

Kindermishandeling aanpakken is weerstanden overwinnen

# Effen de paden

Het pad naar het melden van vermoedens van kindermishandeling ligt bezaaid met voetangels en klemmen. Hulpverleners die de obstakels (her)kennen, hebben minder moeite om het AMK in te schakelen.

dr. Bert Derkx, kinderarts,  
Emma Kinderziekenhuis  
AMC en werkzaam bij het  
Nederlands Psychoanalytisch  
Instituut, Amsterdam

drs. Jolande Schoonenberg,  
vertrouwensarts Advies- en  
Meldpunt Kindermishandeling,  
Amsterdam

drs. Rian Teeuw, kinderarts,  
Emma Kinderziekenhuis AMC,  
Amsterdam

Correspondentieadres:  
h.h.derkx@amc.uva.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

Beeld: Getty Images

## *Zorgverleners die kindermishandeling vermoeden zijn kwetsbaar*

**K**indermishandeling komt vaak voor, maar wordt veel te weinig gemeld. Behalve dat zorgverleners klachten en symptomen die passen bij kindermishandeling onvoldoende herkennen, blijft ook een adequate reactie op signalen dikwijls achterwege. De aanpak van kindermishandeling blijkt in de praktijk complex. Iedereen heeft emoties die daadkracht en besluitvorming beïnvloeden en mogelijk zelfs in de weg staan. Dit is de aanleiding voor het congres 'Kindermishandeling aanpakken, is weerstanden overwinnen' dat 26 maart in het AMC in Amsterdam wordt gehouden. Daar zullen zorgverleners spreken over obstakels die het melden van vermoedens van kindermishandeling in de weg staan.

### **Vriendelijk**

Een van die drempels is de persoonlijke drempel. Hulpverleners kunnen vaak niet geloven dat er mogelijk sprake is van kindermishandeling, zeker als de zorgverlener het gezin al langer kent. De hulpverlener interpreteert signalen anders omdat het 'best wel vriendelijke mensen zijn'. Het is lastig de feitelijke waarneming te combineren met het vertrouwen dat nodig is om het gezin verder te begeleiden. Gevoelens van ongeloof, boosheid, afschuw, machteloosheid en het gevoel zich te vergissen, kunnen overheersen en kunnen ertoe leiden dat de hulpverlener geen adequate actie onderneemt.

De veronderstelling dat kindermishandeling voortkomt uit bewust agressieve bedoelingen van ouders, is een andere reden dat de hulpverlener twijfelt over een melding bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). Overigens is kindermishandeling vaak een onbedoeld gevolg van andere problemen die in het gezin spelen en die zich uiten in gebrekkige en beschadigende opvoedstijlen. Kindermishandeling is zo een symptoom van

onderliggende problematiek.

Een ander dilemma is dat de hulpverlener zich gedwongen voelt te kiezen tussen de belangen van de ouders en die van het kind. Melden roept bij de hulpverlener het idee op dat hij de ouders beschuldigt en dat kan leiden tot angst. Heel direct, in de zin van bedreiging, maar angsten kunnen ook voortkomen uit de gedachte dat het bespreekbaar maken van de vermoedens leidt tot verlies van contact met het gezin.

### **Schuldvraag**

Bij de afweging om al dan niet het AMK in de schakelen, ontstaat bij de hulpverlener ook dikwijls twijfel over het eigen handelen. Wie heeft er immers 'gelijk'? Het is daarom van belang dat de hulpverlener het welzijn van het kind vooropstelt en zich niet bezighoudt met de schuldvraag.

Tegelijk realiseren hulpverleners zich te weinig dat het belang van het kind ook vaak de belangen van de ouders dient. Weinstein en Levine interviewden psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers, kinderartsen en huisartsen na een melding.<sup>1</sup> In 75 procent van de gevallen leidde de melding niet tot een breuk in de behandelrelatie. En als de behandelaar in staat bleek met de ouders in gesprek te blijven over de weerstand tegen de melding, had dit een positief effect op de behandelrelatie. Uit onderzoek in de Verenigde Staten en Canada onder kinderartsen en hulpverleners blijkt dat niet alleen mishandelde kinderen kwetsbaar zijn, maar ook de zorgverlener die kindermishandeling vermoedt. Deze kwetsbaarheid geldt vooral voor solitair werkende hulpverleners.<sup>1-5</sup> Vanuit dit perspectief verdient het aanbeveling teams te formeren; een team dat elke casus toetst en waarbij de leden van het team gezamenlijk een besluit nemen. Een team ondervangt ook het probleem van het gebrek aan kennis over de signalen en symptomen van kindermishandeling, de gevolgen ervan of onkunde over behandel mogelijkheden.

