

Handreiking

‘Gebruik Meldcode Kinder- mishandeling in de psychiatrie’

Handreiking bij de Meldcode Kindermishandeling 2008 van de
Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der
Geneeskunst (KNMG)

Colofon

NEDERLANDSE
VERENIGING VOOR
PSYCHIATRIE 

Werkgroepleden

M.J. van Hoof, kinder- en jeugdpsychiater

M.H.C.M. Laan, kinder- en jeugdpsychiater

C. Roose, volwassenenpsychiater

A.A.M. Smits, kinder- en jeugdpsychiater

G.M.M. Uijterwaal-op 't Roodt, volwassenenpsychiater

Verenigingsbureau

J.G. van Gog, beleidsmedewerker

P. Niesink, directeur

Deze handreiking is geautoriseerd door het bestuur van de NVvP op 11 mei 2011.



INHOUDSOPGAVE

Inleiding	4
1. Visie	6
• 1.1 Rol psychiater	6
2. Stappenplan	8
2.1 Stap 1: Onderzoek	8
2.2 Stap 2: Advies bij het AMK en eventueel bij een deskundig collega	9
2.3 Stap 3: Zo mogelijk gesprek met ouders	11
2.4 Stap 4: Zo nodig overleg met betrokken professionals	11
2.5 Stap 5a: Reële kans op schade? Zo spoedig mogelijk melden bij het AMK	14
2.6 Stap 5b: Monitoren van hulp, zo nodig alsnog melden bij het AMK	16
Referenties	18
Stappenplan	achterzijde omslag

INLEIDING

In september 2008 heeft de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) een Meldcode Kinder mishandeling¹ uitgebracht. In deze Meldcode wordt duidelijkheid verschaft over wat men van een arts verwacht bij (vermoedens van) kindermishandeling. De kerngedachte van de Meldcode is 'spreken, tenzij' in plaats van 'zwijgen, tenzij', waardoor het aantal meldingen door artsen naar alle verwachting zal toenemen en ook de noodzakelijke informatie-uitwisseling bevorderd wordt.

In de KNMG-Meldcode Kinder mishandeling voor artsen is een algemeen stappenplan opgenomen, dat verwijst naar het invoeren van specialistische hulp bij een vermoeden van kindermishandeling. Die specialistische hulp wordt meestal gegeven vanuit de jeugdzorg, jeugdgezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg, waarbij men de (kinder- en jeugd)psychiater beschouwt als degene met de meeste kennis van zaken.

4

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) heeft actief geparticipeerd in de ontwikkeling van de Meldcode. Om de implementatie van de Meldcode te bevorderen, brengt de NVvP in 2011 deze handreiking 'Gebruik Meldcode kindermishandeling in de psychiatrie' uit. Het doel van deze handreiking is om de handelingsverlegenheid bij het constateren van kindermishandeling specifiek bij psychiaters te verminderen. Dit door een visie te verwoorden op het constateren of het diagnosticeren van kindermishandeling binnen de psychiatrische patiëntenpopulatie en vervolgens concrete mogelijkheden te beschrijven voor het handelen van de psychiater. Het stappenplan is geschreven met het oog op zowel psychiaters die met kinderen/jongeren en hun (aanstaande) ouders werken, als psychiaters die met volwassenen of ouderen werken.

Het signaleren en het indien nodig melden van kindermishandeling behoren ook tot het werkterrein van de volwassenenpsychiater. Het doel van deze handreiking is bewustwording te creëren bij psychiaters dat de volwassen patiënt ook een

ouder kan zijn en psychiaters te wijzen op het mogelijke effect van de stoornis op de opvoeder. Spanningsveld daarbij is de autonomie van de volwassen patiënt versus de zorg voor het kind.

Het bereik van deze handreiking is beperkt tot een eventuele melding van vermoeden van kindermishandeling. Wel kan de psychiater vervolgens te maken krijgen met een vervoltraject met forensische beslissingsdiagnostiek.

