

NIET ZOMAAR EEN BRANDWOND

Signalering kindermishandeling is in ziekenhuizen ver onder de maat

Het signaleren en bespreken van kindermishandeling vereist bijzondere vaardigheden. Veel medisch specialisten, zelfs kinderartsen, ontbreekt het daaraan. En dat is ernstig, want de gezondheidszorg heeft een speciale verantwoordelijkheid voor jonge patiënten die mogelijk worden mishandeld.

R.J. BAKKER
H.T.M. JONGEJAN
I.M.B. RUSSEL

Donderdagavond half elf: een driejarig jongetje wordt door zijn vader op de Spoedeisende Hulpafdeling van het ziekenhuis binnengebracht. Hij is die middag thuis van de trap gevallen. Vader is bang voor een hersenschudding en durft niet goed de nacht met hem in. Behalve een tiental blauwe plekjes, verspreid over het lichaam en het gezicht, worden geen afwijkingen gevonden. Enkele reeds verkleurende blauwe plekjes zijn nog van een valpartij van een paar dagen daarvoor. Voor de zekerheid wordt het jongetje met een wekadvis opgenomen op de kinderafdeling. Na een goede nacht zonder verdere pro-

blemen mag moeder hem de volgende morgen weer mee naar huis nemen, met het advies een hekje boven aan de trap te plaatsen. Vier maanden later brengt de vader het jongetje wederom op donderdagavond op dezelfde Spoedeisende Hulpafdeling. Hij heeft 's middags heet water over zijn rug gekregen, toen hij een pan van het fornuis trok. De eerste- tot tweedegraads brandwond wordt

kinderen komen door toedoen of nalatigheid van hun ouders te overlijden. Een nog onbekend deel van deze slachtoffers komt voor medische hulp in ziekenhuizen, zonder dat de mogelijkheid van kindermishandeling als oorzaak van het letsel wordt onderzocht. Sommigen, zoals het beschreven jongetje, zelfs meerdere malen. Terwijl kindermishandeling in ons land één van de belangrijkste doodsoorzaken is en vele levens beschadigt.

Ieder ziekenhuis moet een eigen Team Kindermishandeling hebben

verzorgd. Vader krijgt een afspraak mee voor verdere controle bij de chirurg.

Drie maanden later wordt het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) gebeld door een mevrouw die zich zorgen maakt over haar buurjongetje van drie. Als de vader naar zijn werk is, hoort ze de moeder veel tegen het kind tekeergaan. De buurvrouw is bang dat het kind wordt mishandeld. Bij onderzoek door het AMK blijkt dat inderdaad het geval te zijn. Het betreft hetzelfde jongetje.

SCHRIL CONTRAST

Kindermishandeling is elke vorm van een bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of onvrijheid staat, actief of passief, opdringen waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel. Dit is de definitie die de Wet op de Jeugdzorg (2004) hanteert.

Per jaar lijden in Nederland naar schatting 50.000 tot 80.000 kinderen onder kindermishandeling; 50 tot 80

oorzaken is en vele levens beschadigt. Toch wordt hier in veel ziekenhuizen nog steeds slechts marginaal aandacht aan besteed. Dit in schril contrast tot de grote investeringen om bij de nieuwste ontwikkelingen van moderne apparatuur niet achter te blijven

VERWIJTBAAAR

Het signaleren en diagnosticeren van kindermishandeling berust nog te vaak op vrijblijvende goedwillendheid van enkele ziekenhuismedewerkers die daar niet speciaal voor zijn opgeleid, zo signaleren kinderartsen van de Werkgroep Kindermishandeling. Zij zijn hier bezorgd over, in de wetenschap dat sommige kinderen die uiteindelijk door mishandeling de dood vinden, eerder in ziekenhuizen zijn gezien.

