

Onder toezichtstelling van een ongeboren kind

De mogelijkheid van ondertoezichtstelling van het nog
ongeboren kind bij twijfels over de veiligheid van de thuissituatie

M.W.Bijlsma, J.M.B.Wennink, A.C.Enkelaar, M.H.B.Heres en A.Honig

Bij twee zwangere vrouwen werd tijdens de zwangerschap een zorgmelding bij Bureau Jeugdzorg gedaan met het verzoek om een antenatale ondertoezichtstelling. De eerste patiënte was 27 jaar, gravida 1, para 0. Zij was bekend wegens schizofrenie en impulsief agressief gedrag bij een persoonlijkheidsstoornis, een verleden van terbeschikkingstelling en zorgwekkende zorgmijding. De tweede was een 36-jarige gravida 2, para 1, die bekend was wegens een bipolaire stoornis en de uithuisplaatsing van een eerder kind. Voor eerstgenoemde patiënte volgde ondertoezichtstelling van de ongeboren vrucht. Bij de andere patiënte werd het verzoek afgewezen. Tien dagen na de geboorte volgde bij een ontspoorde thuissituatie alsnog ondertoezichtstelling. Vóór de geboorte kan op basis van maternale kenmerken een relevante risicotaxatie gemaakt worden. Het is mogelijk om een ongeboren vrucht vanaf 24 weken amenorroeduur onder toezicht te laten stellen. Hiermee wordt voorkomen dat een gezonde zuigeling langdurig wordt opgenomen in een ongezonde prikkelarme ziekenhuisomgeving. Ook voorkómt men zo de stressvolle situatie die kan ontstaan als ouders, wanneer het onderzoek naar de thuissituatie nog gaande is, hun pasgeboren kind dreigen weg te halen uit het ziekenhuis.

Het komt voor dat hulpverleners tijdens de zorg voor een zwangere vrouw grote twijfels hebben of het aanstaande gezin de minimale zorg voor de pasgeborene zal kunnen bieden. Te denken valt aan een zwangere met een ernstige psychiatrische stoornis of ernstige verslavingsproblematiek. Met die twijfels kan men zich melden bij een Bureau Jeugdzorg. Na onderzoek van de thuissituatie kan Bureau Jeugdzorg de zaak verder geleiden naar de Raad voor de Kinderbescherming. De Raad kan vervolgens de kinderrechtverzoeken het kind onder toezicht te stellen, met of zonder uithuisplaatsing.

Regelmatig ontstaat echter vlak na een geboorte een onduidelijke situatie omdat er nog geen voorlopige ondertoezichtstelling (VOTS) is uitgesproken. Als ouders hun kind dreigen weg te halen uit het ziekenhuis voordat het onderzoek van de Raad voor de Kinderbescherming is afgerond, moet met spoed een VOTS worden afgegeven. Dit leidt tot stressvolle situaties en is nadelig voor alle betrokkenen.

Het is gebruikelijk dat de pasgeborene in afwachting van de uitspraak en het inschakelen van verdere hulpverlening in het ziekenhuis verblijft. Zo kan het gebeuren dat een gezonde pasgeborene zijn eerste levensweken doorbrengt in een prikkelarme omgeving met hoge kans op infectie en het risico op onnodige medische interventies, hetgeen niet bevorderlijk is voor de ontwikkeling. In een recent artikel in dit tijdschrift bepleitten Leeuwenburgh-Pronk et al. het onderzoek naar de thuissituatie al vóór de geboorte te starten, zodat men direct na de bevalling een VOTS kan aanvragen^[1]. De auteurs vermeldden niet dat de kinderrechtverzoeken ook al vóór de geboorte een ondertoezichtstelling kan uitspreken. Hiermee hebben wij de laatste jaren goede ervaringen opgedaan.

In dit artikel geven wij informatie aan de hand van twee patiëntencasussen over de mogelijkheid antenataal een ondertoezichtstelling aan te vragen. Relevante juridische aspecten van, de indicatiestelling voor, en mogelijke voordelen van deze interventie zullen worden besproken.

Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Postbus 9243, 1006 AE Amsterdam. Afd. Kindergeneeskunde: M.W.Bijlsma, arts in opleiding tot kinderarts; mw.dr.J.M.B.Wennink, kinderarts. Afd. Gynaecologie: mw.dr.M.H.B.Heres, gynaecoloog. Afd. Psychiatrie: hr.dr.A.Honig, psychiater. Arrondissementsrechtbank Amsterdam, Amsterdam. Mw.mr.A.C.Enkelaar, kinderrechtverzoeker. Correspondentieadres: mw.dr.J.M.B.Wennink (h.wennink@slaz.nl).

Ziektegeschiedenissen

Patiënt A, een 27-jarige gravida 1, para 0, zagen wij in het eerste trimester van de zwangerschap op de gezamenlijke polikliniek Pediatrie, Obstetrie en Psychiatrie, die eerder in dit tijdschrift werd beschreven.^[2] De huisarts had patiënte verwezen in verband met een forensisch psychiatrische voorgeschiedenis, psychofarmacagebruik en actuele psychiatrische symptomen. Bij patiënte waren verschillende diagnoses gesteld, waaronder schizofrenie en borderline persoonlijkheidsstoornis, en mogelijk was er een incestverleden.

Patiënte gebruikte olanzapine 20 mg en tot in het begin van de zwangerschap oxazepam 200 mg en clonazepam 60 mg, en tevens dagelijks cannabis. De zwangerschap was ongepland en ongewenst. Patiënte leefde van een uitkering en had sinds 9 maanden contact met de biologische vader. Zij bleek geen vaste woon- of verblijfplaats te hebben. Gezien de ernstige psychiatrische stoornissen en het psychofarmacagebruik in de zwangerschap werd besloten de obstetrische zorg van de eerste lijn over te nemen en werden extra obstetrische controleafspraken gemaakt. De ambulante forensisch psychiatrische behandeling werd herstart.

Na een meningsverschil met de gynaecoloog ontrok patiënte zich vervolgens echter aan de obstetrische controles, zodat het onmogelijk werd om adequate prenatale zorg te bieden. Op grond hiervan werd haar behandelend psychiater geadviseerd om antenataal een VOTS aan te vragen bij de Raad voor de Kinderbescherming. Om onbekende redenen besloot de psychiater het advies niet op te volgen. De kinderarts deed vervolgens een zorgmelding bij Bureau Jeugdzorg en verzocht om een ondertoezichtstelling van het ongeboren kind. Deze werd in het derde trimester van de zwangerschap door de kinderrechtter uitgesproken. De verdere hulpverlening kon nog tijdens de zwangerschap ingeschakeld worden, zodat het kind 1 dag na de geboorte in een pleeggezin geplaatst kon worden en niet onnodig lang in het ziekenhuis hoefde te verblijven.

Patiënt B, een 36-jarige gravida 2, para 1, zagen wij in het eerste trimester van de zwangerschap op de gezamenlijke polikliniek Pediatrie, Obstetrie en Psychiatrie. Patiënte was verwezen in verband met psychofarmacagebruik in de graviditeit en een psychiatrische voorgeschiedenis. Zij was bekend wegens een bipolaire stoornis met manische en depressieve episodes. De laatste psychische decompensatie was 2,5 jaar eerder, vlak voor de eerste zwangerschap. Het eerste kind was wegens de psychiatrische problemen van patiënte uit huis geplaatst. Het contact was in de loop van de jaren niet verder gekomen dan een bezoekenregeling. De nieuwe vriend van patiënte, de biologische vader bij deze zwangerschap, was bekend

wegens schizofrenie. Beiden leefden van een uitkering. Ten tijde van het eerste contact voelde patiënte zich goed en waren er geen kenmerken van manie of depressie. Zij gebruikte haloperidol 5 mg 1 dd. De psychiater, de gynaecoloog en de kinderarts deden een zorgmelding bij Bureau Jeugdzorg met het verzoek om het kind vóór de geboorte onder toezicht te laten plaatsen. Voorts werd een klinisch kraambed geadviseerd en werd gespecialiseerde thuiszorg aangevraagd. Bureau Jeugdzorg zag echter geen indicatie voor een melding bij de Raad voor de Kinderbescherming en daardoor werd geen antenatale VOTS aangevraagd.

