

---

# Zero tolerance-beleid kindermishandeling lijkt logisch

Anke van Dijke · Janet van Bavel · Sander van Arum ·  
Corine de Ruiter · Marina Reijns · Linda Terpstra

---

## Samenvatting

Het maken van beleid om kindermishandeling en seksueel misbruik van kinderen te bestrijden is niet zo moeilijk. Wet- en regelgeving realiseren die de uitvoering van het nieuwe beleid mogelijk maakt, is minder eenvoudig. In sommige gevallen is het nieuwe beleid tegenstrijdig aan bestaande wetgeving. Het gevolg is dat mishandelde en misbruikte kinderen niet de bescherming krijgen die ze nodig hebben.

De auteurs werken twee voorbeelden uit waarin het ‘nieuwe’ beleid niet ondersteund wordt door bestaande wet- en regelgeving. Het eerste voorbeeld heeft betrekking op de manier waarop de DBC-systematiek in de ggz drempels opwerpt voor de inzet van specialisten bij kindermishandeling, het tweede voorbeeld gaat over de dilemma’s die het dubbele toestemmingsvereiste met zich meebrengt bij kindermishandeling.

Dit artikel is een oproep aan de Rijksoverheid en andere betrokkenen om deze cultuur daadkrachtig te bestrijden en wet- en regelgeving af te stemmen op de huidige beleidsuitgangspunten.

---

## Wet- en regelgeving aanpassen is lastig

Beleid formuleren is niet moeilijk. Zeker niet als het om kindermishandeling gaat. Een *zero tolerance*-beleid zal door niemand ter discussie worden gesteld. De Rijksoverheid heeft duidelijke beleidsuitgangspunten op het terrein van kindermishandeling en seksueel geweld tegen kinderen. Het is gericht op ‘daadkrachtige bestrijding’ van deze fenomenen en op ‘strikte naleving van de wettelijke voorschriften, waarbij geen enkele overtreding wordt getolereerd’ (Rijksoverheid 2011, p. 12).

---

Drs. A. van Dijke (✉) · Drs. J. van Bavel · Drs. S. van Arum · Prof. dr. C. de Ruiter ·  
Drs. M. Reijns · Drs. L. Terpstra  
Leeuwarden, Nederland  
e-mail: [directie@fier.nl](mailto:directie@fier.nl)

De overheid is zich er terdege van bewust hoe schadelijk mishandeling en misbruik zijn voor kinderen en is zich eveneens bewust van het risico op transgenerationale overdracht van kindermishandeling. Daarom is er in het *Actieplan aanpak kindermishandeling* ook aandacht voor behandeling (Rijksoverheid 2011). Hierin staat onder meer: ‘Een mishandeld kind wordt pas goed geholpen als elke expertise, vanuit de medische hoek, de jeugdzorg en justitie, wordt benut en in samenhang wordt ingezet’ en ‘Wanneer een kind is mishandeld, moeten we snel een diagnose stellen en een behandeling beginnen om de schade zo veel mogelijk te beperken. Een multidisciplinaire aanpak is hierbij noodzakelijk’ (p. 12). Het lijkt allemaal vanzelfsprekend. Want wie zou kindermishandeling en seksueel geweld tegen kinderen niet daadkrachtig willen bestrijden en de schade willen beperken bij de kinderen die het toch is overkomen? In de praktijk is er echter sprake van allerlei wet- en regelgeving die professionals belemmert om uitvoering te geven aan het geformuleerde beleid.

Beleid formuleren is niet moeilijk, maar waar het vervolgens écht om gaat, is wet- en regelgeving aan te passen die de uitvoering van dat beleid in de weg staat. En dat is een stuk lastiger. Dat vraagt vastberadenheid, moed en doorzettingsvermogen. De ministeries zijn hier doorgaans zeer terughoudend in. Men legt keer op keer uit dat het nieuwe beleid prima uitgevoerd kan worden binnen bestaande ‘oude’ wet- en regelgeving of men legt uit dat wet- en regelgeving nu eenmaal niet zomaar is te veranderen. In de praktijk betekent dit maar al te vaak dat professionals zich aan tegenstrijdige regelgeving moeten conformeren om niet uit te glijden over een bananenschil.

