DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTvG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTvG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

## Kindermishandeling herkennen en aanpakken

### Wat doen huisartsen goed en wat zou beter kunnen?

C.F. (Erik) Stolper, Jan Paul Verdenius, A.H. (Rian) Teeuw, E. (Claudia) van der Put, Mascha Kamphuis en Margje W.J. van de Wiel

#### Dames en Heren,

**Regelmatig vermoeden huisartsen de diagnose 'kindermishandeling'. Hoe komt zo'n vermoeden tot stand en waarom vragen huisartsen vervolgens zo weinig advies aan Veilig Thuis, terwijl dat toch verplicht is? Aan de hand van 3 casussen bespreken we deze vragen en laten we zien waar het goed gaat en hoe het beter kan.**

Kindermishandeling komt wereldwijd veel voor, wordt dikwijls niet herkend en heeft vaak levenslange gevolgen voor de slachtoffers en de maatschappij.<sup>1</sup> De jaarlijkse prevalentie in Nederland wordt geschat op 3% van alle kinderen (herkend door professionals) tot 12% van de schoolgaande kinderen (zelfrapportage).<sup>2</sup> Van deze ongeveer honderdduizend kinderen overlijden er jaarlijks minstens 17 aan kindermishandeling.<sup>2</sup>

Artsen zijn verplicht de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling te hanteren en bij een vermoeden van kindermishandeling advies te vragen aan Veilig Thuis (VT). Sinds 2019 moet ook acute of structurele onveiligheid gemeld worden. Huisartsen melden echter weinig bij VT.<sup>3</sup> Naast VT en de kinderarts waarmee huisartsen samenwerken zijn er meer zorgprofessionals, instanties en bronnen die geraadpleegd kunnen worden (zie het supplement bij dit artikel). De tabel verderop in dit artikel geeft de samenhang weer tussen diagnostiek en management van huisartsen en de meldcode.

Stelt u zich eens voor dat u huisarts bent in de 3 casussen die we u voorleggen om te reflecteren op uw eigen aanpak bij een vermoedens van kindermishandeling. Hoe komt u op die gedachte? Wat doet u vervolgens, of wat laat u na? Belt u VT voor advies of een andere instantie? Overlegt u met collega's? Wat kunt u een volgende keer beter doen?

**Patiënt A**, een 11-jarige jongen, kwam 5 jaar geleden op uw spreekuur met buikpijn. Hij ging destijds naar een kinderoppas. Toen u hem wilde onderzoeken kroop hij op uw schoot, wat ongemakkelijk aanvoelde. U vond bij onderzoek van de buik geen afwijkingen; u besloot geen verder onderzoek te doen en moeder gerust te stellen.

Recentelijk belde VT over deze jongen. De school had een melding gedaan, omdat hij meermalen aan vriendjes zijn piemel liet zien en hen uitdaagde hetzelfde te doen. Ouders van een vriendje informeerden de vertrouwenspersoon van de school. Vandaag schrok u toen u hoorde dat de oppas deze jongen jarenlang seksueel misbruikt had. U baalt stevig dat u indertijd dat ongemakkelijke niet-pluisgevoel hebt genegeerd. Wat had u beter kunnen doen?

**Patiënt B** is een intelligent jongetje van 10 jaar uit een eenvoudig gezin. Vader is zeeman en moeder schoonmaakster. Hij heeft één oudere, moeilijk lerende broer. Zijn interne begeleider van de basisschool zocht contact met de jeugdarts, die vervolgens u belde. Het laatste half jaar is deze jongen lusteloos en vallen zijn schoolprestaties erg tegen. Via contacten in haar netwerk had de jeugdarts gehoord dat de burens de politie ingeschakeld hadden vanwege het geschreeuw van zijn moeder.

Na dit overleg vroeg u zijn moeder om over hem te komen praten; ze stemde bijna opgelucht in. Haar jongste zoon kan zijn broer verbaal volledig onderuithalen, waarna de laatste er stevig op los slaat. Moeder staat er alleen voor, voelt zich machteloos maar durft er met niemand over te spreken. U stelt voor professionele hulp in te schakelen, zoals begeleiding door de POH-GGZ jeugd en pedagogische thuishulp. Een melding bij VT vindt u onnodig. Vermoedelijk heeft de politie dat gedaan. Moeder is coöperatief. U maakt een nieuwe afspraak. In het huisartsinformatiesysteem noteert u 'opvoedingsproblemen'.