### **Vertrouwen**

Behalve persoonlijke obstakels en weerstanden, bestaan er ook drempels binnen en tussen organisaties. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) publiceerde in oktober 2008 het rapport 'Afdeling spoedeisende hulp van ziekenhuizen signaleert kindermishandeling nog onvoldoende – gebroken arm nog te vaak een ongelukje'.<sup>6</sup> Dit rapport toont aan dat kindermishandeling op het niveau van de raad van bestuur nog te weinig aandacht krijgt, de signalering ervan op de spoedeisende eerste hulp (SEH) onvoldoende is gerealiseerd en scholing op dit vlak niet structureel is geregeld. Ook ontbreekt het op de meeste plaatsen aan structurele en financiële ondersteuning voor teams, als die er al zijn. Daarnaast speelt binnen instituten ook geregeld dat er een onvoldoende bekendheid en vertrouwen is onder (hulpverleners van) verschillende instituten. Flaherty beschrijft dat negatieve ervaringen met instanties zoals het AMK, Jeugdzorg en de Raad voor de Kinderbescherming het gedrag van hulpverleners

## SAMENVATTING

- Te weinig hulpverleners melden vermoedens van kindermishandeling bij het AMK.
- Deels is dat het gevolg van drempels en weerstanden die hulpverleners moeten overwinnen voordat zij overgaan tot een melding.
- Inzicht in die weerstanden is de enige mogelijkheid om die weerstanden weg te werken.



De literatuurlijst en meer informatie over het congres waarnaar de auteur verwijst, vindt u bij dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

Meer MC-artikelen over kindermishandeling kunt u vinden in het dossier Meldcode kindermishandeling.

ernstig beïnvloedt.<sup>3</sup> Melden betekent immers dat de zaak, vaak tegen de wens van de ouders in, wordt overgedragen aan deze instanties en dat de melder geen invloed meer heeft op het vervolgonderzoek van kind en gezin en de daaruit voortvloeiende interventies. Vaak spreken instellingen bovendien een eigen 'taal' wat de onderlinge communicatie kan compliceren.

## Raakregio's

Intensievere vormen van samenwerking die zijn gericht op het ontwikkelen van gezamenlijke deskundigheid en ervaring rond casuïstiek kunnen negatieve onderlinge beeldvorming voorkomen. Een voorbeeld is het 'Actieplan aanpak kindermishandeling, kinderen veilig thuis' van het ministerie voor Jeugd en Gezin. Het plan is gericht op de inzet van verschillende professionals binnen vier proefregio's, de zogenaamde 'raakregio's'.<sup>7</sup> De vereende aanpak heeft geleid tot een verbetering van de signalering en het niet ná, maar mét elkaar werken. Vooral ziekenhuizen kunnen hier een belangrijke rol spelen. Denk aan de inzet van een gestructureerde signaleringsmethode op de SEH en het inzetten van een team kindermishandeling waarin experts van binnen het ziekenhuis, maar ook externe deskundigen zijn vertegenwoordigd.

Een goed onderbouwd vermoeden van kindermishandeling legitimeert het doorbreken van het beroepsgeheim. Zowel de meldcode kindermishandeling GGZ als de meldcode kindermishandeling van de KNMG geven aan dat artsen en hulpverleners een spreekrecht en interventieplicht hebben bij een vermoeden van kindermishandeling.<sup>8,9</sup>

Het uitgangspunt van de KNMG-code is: spreken tenzij. Maar wanneer spreekt een arts niet meer over ernstige zorgen, maar over een daadwerkelijk vermoeden van kindermishandeling? In de praktijk is de grens moeilijk te trekken. Hulpverleners signaleren en melden vooral vermoedens van lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik. Andere vormen, zoals huiselijk geweld, verwaarlozing, prenatale kindermishandeling en münchhausensyndroom 'by proxy' worden relatief minder vaak gesignaleerd. Er wordt wel gezegd dat signalen van lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik concreter zijn. Maar ook artsen die veel met fysieke elementen van kindermishandeling in contact komen, zoals (kinder)chirurgen, melden weinig.

Het zal duidelijk zijn dat er vaak sprake is van een continuüm in de presentatie van mishan-

deling en verwaarlozing waarbij de vraag is waar de grens ligt tussen grote zorgen en een ernstig vermoeden. Daar waar hulpverleners bij concrete signalen de verantwoordelijkheid onvoldoende nemen, hebben zij bij verwaarlozing meestal niets concreters in handen dan een ernstig vermoeden. Het is dus van het grootste belang dat er meer aandacht en voorlichting wordt gegeven over de kortetermijneffecten van verwaarlozing en de ernstige bedreiging voor een gelukkig bestaan op de lange termijn. Hormonale veranderingen leiden in het nog rijpende brein tot een ontregeling van de HPA-as, waardoor de gevoeligheid voor stress en angst toenemen. Een grote Amerikaanse studie toont een duidelijke relatie tussen negatieve ervaringen in de jeugd (waaronder verwaarlozing) en psychische, maar ook lichamelijke gezondheid op volwassen leeftijd.<sup>10</sup> Zo is er een lineair verband gevonden tussen negatieve ervaringen in de jeugd en veelvoorkomende doodsoorzaken bij volwassenen zoals hart- en vaatziekten, maligniteiten, obesitas, suïcidepogingen en chronische depressie.