Tijdens het klinisch kraambed viel op dat patiënte gespannen, onzeker en afstandelijk was in het contact met haar kind. Zij had moeite met de juiste volgorde van de praktische zorgtaken. Het steunsysteem bleek weinig adequaat. Er werd nogmaals een zorgmelding gedaan bij Bureau Jeugdzorg. Vijf dagen na de bevalling nam moeder haar kind mee naar huis. De tiende dag post partum werd het kind door de crisisdienst uit huis gehaald omdat de thuissituatie was ontspoord. Er waren aanwijzingen dat de zuigeling ondervoed was. Uiteindelijk werd het kind in een pleeggezin geplaatst.

Beschouwing

Risicofactoren voor een zorgwekkende opvoedsituatie

Bij beide beschreven zwangere vrouwen kunnen de volgende risicofactoren herkend worden voor een zorgwekkende opvoedsituatie: ernstige psychiatrische problematiek, persoonlijkheidsstoornis gekenmerkt door agressie en instabiele relaties, als kind slachtoffer zijn geweest van mishandeling, drugsgebruik, zwerfgedrag, zorgwekkende zorgmijding, gebrekkige sociale steun, de aanwezigheid van een partner met ernstige psychiatrische problematiek en het feit dat een eerder kind uit huis is geplaatst. Het is op basis van deze kenmerken mogelijk om een risicotaxatie te maken voor aanstaande verwaarlozing of kindermishandeling.

Screeningsinstrumenten

Voor de vroegtijdige signalering van onveilige thuissituaties zijn verschillende screeningsinstrumenten ontwikkeld. Uit een systematische review van de literatuur kan geconcludeerd worden dat twee instrumenten bruikbaar zijn om in de antenatale periode een relevante en gevalideerde risicotaxatie te maken: de 'Dunedin family services indicator' en de 'Kempe family stress inventory'. Met gegevens verkregen uit een semigestructureerd interview wordt een tien items tellende checklist doorlopen. De score wordt per item opgeteld en de som bepaalt of de ouders tot een categorie met een hoog risico behoren. Beide instrumenten kunnen door onder andere een verpleegkundige of een maatschappelijk

tabel 1. Screeningsinstrumenten om in de antenatale periode onveilige thuissituaties op te sporen voor het te verwachten kind op grond van kenmerken van de aanstaande moeder, met testkarakteristieken ^[3-5]

instrument	criterium voor onveiligheid	sensitiviteit (in %)	specificiteit (in %)	positief voorspellende waarde (in %)	negatief voorspellende waarde (in %)
'Dunedin family services indicator'	meldingen van vermoedens van kindermishandeling binnen 2 jaar na de geboorte	100 (99,9-100)	87,3 (82,6-91,5)	48,1 (35,8-62,4)	100 (99,9-100)
'Kempe family stress inventory'	eenduidig bewijs van mishandeling of verwaarlozing binnen 2 jaar na de geboorte	80 (63,9-93,2)	91,9 (87,9-95,2)	52,6 (38,2-69,1)	97,6 (95,1-99,3)

werker in de prenatale periode worden afgenomen. Voor Nederland zou mogelijk de 'Child abuse risk evaluation-Nederland' (CARE-NL) gebruikt kunnen worden. Dit is een instrument voor het schatten van het risico op mishandeling bij kinderen van alle leeftijden. Het bestaat uit veertien risicofactoren, waarvan er elf geen directe betrekking hebben op het kind. Retrospectief onderzoek naar de validiteit van de CARE-NL bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling gaf een goede voorspellende waarde voor latere ondertoezichtstelling ('area under the curve' (AUC) = 0,73). Prospectief onderzoek naar de testkarakteristieken van de CARE-NL is gaande.^[7]

Bij moeders met een ernstige psychiatrische stoornis is onderzoek gedaan naar de maternale kenmerken die voorspellen of het kind na de geboorte onder toezicht gesteld zal gaan worden. Onderzoekers in Frankrijk en België hebben gekeken naar de karakteristieken van moeders die samen met hun enkele weken oude kind werden opgenomen op een moeder-kindunit. De opnamen waren in het kader van acute of chronische psychiatrische problematiek en ter inventarisatie van zorgmogelijkheden van de moeder. Van de kinderen was bij ontslag 28% onder toezicht geplaatst, bij moeders met schizofrenie of een chronische psychotische stoornis was dit 55%^[8]. Vergelijkbaar onderzoek werd gedaan in het Verenigd Koninkrijk^[9]. Van alle vrouwen die in verband met een psychiatrische stoornis samen met hun pasgeborene werden opgenomen op een moeder-kindunit was 23% van de kinderen bij ontslag onder een vorm van toezicht gesteld. Van de groep moeders die specifiek ter evaluatie van hun zorgcompetentie werden opgenomen, werd 58% onder een vorm van toezicht geplaatst. De diagnose 'schizofrenie' deed de kans op ondertoezichtstelling met een oddsratio van 5,16 toenemen. Voor een persoonlijkheidsstoornis bedroeg de oddsratio 9,29. Een lage socio-economische status, een partner met psychiatrische problematiek of een overigens zwak steunsysteem hadden elk een oddsratio van 2-4^[9].