**Patiënt C**, een meisje van 15 maanden oud, bezeerde gisteren haar polsje bij een val in de box, aldus de moeder. Moeder is hoogopgeleid. De pols van het meisje imponeert als gefractureerd. Een röntgenfoto laat een fractuur zien, maar ook tekenen van osteopenie. Het meisje krijgt een gipsspalk.

De osteopenie geeft u te denken. U regelt een vervolgconsult en legt uit aan de moeder uit waarom u aan verwaarlozing denkt. Zij reageert verontwaardigd: juist zij besteedt vanuit haar levensvisie optimale zorg aan haar kind.

Laboratoriumonderzoek wijst uit dat patiënte een ernstige vitamine D-deficiëntie heeft. Zij blijkt alleen borstvoeding te krijgen

zonder suppletie. Waarom heeft niemand deze eenzijdige voeding opgemerkt? Het kind is toch gezien op het consultatiebureau? In het dossier noteert u 'ondervoeding'. U overweegt contact te zoeken met VT, het Landelijk Expertisecentrum Kindermishandeling (LECK) of de jeugdarts. U verwijst patiënte uiteindelijk naar de regionale kinderarts.

## Beschouwing

### Hoe signaleren huisartsen kindermishandeling?

De meest voorkomende vormen van kindermishandeling zijn emotionele verwaarlozing (geschat op 50-71%) en lichamelijke verwaarlozing (26-37%); tot emotionele verwaarlozing wordt ook gerekend dat kinderen getuige zijn van huiselijk geweld. Daarnaast komt emotioneel (10-15%), lichamelijk (8-11%) en seksueel geweld (2-3%) voor.<sup>2</sup> Bij ongeveer 29% van de kinderen is sprake van meer dan één vorm van kindermishandeling.

Huisartsen en jeugdartsen melden weinig bij VT (respectievelijk 1,6 en 2,9% van alle meldingen), vergeleken met ziekenhuisspecialisten (8,5%), schooldocenten (4,8%) en politie (33,9%).<sup>3</sup> In veel Europese landen zijn deze cijfers vergelijkbaar.<sup>4</sup> Ervaren huisartsen melden minder dan onervaren collega's en volgen weinig nascholing op dit terrein.

Dat er weinig gemeld wordt, betekent niet dat huisartsen kindermishandeling doorgaans over het hoofd zien of nalaten actie te ondernemen.<sup>5</sup> Onderzoek liet zien dat huisartsen bij een vermoeden van kindermishandeling, met name bij verwaarlozing, dit meestal vanuit een vertrouwensrelatie bespraken met de ouders, het kind volgden en een steunend netwerk rond het gezin organiseerden.<sup>5</sup> Het vertrouwen in VT bleek laag, maar fysiek en seksueel misbruik werd meestal wel gemeld. Huisartsen misten soms de diagnose kindermishandeling, of ondernamen geen actie.<sup>2,5</sup>

Soms waren huisartsen bang het contact met de ouders en het bedreigde kind te verliezen als zij hun vermoeden zouden opperen of zouden melden bij VT. Ook benoemden zij het gevaar van gewenning, waarbij de acceptatiegrens van een voor de ontwikkeling van kinderen onveilige situatie opschoof als een interventie in kleine verbeteringen resulteerde. Tot slot negeerden huisartsen soms signalen van kindermishandeling vanwege te nauwe contacten met het gezin.

Uit de literatuur weten we dat signalen van verwaarlozing vaker worden gemist dan signalen van fysieke mishandeling, doordat verwaarlozing meestal minder zichtbaar is.<sup>2</sup> Bovendien zijn ouders zich hier dikwijls niet van bewust, zoals bij patiënt C. Aan ouders gerelateerde risicofactoren, zoals een verstandelijke beperking, psychiatrische problematiek, armoede of partnergeweld, kunnen aanleiding zijn om verwaarlozing te vermoeden. De opbrengst van het screeningsinstrument SPUTOVAMO op de huisartsenpost bleek beperkt.<sup>6</sup>

Een gouden standaard voor de diagnose ontbreekt. Er is een groot grijs gebied waar eigen normen en waarden van huisartsen een rol spelen en waar de één over pedagogische onmacht spreekt, zoals bij patiënt B, en de ander dit kindermishandeling noemt. Ook kan een situatie nu nog veilig zijn, maar in de toekomst onveilig worden.