---

## Belemmeringen en drempels

De overheid hecht er belang aan dat professionals (vermoedens van) kindermishandeling melden bij het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (vanaf 1 januari 2015 samengegaan met de Steunpunten Huiselijk Geweld onder de naam Veilig Thuis).

We geven een voorbeeld hoe wet- en regelgeving uit kan werken bij een melding. Een huisarts neemt contact op met Veilig Thuis omdat hij zich ernstige zorgen maakt over de kinderen in een gezin. De medewerker vraagt de huisarts wat volgens hem zou moeten gebeuren. De huisarts vindt dat de kinderen in het belang van hun veiligheid uit huis zouden moeten worden geplaatst. De medewerker schrijft deze uitspraak op in haar dossier. Als de betrokken ouders dit lezen, dienen zij een klacht in tegen de huisarts. De huisarts wordt vervolgens op de vingers getikt door het tuchtcollege omdat hij niet bevoegd is een oordeel te geven over deze kwestie.

Op deze manier wordt wet- en regelgeving eerder een belemmering dan een ondersteuning voor professionals die te maken hebben met (vermoedens van) kindermishandeling. Vandaag de dag vraagt het moed van professionals om kindermishandeling te bespreken met collega’s en te melden bij instanties.

Doorgaans moet nieuw beleid worden uitgevoerd binnen bestaande wet- en regelgeving. Men vraagt zich niet of nauwelijks af of bestaande regelgeving en wet-

geving een belemmering vormen voor de uitvoering van het nieuwe beleid en of er aanpassingen nodig zijn om het nieuwe beleid te faciliteren, terwijl dit eigenlijk standaard zou moeten gebeuren. In plaats daarvan ontwikkelt men stappenplannen waaraan de professional zich minutieus moet houden om bij de uitvoering van het nieuwe beleid niet in conflict te komen met de bestaande ‘oude’ regelgeving.

Op het terrein van kindermishandeling en seksueel geweld tegen kinderen zijn er nog steeds allerlei belemmeringen en hoge drempels om gespecialiseerde zorg in te zetten, ondanks het feit dat breed wordt erkend dat specialistische zorg noodzakelijk is. Hetzelfde geldt voor multidisciplinaire, intersectorale samenwerking. Gegevensuitwisseling is aan zoveel regels gebonden en is zo complex dat veel professionals en veel zorgaanbieders hier uiterst terughoudend mee omgaan.

---

## Exponentiële toename van problemen

Wetenschappers noemen vroegkinderlijke traumatisering *the hidden epidemic* – een verborgen epidemie. Onderzoek toont aan dat volwassenen die als kind traumatische gebeurtenissen ondergingen, substantieel vaker lichamelijke ziekten, sociale problemen en psychische stoornissen hebben of verslaafd zijn. Naarmate mensen in hun kindertijd meer traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt, neemt het aantal problemen, ziekten en stoornissen in de volwassenheid niet rechtlijnig maar exponentieel toe (Lanius et al. 2010; Kuiper et al. 2010; Struik 2011; Perry 2001).

Traumatisering in de kindertijd heeft dus verstrekkende gevolgen. Iedere euro die geïnvesteerd wordt in het voorkómen, stoppen en behandelen van de gevolgen van kindermishandeling bespaart later een veelvoud aan kosten. Hoewel we in Nederland veel investeren in het signaleren en melden van kindermishandeling, is het niet mogelijk om vroegtijdig te behandelen. We moeten eerst wachten tot een kind een stoornis of een ziekte heeft als gevolg van mishandeling, misbruik, verwaarlozing of het getuige zijn van huiselijk geweld, want alleen dan wordt een behandeling vergoed door de zorgverzekeraar. Daarom pleiten wij voor een DBC Kindermishandeling.