## Uitspraak

Zorgen over juridische gevolgen kunnen bij hulpverleners ook weerstand oproepen tegen een melding bij het AMK. De uitspraak van het Centraal Tuchtcollege over het handelen van een kinderarts die bij een moeder het münchhausensyndroom 'by proxy' vermoedt (MC 2/2009: 69), leidt bij artsen mogelijk tot meer weerstand om bij ingewikkelde casuïstiek te blijven opkomen voor de belangen van het kind. De vernieuwde meldcodes zijn in dit opzicht een verbetering. Zo staat er duidelijk in wanneer het beroepsgeheim niet meer 100 procent van kracht is en wordt de besluitvorming stapsgewijs beschreven. Ook zijn er aanwijzingen voor transparante dossiervorming. Een en ander is niet alleen van belang voor een goed verloop van een melding, maar is ook bedoeld om een overvloed aan klacht- en tuchtprocedures met bijbehorende frustraties en nieuwe drempels bij hulpverleners te voorkomen. Het beslechten van drempels en weerstanden bij de melding van vermoedens van kindermishandeling, is een kwestie van doen – maar wel doordacht. Het is belangrijk dat hulpverleners de meest voorkomende drempels herkennen en die als team vervolgens conform meldcodes en protocollen aanpakken. 

### Literatuur

1. Weinstein B. en Levine, M. (2001). Therapists Reporting of Suspected Child Abuse and Maltreatment Factors associated with outcome. *Amer J Psychoth* 55 (2); 219-33.
2. Theodore, AD en Runyan, DK. (2006). A survey of pediatricians' attitudes and experiences with court in cases of child maltreatment, *Child Abuse & Neglect* 30 (10); 1353-63.
3. Flaherty, EG. (2006). Pediatrician Characteristics Associated With Child Abuse Identification and Reporting: Results From a National Survey of Pediatricians. *Child Maltreatment* 11 (4); 361-9.
4. Weinstein, B. (2000). Mental Health Professionals' Experiences Reporting Suspected Child Abuse and Maltreatment. *Child Abuse & Neglect* 24 (100); 1317-28.
5. Vulliamy, AP (2000). Reporting Child Abuse: Pediatricians' Experiences With The Child Protection System. *British Columbia Ministry for Children and Families, Vancouver, Child Abuse & Neglect* 24 (11); 1461-70.
6. Inspectierapport (2008). 'Afdeling spoedeisende hulp van ziekenhuizen signaleert kindermishandeling nog onvoldoende: gebroken arm nog te vaak een ongelukje'.
7. Programmaministerie Jeugd en Gezin (2007). 'Actieplan aanpak kindermishandeling, Kinderen veilig thuis'.
8. GGZ Nederland (2008). 'Over sommige kinderen moet je praten'. Code voor het melden van kindermishandeling voor de GGZ. Amersfoort: GGZ Nederland. [www.ggznederland.nl](http://www.ggznederland.nl).
9. KNMG (2008). KNMG Meldcode Kindermishandeling. Utrecht: KNMG. [www.knmg.nl](http://www.knmg.nl).
10. Felitti VJ. et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 14 (4); 245-58.

Amsterdams Protocol Kindermishandeling. (2005). Amsterdam: VU-uitgeverij. [www.amk-amsterdam.nl](http://www.amk-amsterdam.nl)

Verder hebben de auteurs gebruikgemaakt van de volgende bronnen:

Appelbaum, PSMD (1999). Child Abuse Reporting Laws: Time for Reform? *Psychiatric Services* 50 (1); 27.-29.

Flaherty, E.G. (2004). Telling their stories: primary care practitioners' experience evaluating and reporting injuries caused by Child Abuse, The Child Abuse Recognition Experience Study Research Group. *Child Abuse & Neglect* 28; 939-45.

Stirling, J. (2008). Understanding the Behavioral and Emotional Consequences of Child Abuse, *Pediatrics*, 122 (3); 67-673.

Goren SS, Raat AC, Broekhuijsen-van Henten DM, Russel IMB, Stel HF van, Schrijvers AJP Kindermishandeling vaak niet herkend op de huisartsenpost. Retrospectief statusonderzoek bij mishandelde kinderen. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2009;153: B127.

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. *Duivendrecht: PI Research*; 2007. <http://www.piresearch.nl>.

IJzendoorn MH van, Prinzie P, Euser EM, Groeneveld MG, Brilleslijper-Kater SN, van Noort-van der Linden AMT, et al. Kindermishandeling in Nederland anno 2005: de Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2005). Leiden: Universiteit Leiden; 2007. <http://www.leidenattachementresearchprogram.eu>