Deze handreiking gaat in op de toepassing van het stappenplan uit de KNMG-Meldcode in de praktijk van de psychiater. Daarmee ligt de nadruk vooral op wat van de psychiater verwacht wordt. Hoe deze hier invulling aan geeft, hangt samen met de inzet van professionele competenties, vaardigheden en ervaring en valt niet binnen de reikwijdte van de handreiking. Met oog op de implementatie is dit wel een onderwerp van belang in de opleiding en binnen bij- en nascholing van de beroepsgroep. In de NVvP-richtlijn Familiaal huislijk geweld bij kinderen en volwassenen uit 2009 komt het onderwerp kindermishandeling en huislijk geweld uitgebreid aan de orde.² Ook bevat deze richtlijn aanbevelingen ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering aangaande dit onderwerp.^A

Het stappenplan in deze handreiking borduurt voort op de KNMG-Meldcode. In het eerste hoofdstuk 'Visie' wordt ingegaan op de wijze waarop psychiaters te maken kunnen krijgen met kindermishandeling. In het tweede hoofdstuk worden de stappen die beschreven staan in de KNMG-Meldcode gespecificeerd voor psychiaters.

^A Naar verwachting treedt nog in 2011 de Wet meldcode kindermishandeling en huislijk geweld in werking. Organisaties en professionals in zeven sectoren moeten dan een meldcode hebben en het gebruik bevorderen. Het ministerie van VWS ondersteunt daarbij, bijvoorbeeld met een basismodel meldcode. In dit basismodel wordt echter gesteld dat meldcodes die al zijn ontwikkeld en geïmplementeerd, zoals de KNMG-Meldcode Kindermishandeling voor artsen, het uitgangspunt blijven voor de handelwijze van de betreffende beroepsgroepen (zie: Basismodel meldcode huislijk geweld en kindermishandeling, pag. 5, voetnoot 4).

I. VISIE

Elk kind heeft recht³ om op te groeien in een opvoedingssituatie waarin de ouders een bron van veiligheid en zorg zijn en waar de rechten van het kind gewaarborgd zijn. De gevolgen van kindermishandeling zijn ernstig, complex, divers en langdurig.^{4,5} Het is daarom van belang om in een zo vroeg mogelijk stadium kindermishandeling te signaleren en aan te pakken.⁶ Gegeven de ernstige gevolgen van kindermishandeling en het feit dat er meer kindermishandeling voorkomt in de psychiatrische populatie,⁴ is een proactieve rol van de psychiater noodzakelijk bij de inschatting van het risico op kindermishandeling.

I.1 Rol psychiater

In de psychiatrische praktijk kan men op twee verschillende wijzen geconfronteerd worden met kindermishandeling, namelijk:

6

1. Als kinder- en jeugdpsychiater die het vermoeden heeft van kindermishandeling bij aangemelde kinderen.
2. Als volwassenenpsychiater of ouderenpsychiater waarbij de stoornis van een volwassen psychiatrische patiënt met kinderen kan interfereren met de rol als ouder/opvoeder.

De gewenste proactieve houding van de psychiater begint bij de psychiatrische intake/(hetero)anamnese, dan wel de inschatting van een beoordeling van een collega hulpverlener. De psychiater zal bij elke ouder een inschatting maken van de mogelijke consequenties van het psychiatrisch toestandsbeeld voor de opvoedingscapaciteiten van de patiënt op dat moment. Bij twijfel zal hij, primair in dialoog met betrokkenen, naar een redelijke en gepaste oplossing zoeken die leidt tot een stabiele en veilige opvoedingssituatie. Het hebben van een psychiatrische aandoening op zich betekent niet dat iemand ook onbekwaam is als opvoeder.

