

Dbc kindermishandeling moet er snel komen

Publicatie	Nr. 45 - 05 november 2015
Jaargang	2015
Rubriek	Artikelen
Auteur	Noor Landsmeer, Marie-José van Hoof, Inge van Kamp, Frits Boer
Pagina's	2158-2160

OPINIE

Mishandeld kind verdient optimale bescherming

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.



© getty images

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.

Thema

De diagnose kindermishandeling en/of -verwaarlozing zorgt om bovengenoemde redenen zodoende direct voor hoofdbrekens: 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. Complicerend 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 kinder-mishandeling en het bijbehorende stappenplan het verdere beleid voor het kind en diens ouders uit te werken. Het vergt namelijk veel overleg (met een andere 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 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 partnergeweld 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 meld-code 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.

auteurs

Marie-José van Hoof

kinder- en jeugdpsychiater Psychotraumacentrum en GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen

dr. Inge van Kamp

gynaecoloog-perinatoloog LUMC

Noor Landsmeer

sociaal pediater Psychotraumacentrum en GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen

prof. dr. Frits Boer
emeritus hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie AMC

contact

hoofm@rivierduinen.nl

cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

zie ook

02-02-2009 **Nascholing Meldcode 'Kindermishandeling en huiselijk geweld'**

19-02-2009 **Dossier Mishandeling**

voetnoten

1. Met dank aan Dr. Elise van de Putte, sociaal pediater, medisch hoofd ambulante zorg WKZ/UMCU, lid Taskforce Kindermishandeling, voorzitter LECK voor het kritisch lezen van het eerste concept artikel.

Relevante literatuur

2. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 1992; 28: 759-75.

3. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemuller W, Silver HK. The Battered Child Syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 1962: 181, 17-24. Tardieu's syndrome. Also called Caffey-Kempe syndrome.

4. Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Intergenerational transmission of attachment: a move to the contextual level. In: *Attachment and psychopathology*. Atkinson L, Zucker KJ. (Eds); Guilford Press, 1997: 135-70.

5. http://www.vpro.nl/speel.POMS_VPRO_212388.html

6. <http://resources.huygens.knaw.nl/bwn1880-2000/lemmata/b/bwn6/dantzig>

7. Zeanah CH, Smyke AT, Koga SF, Carlson E, the BEIP Core Group. Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development*, 2005: 76(5), 1015-28.

8. Keilson H. *Sequentielle traumatisierung bei Kindern: Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen*. 1978: Psychosozial-Verlag.

9. Van Hoof, Van Lang, Speekenbrink, Van IJzendoorn, Vermeiren (2015). Adult Attachment Interview differentiates adolescents with Childhood Sexual Abuse from those with clinical depression and non-clinical controls. *Attachment & Human Development*, doi: 10.1080/14616734.2015.1050420

10. Van IJzendoorn MH, Caspers K, Bakermans-Kranenburg MJ, Beach SR, Philibert R. Methylation matters: interaction between methylation density and serotonin transporter genotype predicts unresolved loss or trauma. *Biol Psychiatry*, 2010: 68(5), 405-7. doi: 11.1016/j.biopsych.2010.05.008. Epub 2010 Jun 29.

12. Pierrehumbert B, Torrissi R, Glatz N, Dimitrova N, Heinrichs M, Halfon O. The influence of attachment on perceived stress and cortisol response to acute stress in women sexually abused in childhood or adolescence. *Psychoneuroendocrinology*, 2009; 34(6), 924-38. doi:10.1016/j.psyneuen.2009.01.006. Epub 2009 Feb 12.
12. McLaughlin KA, Sheridan MA, Lambert HK. Childhood adversity and neural development: deprivation and threat as distinct dimensions of early experience. *Neurosci Biobehav Rev*. 2014; 47, 578-91.
13. Pechtel P, Lyons-Ruth K, Anderson CM, Teicher MH. Sensitive periods of amygdala development: the role of maltreatment in preadolescence. *Neuroimage*. 2014 Aug 15;97:236-44. doi: 10.1016/j.neuroimage.2014.04.025. Epub 2014 Apr 13.
14. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. 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* 1998; 14, 245-58.
15. Karam EG, Friedman MJ, Hill ED, Kessler RC, McLaughlin KA, Petukhova M, Sampson L, Shahly V, Angermeyer MC, Bromet EJ, de Girolamo G, de Graaf R, Demyttenaere K, Ferry F, Florescu SE, Haro JM, He Y, Mint MH, Karam AN, Kawakami N, Kovess-Masfety V, Medina-Mora ME, Oakley Browne MA, Posada-Villa JA, Shalev AY, Stein DJ, Viana MC, Zarkov Z, Koenen KC. Cumulative traumas and risk thresholds: 12-months PTSD in the world mental health (WMH) surveys. *Depression and Anxiety* 2014; 31, 130-42. Doi: 10.1002/da.22169
16. Hesse E, Main M. Second-generation effects of unresolved trauma in non-maltreating parents: dissociated, frightened, and threatening parental behavior. *Psychoanalytic Inquiry. Special Issue: Attachment research and psychoanalysis: Theoretical considerations* 1999; 19(4), 481-540.
17. Alink L, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg M, Pannebakker F, Vogels T, Euser S. De tweede nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM-2010). Casimir Publishers: Leiden.
18. Shonkoff JP, Nall Bales S. Science does not speak for itself: translating child development research for the public and its policymakers. *Child Development* 2011, 82(1), 17-32.
19. Garner AS, Shonkoff JP. Committee on psychosocial aspects of child and family health; Committee on early childhood, adoption and dependent care; Section on Developmental and behavioral pediatrics. Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician: translating developmental science into lifelong health. *Pediatrics*, 129(1), e224-31.
20. Shonkoff JP, Richter L, van der Gaag J, Bhutta ZA. An integrated scientific framework for child survival and early childhood development. *Pediatrics* 2012; 129(2), e460-72.
21. Shonkoff JP, Levitt P. Neuroscience and the future of early childhood policy: moving from why to what and how. *Neuron*, 2010; 67, 689-91.
22. Cuijpers P, Smit F, Unger F, Stikkelbroek Y, Ten Have M, de Graaf R. The burden of childhood adversities in adults: a population-based study. *Child Abuse Neglect*, 2011; 35(11), 937-45.
23. Fang X, Brown DS, Florence C, Mercy JA. The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse Neglect* 2012; 36(2), 156-65.
24. Habetha S, Bleich S, Wiedenhammer J, Fegert JM. A prevalence-based approach to societal costs occurring in consequence of child abuse and neglect. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2012; 6(35): 1-10.

[Download dit artikel \(PDF\)](#)

Er zijn nog geen reacties bij dit bericht. Ziet u geen reactieformulier? Log in.

Geef uw reactie

Naam*

Plaatsnaam

Beroep*

E-mailadres*

Uw reactie*

Nog 2000 tekens over

Toelichting: Uw naam en woonplaats worden bij plaatsing van uw reactie getoond. Uw e-mailadres wordt niet getoond. NB: Reacties mogen geen URL's bevatten. Reacties met URL's worden automatisch verwijderd.



[Tijdschriftoverzicht](#) | [Nieuwsbrief](#)