---

## Top drie van risicofactoren

Bij kindermishandeling en huiselijk geweld bestaat een hoog risico op intergenerationele overdracht. De top drie van risicofactoren voor kindermishandeling is: ouders die zelf als kind zijn mishandeld of andere traumatische ervaringen hebben meegemaakt in het gezin; ouders die kampen met psychische problemen, zoals depressie, emotionele instabiliteit en persoonlijkheidsstoornissen; en ouders met verslavingsproblemen (Nederlands Jeugdinstituut 2014).

Deze risicofactoren maken duidelijk dat kindermishandeling primair een probleem is van ouders, niet van kinderen. Bij kindermishandeling is daarom gezinsbehandeling nodig, gericht op kinderen én volwassenen. De aanpak moet allereerst gericht zijn op het stoppen van het geweld en herstel van de fysieke en emotionele

veiligheid van alle betrokkenen. De behandeling moet vervolgens gericht zijn op de problemen en stoornissen van ouders die ten grondslag liggen aan de kindermishandeling en op de behandeling van de gevolgen bij kinderen, zoals PTSS-symptomen, gehechtheidsproblemen en opstandig of agressief gedrag. Ook bij een hoog risico op herhaling moet het maximale worden gedaan om met ouders samen te werken, maar dit uitgangspunt mag nooit ten koste gaan van de veiligheid of de ontwikkeling van het kind.

---

## Als een veenbrand

Een trauma is te vergelijken met een veenbrand: een brand die grotendeels onder de grond woedt. Deze vorm van brand verspreidt zich traag, maar de bestrijding is zeer moeilijk omdat de vuurhaard nauwelijks zichtbaar is. Net als bij een veenbrand woekert het trauma onder de oppervlakte voort. Bij jonge kinderen wordt het vaak niet opgemerkt of worden de internaliserende klachten en problemen niet in verband gebracht met de traumatische ervaringen. Rond de puberteit ontstaan naast internaliserende problemen vaak ook externaliserende problemen, zoals oppositiek en antisociaal gedrag (die meestal net zo min in verband worden gebracht met de traumatische gebeurtenissen). In de volwassenheid kunnen persoonlijkheidsstoornissen en verslavingsproblematiek ontstaan. Daarom is het zo belangrijk dat kinderen die te maken hebben met huiselijk geweld en kindermishandeling door een specialist worden gediagnosticeerd en indien nodig behandeling krijgen.

---

## Verzekerde zorg schiet tekort

In het kader van de houdbaarheid van ons zorgstelsel is er de afgelopen jaren kritisch gekeken naar wat er binnen de curatieve ggz nog wordt gerekend tot de verzekerde zorg en wat niet meer. De scheidslijn is getrokken bij ziekten en stoornissen: ‘De zorgverzekering is bedoeld voor zorg bij ziekte en niet voor hulp bij problemen die niet tot ziekte gerekend kunnen worden’, schreef het College voor Zorgverzekeringen (2013). Het is de vraag of het College zich voldoende heeft gerealiseerd wat de consequenties zijn van deze stellingname. Kindermishandeling is geen ziekte of stoornis, maar het is wel een grote risicofactor om een psychische ziekte of stoornis te ontwikkelen. Als je maar lang genoeg wacht met hulp, wordt een chronisch mishandeld kind vanzelf ziek. Vaak is er allang voordat er een stoornis kan worden gediagnosticeerd sprake van zorgelijke symptomen, zoals concentratieproblemen, (faal)angsten en leerproblemen. Er zijn dan echter nog niet genoeg symptomen voor een classificatie van een stoornis of ziekte volgens de DSM, hoewel het evident niet goed gaat met deze kinderen. Het is alsof we met 100 km per uur door alle rode stoplichten heen rijden en ons vervolgens verbazen over een frontale botsing met ernstige gevolgen.