De kinderrechter kan gevraagd worden een kind onder toezicht te stellen in het geval van ernstige bedreiging van de gezondheid, de zedelijke of de psychische belangen van de minderjarige, als andere middelen ter afwending hebben gefaald of zullen falen (art. 1:254 Burgerlijk Wetboek; BW). Terwijl het onderzoek voor de ondertoezichtstelling nog aan de gang is, kan de minderjarige voorlopig onder toezicht worden gesteld voor ten hoogste 3 maanden (art. 1:255 BW). Bij het uitspreken van een VOTS benoemt de kinderrechter een gezinsvoogdij-instelling, die vervolgens een voogd aanstelt.

Ondertoezichtstelling al vóór de geboorte

Het is mogelijk om een kind al vóór de geboorte onder toezicht te stellen. Volgens de wet wordt een kind tijdens de zwangerschap reeds als geboren aangemerkt, zo dikwijls als zijn belang dat vordert (art. 1:2 BW). Om tegenstrijdigheid met de Nederlandse abortuswetgeving te voorkomen, is de opvatting gangbaar dat pas na de wettelijk toegestane abortustermijn van 24 weken de vrucht als persoon kan worden aangemerkt. Ook in de Europese jurisprudentie is er een tendens tot rechtsbescherming vanaf een zwangerschapsduur van 24 weken. Vanaf deze termijn dient het belang van de ongeboren vrucht derhalve afgewogen te worden tegen andere belangen. Aanvankelijk werd hierbij vooral gedacht aan een financieel belang. Het Internationaal Verdrag van de Rechten van het Kind stelt in artikel 3 lid 1 dat bij iedere beslissing die een kinderrechter neemt het belang van het kind de eerste overweging dient te zijn. Mede hierdoor wordt 'belang' inmiddels ruim geïnterpreteerd. Een voorbeeld van deze ruime interpretatie is de VOTS met directe uithuisplaatsing die door de kinderrechter werd uitgesproken over het vijfde toen nog ongeboren kind van een zwakbegaafde moeder^[10]. De Raad voor de Kinderbescherming was verzocht om te handelen in het belang van het nog ongeboren kind door de gezinsvoogd van de eerdere kinderen van moeder. Zij waren alle vier uit huis geplaatst.

Direct na de bevalling werd de pasgeborene toevertrouwd aan het pleeggezin dat al enkelen van de andere kinderen verzorgde. Het onder toezicht stellen van een ongeboren kind lijkt de laatste jaren vaker te gebeuren. Deze tendens is ook in ons ziekenhuis waar te nemen.

Conclusie en aanbevelingen

Het is mogelijk om al tijdens de zwangerschap aan de hand van maternale kenmerken een relevante risicotaxatie te maken over de veiligheid van de aanstaande thuissituatie. De genoemde risicotaxatie-instrumenten bieden de clinicus een handvat om de risico's gestructureerd te inventariseren en te kwantificeren. Bij ernstige zorgen kan de kinderrechtter vanaf een zwangerschapstermijn van 24 weken een VOTS uitspreken.

Deze mogelijkheden scheppen de verantwoordelijkheid om structureel aandacht te besteden aan de veiligheid van de thuissituatie en zo nodig reeds tijdens de zwangerschap een melding te doen bij een Bureau Jeugdzorg. Dit geldt niet alleen voor de volwassenenzorg binnen de GGZ, maar ook voor huisartsen, gynaecologen, verloskundigen en kinderartsen. Anders dan nog wel eens wordt geopperd, is het beroepsgeheim géén onoverkomelijke reden om een zaak niet te melden. In tabel 2 doen wij op basis van onze ervaringen en de besproken literatuur een voorstel voor enkele situaties waarin een antenatale VOTS overwogen kan worden.