## Epiloog

### Wat had de aanpak bij patiënt A kunnen zijn?

Afgezien van hematomen, specifieke botbreuken of evidente verwaarlozing zijn de signalen die op kindermishandeling wijzen specifiek en dikwijls vaag. In zulke situaties is het bekende pluis/niet-pluisgevoel belangrijk, omdat het aanzet tot alert zijn, beter observeren, specifieke vragen en uitgebreid onderzoek.<sup>5,7</sup>

Bij patiënt A had de huisarts gevolg kunnen geven aan zijn niet-pluisgevoel bij het gedrag van de jongen door de mogelijkheid van seksueel misbruik te overwegen, het gedrag en de thuissituatie verder uit te vragen en een top-teenonderzoek te verrichten (Meldcode stap 1).<sup>8</sup> Een top-teenonderzoek betekent inspectie van het gehele kind, inclusief het anogenitale gebied. Hij had vervolgens voorzichtig mogelijke onveiligheid of seksueel misbruik kunnen opperen en een vervolgsconsult kunnen regelen. Meestal waarderen ouders het als hulpverleners op een niet-beschuldigende manier uitleggen hoe er soms verband is tussen buikpijn en kindermishandeling of seksueel misbruik (Meldcode stap 3).

<b>diagnostiek en management van huisarts</b>	<b>stap in de Meldcode</b>	<b>expertise elders</b>
de eerste gedachte	stap 1 - anamnese uitbreiden - top-teenonderzoek - aanvullende diagnostiek - dossiervorming - kindcheck*	LECK: anoniem advies en duiding
vermoeden niet afgenomen	stap 2 - deskundigen erbij betrekken - VT anoniem om advies vragen (verplicht)	collega-huisarts of POH-GGZ-jeugd laten meedenken LECK: anoniem advies en duiding vertrouwensarts VT consulteren kinderarts consulteren
gesprek met gezaghebbenden	stap 3 - zorgen over kind met ouder(s) delen - als ouders niet mee willen werken: terug naar stap 2	
wegen van het vermoeden	stap 4 - na toestemming ouders overleg met betrokken professionals	jeugdarts, school, CJG, wijkteam, kinderarts en anderen
besluit over al of niet melden bij VT	stap 5 - gebruik de 5 vragen in het afwegingskader ‡	

VT = Veilig Thuis; LECK = Landelijk Expertisecentrum Kindermishandeling; POH = praktijkondersteuner huisarts; CJG = Centrum Jeugd en Gezin.

\* De kindcheck moet worden gedaan als de medische of psychische gezondheid van ouders risico's oplevert voor het kind (zie kadertekst Kindcheck).

‡ Afwegingskader: (a) Nog steeds vermoeden? (b) Acute of structurele onveiligheid? (c) Kan ik zelf hulp bieden of organiseren? (d) Aanvaarden betrokkenen hulp? (e) Leidt hulp binnen afzienbare termijn tot veilige situatie?

Bij acute of structurele onveiligheid altijd melden. Bij niet-melden hulp organiseren, situatie volgen.

**Tabel**  
**Samenhang tussen signalering door de huisarts en stappen in de Meldcode Kindermishandeling**

Bij kindermishandeling is een ouder vaak de pleger en bij verwaarlozing vaak de biologische moeder (91%).<sup>2</sup> Dit compliceert de communicatie met de ouders. Elk vermoeden van kindermishandeling móet voor anoniem advies worden voorgelegd aan VT (Meldcode stap 2); toestemming van de ouders is hierbij niet nodig. Het is soms lastig om het ingewonnen advies te noteren in het dossier, omdat dit dossier voor de ouders toegankelijk is. Tijdsdruk, handelingsverlegenheid of het risico op een vertrouwensbreuk kan leiden tot uitstelgedrag, het negeren van de meldcode of het niet expliciet noteren van geobserveerde problematiek in het dossier (zie kadertekst In gesprek met de ouders).<sup>5</sup> Achteraf ontdekken dat je kindermishandeling gemist hebt kan aanvoelen als falen, maar ook leiden tot meer oplettenheid.<sup>5</sup>

**De aanpak bij patiënt B**

De situatie van patiënt B is onveilig, afgaand op de informatie van de politie. Regelmatig zijn huisartsen van zulke situaties niet op de

hoogte als niemand uit het gezin op consult komt. Huisartsen werken in een hoofdzakelijk curatieve context, terwijl jeugdartsen actief zijn in een meer preventieve setting waar contacten met scholen, wijkteams, wijkagenten en gemeente hen al vroeg kunnen informeren over situaties die bedreigend zijn voor het kind.<sup>9</sup>

Advies vragen aan een collega kan helpen om een zorgvuldige afweging te maken, evenals anoniem advies vragen aan VT (Meldcode stap 2; zie ook de tabel). Omdat bij patiënt B sprake is van structurele onveiligheid, moet na overleg met de VT-vertrouwensarts (stap 2) een melding worden gedaan (stap 5).

