

Hoe zien huisartsen mishandelde kinderen?

PROF. DR. K. GILL*

Aan de hand van praktijkvoorbeelden van zowel lichamelijke als geestelijke kindermishandeling, worden de kenmerken van de ouders, het gezin en de kinderen die tot de risicogroepen behoren, beschreven. Daarop volgt een bespreking van de door de huisarts waarneembare signalen, ontleend aan praktijk en literatuur. Het artikel wordt besloten met een aantal opmerkingen over de omvang van het probleem en de hulpverlening door de huisarts.

Inleiding

Als we met de Australische arts Connell¹ het kind de barometer van het gezin noemen, zal in dit artikel over het weer en de barometer worden gesproken. Huisartsen hebben de pretentie voldoende op de hoogte te zijn van de weersgesteldheid in hun gezinnen en weten hoe bij storm kinderen daarvan de dupe kunnen worden. Ik denk dat in de eerste plaats aan het ongeremd uiten van emoties bij excessief alcoholgebruik en echtscheidingen. Uit de literatuur is bekend dat 65 procent van de ouders die hun kind mishandelen, overmatig veel dronken.² Voorts weten we dat 25 procent van de huwelijken strandt. Dat betekent dat in ons land per jaar 21.000 huwelijken worden ontbonden.

Op grond van deze gegevens kunnen we aannemen dat alleen al in deze categorieën zich veel kwetsbare kinderen bevinden, kinderen die bezig zijn zich tot zelfstandige individuen te ontwikkelen. Observaties in de informele sfeer van zowel de sociale omgeving van het kind, als de leeftijd van de ouders en de relaties tussen ouders en kind, kunnen eveneens iets zeggen over de weersgesteldheid in het gezin c.q. hoe de barometer er bij staat.

We moeten evenwel erkennen dat het beeld dat ik schilderde, in veel gevallen niet zo duidelijk is als nu is voorgesteld. In mei 1983 lazen we in de kranten dat een vrouw na arrestatie bekende twee

baby's te hebben gedood. De politie was gewaarschuwd dat de beide kinderen twee jaar geleden niet aan een natuurlijke dood waren gestorven. In mei 1981 trok zij een plastic zak over haar drie weken oude dochtertje, omdat het niet wilde ophouden met huilen. De sectie wees uit dat het kind de wiegedood was gestorven. Drie maanden later irriteerde het huilen van het vier maanden oude kind van kennissen haar dermate, dat ze het met een kussen liet stikken. Wederom kwam men na obductie tot de conclusie dat wiegedood de oorzaak was van het overlijden.

De vrouw verklaarde tot haar daden te zijn gekomen door grote spanningen in haar huwelijk. In huis en huwelijk had zich een menselijk drama afgespeeld, dat niet was onderkend.

Na deze inleiding zitten we midden in de problemen, terwijl er nog geen poging is ondernomen enige systematiek te brengen in de vraag hoe huisartsen mishandelde kinderen kunnen zien en wat zij dan kunnen doen.

Uit een oogpunt van preventie zou de vraag moeten luiden: in welke gevallen moet de huisarts op zijn qui vive zijn, dat kinderen door de gezinssituatie met mishandeling worden bedreigd. Met andere woorden: welke signalen kan een huisarts in het klimaat van een gezin waarnemen, die een bedreiging voor het kind kunnen zijn en welke signalen bij het kind kunnen aanleiding geven mishandeling te vermoeden of te constateren? Ik roep dan in herinnering de definitie van kindermishandeling: elke vorm van lichamelijke of emotionele geweldpleging die kinderen overkomt, niet door ongeval, maar door toedoen of

nalaten van ouders of verzorgers, waarbij afwijkingen bij het kind ontstaan of redelijkerwijs verwacht mag worden dat deze zullen ontstaan.³

Klimaat

Ik richt dan eerst de aandacht op de ouders die het klimaat in het gezin kunnen bepalen. Zij zijn veelal erg jong. De woonsituatie kan specifieke kenmerken vertonen. Op een tijdstip dat de meeste mensen 's morgens de gordijnen hebben geopend, zien we op de visiteronde dat ze zijn gesloten. Deze gesloten gordijnen zijn dan de stille getuigen van de eenzaamheid en het gebrek aan sociale contacten.

