



Celine Schweizer, 2009

Protocol Huiselijk Geweld

Inclusief Kindermishandeling.

Voor u ligt het protocol Huiselijk Geweld. Dit protocol is tweeledig. Er is een protocol voor medewerkers die te maken krijgen met Huiselijk Geweld en als onderdeel van het protocol Huiselijk Geweld is er een protocol Kindermishandeling. Het is een leidraad voor medewerkers die bij hun werk te maken krijgen met Huiselijk Geweld en Kindermishandeling of een vermoeden hiervan.

In november 2005 is door een afgevaardigde van de Raad van Bestuur het provinciale samenwerkingsconvenant Ketenaanpak Huiselijk Geweld! ondertekend. In dit convenant zijn betrokkenen overeen gekomen in samenwerking met elkaar het huiselijk geweld te zullen aanpakken. De basis van de samenwerkingsafspraken, zoals ze in het convenant zijn vastgelegd, is een door alle deelnemende organisaties onderschreven en uit te dragen houding van de gezamenlijke verantwoordelijkheid met als doel het signaleren, behandelen en daarmee het stoppen van het huiselijk geweld in Flevoland. Om de bijdrage van de toenmalige IJsselmeerziekenhuizen, de huidige MC|Groep, in dit convenant te kunnen waarborgen is er in maart 2006 een projectgroep geïnstalleerd. Deze projectgroep kreeg de taak het implementeren van een signaleringsprotocol huiselijk geweld en het implementeren van een signaleringsprotocol kindermishandeling gestalte te geven. Daarnaast zal zij zich in moeten zetten om een actieve rol in de keten aanpak te spelen. Om dit te realiseren is er in beide gevallen een aandachtsfunctionaris aangesteld die de signalering actief verbindt aan andere instellingen.

Inmiddels wordt het ziekenhuis bestuurd door de MC|Groep en is een protocol tot stand gekomen en is er enkele jaren ervaring opgedaan met het signaleren en alles wat daar bij komt kijken. Meer hierover kan gelezen worden in de jaarverslagen.

Januari 2010

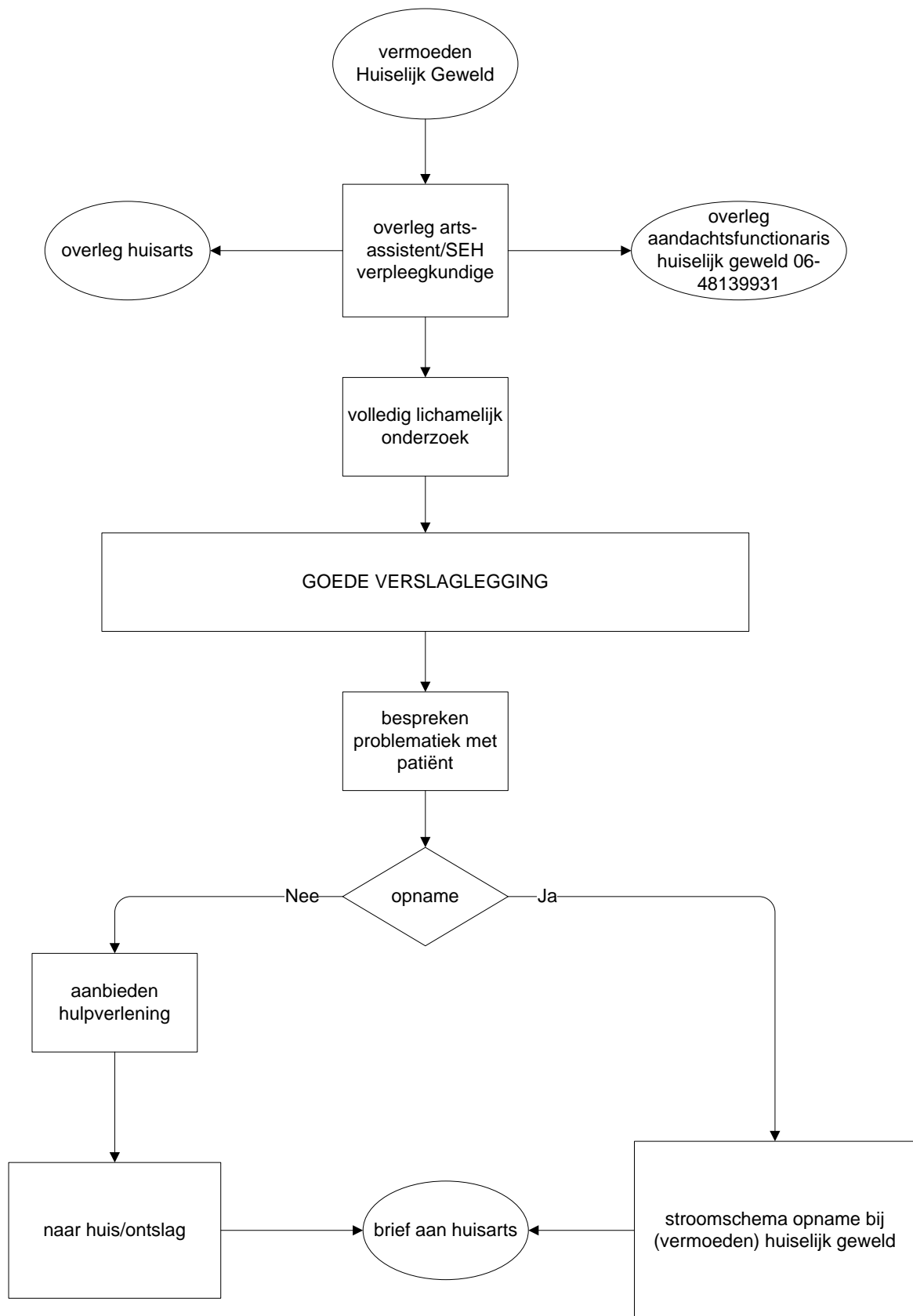
Projectgroep Huiselijk Geweld/Kindermishandeling:

Projectleider: Petra Smit-Duin, teamleider SEH/behandelpoli, opgevolgd door Lia Verheul-Schouten, hoofd SEH/behandelpoli;
Bianca Matthijsse, verpleegkundige SEH;
Joyce Goris-de Geus, kinderarts; opgevolgd door Annelies Walrave, kinderarts;
Rik Discart, chirurg, opgevolgd door Rik Gilberts†, chirurg;
Ingrid van der Drift, orthopedagoog generalist NVO;
Ans Dohmen-Bakker, hoofd vrouw-kind cluster;
Jolanda Winters-Vierhuizen, medisch maatschappelijk werker;
Lot Wijnand, secretaresse clustermanagement acuut/ambulant, opgevolgd door Marijke Beele, inmiddels vertrokken.

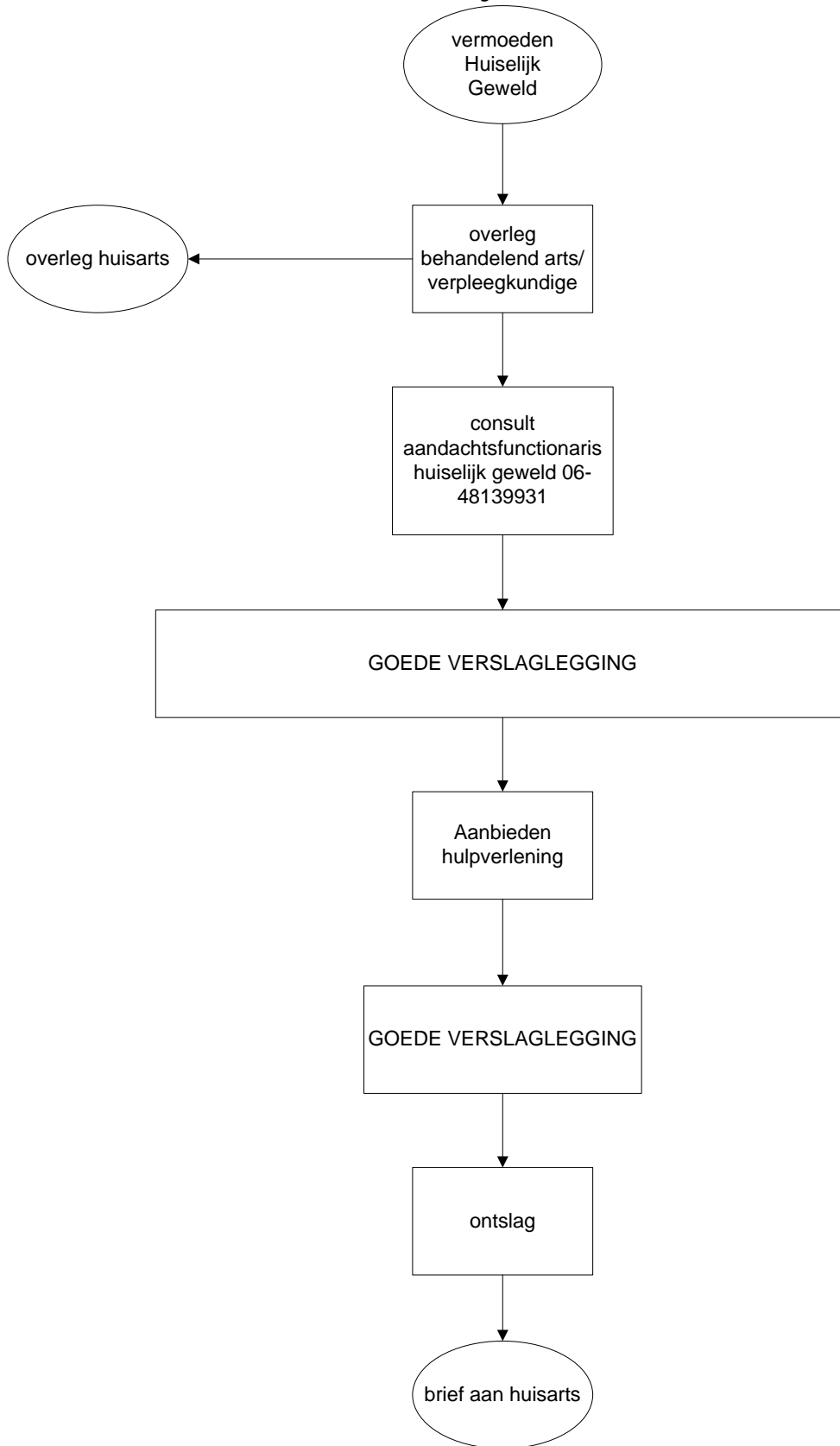
Afbeelding voorzijde is gemaakt door kunstenaar Celine Schweizer,
www.celineschweizer.nl