De DSM/ICD, het classificatiesysteem van psychische stoornissen, kent niet alleen ziekten en stoornissen maar ook ‘andere aandoeningen en problemen die een

reden voor zorg kunnen zijn'. Hierbij zijn classificaties opgenomen rond 'relationele problemen' en 'problemen in verband met misbruik en verwaarlozing'. Deze vallen in Nederland echter niet meer onder de verzekerde zorg.

---

## Geen ziekte, wel risicofactor

De psychosociale ontwikkeling van kinderen gaat razend snel. Als hun ontwikkeling stagneert als gevolg van kindermishandeling, dan heeft dit negatieve gevolgen voor hun verdere ontwikkeling. Bij een gestagneerde ontwikkeling leert een kind niet wat een ander kind van dezelfde leeftijd wel leert. En als een kind iets niet leert, heeft dat gevolgen voor alle volgende ontwikkelingsstapen. Als een kleuter bijvoorbeeld niet leert voor zichzelf te zorgen en niet leert inschatten wat veilige en gevaarlijke situaties zijn, dan zie je dat in de puberteit terug in riskant gedrag voor gezondheid en sociale contacten (denk aan loverboyproblematiek en middelenmisbruik). Als een jong kind niet leert omgaan met conflicten in het gezin, zie je dat terug in de naar binnen of naar buiten gekeerde agressie van de adolescent. Daarom is het belangrijk om bij kinderen niet te wachten totdat er zich een *full blown* stoornis openbaart, maar direct hulp te bieden.

Voor de geweldpleger binnen het gezin geldt hetzelfde. Het gewelddadige gedrag is niet altijd in een classificatie te vangen (=ziekte) of het wordt pas in een later stadium duidelijk met welke classificatie het samenhangt. Vroeger behandelden we in de forensische zorg een man die gewelddadig was en zijn vrouw of kinderen in elkaar sloeg. Nu kan dat alleen nog maar als bij de intake een diagnose kan worden gesteld volgens de DSM. Geweld in een gezin is echter de resultante van een wisselwerking van risico- en beschermende factoren bij de betrokken gezinsleden. Individuele stoornissen spelen in die wisselwerking vrijwel altijd een belangrijke rol, maar kunnen niet altijd bij voorbaat worden geïdentificeerd en geïdentificeerd.

---

## Een DBC Kindermishandeling

De regels van het College voor Zorgverzekeringen belemmeren het snel bieden van *matched care*: de juiste zorg op het juiste moment (College voor Zorgverzekeringen 2013). Bij structurele vormen van huiselijk geweld en kindermishandeling is het van belang zorginterventies te richten op de vermindering van acuut gevaar en op het verminderen van het risico van herhaling op langere termijn. Wij pleiten niet voor specialistische zorg bij elke vorm van huiselijk geweld en kindermishandeling, maar wel voor het inzetten daarvan bij een hoog risico op herhaling van geweld. Bij gebleken of bereikt lager risico kan worden volstaan met minder frequente en minder intensieve hulp. In zijn recente rapport over onderzoek naar partnermishandeling houdt het Verwey-Jonker Instituut eenzelfde pleidooi (Tierolf et al. 2014).

Zoals gezegd, bij kindermishandeling en huiselijk geweld zou dus niet een stoornis van kind of ouders het uitgangspunt moeten zijn, maar de omstandigheden die een ernstige bedreiging zijn voor de gezonde ontwikkeling van een kind. Daarom

pleiten wij voor een DBC Kindermishandeling. De naam is een werktitel. In de praktijk zullen ouders en kinderen hier moeite mee hebben. Een alternatief zou kunnen zijn: DBC Bedreigde Ontwikkeling Kind. Waar moet rekening mee worden gehouden bij zo'n DBC?

