

Marie-José van Hoof

kinder- en jeugdpsychiater Psycho-
traumacentrum en GGZ Kinderen
en Jeugd Rivierduinen

dr. Inge van Kamp

gynaecoloog-perinatoloog LUMC

Noor Landsmeer

sociaal pediater Psychotrauma-
centrum en GGZ Kinderen en Jeugd
Rivierduinen

prof. dr. Frits Boer

emeritus hoogleraar kinder- en
jeugdpsychiatrie AMC

MISHANDELD KIND VERDIENT OPTIMALE BESCHERMING

Dbc kindermishandeling moet er snel komen

Kindermishandeling is een lastige diagnose die vaak ongelegen komt, veel tijd van de dokter vergt en waarvoor geen passende vergoeding bestaat. Hier ligt een taak voor de overheid.

Diagnostiek is cruciaal voor het nemen van de juiste beslissingen over de behandeling van een patiënt. Dit geldt eens te meer voor de differentiaaldiagnose kindermishandeling of -verwaarlozing waarbij dezelfde route kan worden gevolgd, maar het proces meestal anders verloopt. Een ouder komt immers doorgaans niet op de Spoedeisende Hulp met de mededeling dat de botbreuk van zijn kind is ontstaan door een klap die hij heeft uitgedeeld. Evenmin zullen ouders zelf aangeven dat de psychische klachten van het kind het gevolg zijn van jarenlange emotionele mishandeling door henzelf. En ook het kind zal in de spreekkamer niet makkelijk onthullen dat hij last heeft van grensoverschrijdend gedrag van een volwassene. De arts zit voor de lastige

opgave dat een kind zich met klachten presenteert die niet (volledig) zijn te verklaren door het verhaal of door een ziekte, of er zijn juist aanwijzingen in de richting van een problematische ouder-kindrelatie. Soms past de benodigde forensische diagnostiek niet in het gangbare denkkader van een niet-forensisch arts.

Aarzelen

De effecten van traumatisering en verwaarlozing op gehechtheid, het (epi-)genetisch profiel, de stofwisseling en de samenstelling en het functioneren van de hersenen worden nu onderzocht en blijken verstrekkender te zijn dan eerder vermoed. Wij artsen aarzelen echter nog altijd deze bevindingen in onze klinische praktijk toe te passen. Dat is onterecht en doet het kind dat mishandeld of verwaarloosd wordt tekort.

Echter, dát wij artsen aarzelen is wel begrijpelijk. In de klinische praktijk krijgen we op de eerste plaats meestal te maken met een veelheid aan symptomen en gedragingen, of juist de afwezigheid daarvan. Het vergt van een arts extra alertheid, kennis en ervaring om ook te zien wat er niet is.

Ten tweede kunnen de signalen van kindermishandeling zich op meerdere

terreinen van de geneeskunde voordoen, wat interdisciplinair overleg noodzakelijk maakt.

Een derde punt is dat er veel mogelijke betrokkenen zijn bij de mishandeling of verwaarlozing, terwijl alleen het kind, een ouder of juist een familielid in behandeling is.

Ten vierde speelt het probleem zich thuis, op school en/of in de sociale context af en is het de vraag of het wel daadwerkelijk te horen en te zien is in de spreekkamer van de dokter.

Ten vijfde betekent het aanpakken van een geval van kindermishandeling dat je te maken krijgt met professionals met uitlopende achtergronden en een eigen referentiekader en (re)actiepatroon: leerkrachten, maatschappelijk werkende, leerplichtambtenaar, politie, psycholoog, raadsmedewerker, gezinsvoogd, kinderrecht, (ambulance)verpleegkundige, huisarts en medisch specialist.

Ten zesde leidt confrontatie met kindermishandeling en/of -verwaarlozing vaak tot morele oordelen, weerstanden en ethische dilemma's die de professional ongewild en wettelijk verplichten tot kritische reflectie op het eigen handelen, al is het midden in de nacht, op een druk spreekuur, of tijdens de ochtendvisite langs de bedden.