DEEL 1	HANDELINGSPROTOCOL	pagina
	• Signaleren huiselijk geweld op de SEH	4
	• Signaleren huiselijk geweld in de kliniek	5
	• Signaleren huiselijk geweld in de polikliniek	6
	• Opname bij (vermoeden) Huiselijk Geweld	7
	• Toelichting stroomschema's signaleren huiselijk geweld	8
	• Signaleren kindermishandeling SEH	9
	• Signaleren kindermishandeling in de kliniek	10
	• Signaleren kindermishandeling in de polikliniek	11
	• Opname bij (vermoeden) kindermishandeling	12
	• Toelichting stroomschema's signaleren kindermishandeling	13
DEEL 2	READER	17
	Definitie van Huiselijk Geweld	18
	Vormen van Huiselijk Geweld	19
	Hoe is Huiselijk Geweld te herkennen? (signaleringslijst)	20
	1. Volwassenen mishandeling	22
	1a. Allochtonen mishandeling	23
	1b. Ouderen mishandeling	25
	2. Kindermishandeling	27
	2.1 Inleiding, uitgangspunten	27
	2.2 Kindermishandeling, verschijningsvormen	30
	2.3 Signalen en symptomen	32
	2.4 Diagnostiek	35
	2.5 Aanvullingen m.b.t. seksueel misbruik	41
	2.6 Differentiaal onderzoek	45
	2.7 Tot slot	46
	2.8 Osteogenesis Imperfecta	47
	2.9 Medische verslaglegging	49
	2.10 Gespreksvoering	51
	2.11 Intramurale en extramurale samenwerking	54
	2.12 Advies, vragen over en melden van een vermoeden kindermishandeling	57
	2.13 De Raad van de kinderbescherming	60
	2.14 De politie, afdeling jeugd en zedenzaken (JZP)	61
	2.15 Medische juridische aspecten van kindermishandeling	62
	Geraadpleegde literatuur	68
	Richtlijn KNMG Kindermishandeling	69