- De DBC moet geopend kunnen worden voor volwassenen en voor kinderen.
- Bij voorkeur moeten kinderen, ouders en andere gezinsleden in samenhang behandeld kunnen worden op dezelfde DBC. Als dit niet mogelijk is, moeten er meerdere DBC's kindermishandeling geopend kunnen worden binnen een gezinssysteem.
- In de praktijk kan het voorkomen dat meerdere ggz-aanbieders betrokken zijn bij de behandeling van het gezinssysteem: bijvoorbeeld de kinder- en jeugd-ggz, de volwassenen-ggz en de forensische ggz. Wij stellen voor om dit bij een DBC kindermishandeling mogelijk te maken.
- Hulpverlening en behandeling bij kindermishandeling hebben zowel een curatieve als een chronische component. Bij kinderen steken traumagerelateerde reactiepatronen immers vaak de kop op in nieuwe levensfasen; bij kwetsbare ouders kunnen stressvolle omstandigheden of traumatische gebeurtenissen opnieuw kindermishandeling 'uitlokken'. Daarom is het belangrijk dat er rond kindermishandeling vormen van structurele begeleiding worden ontwikkeld, bijvoorbeeld zolang ouders de directe zorg hebben voor kinderen en dat ondersteuning makkelijk 'in te vliegen is' als dat noodzakelijk is.

Ook de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2014) stelt de vraag of de huidige financieringssystematiek de (noodzakelijke) inzet van specialisten aan de voorkant voldoende ondersteunt. 'In het huidige DBC-systeem hebben psychiaters bijvoorbeeld nog een DSM-diagnose nodig om in aanmerking te komen voor financiering. De dingen die er ook toe doen – leren omgaan met de kwetsbaarheid – komen niet voor financiering in aanmerking. Dat geeft verkeerde prikkels voor het handelen van professionals in de jeugdzorg. Experimenten met financiering die samenwerking beloont, zijn daarom waardevol.'

---

## Dubbele toestemmingsvereiste voldoet niet

Traumabehandeling is een medische verrichting en moet daarom voldoen aan de eisen van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO). Voor medische verrichtingen geldt in principe dat beide gezaghebbende ouders toestemming moeten geven voor behandeling van hun kinderen die jonger zijn dan 16 jaar, inclusief intake, screening en diagnostiek.

Bij kindermishandeling brengt het dubbele toestemmingsvereiste voor medische zorg bij kinderen dilemma's met zich mee. Mishandelende ouders geven vaak geen toestemming voor diagnostisch onderzoek bij hun kind naar de gevolgen van het geweld. Ze denken dat de uitkomsten van het onderzoek mogelijk in hun nadeel werken. In die situatie misschien begrijpelijk als alleen vanuit de ouder wordt gedacht, maar al te vaak is dit niet in het belang van hun kind(eren). Deze toestemming

is al nodig voor een eerste intake. Het is evident dat ouders die hun kind hebben misbruikt of mishandeld, niet makkelijk toestemming geven voor (trauma)diagnostiek en (trauma)behandeling omdat zij denken daarmee (impliciet) te erkennen zich schuldig te hebben gemaakt aan... Doorgaans hebben beide ouders het gezag, ook na een scheiding. In geweldssituaties levert dat regelmatig moeilijkheden op voor het verkrijgen van deze toestemming. In de praktijk zien we dan bijvoorbeeld dat het al dan niet verlenen van toestemming voor diagnostiek en behandeling inzet wordt van de strijd tussen ouders.

Tegelijkertijd zien wij bij professionals een grote terughoudendheid om te handelen als de toestemming van een of beide gezaghebbende ouders ontbreekt. Men is bang dat ouders een klacht indienen bij het tuchtcollege en dat zij een berisping krijgen van het tuchtcollege. Kinderen worden hier de dupe van. Het is van belang dat in situaties van huiselijk geweld en kindermishandeling binnen wet- en regelgeving mogelijkheden worden gecreëerd om diagnostisch onderzoek uit te voeren, ook als één of zelfs beide ouders hier geen toestemming voor geven.

---

## **(On)mogelijkheden van wet- en regelgeving**

De wet- en regelgeving bieden mogelijkheden om het dubbele toestemmingsveriste te negeren als ouders niet in het belang van hun kind handelen en als het onthouden van zorg ernstige gevolgen heeft voor het kind. Er moet dan gemotiveerd worden afgeweken van wet- en regelgeving, er moet sprake zijn van multidisciplinaire besluitvorming en het moet vastgelegd zijn in het dossier.