Tot slot is de logistiek en financiële declaratiestructuur van de meeste ziekenhuizen, organisaties en instellingen doorgaans niet zodanig ingericht dat hier voldoende tijd of aandacht aan kan worden besteed.

Onze aarzelings
doet het
mishandelde kind
te kort



GETTY IMAGES

In iedere klas zit minstens één kind dat mishandeld of verwaarloosd wordt.

Thema

De diagnose kindermishandeling en/of -verwaarlozing zorgt om bovengenoemde redenen zodoende direct voor hoofdbreken: het lijkt een onoverzichtelijke wirwar van samenhangende feiten die buiten de competentie van de gemiddelde huisarts en medisch specialist valt en liever vermeden dient te worden. Een reden temeer om deze diagnose niet al te snel of te vaak te willen overwegen. Complicierend is dat veel artsen en andere professionals kindermishandeling slechts beschouwen als thema en niet als differentiaaldiagnose. Dat is niet zo verwonderlijk omdat kindermishandeling ook breed in de maatschappij besproken wordt als thema. Het probleem hiervan is dat een thema niet iemands aandacht hoeft te hebben, in tegenstelling tot een diagnose: die mag je als arts immers niet

missen. Voor een kind dat kindermishandeling en/of verwaarlozing meemaakt is het cruciaal dat een volwassene in zijn omgeving zijn nood ziet en zich over hem of haar ontfermt. Van een professional en zeker van een arts, mag een kind dit onvoorwaardelijk verwachten. Het is soms zelfs van levensbelang. Het is dus zaak de diagnose kindermishandeling of -verwaarlozing altijd paraat te hebben.

Geen tijd

Als een arts wel de diagnose kindermishandeling en/of -verwaarlozing overweegt, dient zich een volgend probleem aan: het ontbreekt aan tijd om aan de hand van de KNMG-meldcode kindermishandeling en het bijbehorende stappenplan het verdere beleid voor het kind en diens ouders uit te werken. Het vergt namelijk veel overleg (met een ande-

re deskundige, betrokken behandelaren, instanties en/of school, een deskundig collega, Veilig Thuis, de Raad voor de Kinderbescherming) en alle stappen moeten zorgvuldig volgens de wettelijke vereisten worden vastgelegd. Ondertussen eisen andere patiënten ook de nodige aandacht op. Wie of wat heeft prioriteit? Een ander probleem dat zich na het overwegen van de diagnose kindermishandeling bij het afsluiten van de oorspronkelijke DOT of dbc aandient is, dat de arts vaak van een koude kermis thuiskomt als blijkt dat hij meer tijd aan een casus heeft besteed dan het budget toestaat. Al die extra uren arbeid worden niet betaald; er is geen alomvattende DOT of dbc voor dit soort feitenonderzoek. Er is wel een DOT 'bedreigde ontwikkeling kind' voor de somaticus die eraan denkt, maar die gaat meestal niet uit van

De dokter moet er voldoende tijd aan kunnen besteden

integrale somatische en kinderpsychiatrische diagnostiek. Deze ‘bedreigde ontwikkeling’ valt echter niet vast te stellen als een arts alleen de ouder heeft gezien in verband met bijvoorbeeld partnerge-
weld of drugsgebruik (ook tijdens de zwangerschap!). Bovendien vallen de kinderen sinds de transformatie van de jeugdzorg per 1 januari 2015 onder de wethouder van de gemeente waar zij wonen als er kinderpsychiatrische problematiek speelt. En die indicatie- en financieringsstructuur staat los van enige somatische zorg. Met de interdisciplinaire, intersectorale, intergenerationele en lichaam-geest overschrijdende problematiek van kindermishandeling en/of verwaarlozing is geen enkele rekening gehouden – alle vereisten aan de geneeskunde inherente diagnostiek ten spijt.