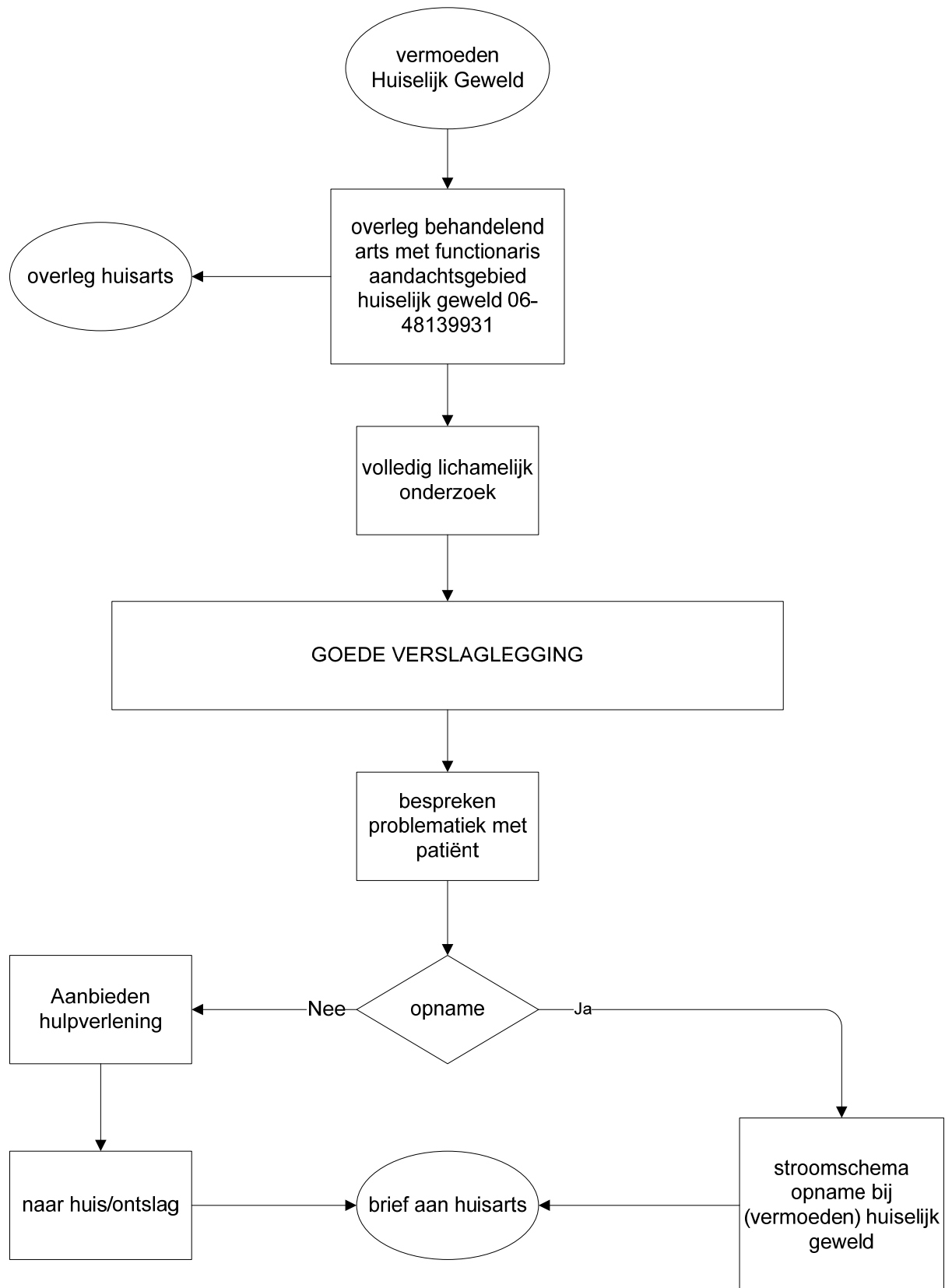
SIGNALEREN HUISELIJK GEWELD OP DE SEH



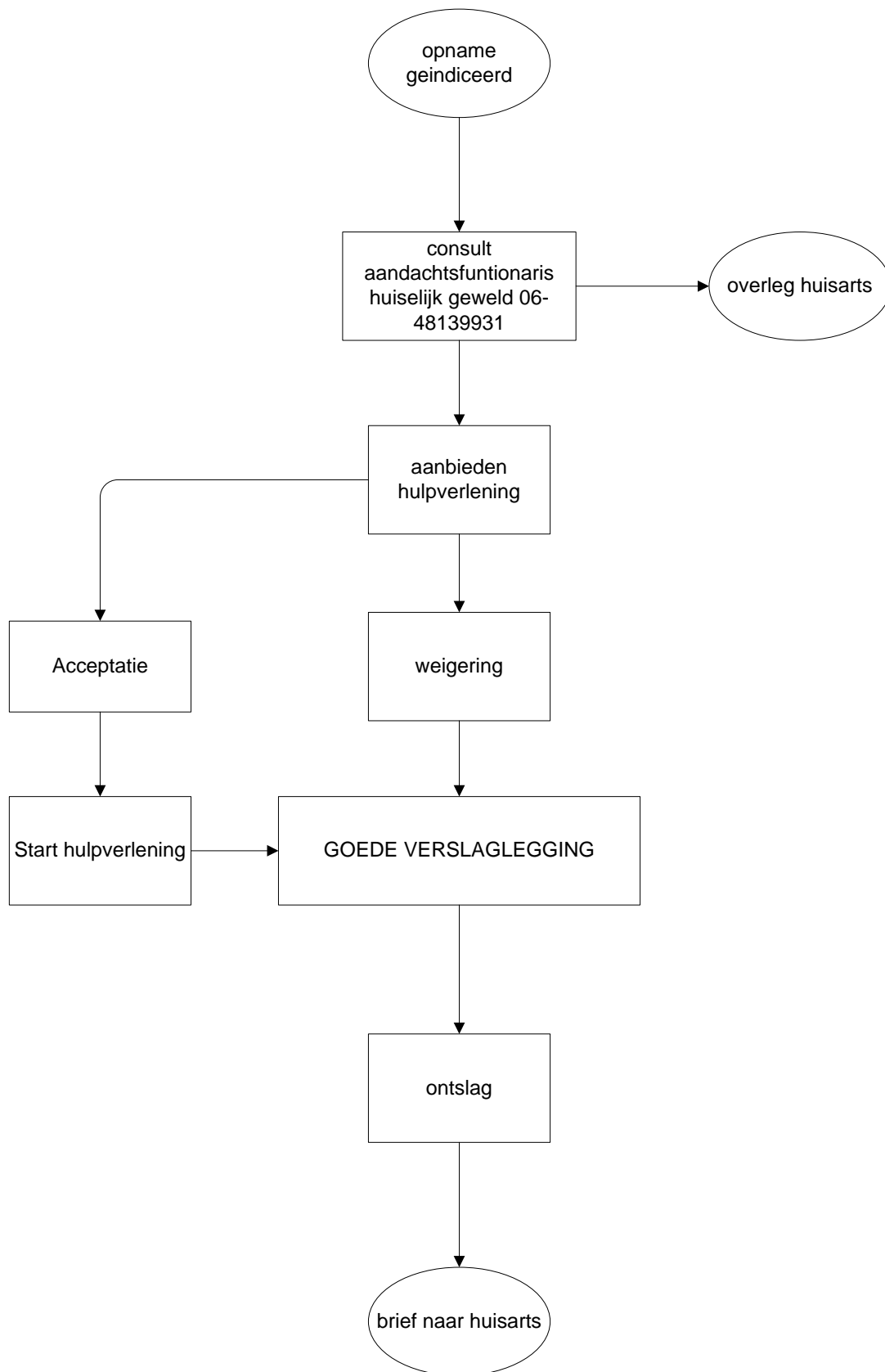
SIGNALEREN HUISELIJK GEWELD IN DE KLINIEK



SIGNALEREN HUISELIJK GEWELD OP DE POLI



OPNAME BIJ (VERMOEDEN) HUISELIJK GEWELD



1. Vermoeden huiselijk geweld

Zodra het vermoeden bestaat dat er mogelijk sprake is van huiselijk geweld, zal de arts(-assistent) en/of (SEH) verpleegkundige proberen een indruk te krijgen over de presentatie van de klacht of het ongeval.