Als we aanbellen, kunnen we een grote, blaffende hond achter de deur verwachten. Zowel uit de literatuur als uit eigen ervaring is het trias bekend van: ouder slaat kind – kind slaat hond – hond bij bezoeker. De woning kan tekenen van verval vertonen, maar de riante bungalow met een weelderige kinderkamer zonder speelgoed op de vloer of met een kinderkamer in een uithoek van het huis kunnen eveneens een onheilspellend teken zijn.

Bij binnenkomst blijkt het kind nog niet te zijn gewassen en een walm van urine komt ons tegemoet. Het ligt nog in bed op een tijdstip dat de meeste kinderen reeds in de familiekring zijn opgenomen. Kortom, de ambiance vertoont grote verschillen met die, welke we doorgaans tijdens visites aantreffen. Deze aspecten onderstrepen nog eens de betekenis van het huisbezoek.

Veelal blijkt dat het jonge gezin dikwijls is verhuisd. De jeugd van de ouders werd doorgebracht in affect-arme gezinnen of kindertehuizen met misschien dezelfde fenomenen, die in de inleiding werden genoemd: alcoholmisbruik, echtscheiding, maar eveneens incestueuze relaties en dergelijke. Zij misten in hun jeugd geborgenheid en veiligheid, die naast een adequate voeding en verzorging tot de voorwaarden behoren, een mens in lichamenlijk en geestelijk opzicht te laten groeien en ontplooiën. De eigen gezinsuitbreiding blijkt als een eenzaam en gevoelsonterende bezigheid te zijn ervaren.⁴ In ongeveer 20 procent van de gevallen vond men het niet leuk een kind te krijgen.

Als dit trieste beeld nog kan worden uitgebreid met een gedwongen huwelijk, financiële problemen, werkloosheid of het achterwege laten van borstvoeding, wordt het suspect dat we met weinig redzame ouders hebben te maken, die een eigen persoonlijkheid mis-

* Hoogleraar huisarts-geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Leiden. Het artikel is een bewerking van de voordracht die door de auteur werd gehouden op het achtentwintigste Wetenschappelijk Congres van het NHG, op 5 november 1983.

sen. Het televisietoestel en de geluidsinstallatie zijn dan de identiteit, die het verloren gegane zelfgevoel overeind moeten houden. Kortom, we kunnen spreken van een faillissement van het gezin. Het klimaat is sterk veranderlijk, zwaar bewolkt met kans op storm of donderbuien.

Barometer

Op pijnlijke wijze ben ik er in mijn praktijk aan herinnerd hoe een kind de barometer van een gezinssituatie kan zijn. Jonge ouders, beiden 19 jaar toen ze moesten trouwen. Zij gingen inwonen in een gezin met elf mensen. Geen privacy. De vader had een alcoholprobleem.

„Met grote vreugde en dankbaarheid” gaven zij kennis van de geboorte van hun dochtertje. Zij woog 2000 gram. Een maand na de geboorte werd ik 's avonds om elf uur geroepen. Het meisje vertoonde een verwonding van het perineum, van de vagina tot de sfincter ani, die geruptureerd was. Deze wond werd in het ziekenhuis lege artis gehecht, maar de oorzaak bleef versluierd. De chirurg schreef bij deze gezonde zuigeling geen aanwijzingen te vinden voor een moeizaam defecatiepatroon...