In de praktijk blijkt echter dat de beoordelingen van professionals in dit type zaken en die van de tuchtcolleges nogal eens te verschillen, waardoor professionals steeds terughoudender worden om in het belang van het kind af te wijken van vigerende wet- en regelgeving. In Amerika heeft men als gevolg van dit probleem de samenstelling van tuchtcolleges gewijzigd, door ervoor te zorgen dat er bij dit type tuchtklachten minimaal een deskundige in het tuchtcollege op te nemen, die ruime ervaring heeft met echtscheidingen waarbij mogelijk kindermishandeling speelt (Gold 2009).

In Nederland bestaat de mogelijkheid om een zaak voor te leggen aan de kinder-rechter. In de praktijk worden diagnostiek en behandeling echter zelden afgedwongen via de kinderrechter.

Strikt theoretisch beschikken professionals dus wel over mogelijkheden om het dubbele toestemmingsvereiste terzijde te leggen in het belang van het kind, maar door de combinatie van de beschreven drempels maken professionals hier in de praktijk zelden gebruik van. Feitelijk zijn er dus weinig of geen praktische mogelijkheden om iets te doen voor kinderen als ouders om wat voor reden dan ook niet in het belang van hun kinderen handelen. Dit is in strijd met het Internationale Verdrag voor de Rechten van het Kind.

## Wet Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling

De Wet Meldcode heeft evenmin betekenis bij het dilemma van het dubbele toestemmingsvereiste. Deze wet lijkt vooral bedoeld te zijn om afwachten, niets doen en handelingsverlegenheid te doorbreken. Immers, de Meldcode beschrijft wat professionals moeten doen bij vermoedens van geweld. De wetgever wil dat professionals gestructureerd de beslissing te nemen om zelf hulp te organiseren of een melding te doen bij de daarvoor geëigende instanties. Nu zou je kunnen zeggen dat een conflict tussen gezaghebbende ouders over (trauma)diagnostiek en (trauma)behandeling te denken geeft en reden genoeg is om de stappen van de Meldcode te doorlopen. Maar ook het AMHK heeft niets in handen om screening, diagnostiek of behandeling ‘af te dwingen’. Pas als (een van de) ouders de ouderlijke macht wordt ontnomen, kan een voogd het besluit nemen dat diagnostiek en behandeling noodzakelijk zijn. Maar voordat het zover is, zijn er al vele maanden verstreken. Tijd die kinderen niet hebben. Bovendien zal een conflict tussen ouders over (trauma)behandeling er in de praktijk niet toe leiden dat ouders uit de ouderlijke macht worden ontzet.

---

### Ervaren knelpunten

In de praktijk komen we verschillende knelpunten tegen. De WGBO gaat uit van verantwoordelijke en competente ouders die handelen in het belang van hun kind. Een kind is immers niet in staat te reflecteren op de eigen situatie en kan dus ook niet beoordelen of het hulp nodig heeft. Knelpunten komen vrijwel allemaal voort uit het gegeven dat kinderen geen hulpvrager kunnen zijn, maar worden vertegenwoordigd door hun ouders. Dit betekent dat de ouder probleemeigenaar is en in staat moet zijn in het belang van de kinderen te handelen en voor hen om hulp te vragen.

- Bij ernstige psychopathologie bij beide of een van de gezaghebbende ouders is het doorgaans niet mogelijk dat zij steeds in het belang van het kind handelen. De psychopathologie van de ouder, bijvoorbeeld verslaving of psychotische stoornissen, ligt hier aan ten grondslag.

*De wet kent wel de mogelijkheid om ouders uit de ouderlijke macht te ontzetten, maar de wetuitvoerder in Nederland legt daarin de drempels hoog (zware maatregel) en kent geen tijdelijke ontzetting.*

- Bij ernstige psychopathologie bij een of beide gezaghebbende ouders is de ouder vaak nauwelijks in staat om te signaleren dat er hulp nodig is: ouders zijn te veel gericht op zichzelf. Vaak signaleert de school dat er hulp moet komen, maar wordt dit onvoldoende onderkend door ouders.