De volgende vragen kunnen hierbij ondersteunend zijn:

- Klopt het verhaal met wat je ziet?
- Is dit een gebruikelijke plaats voor letsel?
- Blijft het verhaal kloppen?
- Zijn er adequate maatregelen genomen?

Indien bij 1 van de vragen het antwoord nee is, ga door met stap 2.

2. Overleg arts(-assistent)/(SEH) verpleegkundige

De arts(-assistent) en (SEH) verpleegkundige houden ruggespraak. Desgewenst wordt er contact gelegd met de behandelend arts.

3. Overleg huisarts

Desgewenst kan telefonisch contact worden gelegd met de huisarts.

4. Consult aandachtsfunctionaris huiselijk geweld

Binnen kantoor tijden kan via het medisch maatschappelijk werk een beroep worden gedaan om te overleggen met de aandachtsfunctionaris huiselijk geweld.

Buiten kantooortijden kan de aandachtsfunctionaris Huiselijk Geweld gebeld worden op 06 48139931.

5. Volledig lichamelijk onderzoek

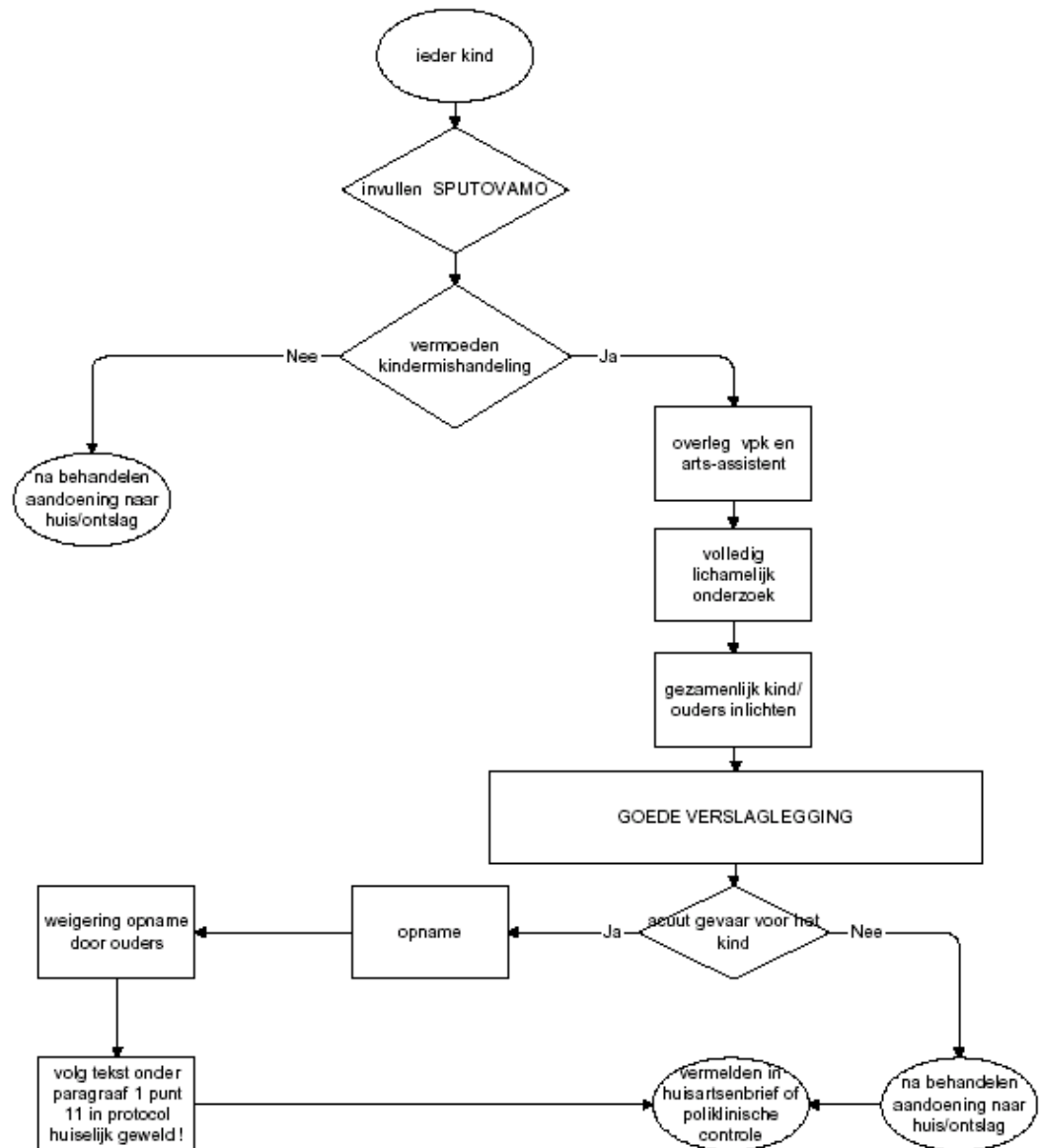
6. Goede verslaglegging

Raadpleeg bij het vastleggen van de gegevens hoofdstuk 4.4.4 Specifiek van het protocol Huiselijk Geweld.