Te allen tijde is het van belang dat de psychiater meervoudig onpartijdig handelt. Hij hoort het belang van alle betrokkenen voortdurend te blijven afwegen. Indien nodig moeten ouders gesteund worden in een adequate uitoefening van hun ouderlijk gezag. Vanuit behandelooptpunt biedt de meervoudig onpartijdige benadering mogelijkheden om op een neutrale en niet-intrusieve wijze, onvermogen in de ouderrol te bespreken en/of vermoeden van kindermishandeling bespreekbaar te maken.

De behandelend psychiater zoekt naar een oplossing die de veiligheid van het kind waarborgt. Indien de opvoedingssituatie te labiel en/of te onveilig is of blijft, helpt deze handreiking om op een adequate en gepaste wijze advies in te winnen, een consult te vragen en indien noodzakelijk melding te maken bij de bevoegde instanties, met inachtneming van het medisch beroepsgeheim en de beginselen van doelmatigheid, proportionaliteit, subsidiariteit en vereiste van voortgang volgens de regel 'niet zwijgen tenzij, maar spreken tenzij'.

Kindermishandeling is elke vorm van, voor een minderjarige 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 van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor er ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel.^B

^BWet op de Jeugdzorg, 2005, artikel 1, lid 1. (KST58314)

2. STAPPENPLAN^C

In dit hoofdstuk worden de stappen beschreven die de psychiater moet ondernemen bij een vermoeden van kindermishandeling. Dit hoofdstuk moet gezien worden als een aanvulling op de stappen zoals deze beschreven staan in de KNMG-Meldcode Kindermishandeling.¹

2.1 Stap 1: Onderzoek

De psychiater die kindermishandeling vermoedt of vaststelt, verzamelt aanwijzingen die zijn vermoeden kunnen onderbouwen of ontkrachten en legt deze vast in het patiëntendossier.

Toelichting

De inschatting van het risico op kindermishandeling begint wat betreft de psychiater bij de psychiatrische intake/(hetero)anamnese, dan wel de inschatting van een beoordeling van een collega hulpverlener. Een volwassenenpsychiater verifieert of zijn patiënt het gezag over of de zorg voor kinderen heeft, of in geval van een nog ongeborn kind, zal krijgen.⁷ In geval van een psychiatrische opname of deeltijdbehandeling van een patiënt verifieert de psychiater waar deze kinderen zullen verblijven gedurende die periode en hoe de zorg geregeld is. Daarbij is het goed in ogenschouw te nemen dat het hebben van een psychiatrische aandoening niet betekent dat iemand ook onbekwaam is als opvoeder, of dat de kinderen per definitie verwaarloosd of mishandeld zullen worden. Wel zal de psychiater bij elke ouder een inschatting maken van de consequenties van het psychiatrisch toestandsbeeld voor de opvoedingscapaciteiten van de patiënt op dat moment. Bij twijfel zal hij, primair in dialoog met betrokkenen, naar een redelijke en gepaste oplossing zoeken die leidt tot een stabiele en veilige opvoedingssituatie van de kinderen die aan de zorg van deze patiënt zijn toevertrouwd. Differentiaaldiagnostisch wordt de psychiater geacht om kinder-

^C Waar hij of zijn geschreven staat, kan ook zij of haar gelezen worden.

mishandeling te overwegen zowel bij een volwassen patiënt in heden of verleden, als bij een jeugdige patiënt in relatie tot volwassenen, met name diens ouders.

Risicofactoren en beschermende factoren voor kindermishandeling kunnen geïnventariseerd en afgewogen worden aan de hand van diverse overzichten zoals vermeld in de KNMG-Meldcode, de classificatie volgens Baeten,⁸ de CARE-NL⁹ en het theoretische 'differential susceptibility'-model van Belsky.^{10, 11, 12} Daarbij vormt een psychiatrische stoornis zowel voor ouder als kind een risicofactor. De psychiater zal uitgebreid vragen naar het functioneren van het kind in relatie tot leeftijdsgenootjes en volwassenen in de woonsituatie (of woonsituaties in geval van gescheiden ouders) en het gezin, op school en in de vrije tijd. Bij de huisarts, de jeugdgezondheidszorgarts en zo nodig op school kan nadere informatie worden ingewonnen. De psychiater probeert een inschatting te maken van de aard en de ernst van kindermishandeling, indien hiervan een vermoeden bestaat of het risico daarop erg groot is. Een psychiater heeft een inspanningsverplichting om de benodigde informatie te vergaren, ter concretisering van het vermoeden.