Overigens had de huisarts patiënt B kunnen uitnodigen voor een gesprek en om somatische verklaringen voor de gedragsverandering uit te sluiten. Zijn 13-jarige broer verdiende ook aandacht van de huisarts.

### De aanpak bij patiënt C

De communicatie met de moeder van patiënt C verliep moeizaam omdat de term 'verwaarlozing' niet past bij goede ouderlijke intenties. Deze mismatch werd in onderzoek onder huisartsen en jeugdartsen regelmatig gemeld.<sup>5,9</sup> Vertrouwen bij de ouders kan groeien door hen te laten merken dat een gezonde ontwikkeling van hun kind een centraal en gezamenlijk belang is, en door oprechte interesse te tonen in de achtergronden van de keuzes die zij gemaakt hebben. Dit helpt ouders om hun keuze te heroverwegen (Meldcode stap 3). De verplichting tot melden kan de vertrouwensrelatie tussen huisarts en ouders onder druk zetten. Een verwijzing naar een kinderarts met afspraken over wie meldt, lost dit dilemma voor huisartsen op.<sup>5</sup>

Patiënt C blijkt nooit gevaccineerd te zijn en is evenmin door jeugdartsen gezien. Haar moeder vindt de jeugdgezondheidszorg een onterechte overheidscontrole op de opvoeding. Zij slikt dagelijks extra vitamine D en denkt dat het voldoende in de moedermelk terecht komt. Zij wil wel een kinderarts consulteren. Was die bereidheid er niet, dan had de huisarts een melding bij VT moeten doen (Meldcode stap 5) en het LECK kunnen vragen de fractuur te beoordelen op mogelijke andere oorzaken.

### Een vermoeden, en dan?

De verplichting om vermoedens van kindermishandeling te bespreken met VT (Meldcode stap 2) kan voor huisartsen lastig zijn. Een vermoeden begint vaak met een nauwelijks onderbouwde werkhypothese. Bevestigende en uitsluitende argumenten worden vervolgens zorgvuldig afgewogen tegen de achtergrond van hun kennis van de context (Meldcode stap 1). Een collega-huisarts of een kinderarts vragen mee te denken is vaak behulpzaam, maar heft niet de verplichting op om anoniem advies te vragen aan VT over hoe verder te handelen. Dat advies zou juist in deze fase waardevol kunnen zijn, maar wordt weinig gevraagd.<sup>5</sup>

Zonder toestemming van de ouders kunnen huisartsen geen informatie vragen aan bijvoorbeeld wijkteams, scholen of jeugdartsen. Het kan de moeite waard zijn om in deze fase van vermoedens al te proberen toestemming te verkrijgen gezien het belang van het kind. Wanneer het vermoeden nog vaag is, wordt in het dossier meestal een objectieve beschrijving van waarnemingen genoteerd zonder dit kindermishandeling te noemen. Wanneer de hypothese waarschijnlijk lijkt, wordt een volgende stap gezet.<sup>5</sup> De term verwaarlozing of kindermishandeling wordt vermeden om acceptatie van hulp niet te bemoeilijken.

### Welke lessen zijn te trekken?

Omgaan met onzekerheid is kenmerkend voor huisartsgeneeskunde. Een eerste leerpunt van deze klinische les is dat twijfel over kindermishandeling *altijd* tot een vorm van actie moet leiden, gezien de ernstige consequenties van een gemiste diagnose. Een tweede leerpunt is dat anoniem advies vragen aan een vertrouwensarts van VT (Meldcode stap 2) de huisarts uitstekend kan helpen een goede aanpak te vinden bij een vermoeden, bijvoorbeeld hoe te communiceren met de ouders, en of het verantwoord is te wachten op verbetering.

Om bij een melding niet-geanonimiseerde informatie te mogen delen is het beroepsgeheim basaal, en is dus toestemming van de ouders noodzakelijk (Meldcode stap 3). Bij kindermishandeling kan een conflict van plichten maken dat overleg met andere instanties plaats moet vinden zonder toestemming als dit de enige mogelijkheid is om schade te voorkomen. Dat kan het geval zijn als de schade door zwijgen verder toeneemt en als de arts geen andere uitweg ziet (Meldcode, bijlage 1).