Bange vermoedens moesten nog worden bevestigd; tegelijk was uiterste waakzaamheid geboden. Ik behoefde niet lang te wachten. Een maand na de perineumruptuur werd het meisje getroffen door een uitgebreide tweedegraads verbranding van de benen en de onderbuik: de kruik was leeggelopen. Dat gebeurde in de maand juli! Dat was het moment waarop ik contact opnam met de vertrouwensarts inzake kindermishandeling.⁵

Deze casus bevat de volgende signalen: een gedwongen huwelijk van zeer jonge ouders met een affect-arme jeugd, inwoning, geen privacy, alcoholmisbruik, een couveusekind, waardoor het hechtgedrag van de moeder werd verstoord. De gesloten gordijnen en de grote hond completeerden het beeld. In dit gezin gold de wet van het behoud van de ellende en het meisje werd het kind van de rekening.

Veel moeilijker dan deze casus van lichamelijke mishandeling is de herkenning van psychische geweldpleging, die zich meestal in het verborgene afspeelt. Bovendien gaat het, in tegenstelling tot de lichamelijke mishandeling, die meestal uit één handeling bestaat, bij de psychische mishandeling om gedragingen die zich over een langere tijd uitstrekken en zich telkens herhalen.⁶

In een gezin in mijn praktijk overleed de moeder aan de gevolgen van een mammacarcinoom. De vader hertrouwde met een ex-verpleegster, die geen idee had van de basisbehoeften van kinderen. Na schooltijd mochten ze niet buiten spelen en er kwamen geen vriendinnen bij hen thuis. Meestal vertoefden de vier meisjes op hun slaapkamers en alleen tijdens de maaltijden waren ze in de huiskamer. Het huiselijk klimaat was zo verstoken van warmte en geborgenheid, dat de kinderen zich onmogelijk „thuis” konden voelen. Deze koude stiefmoeder presteerde het voorts de krant te censureren. Zij knipte die berichten er uit, die zij niet geschikt achtte voor de meisjes, die inmiddels 12, 15, 17 en 19 jaar waren geworden. Vervolgens verhuisde deze gatenkrant naar de slaapkamers van de meisjes.

Behalve dat hiermee psychische schade werd toegebracht, kwetste zij de meisjes hiermee diep. Zo nu en dan was het buigen of barsten en vlogen de kinderen letterlijk door de ramen naar buiten. De glasverwondingen werden de aanleiding van een onderzoek van de Raad voor de Kinderbescherming, dat uitliep op een permanente uithuisplaatsing van de kinderen. Dit voorval speelde zich af, jaren voordat in 1977 het instituut van vertrouwensarts bij wijze van experiment werd ingesteld.

Deze casus laat de volgende signalen zien: een affect-arme, formalistische stiefmoeder; de kleding van de kinderen, die niet in overeenstemming was met de toen geldende mode en de sociale laag van het gezin; je zag ze niet met andere kinderen buiten spelen of optrekken. De glasverwondingen waren de noodsignalen, die meer vergden dan een wondbehandeling met hechtingen. Een kind vliegt niet zomaar door de ruiten.

Risicogroepen, signalen

Beide casus laten iets zien van de achtergronden, oorzaken en kenmerken van kindermishandeling. Kort samengevat kunnen de volgende kinderen tot de risicogroepen worden gerekend:

- dysmature en premature kinderen (couveuse-kinderen), tweelingen, alsmede kinderen die met behulp van een kunstverlossing ter wereld zijn gekomen, blijken volgens verschillende onderzoeken een verhoogde kans te lopen mishandeld te worden;^{7, 8}
- kinderen die veel huilen;
- buitenechtelijke kinderen, stief- en pleegkinderen;
- kinderen waaraan te hoge eisen wor-

den gesteld; de ouders weten in die gevallen te weinig van de normale ontwikkeling van een kind;

- overbewegelijke, lastige en plagende kinderen; zij trekken door hun gedrag meestal aandacht, die zij van hun ouders of verzorgers moeten missen;
 - kinderen met een handicap of misvorming;
 - de zogenaamde jo-jo kinderen, die gedurende huwelijksproblemen of echtscheidingsprocedures tussen de ouders heen en weer worden gesleept.
- Tot de signalen die in de praktijk van de huisarts kunnen worden waargenomen, rekenen we de wegblijvers op het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters, en kinderen die zonder opgave van redenen worden thuisgehouden van de peuterspeelzaal, de (kleuter)school of het kinderdagverblijf.