*Wet- en regelgeving kennen onvoldoende de mogelijkheid dat, wanneer meerdere professionele instanties signaleren dat er forse problematiek is bij het kind, deze bevindingen voldoende zijn om diagnostiek en behandeling mogelijk te maken.*



- Een dilemma doet zich voor als een van beide of beide gezaghebbende ouder(s) de veroorzaker is/zijn van de problematiek. Denk aan verwaarlozing van het kind of seksueel misbruik. De mishandelende/misbruikende ouder heeft vaak nog het gezag, maar zou door het geven van toestemming tevens in het verdachtenbankje terecht kunnen komen: er is namelijk iets gebeurd waar de ouder de veroorzaker van is.

*Wet- en regelgeving kennen onvoldoende mogelijkheden om in geval van dader-schap c.q. veroordeling voor een delict dat gericht is op het kind, de ouder (zo mogelijk tijdelijk) uit de ouderlijke macht te ontzetten. Hij heeft immers niet in het belang van het kind gehandeld tijdens de mishandeling/het misbruik.*

- Beide ouders hebben gezag, maar zijn verwickeld in een vechtscheiding. Een vechtscheiding kenmerkt zich door twee ouders die blijven strijden om de kinderen en daarmee het belang van hun kind niet of onvoldoende in acht nemen. Vaak hebben de ouders een zeer verschillende mening, ook ten aanzien van de kinderen: ‘er zijn geen problemen’ versus ‘ik maak me grote zorgen’. De ouder die geen problemen ziet/ervaart, geeft geen toestemming voor diagnostiek en behandeling, om zo in het kader van de strijd die ander dwars te zitten.

*Wet- en regelgeving gaan ervan uit dat bij de scheiding beide ouders het gezag houden, maar kent geen oplossing voor vechtende ouders die beiden het gezag hebben.*

- Overigens komen conflicten tussen beide gezaghebbende ouders na een scheiding niet altijd voort uit het feit dat de een de ander niets gunt en domweg dwars blijft zitten. Er zijn ook ouders die aangeven dat er signalen zijn van mishandeling en misbruik en die hun kind hier tegen willen beschermen door het weg te houden bij de ouder waarvan men vermoedt (of weet) dat het kind er niet veilig is. Nederland kent geen professionele richtlijnen voor onderzoek in dergelijke situaties waardoor de bevoegde instanties dergelijke zaken niet oppakken (‘je komt er toch niet uit’) of de vermoedens van misbruik en mishandeling interpreteren als een manier om de andere ouder dwars te zitten.

*Wet- en regelgeving zouden ruimte moeten creëren om in dergelijke situaties (forensisch en psychologisch) onderzoek te doen, ook als een of beide ouders hier niet mee instemmen. Gezien de complexiteit van deze problematiek is het van belang dat er heldere professionele richtlijnen worden ontwikkeld voor deze situaties.*

Het is van belang dat professionals in ieder geval een intake en een diagnostisch onderzoek mogen doen op grond waarvan zij de situatie kunnen beoordelen en de noodzaak om al dan niet over te gaan tot behandeling zonder toestemming van één of beide ouders. Mocht uit de intake en het diagnostisch onderzoek naar voren komen dat een kind behandeling nodig heeft, dan zouden hier ook mogelijkheden voor moeten zijn zonder dubbele toestemming. Kinderen in nood kunnen nu eenmaal niet wachten tot hun ouders zover zijn dat ze weer ruimte hebben voor het welzijn van hun kinderen.