Voor mishandelde kinderen bestaan er helaas geen patiëntenplatforms of verenigingen die van ziekenhuizen meer kennis en kunde eisen. Professionals in de gezondheidszorg hebben een speciale verantwoordelijkheid voor jonge patiënten die mogelijk worden mishandeld. Hulpverleners die de aanwezige signalen van ernstige kindermishandeling niet onderkennen of er geen actie op onder-

nemen, schieten ernstig en verwijtbaar tekort. Onderzoek van het Openbaar Ministerie in fataal verlopende zaken is dan ook van groot belang. Een schrijnend voorbeeld is het drama rond de dood van het meisje Savanna.

TIJD EN LEF

In de praktijk is het onderscheid tussen kindermishandeling en andere vormen van opvoedingsproblematiek moeilijk te maken. Vaak blijft het 'geheim geweld', waarbij de arts niet verder komt dan een 'niet-pluisgevoel', met vervolgens de vraag wat hiermee te doen. Dit dilemma is pas in de jaren zeventig onderkend, waarna een experiment werd gestart met een 'Bureau Vertrouwensarts inzake kindermishandeling'.

In de jaren negentig is de experimentele fase verlaten met de oprichting van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). Met de inwerking-treding van de Wet op de Jeugdzorg in 2005 beschikt nu ieder Bureau Jeugdzorg (BJZ) over een eigen AMK. Artsen die tot een vermoeden van kindermishandeling komen, kunnen daar zonder de identiteit van hun patiënt te openbaren om advies vragen. Wordt overgegaan tot een melding voor onderzoek, dan moet dit in principe met medeweten van de ouders of opvoeders gebeuren. Hierbij zijn gespreksvaardigheden, kennis van de KNMG Meldcode en nauwkeurige verslaglegging net zo noodzakelijk als tijd en lef.

SIGNALLEN

Een bezoek van een mishandeld kind aan het ziekenhuis moet de kans betekenen dat daadwerkelijke hulp aan kind en gezin (denk ook aan broertjes en zusjes) totstandkomt. Het herkennen van signalen die op kindermishandeling kunnen wijzen en het opstarten van een vervolgtraject zijn ziekenhuistaken: die mogen ook niet langer uit de weg worden gegaan. Het behoort echter niet tot de primaire taken van een ziekenhuis om het fenomeen kindermishandeling te behandelen; hiervoor bestaan andere instanties. Wel is het van wezenlijk belang dat ziekenhuisartsen, huisartsen en de verschillende hulpverleningsinstanties gestructureerd samenwerken en communiceren. Het AMK kan hierbij een centrale plaats innemen. Bij deze instelling zijn vertrouwensartsen en maatschappelijk werkers aanwezig met

Een bezoek van een mishandeld kind aan het ziekenhuis moet een kans op hulp zijn.

kennis over en ervaring in het diagnosticeren van kindermishandeling, het met de ouders of opvoeders bespreken van de verdenking en het opstarten van hulpverlening, al dan niet binnen een vrijwillig kader.

VRIJBLIJVEND

Het zijn vooral verpleegkundigen en artsen werkzaam op Spoedeisende Hulpafdelingen die zich meer en meer bewust worden van de mogelijkheid dat er sprake is van kindermishandeling. Een

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

aantal ziekenhuizen hanteert hier al een checklist voor, namelijk de in het VUmc ontwikkelde SPUTOVAMO-lijst of een daarvan afgeleide vorm¹. De intensiteit waarmee dit gebeurt en het traject dat na verdenking wordt gevolgd, verschilt echter nog zeer per ziekenhuis. Signalering is vaak afhankelijk van toevallige omstandigheden en van enkele ziekenhuismedewerkers die zich geroepen voelen om kindermishandeling te doen stoppen. Een dergelijke vrijblijvendheid is ontoelaatbaar. >>

<< Ziekenhuizen moeten een beleid voeren inzake kindermishandeling en voldoende formatie en gelden beschikbaar stellen om een eigen Team Kindermishandeling te laten functioneren. Een dergelijk team moet multidisciplinair zijn samengesteld. Het team zorgt ervoor dat de professionals van het ziekenhuis

Voldoende 'radar' om signalen op te pikken

die bij de behandeling van kinderen zijn betrokken voldoende 'radar' hebben om signalen van mogelijke kindermishandeling op te pikken en voldoende vaardigheden hebben om hiermee om te gaan.