Bij een vermoeden van kindermishandeling is het van groot belang alle relevante bronnen te raadplegen. De psychiater houdt in het dossier zorgvuldig aantekening van de aanwijzingen die hij heeft, van de onderzoeken die met het oog daarop zijn gedaan en van de uitkomsten daarvan. Daarbij maakt hij een duidelijk onderscheid tussen eigen bevindingen en de (subjectieve) mening van anderen.

2.2 Stap 2: Advies bij het AMK en eventueel bij een deskundig collega

De psychiater vraagt advies aan het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) en eventueel aan een deskundig collega over zijn vermoedens en bevindingen. De psychiater presenteert de casus daarbij anoniem.

Toelichting

De behandelend psychiater is altijd betrokken als er een vermoeden van kindermishandeling bestaat en op grond daarvan contact wordt gelegd met AMK vanuit de organisatie waar de psychiater werkzaam is. De psychiater is hierop

alert en is er verantwoordelijk voor dat hij deze rol ook daadwerkelijk vervult. De psychiater heeft de regie over hoe de stappen doorlopen worden, rekening houdend met de wettelijke kaders en voor zover dit gezien de professionele verhoudingen binnen zijn invloedssfeer valt. De psychiater kan, als de situatie dit toelaat, hier taken in delegeren naar andere betrokken professionals, werkzaam binnen de eigen organisatie.

De psychiater, of de betrokken professional aan wie deze taak is gedelegeerd, vraagt advies aan het AMK. Bij het AMK werken deskundigen op het gebied van kindermishandeling, onder wie de vertrouwensarts. Daarnaast verdient het aanbeveling ook een deskundig collega te consulteren. Welke collega deskundig is, hangt af van de aard en omstandigheden van het geval. Dit kan een collega psychiater, een eerste geneeskundige, een kinderarts of een andere specialist of professional zijn.

10

Naast intercollegiaal overleg is multidisciplinair overleg aangewezen. Indien een specifiek juridisch advies nodig is, kan gebruikgemaakt worden van juristen binnen de instelling. Ook is de Artseninfolijn van de KNMG (tel. 030-282 33 22) voor dergelijke vragen te consulteren. Het is dus ook afhankelijk van de instelling hoe de genoemde punten ten uitvoer worden gebracht.

Doel van een advies van het AMK is te komen tot een antwoord op de vragen:

- Is of kan er sprake zijn van kindermishandeling?
- Welke acties kan ik ondernemen om meer duidelijkheid te krijgen?
- Op welke manier kan ik een vermoeden met beide ouders bespreken?
- Welke hulpverlening kan ik inzetten om het risico af te wenden?
- Op welke manier kan ik taken en verantwoordelijkheden verdelen?
- Is melden aangewezen?

Bij een advies is er geen sprake van uitwisseling van persoonsgegevens; de casus wordt anoniem gepresenteerd. Het vragen van advies is dan ook niet in strijd met het beroepsgeheim.

2.3 Stap 3: Zo mogelijk gesprek met ouders

De psychiater bespreekt zo mogelijk aanwijzingen en signalen van kindermishandeling met de ouders.