Aanpak

Om al deze redenen is de diagnose kindermishandeling of -verwaarlozing complex en niet geliefd. Het mishandelde of verwaarloosde kind zou gebaat zijn bij:

1. integrale diagnostiek (somatisch en kinderpsychiatrisch);
2. multidisciplinair, intersectoraal overleg;
3. artsen en andere professionals die netjes het stappenplan van de meldcode kindermishandeling uitwerken, dit in het dossier noteren, en er de acties op ondernemen die de veiligheid van het kind waarborgen en de ontwikkeling en het herstel bevorderen;
4. een door de centrale overheid gegarandeerde, ruim gefinancierde, integrale dbc/DOT-code kindermishandeling of -verwaarlozing die zowel door somatisch werkende zorgverleners als de ggz (basis en specialistisch) gebruikt kan worden in elke gemeente in Nederland en

5. daarmee samenhangend, maar niet in het minst of op de laatste plaats: een faciliterende en verantwoordelijke overheid.

Financiering

De dokter die de diagnose kindermishandeling overweegt, moet daar voldoende tijd aan kunnen besteden. En er hoort een enkelvoudige financieringsstructuur bij. Er moeten inhoudelijke eisen worden geformuleerd waaraan de overheid, maar ook de zorgverzekeraars moeten voldoen. Dat levert blijvende winst op voor de gezondheid van de bevolking op korte en lange termijn en draagt bij aan de beoogde bezuiniging op het gezondheidszorgsysteem.

Wij dagen de centrale overheid, de zorgverzekeraars en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten bij dezen uit het komend schooljaar (2015-2016) te komen met een eenvoudige, geïntegreerde declaratie- en financieringsstructuur voor de professional die te maken heeft met kindermishandeling of -verwaarlozing, bijvoorbeeld door een overkoepelende app. Want in iedere klas zit minstens één kind dat mishandeld of verwaarloosd wordt en dat is niet acceptabel. Wij zijn het aan het mishandelde of verwaarloosde kind en de generaties na ons verplicht hen optimale bescherming en mogelijkheden tot herstel te bieden. Niet morgen maar nu. ■

Meer weten?

Doe de gratis, geaccrediteerde Mctv-nascholing over de meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld.

MEDISCH CONTACT **Nascholing**

contact

hoofm@rivierduinen.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

De voetnoten en het dossier over mishandeling vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

DREIGEN MET BURN-OUT

De ‘dreigende burn-out’ is een favoriete diagnose. Ze valt in dezelfde categorie als ‘tegen de hernia aan’. Geen diagnose, maar een dreigement: ‘Spaar mij, anders gebeurt er iets ergs’ (lees: ‘moet ik mij ziek melden’).

De heer B. komt op advies van de huisarts. Het gevaar van een burn-out is daar ter sprake gekomen, als mogelijke verklaring voor zijn klachten.

B. voelt zich ondergewaardeerd op zijn werk, niet gehoord, en niet serieus genomen door zijn nieuwe chef. De chef is nog maar kort in dienst, en nota bene door hemzelf ingewerkt!

B. vindt dat de werkgever maatregelen moet nemen. En de bedrijfsarts moet daarvoor zorgen. De bedrijfsarts is er immers voor de preventie. En: ‘Als ik écht in de burn-out raak, zal ik maandenlang uit de running zijn.’

Veel stof tot gesprek. Waar zal ik beginnen? Ik meld de heer B dat ik niet geloof in het verschijnsel burn-out. Wel in overspannenheid. En ook in overspanning die niet overgaat, omdat je het probleem niet oplost. (En ook in karakters die niet bereid/in staat zijn om hun probleem op te lossen. Maar dat zeg ik er niet bij.)

Ik leg uit dat ik maar één ding voor hem kan doen: hem helpen zijn probleem in kaart brengen. Zodat hij inzicht krijgt in wat hij er zélf aan kan doen. Hoe dan? Door een verwijzing naar de psycholoog. B. zet zijn teleurstelling onmiddellijk om in woede, en in het ultieme dreigement: ‘Jammer. Ik had het willen voorkómen. U ziet mij terug op het verzuimspreekuur.’ En hij zal nog gelijk krijgen ook. Want voor sommige karakters is het ziekmakend om hun zin niet te krijgen.

Eveline Knibbeler