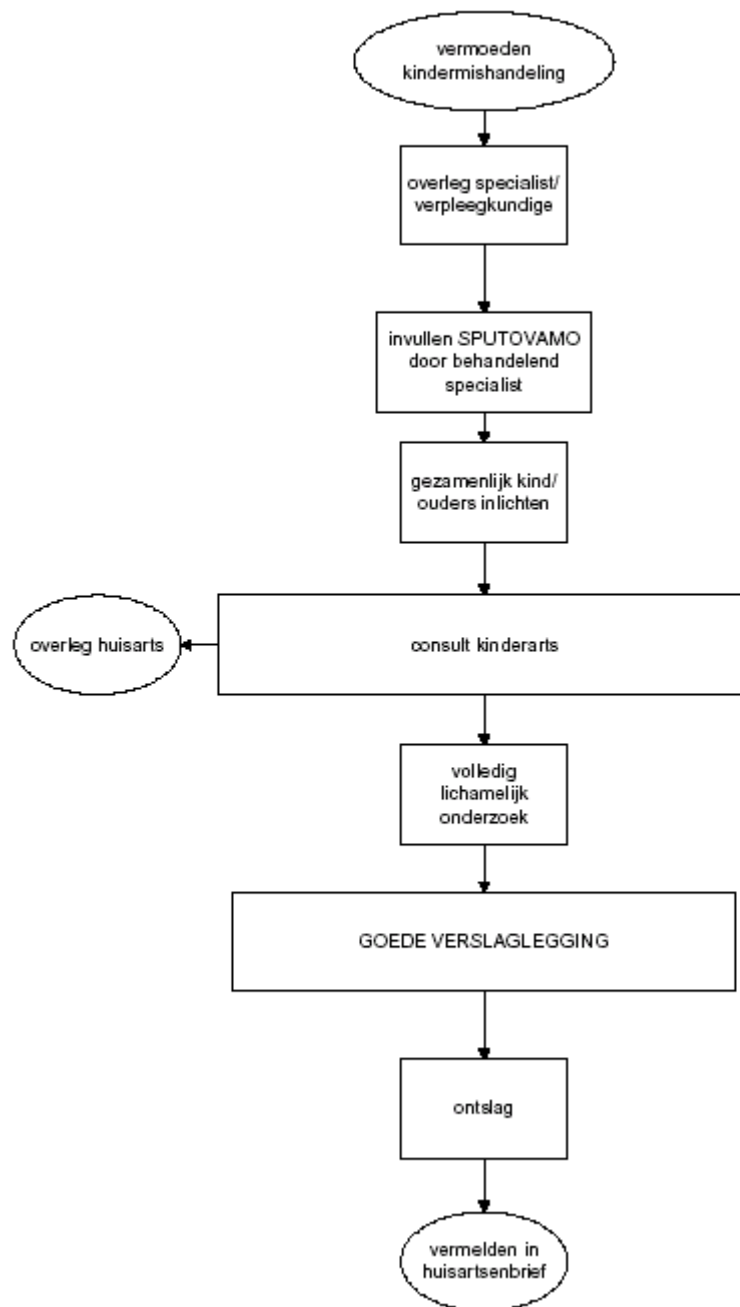
Wees objectief en gedetailleerd.