Toelichting

De psychiater bespreekt aanwijzingen en signalen van kindermishandeling met de ouders, tenzij dit niet mogelijk is uit vrees voor de veiligheid of gezondheid van het kind of andere kinderen uit het gezin, als redelijkerwijs gevreesd moet worden dat de psychiater het kind daardoor uit het oog zal verliezen of als de psychiater vreest voor zijn eigen veiligheid. Besluit de psychiater zijn vermoeden niet met de ouders te bespreken, dan zoekt hij waar mogelijk naar een ander geschikt moment om de ouders alsnog in te lichten. Op de KNMG-website is informatie te vinden over hoe om te gaan met informatieverstrekking bij gescheiden ouders (zoek onder 'FAQ - Praktijkdilemma's' op 'gescheiden ouders').¹³

2.4 Stap 4: Zo nodig overleg met betrokken professionals

De psychiater kan om zijn vermoeden van kindermishandeling te verifiëren als dat nodig is - eventueel ook zonder de toestemming van betrokkenen - overleggen met andere bij het gezin betrokken hulpverleners of beroepskrachten.

Toelichting

Door overleg kan een melding wellicht nog worden voorkomen, dan wel beter worden onderbouwd. De zorgplicht van een psychiater jegens het kind, voortvloeiend uit het vereiste van goed hulpverlenerschap, brengt met zich mee dat de psychiater zich hiervoor inspant. Het niet overleggen kan als nadeel hebben dat een melding wordt nagelaten of dat deze wordt gedaan op grond van onvoldoende informatie. Beide zijn niet in het belang van het kind.

Voor overleg valt als eerste te denken aan de verwijzer (bij kinderen tot 18 jaar veelal Bureau Jeugdzorg, de huisarts of de arts Maatschappij en Gezondheid profiel JGZ), alsook aan overige medisch specialisten respectievelijk beroepskrachten die bij de behandeling van het gezin of bij die van een van

de gezinsleden zijn betrokken. Ook een intercollegiaal consult wordt hiertoe gerekend en aanbevolen.

Beroepsgeheim

Hoewel openheid naar de ouder(s) uitgangspunt is, bestaan er situaties waarin het belang van het kind openheid onmogelijk maakt.¹ Er kan dan ook zonder toestemming van betrokkenen worden overlegd, om vermoeden van kindermishandeling te verifiëren. Daarmee wordt de zwijgplicht doorbroken. Er is dan sprake van een conflict van plichten: situaties waarin de psychiater alleen door te spreken zijn patiënt kan helpen, terwijl hij voor dit spreken geen toestemming krijgt. Het gaat dan altijd om een patiënt die zich in een ernstige situatie bevindt en die voor hulp volledig afhankelijk is van een ander.

Bij het besluit het beroepsgeheim te doorbreken speelt ook de positie van de patiënt een rol. Bij patiënten in een afhankelijke positie (kinderen, jongeren en ook sommige ouderen en vrouwen tegen wie relationeel geweld wordt gebruikt) kan de psychiater eerder besluiten de zwijgplicht te doorbreken: zij zijn voor hun bescherming immers sterk afhankelijk van zijn optreden.

12

Vanwege de afhankelijke positie van kinderen en jongeren kan een psychiater die de ouder als patiënt heeft, zijn beroepsgeheim ook verbreken als hij meent dat de gezondheid en ontwikkeling van de kinderen van de patiënt ernstig bedreigd worden. Bijvoorbeeld wanneer een ouder door een ernstige psychiatrische aandoening of door verslaving niet in staat is om de kinderen voldoende bescherming te bieden.

Wanneer sprake is van een tuchtrechtelijke toetsing beoordeelt men vooral de zorgvuldigheid van de totstandkoming van het besluit. Daarbij let men onder andere op collegiale consultatie, zorgvuldige waarneming van relevante feiten en een zorgvuldige en concrete afweging van belangen. Ook beziet men of de psychiater zich, gelet op zijn mogelijkheden en gezien de omstandigheden waarin de patiënt verkeert, tot het uiterste heeft ingespannen om de patiënt toestemming te vragen of om hem te informeren, indien het verkrijgen van

toestemming niet mogelijk bleek.