## Niet omdat het moeilijk is durven we het niet aan

Wij dringen er op aan om – in het kader van kindermishandeling inclusief huiselijk geweld – een nieuwe richtlijn te ontwikkelen voor het toestemmingsvereiste. In de nieuwe richtlijn moet het belang van mishandelde, misbruikte en verwaarloosde kinderen prevaleren boven het belang van ouders. In potentieel gevaarlijke en traumatiserende situaties voor kinderen moet ook zonder de vereiste toestemming van (beide) gezaghebbende ouders een beoordeling (screening en diagnostiek) kunnen plaatsvinden van de opvoedingssituatie en de problematiek van het kind.

Een van de uitspraken van Seneca, een Romeins schrijver en stoïcijns filosoof, is: ‘Niet omdat het moeilijk is durven we het niet aan, maar omdat we het niet durven is het moeilijk.’ De aanpak van kindermishandeling en seksueel misbruik van kinderen vraagt om daadkracht, volharding en lef. Beleid opschrijven is de eerste stap, beleid faciliteren de volgende.

---

## Literatuur

- College voor Zorgverzekeringen. (2013). *Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2. Op weg naar een toekomstbestendige GGZ*. <http://www.nvgzp.nl/wp-content/uploads/2013/10/CVZ-Advies-Geneeskundige-Geestelijke-Gezondheidszorg-deel-2-juli-2013.pdf>. Geraadpleegd op 2 januari 2015.
- Gold, R. S. (2009). Evaluating child custody cases: Techniques and maintaining objectivity. In S. F. Bucky, J. E. Callan, & G. Stricker (Eds.), *Ethical and legal issues for mental health professionals in forensic settings* (pp. 69–81). New York: Routledge.
- Kuiper, R. M., Dusseldorp, E., & Vogels, A. G. C. (2010). *A first hypothetical estimate of the Dutch burden of disease with respect to negative experiences during childhood*. <http://media.rtl.nl/media/actueel/rtlnieuws/2010/rapportkindermishandeling.pdf>. Geraadpleegd op 2 januari 2015.
- Lanius, R. A., Vermetten, E., & Pain, K. (2010). *The impact of early life trauma on health and disease. The hidden epidemic*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nederlands Jeugdinstituut. (2014). *Dossier Kindermishandeling*. [http://www.nji.nl/nji/dossier-Downloads/Risicofactoren\\_kindermishandeling.pdf](http://www.nji.nl/nji/dossier-Downloads/Risicofactoren_kindermishandeling.pdf). Geraadpleegd op 2 januari 2015.
- Perry, B. D. (2001). The neurodevelopmental impact of violence in childhood. In D. Schetky & E. P. Benedek (Eds.), *Textbook of child and adolescent forensic psychiatry* (pp. 221–238). Washington D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. (2014). *Briefadvies. Samen verder, verder samen. Zorgen voor kinderen met complexe problemen*. Den Haag: RMO.
- Rijksoverheid. (2011). *Kinderen veilig. Actieplan aanpak kindermishandeling 2012–2016*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Struik, A. (2011). Vroegkinderlijke, chronische traumatisering bij kinderen. *GZ-psychologie*, 2, 18–23.
- Tierolf, B., Lünemann, K., & Stekete, M. (2014). *Doorbreken geweldspatroom vraagt gespecialiseerde hulp: Onderzoek naar effectiviteit van de aanpak huiselijk geweld in de G4*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

---

**Drs. Anke van Dijke**, Raad van bestuur van Fier, expertise en behandelcentrum op het terrein van geweld in afhankelijkheidsrelaties.

---

**Drs. Janet van Bavel**, klinisch psycholoog, is manager Kinder- en Jeugdtraumacentrum (KJTC) Haarlem en projectleider Academische Werkplaats Kindermishandeling.

**Drs. Sander van Arum** is hoofd Behandelzaken bij De Waag, centrum voor ambulante forensische psychiatrie.

**Prof. dr. Corine de Ruiter**, hoogleraar Forensische Psychologie aan de Universiteit Maastricht.

**Drs. Marina Reijns**, klinisch psycholoog, is inhoudelijk directeur Fier.

**Drs. Linda Terpstra**, Raad van bestuur van Fier, expertise en behandelcentrum op het terrein van geweld in afhankelijkheidsrelaties.