Het antenataal regelen van een VOTS kan belangrijke voordelen hebben voor alle betrokkenen. Daarmee voorkómt men namelijk de onduidelijke situatie waarin nog geen ondertoezichtstelling is uitgesproken, maar wel onderzoek gaande is naar de thuissituatie. Met een antenatale VOTS voorkómt of bekort men bovendien de opname van gezonde pasgeborenen in het ziekenhuis, een ongezonde prikkelarme omgeving. Verder kan men met een antenatale VOTS vermijden dat er blootstelling plaatsvindt aan schadelijke invloeden van de thuissituatie. Het vervroegen van onderzoek en VOTS-uitspraak maakt het mogelijk om ondersteunende hulpverlening reeds bij de geboorte geregeld te hebben. Tijdens de zwanger-

schap is er tijd om de relevante informatie in te winnen en de taken onderling te verdelen. De arts hoeft dan niet rond de bevalling met spoed een procedure op te starten waarvoor de relevante argumentatie voornamelijk bij eerdere hulpverleners te vinden is. Zo kan het antenataal overwegen van een VOTS goed zijn voor alle betrokkenen. Ongeveer 1 op de 5 zwangere vrouwen en kraamvrouwen lijdt aan een psychiatrische aandoening^[2]. In het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis is vanuit de vakgroepen Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie voor deze doelgroep een expertise- en behandelcentrum opgericht in Amsterdam (www.poppoli.nl). Deze specifieke multidisciplinaire benadering maakt preventief werken mogelijk.

Dit artikel verscheen eerder in het NTVG.2008 12 april; 152e.v.

Literatuur

- [1] Leeuwenburgh-Pronk WG, Vries MC de, Clement-de Boers A. Multidisciplinaire benadering nodig bij neonataal abstinentiesyndroom. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2006;150:761-5.
- [2] Wewerinke A, Honig A, Heres MHB, Wennink JMB. Psychiatrische stoornissen bij zwangeren en kraamvrouwen. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2006;150:294-8.
- [3] Peters R, Barlow J. Systematic review of instruments designed to predict child maltreatment during the antenatal and postnatal periods. *Child Abuse Review.* 2003;12:416-39.
- [4] Murphy S, Orkow B, Nicola RM. Prenatal prediction of child abuse and neglect: a prospective study. *Child Abuse Negl.* 1985;9:225-35.
- [5] Muir RC, Monaghan SM, Gilmore RJ, Clarkson JE, Crooks TJ, Egan TG. Predicting child abuse and neglect in New Zealand. *Aust N Z J Psychiatry.* 1989;23:255-60.
- [6] Hermanns J, Öry F, Schrijvers G. Helpen bij opgroei en opvoeden: eerder, sneller beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen. Inventgroep. Utrecht: Julius Centrum; 2005.
- [7] Rüter C de, Pollmann P. De risico's van kindermishandeling. *Tijdschrift over Kindermishandeling.* 2003;17:18-21.
- [8] Glangeaud-Freudenthal NM. Mother-baby psychiatric units (MBUs): national data collection in France and in Belgium (1999-2000). *Arch Womens Ment Health.* 2004;7:59-64.
- [9] Howard L, Shah N, Salmon M, Appleby L. Predictors of social services supervision of babies of mothers with mental illness after admission to a psychiatric mother and baby unit. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003;38:450-5.
- [10] Rechtbank Utrecht, 3 juni 2004. *Tijdschrift voor Familie- en Jeugdrecht.* 2005;98:262.

tabel 2. Indicaties voor het overwegen van een antenatale voorlopige ondertoezichtstelling

- situatie van zorgwekkende zorgmijders, waarbij een adequate follow-up niet te verwachten valt
- zwangeren zonder vaste woon- of verblijfplaats
- zwangeren met een ernstige psychiatrische stoornis met agressiviteit, impulsiviteit en instabiliteit die kan resulteren in verwaarlozing of mishandeling van het kind
- een eerder kind dat onder toezicht staat of uit huis is geplaatst
- ernstige verslavingsproblematiek
- in combinatie met bovenstaande: een laag opleidingsniveau, sociale deprivatie, afwezigheid van een partner of aanwezigheid van een partner met psychiatrische problematiek