7. Bespreken problematiek met patiënt

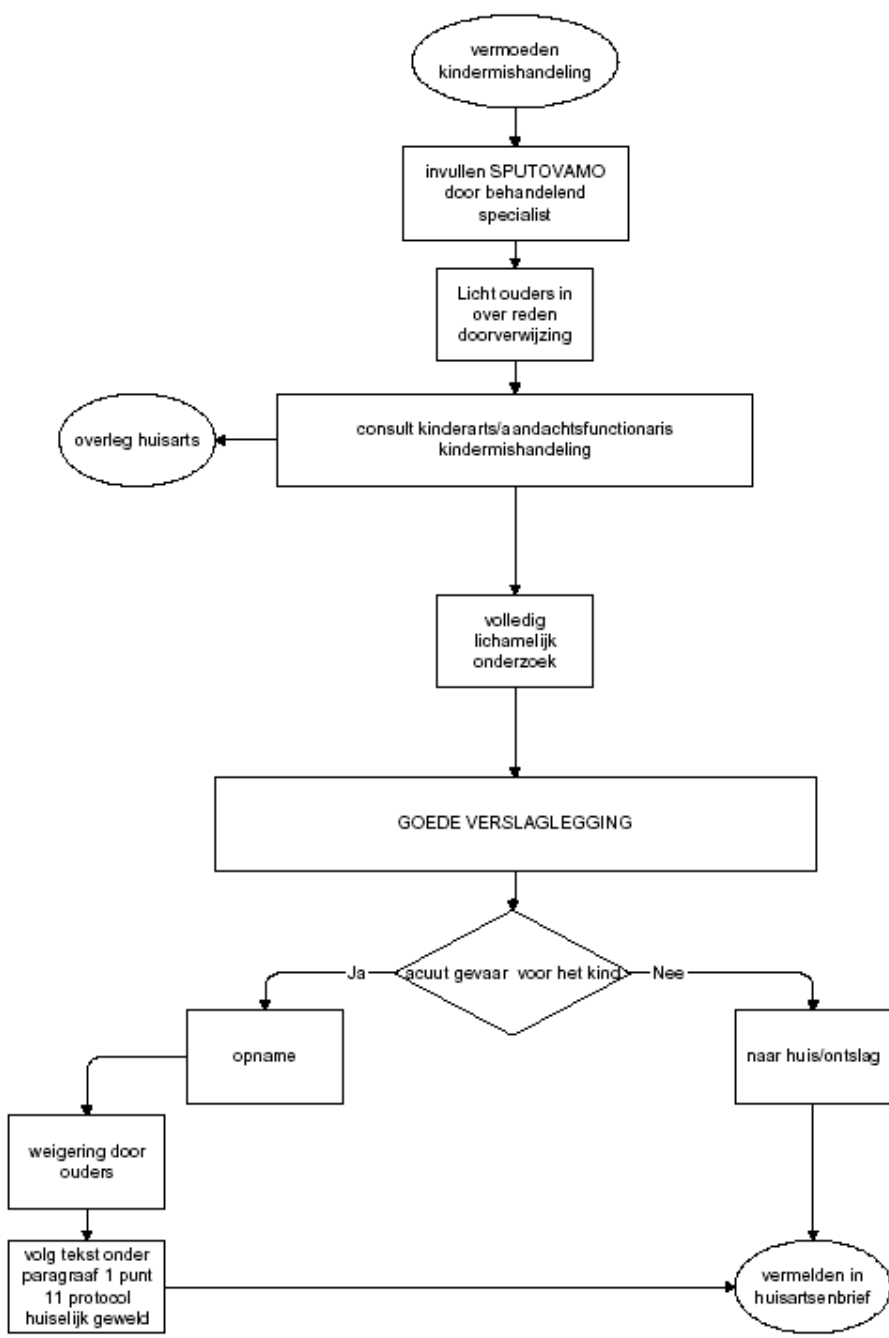
Signaleren kindermishandeling SEH



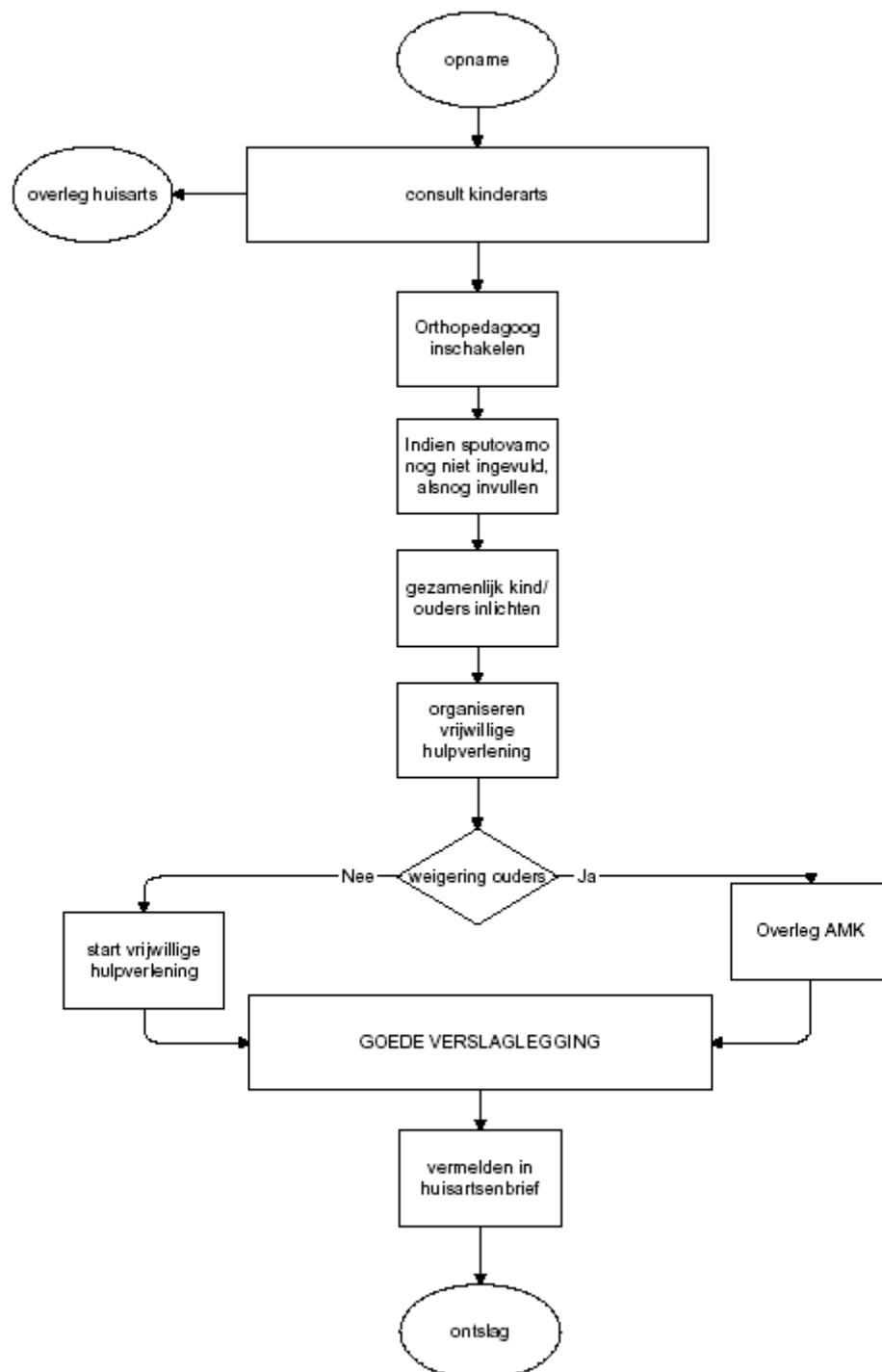
Signaleren kindermishandeling in de kliniek