Een laatste leerpunt geldt voor VT, waar huisartsen weinig vertrouwen in hebben. Huisartsen ervaren soms dat ze na een melding de regie kwijtraken door een gebrek aan samenwerking met VT en aan informatie over de follow-up. Huisartsen vinden soms dat VT te weinig oog heeft voor de vertrouwensrelatie met de ouders en voor het risico dat de huisarts bij een relatiebreuk het mogelijk bedreigde kind uit het oog verliest.<sup>9,10</sup> In grote lijnen gelden deze bevindingen ook voor leraren, ggz-professionals, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen.<sup>11</sup> Er ligt naar onze mening een belangrijke uitdaging voor VT om samen met de andere professionals aan dat vertrouwen te werken.

**Dames en Heren**, herkenning en aanpak van kindermishandeling in de huisartsenpraktijk is complex. Het pluis/niet-pluisgevoel helpt huisartsen een weg te banen in de diagnostiek, en een goede vertrouwensrelatie met de patiënt helpt ouders om hulp te accepteren.

Een goed georganiseerde samenwerking – inclusief consultatie en gerichte nascholing – is van vitaal belang. In nascholingscursussen, die samen met de POH's-ggz-jeugd worden gevolgd, dient de huisartsgeneeskundige werkwijze centraal te staan, aangevuld door de deskundigheid van een regionaal VT. Het vertrouwen in VT kan zo toenemen en het adviesvragen vergemakkelijken.

Op grotere schaal kan onzes inziens jaarlijks regionaal interdisciplinair overleg met jeugdartsen, kinderartsen en medewerkers van wijkteams een goede samenwerking stimuleren. Zo worden knelpunten in de signalering en aanpak van kindermishandeling geïnventariseerd. De regionale LHV-huisartsambassadeur kindermishandeling kan dit overleg faciliteren. Het doel is de jaarlijks honderdduizend slachtoffers van kindermishandeling een veiliger omgeving te bieden waarin zij zich tot evenwichtige volwassenen kunnen ontwikkelen.

- Online artikel en reageren op [ntvg.nl/D5860](https://ntvg.nl/D5860)
- Universiteit van Maastricht, Maastricht; CAPHRI School for Public Health and Primary Care: dr. C.F. Stolper, onderzoeker en huisarts (tevens: Universiteit van Antwerpen, fac. Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, afd. Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg); Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen, afd. Werk en Sociale Psychologie: dr. M.W.J. van de Wiel, psycholoog. Huisartsenpraktijk Schadenberg & Verdenius, Heeg: drs. J.P. Verdenius, huisarts. Amsterdam UMC, Emma Kinderziekenhuis, afd. Sociale pediatrie, Amsterdam: dr. A.H. Teeuw, kinderarts en LECK-arts. Universiteit van Amsterdam, afd. Forensische Orthopedagogiek, Amsterdam: dr. E. van der Put, orthopedagoog. UMC Utrecht, Landelijk Expertisecentrum Kindermishandeling (LECK), Utrecht: dr. M. Kamphuis, MG-jeugdarts KNMG.
- Contact: C.F. Stolper ([cf.stolper@maastrichtuniversity.nl](mailto:cf.stolper@maastrichtuniversity.nl))
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: er zijn mogelijke belangen gemeld bij dit artikel. ICMJE-formulieren met de belangenverklaring van de auteurs zijn online beschikbaar bij dit artikel.
- Prof.dr. Geert Jan Dinant gaf waardevol commentaar op een eerdere versie van het manuscript.