De kinderen die vaak met kleine of vage klachten op onregelde tijden bij de huisarts komen, kunnen eveneens een signaal daarmee geven. Ook vreemde verklaringen voor ongevallen moeten de huisarts prikkelen aan andere dingen te denken dan aan de kneuzingen, verwondingen of fractures die hij regelmatig ziet. Zowel het grote aantal schrammen, wonden of builen tegelijk bij één kind, als het vergezeld gaan van geen of overdreven belangstelling en bezorgdheid van de ouders moeten de huisarts aanleiding geven tot waakzaamheid of argwaan.

Omvang probleem

Om een indruk te geven van de omvang van het probleem kindermishandeling in ons land, geef ik de cijfers, die momenteel ter beschikking staan (*tabel*). Hieruit blijkt dat vanaf 1972 de aanmeldingen zijn geregistreerd, het jaar dat vier vertrouwensartsen werden aangesteld te Amsterdam, Rotterdam, Arnhem en Groningen. Na afloop van de eerste twee jaren heeft men in de regis-

Tabel. Aanmeldingen bij de bureaus vertrouwensartsen, 1972-1979.

Jaar	Aantal aanmeldingen	Waarvan kindermishandeling
1972	430	—
1973	628	—
1974	981	823
1975	1070	815
1976	1289	899
1977	1729	1317
1978	2796	2075
1979	3068	2378

tratie onderscheid gemaakt tussen het totaal aantal aanmeldingen en de meldingen waarbij van kindermishandeling kan worden gesproken.

We zien een gestadige toename van het aantal geweldplegingen. Daarbij dienen we rekening te houden met de veronderstelling, dat we alleen de top van de ijsberg te zien krijgen. De twee genoemde baby's waarbij van wiegedood werd gesproken, zijn hiervan een voorbeeld. Vanaf 1978 zijn in ons land tien vertrouwensartsen werkzaam. Zowel het grotere aantal bureaus als de toenemende bekendheid met het fenomeen kindermishandeling kunnen bijdragen aan een vroegtijdige herkenning en adequate hulpverlening.

Uit de bewerking van de Nederlandse cijfers blijkt dat momenteel 10 procent van de lichamelijke letsels tot de dood, en ongeveer 15 procent tot een blijvende invaliditeit leidt.

Hulpverlening

Ten aanzien van de hulpverlening door de huisarts moge ik volstaan met een korte samenvatting en een verwijzing naar *Handen thuis*.³

- Huisartsen hebben ten aanzien van kindermishandeling een preventieve taak.
- Kennis van de risicogroepen en de signalen van kindermishandeling zijn onontbeerlijk voor een adequate begeleiding van kind en gezin.
- Zoek nooit naar daders, beschuldig niet, maar deel in de gevoelens van het verdriet door onvermogen en eenzaamheid.
- Als de wonden zijn genezen, dient de hulpverlener niet bij deze genezing te eindigen, maar pas dan als de gestoorde gezinssituatie is verbeterd.
- Breng de begeleiding en hulpverlening nooit alleen op gang, maar altijd in samenwerking met anderen: de wijkverpleegkundige, de maatschappelijk werkende en de vertrouwensarts.