Daarnaast moet het team gemakkelijk toegankelijk zijn voor iedere ziekenhuismedewerker die een 'niet-pluisgevoel' heeft bij een patiënt. Om een verdenking van mishandeling te bespreken met de ouders zonder dat zij het vertrouwen in het ziekenhuis verliezen, moeten de teamleden voldoende

geschoold zijn en de juiste attitude hebben. Tot dusver schieten medisch-specialistische opleidingen, zelfs voor kinderartsen, hierin te kort. ■

R.J. Bakker,
kinderarts, Antoniusziekenhuis Sneek, vertrouwensarts
AMK Friesland

dr. H.T.M. Jongejan,
kinderarts, St Franciscus Gasthuis Rotterdam

I.M.B. Russel,
kinderarts, Universitair Medisch Centrum Utrecht
Wilhelmina kindziekenhuis

Allen leden van de Werkgroep Kindermishandeling van
de Sectie Sociale en Psychosociale Kindergeneeskunde

Correspondentieadres: robhelbz@knmg.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Referentie

I. Bleeker G, Vet NJ, Haumann ThJ, Wijk IJ van, Gemke RJB. Toename van het aantal gemelde gevallen van kindermishandeling na gestructureerde aanpak in het VU Medisch Centrum. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2005; 149; 1620-4.

SAMENVATTING

- Artsen en andere professionals die met kinderen werken, dragen verantwoordelijkheid voor het welzijn van hun patiënten. Die gaat verder dan goede lichamelijke behandeling.
- Kindermishandeling is niet primair een medisch probleem.
- Het herkennen van kindermishandeling in een ziekenhuis is een essentiële schakel in het hulpverleningsproces.
- De meeste Nederlandse ziekenhuizen zijn onvoldoende toegerust op het herkennen van kindermishandeling.
- Ieder ziekenhuis moet het functioneren van een eigen, goed toegerust Team Kindermishandeling ondersteunen.

Het Advies & Meldpunt Kindermishandeling, de Meldcode Kindermishandeling, een NIZW-studie naar de meldplicht en een stappenplan bij vermoeden van mishandeling vindt u via onze website: www.medischcontact.nl/dezewEEK.

PRAKTIJKPERIKEL

WK doet leven



In onze huisartsenpraktijk bieden wij zorg aan een woongroep van lichamelijk gehandicapten. Zo ook aan een 37-jarige man die vanaf zijn geboorte wordt geplaagd door steeds toenemende spasmen. Voor zijn mobiliteit is hij afhankelijk van zijn voetbediende rolstoel. Zijn spraak is ernstig belemmerd en in zijn dagelijks leven is hij volledig afhankelijk van de hem omringende verzorgenden.

Als een van de eersten in deze woonvorm heeft hij er expliciet voor gekozen zijn levenswensen voor de toekomst onder woorden te brengen in een 'wilsverklaring'. Hierin

staat een zo comfortabel mogelijk bestaan centraal, zonder nog verdere aftakeling. 'Wanneer er geen reële kans bestaat op behoud van kwaliteit, dient te worden afgezien van medisch (be)handelen, anders dan gericht op maximaal comfort. Reanimeren en (kunstmatig) beademen zijn uit den boze.'

De mate van 'invoelbaarheid' van deze heldere wens nadert bij mij zonder al te veel moeite de 100 procent. Het is nu al bewonderenswaardig hoe hij zich mentaal staande weet te houden met zijn onwillige lichaam. Humor en zijn liefde voor voetbal zijn wellicht een essentieel onderdeel, lettende op de voetnoot bij deze wilsverklaring: 'Kan deze wilsverklaring van kracht worden na het WK in 2006?' ■

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signalementen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: www.medischcontact.nl.