Beantwoording van de volgende vijf vragen leidt doorgaans tot een zorgvuldige besluitvorming:

1. Welk doel wil ik bereiken door met een ander over mijn patiënt te spreken?
2. Is er een andere mogelijkheid om ditzelfde doel te bereiken zonder dat ik mijn beroepsgeheim hoeft te verbreken?
3. Waarom is het niet mogelijk om toestemming van de patiënt te vragen of te krijgen voor het bespreken van zijn situatie met iemand die hem en het kind kan helpen?
4. Zijn de belangen van de patiënt die ik wil dienen met mijn spreken zo zwaar dat deze naar mijn oordeel opwegen tegen de belangen die de patiënt heeft bij mijn zwijgen?
5. Als ik besluit om te spreken, aan wie moet ik dan welke informatie verstrekken zodat de patiënt en het kind kunnen worden geholpen?

13

Tot een zorgvuldige toetsing wordt ook gerekend dat de psychiater, alvorens een besluit te nemen, een collega of een ander die terzake deskundig is, consulteert. Levert deze collegiale consultatie onvoldoende duidelijkheid op, dan wordt van de psychiater gevraagd dat deze het AMK consulteert (dit is niet hetzelfde als een melding en kan zo nodig anoniem geschieden).

Ook in verband met een mogelijke toetsing door een (tucht)rechter is het van belang dat de psychiater alle stappen en de redenen die tot deze stappen hebben geleid zorgvuldig vastlegt.

2.5 Stap 5a: Reële kans op schade? Vraag advies of consult of doe indien noodzakelijk een melding

Wordt het vermoeden bevestigd, of wordt het in elk geval niet weggenomen, en is er een reële kans op schade door (het voortduren van de) kindermishandeling, dan vraagt de psychiater 'advies' aan het AMK, verzoekt om een consult door het AMK of doet indien noodzakelijk zo spoedig mogelijk een melding bij het AMK.

Indien er bij de ouder sprake is van een psychiatrische stoornis die (acuut) gevaar voor het kind betekent, kan, om gevaar af te wenden een Bopz-maatregel (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen) overwogen worden, waarbij ook behandeling van de patiënt wordt gestart.

De psychiater informeert de ouders over de melding, tenzij dit niet mogelijk is in verband met de veiligheid van het kind of van andere kinderen uit het gezin, als redelijkerwijs gevreesd moet worden dat de psychiater het kind uit het oog zal verliezen of als de psychiater vreest voor zijn eigen veiligheid.

14

De psychiater zet de melding ook door als de ouders, indien daarover geïnformeerd, daar bezwaar tegen maken.

Toelichting

Voor een melding moet sprake zijn van een reële kans op schade en die kans moet worden getaxeerd. Het woord 'reële' maakt duidelijk dat de enkele (theoretische) kans op schade onvoldoende basis is voor een melding. Pas als een vermoeden kan worden onderbouwd met (zoveel mogelijk feitelijke) informatie uit het onderzoek en overleg dat de psychiater heeft gevoerd, is een melding aan de orde. De psychiater moet duidelijk kunnen maken welk risico hij denkt dat het kind loopt, hoe reëel dat is en welke schade het kind volgens hem kan oplopen. Daarbij betreft hij ook mogelijke risico's voor andere kinderen en de kans dat de ouders in de toekomst nog meer kinderen onder hun gezag of zorg kunnen krijgen voor wie zij een bedreiging kunnen vormen.

Belangrijke factoren die moeten worden meegewogen, zijn onder andere:

- de duur of de intensiteit van de mishandeling;
- een eventuele herhaalde suïcidepoging bij de ouders;
- de kans op herhaling;
- de ernst van het lichamelijk of psychisch letsel;
- de eventuele extra kwetsbaarheid van het kind;
- de aanwezigheid van kinderen bij structureel huiselijk geweld;
- gebruik van wapens of andere zware middelen.