Het mag duidelijk zijn dat het loochenen of miskennen van kindermishandeling fataal kan zijn. In deze *balance of power* kan de huisarts zowel in preventieve als in „curatieve” zin een belangrijke rol spelen. Kennis en herkenning zijn daarbij onmisbare elementen. Dan nog zal hij dienen te beseffen dat het een bijzonder somber fenomeen in de gemeenschap blijft, omdat men er momenteel in slaagt slechts een derde van de mishandelde kinderen afdoende hulp te bieden.

Ingezonden

Wratten

Ik kan niet nalaten op het artikel van De Haan en Weisz over wratten¹ te reageren, waarbij ik wil beginnen met mijn waardering uit te spreken over de informatie die wordt verschaft. Het is goed dat de beschikbare gegevens over dit onderwerp eens op een rijtje zijn gezet; het gaat immers om een veel voorkomend verschijnsel in de huisartspraktijk.

In het wratten-protocol lees ik onder e: „eventueel verwijzen (bijvoorbeeld voor O₂- of N₂-behandeling etc)”.

Ik meen dat dit niet in overeenstemming is met wat veelal plaatsvindt in de huisartspraktijk. Uit de vele contacten die ik de laatste tijd met collegae heb, kan ik de conclusie trekken dat de huisarts meestal wratten zelf met vloeibare N₂ behandelt. Zelf ben ik met deze behandeling ongeveer tien jaar geleden begonnen. Ik kwam op het idee nadat een collega mij had gezegd dat hij één keer per maand wat vloeibare N₂ van een KI-station kreeg.

Nog steeds wordt in ons dorp eenmaal per drie maanden wrattenspreekuur gehouden. Dit wordt in de plaatselijke krant aangekondigd. Onze ervaring is zeer positief. Het aantal recidieven is zeer beperkt. Het is een eenvoudige therapie en de last voor de patiënt is gering.

Ik zou het zeer betreuren dat het protocol van De Haan en Weisz op deze

manier ingang zou vinden. Ik denk dat het nauwelijks nodig is om mensen met wratten te verwijzen. Onlangs hoorde ik dat een patiënt voor een wrat was verwezen. Hij moest naderhand driemaal bij de dermatoloog terugkomen. Op deze manier wordt de gezondheidszorg duur!

Als de huisarts het niet redt met „niets doen”, laat hem dan, samen met collegae, eenmaal in de drie maanden met vloeibare N₂ de wratten van zijn patiënten behandelen.

Dr. D. Post, ex-huisarts,
adviserend geneeskundige RZZ

¹ Haan M de, Weisz FH. Wratten in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 1984; 27: 162-8.

Naschrift

We zijn het met collega Post eens, dat N₂-behandeling van wratten door de huisarts kan worden uitgevoerd. Het zou verder interessant zijn, te zijner tijd meer te horen over de ervaring die men in Wezep met deze methode heeft opgedaan en die als zeer positief omschreven wordt. De literatuur is over het algemeen minder positief.

M. de Haan
F. H. Weisz

¹ Connel HM. The child as a barometer of the family. *Aust Fam Physician* 1980; 9: 759-61.

² Behling DM. History of alcohol abuse in child abuse cases 1977. In: Flanzer JP, ed. *Currants in alcoholism*. Plaats: Galanter, 1980.

³ Gill K. Zien huisartsen mishandelde kinderen? Zo ja, wat doen zij dan? In: Moors J, Wemekamp H, red. *Deventer*: Van Loghum Slaterus, 1983; 121-4.

⁴ Koers AJ. *Kindermishandeling*. Rotterdam: Donker 1981.

⁵ Gill K. Met grote vreugde... Cliché of werkelijkheid? In: Treffers PE, Schutte MF, Bleker OP, et al, red. *Voortgang en visie*. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1980.

⁶ Clemens Schröner BLF. *Psychische kindermishandeling*. Den Haag: Vereniging tegen kindermishandeling, 1983.

⁷ Wolters WH, red. *Het mishandelde kind*. Nijkerk: Callenbach, 1977.

⁸ Pieterse JJ. *Kindermishandeling in het gezin* [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1982.