**Aanvaard op 26 mei 2021**

**Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2021;165:D5860**

## Literatuur

1. Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G. European report on preventing child maltreatment. Copenhagen: World Health Organization Europe; 2013.
2. Alink L, Prevoe M, Berkel van S, Linting M, Klein Velderman M, Pannebakker F. [NPM-2017: Nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen](#). Leiden: Universiteit Leiden/TNO; 2018.
3. [Overzicht 2013. Advies en Meldpunten Kindermishandeling](#) Utrecht: Jeugdzorg Nederland; 2014.
4. Talsma M, Bengtsson Boström K, 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. [doi:10.3109/02813432.2015.1001941](#). [Medline](#)
5. 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. [doi:10.1080/02813432.2020.1755784](#). [Medline](#)
6. Schouten MCM, van Stel HF, Verheij TJM, et al. The value of a checklist for child abuse in out-of-hours primary care: to screen or not to screen. PLoS One. 2017;12:e0165641. [doi:10.1371/journal.pone.0165641](#). [Medline](#)
7. Erisman JC, de Sabbata K, Zuiderent-Jerak T, Syurina EV. Navigating complexity of child abuse through intuition and evidence-based guidelines: a mix-methods study among child and youth healthcare practitioners. BMC Fam Pract. 2020;21:157. [doi:10.1186/s12875-020-01226-6](#). [Medline](#)
8. Stolper E, Van de Wiel M, Van Royen P, Van Bokhoven M, Van der Weijden T, Dinant GJ. Gut feelings as a third track in general practitioners' diagnostic reasoning. J Gen Intern Med. 2011;26:197-203. [doi:10.1007/s11606-010-1524-5](#). [Medline](#)
9. Stolper E, van de Wiel M, Kooijman S, Feron F. How child health care physicians struggle from gut feelings to managing suspicions of child abuse. Acta Paediatr. 2021;110:1847-54. [Medline](#)
10. Coppus T, Lagro-Janssen T. [Seksueel misbruik in een gesloten familiesysteem](#). HuisartsWet. 2020;63:75-7.
11. Gubbels J, Assink M, Prinzie P, Put van der CE. [Why healthcare and education professionals underreport suspicions of child abuse: a qualitative study](#). Soc Sci. 2021;10:98. [doi:10.3390/socsci10030098](#)

## Kernpunten

- Als de diagnose 'kindermishandeling' wordt gemist, heeft dat ernstige consequenties voor het kind en daarom moet een vermoeden van kindermishandeling altijd leiden tot actie.
- Het pluis/niet-pluisgevoel maakt de huisarts attent op mogelijke kindermishandeling.
- De vertrouwensrelatie helpt de huisarts in gesprek te gaan met ouders en hulp te organiseren voor het kind.
- De verplichting om advies te vragen aan een vertrouwensarts van Veilig Thuis bij een vermoeden van kindermishandeling ondersteunt de huisarts in diagnostiek en beleid.
- In de eerste lijn is weinig vertrouwen in het handelen van Veilig Thuis; dit vraagt om verbeteringen.

## Kindcheck

De kindcheck is aan de orde als een volwassene of adolescent in een situatie verkeert die minderjarige kinderen (ernstige) schade kan berokkenen. De kindcheck houdt in dat je bij bepaalde groepen volwassenen nagaat of zij voor hun minderjarige kinderen zorgen en of kinderen daar veilig opgroeien.

Op welke signalen let je?

Je doet de kindcheck bijvoorbeeld bij volwassen cliënten of patiënten:

met ernstige psychische problemen;

na een suïcidepoging;

met een drugs- en/of alcoholverslaving;

die slachtoffer of pleger zijn van huiselijk geweld;

die zeer agressief en/of vuurwapengevaarlijk zijn;

die erg verwaarloosd zijn en/of geen vaste woon- of verblijfplaats hebben;

met een verstandelijke beperking.

Ook wanneer een volwassene wordt vastgehouden door politie of justitie is het van belang om de kindcheck te doen.

## In gesprek met de ouders

Gebruik geen vaktermen als 'risicofactoren, signalen en kindermishandeling'.

Gebruik termen als 'ongunstige omstandigheden', 'zorgen delen over', 'wat gaat goed en wat gaat niet goed' of 'aandachtspunten'.

Complimenteer de ouders met wat goed gaat.

Vermijd meningen maar gebruik feiten zoals 'we weten uit onderzoek dat kinderen in dit soort situaties...'

Maak aan het eind van het gesprek concrete afspraken over hoe het verder gaat.

Schakel bij taalbarrières zo nodig een erkende tolk in.

Bronnen:

Richtlijn Kindermishandeling (2016); [www.ncj.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn/?richtlijn=12&rlpag=1612](http://www.ncj.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn/?richtlijn=12&rlpag=1612)

Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming, Kindermishandeling: Praat met ouder(s) en jeugdigen;

<https://richtlijnenjeugdhulp.nl/kindermishandeling/als-je-je-zorgen-maakt/stap-3-praat-met-ouders-en-jeugdigen>

Nederlands Jeugdinstuut. In gesprek met kind en ouders; [www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Kindermishandeling/Zorgen-bespreken/In-gesprek-met-kind-en-ouders](http://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Kindermishandeling/Zorgen-bespreken/In-gesprek-met-kind-en-ouders)