De psychiater meldt vervolgens zo objectief, feitelijk en volledig mogelijk welke aanwijzingen en signalen hij heeft, welke risico's het kind en eventuele andere kinderen lopen en welke stappen hij reeds heeft gezet. De psychiater verstrekt niet meer gegevens dan nodig voor het onderzoek door het AMK. In het meldingsgesprek komt ook aan de orde of en zo ja, welke stappen de psychiater zelf kan zetten om het kind en/of diens ouder(s) te helpen en de mogelijke kindermishandeling te stoppen.

15

Er zijn omstandigheden denkbaar waarin de psychiater in uitzonderingsgevallen kan besluiten om (nog) niet te melden, terwijl er toch een reële kans op schade is. Een dergelijke situatie kan zich voordoen als de psychiater, al dan niet in multidisciplinair verband (ggz), nog de enige is die contact heeft met het gezin en het vrijwel zeker is dat het gezin ook hem/de ggz zal gaan mijden als hij een melding doet. Soms kan het dan beter zijn deze lijn met het gezin open te houden. Als de psychiater dit overweegt, kan hij eerst advies of een consult vragen bij het AMK en vervolgens, indien noodzakelijk, overgaan tot het doen van een melding. Een allerlaatste mogelijkheid is het 'anoniem melden'.

2.6 Stap 5b: Monitoren van hulp, zo nodig alsnog melden bij het AMK

Wordt het vermoeden niet weggenomen door het overleg als bedoeld in stap 3 en 4, maar is de psychiater ervan overtuigd dat hulpverlening op vrijwillige basis het risico voor het kind kan wegnemen, dan spant hij zich in om de noodzakelijke hulp te verlenen of elders in gang te zetten. De psychiater monitort zelf de voortgang en effectiviteit van deze hulp of organiseert en /vergewist zich ervan dat een ander deze monitoring uitvoert.

Toelichting

Het is zaak heldere afspraken te maken over de taakverdeling bij de zorg voor de veiligheid en/of de behandeling van betrokken kind(eren) en/of ouders. Het is belangrijk om als psychiater aan samenwerkende instanties binnen de juridische mogelijkheden goede uitleg te geven over een psychiatrische stoornis, prognose of het te verwachten gevaar en de behandelbaarheid van de problematiek, dan wel de onmogelijkheid daarvan binnen de ggz. Bij voorkeur gebeurt dit in aanwezigheid van patiënt/ouders en/of kind of als dit niet mogelijk is, liefst met medeweten van patiënt/ouders.

16

De psychiater kan kind en/of ouders verwijzen voor gespecialiseerde hulp, naast de aangeboden ggz-hulp. Denk daarbij aan verwijzing naar Bureau Jeugdzorg, Centrum voor Jeugd en Gezin op indicatie, maatschappelijk werk of interne verwijzing binnen de ggz naar gespecialiseerde teams of afdelingen.⁵

De psychiater vergewist zich ervan of deze hulp voldoende effect heeft. Dit kan hij doen door ofwel zelf het gezin te blijven 'monitoren', ofwel ervoor te zorgen dat iemand anders deze verantwoordelijkheid draagt. In het eerste geval maakt de psychiater een afspraak voor één of meer vervolcontacten. In deze vervolcontacten onderzoekt hij of de kindermishandeling is gestopt en of er voldoende hulp wordt geboden. Daarbij is de psychiater alert op signalen die kunnen wijzen op het voortduren van kindermishandeling. De psychiater betreft daarbij niet alleen de situatie van het kind, maar ook die van andere kinderen in het gezin.

Bij de monitoring kan men de situatie opnieuw bespreken of terug laten komen in een evaluatie in het multidisciplinaire overleg. Er worden concrete afspraken in het behandelplan opgenomen over hoe en gedurende welke termijn de monitoring plaatsvindt, en welke disciplines met welke taken en bevoegdheden hierbij betrokken zijn. De monitoring kan ook in dat kader gedelegeerd worden aan een collega. De psychiater zorgt voor coaching van het multidisciplinaire team in dezen.

Blijkt de mishandeling niet of niet volledig gestopt te zijn of zijn daar aanwijzingen voor, dan doet de psychiater alsnog een melding bij het AMK.

REFERENTIES

- 1 KNMG (2008). Artsen en kindermishandeling: meldcode en stappenplan. Te downloaden op <http://www.knmg.nl/publicaties>
- 2 Richtlijn familiaal huiselijk geweld bij kinderen en volwassenen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2008. <http://www.nvvp.net/publicaties/richtlijnen>
- 3 UNICEF (1990). Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, Verdrag inzake de rechten van het kind. Voorburg; UNICEF. <http://www.unicef.nl/media/147940/20091116%20kinderrechtenverdrag.pdf>
- 4 Miller-Perrin, L., & Perrin, R.D. (2007). *Child Maltreatment: an introduction*. (2de druk). Thousand Oaks: Sage Publications.
- 5 IJzendoorn, M.H. van, Caspers, K., Bakermans-Kranenburg, M.J., Beach, S.R.H., & Philibert, R. (2010). Methylation matters: Interaction between methylation density and 5HTT genotype predict unresolved loss of trauma. *Biological Psychiatry*, 68, 403-404 en 405-407, Epub 2010 Jun 29.
- 6 http://www.kenniscentrum-kjp.nl/nl/Professionals/themas/trauma_en_kindermishandeling
- 7 Bijlsma, M.W., Wennink, J.M.B., Enkelaar, A.C., Heres, M.H.B., & Honig, A. (2008) De mogelijkheid van ondertoezichtstelling van het nog ongebooren kind bij twijfels over de veiligheid van de thuissituatie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 152, 895-898.
- 8 Baeten, P., & Willems, J. (2009). *De maat van kindermishandeling. Meldcode en criteria van kindermishandeling*. 3de druk Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- 9 Ruiter, C. de, & de Jong E.M. (2005) *CARE-NL Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling*. Utrecht: Corine de Ruiter. te verkrijgen via <http://www.corinederuiters.eu>
- 10 Belsky, J. (1997a). Variation in susceptibility to rearing influences: An evolutionary argument. *Psychological Inquiry*, 8, 182-186.
- 11 Belsky, J. (1997b). Theory testing, effect-size evaluation, and differential susceptibility to rearing influence: the case of mothering and attachment. *Child Development*, 68, 598-600.

- 12 Belsky, J., Bakermans-Kranenburg, M.J., & van IJzendoorn, M.H. (2007). For better and for worse: Differential Susceptibility to environmental influences. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 300-304.
- 13 <http://knmg.artsennet.nl/dossiers/Dossiers-op-thema/arts-en-recht/Kindermishandeling.htm>

Aanbevolen literatuur/bronnen

- 14 Advies- en Meldpunten Kindermishandeling. Overzicht 2009. <http://www.amk-nederland.nl/adressen.php>
- 15 Online Nascholing Meldcode Kindermishandeling. <http://medischcontact.artsennet.nl/kindermishandeling-13.htm>
- 16 IJzendoorn, M.H. van, Prinzie, P., Euser, E.M., Groeneveld, M.G., Brilleslijper-Kater, S.N., van Noort-van der Linden, A.M.T., et al. (2007). Kindermishandeling in Nederland anno 2005: De Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2005). Leiden: Casimir Publishers. <http://www.leidenattachmentresearchprogram.eu/NPM-2005-Van-IJzendoorn-boek.pdf>
- 17 Lamers-Winkelmann, F., Slot, N.W., Bijl, B., & Vijlbrief, A.W. (2007). Scholieren over Mishandeling. Resultaten van een landelijk onderzoek naar de omvang van kindermishandeling onder leerlingen van het voortgezet onderwijs. Te downloaden op http://www.kenniscentrum-kjp.nl/nl/Professionals/themas/trauma_en_kindermishandeling/bijlagen#Literatuur

ACUTE SITUATIE? SCHAKEL DIRECT RVDK OF POLITIE IN

* verplichte stappen