Signaleren kindermishandeling op de poli



Opname bij (vermoeden) kindermishandeling



1. Vermoeden Kindermishandeling op de SEH

Bij ieder kind tot 18 jaar dat de SEH bezoekt dient een signaleringsformulier ingevuld te worden. Dit formulier verschijnt automatisch op het scherm bij ieder kind.

Wanneer één van de vragen positief wordt beantwoord, moet het volledige SPUTOVAMO formulier worden ingevuld.

De ingevulde SPUTOVAMO formulieren op de SEH worden via de administratie doorgestuurd naar de aandachtsfunctionaris kindermishandeling (zie stroomdiagram) De aandachtsfunctionaris screent alle formulieren en sluit deze kort met de behandelend arts. Desgewenst volgen acties.

2. Vermoeden kindermishandeling in de kliniek/polikliniek

Bij kinderen in de kliniek of op de polikliniek waarbij een vermoeden speelt dat het kindermishandeling betreft, dient ook een SPUTOVAMO formulier te worden ingevuld. De ingevulde formulieren van de kliniek en polikliniek dienen te worden verstuurd naar de aandachtsfunctionaris kindermishandeling (zie telefoonboekje).

3. Invullen SPUTOVAMO

Dit formulier is digitaal beschikbaar in de SEH module.

De arts-assistent en de SEH verpleegkundige zijn samen verantwoordelijk voor het invullen van dit formulier.

Op de afdeling en polikliniek kan een kopie van het formulier uit de SEH module worden gebruikt. De behandelend arts en/of verpleegkundige zijn verantwoordelijk dat het formulier op de afdeling of polikliniek wordt ingevuld.

Het formulier bevat volgende vragen (ter ondersteuning lees ook par. 2.2 en 2.3 van het protocol Huiselijk Geweld).

1. Is er sprake van letsel?
 - Zo nee, is er een duidelijke verklaring voor de klacht?
 - Van welk letsel/lichamelijke klacht is er sprake?
 2. Wat is de plaats van het letsel?
 - Is het een gebruikelijke plaats voor dit soort letsel?
 - Zo nee, geef aan waarom niet.
 3. Ziet het letsel er gebruikelijk uit?
 - Zo nee, geef aan waarom niet.
 4. Klopt uiterlijk letsel met opgegeven ouderdom?
 - Hoe oud schat u het letsel?
 5. Komt de verklaring oorzaak en letsel overeen met plaats en uiterlijk en ouderdom letsel?
 - zo nee, wat voorverklaring wordt er gegeven en waarom klopt dit niet?
 6. Is er sprake van delay van presentatie op de SEH?
 - Zo ja, wat voor verklaring werd hiervoor gegeven?
 7. Was de ondernomen actie adequaat?
 - Zo nee, waarom niet?
 8. Zijn er oude letsels zichtbaar?
 - Zo ja, beschrijf deze. Aanvullend;
- Vertoont het kind opvallende signalen/symptomen m.b.t. kindermishandeling?
- Zo ja, beschrijf symptomen.
- Vertoont de persoon die het kind vergezelt opvallende signalen/symptomen m.b.t. kindermishandeling?
- Zo ja, beschrijf signalen.
- Hebben arts en verpleegkundige een eenduidig oordeel?
- Zo nee, waarin ligt het verschil van mening?
- Wordt het kind opgenomen in het ziekenhuis?

4. Overleg arts/assistent, SEH verpleegkundige en of behandelend specialist

Na het invullen van het formulier houden de arts-assistent en de SEH verpleegkundige ruggespraak welke actie moet worden ondernomen. Desgewenst wordt er contact gelegd met de behandelend arts en/of wordt besloten een volledig lichamenlijk onderzoek te doen. In de kliniek wordt een vergelijkbare procedure doorlopen.

5. Volledig lichamenlijk onderzoek

Doe een volledig lichamenlijk onderzoek en groeicurven (lengte en gewicht).

- Voer alle onderzoeken uit die in relatie tot de klacht voor uw vakgebied noodzakelijk zijn.
- Beschrijf nauwkeurig alle mogelijk met mishandeling samenhangende afwijkingen.
- Inspecteer nauwkeurig de hele huid.
- Beschrijf de verzorgingstoestand van het kind, de voedings- en hydratietoestand.
- Verricht het nodige aanvullende onderzoek (op indicatie); bv. extra röntgenfoto's als er een vermoeden bestaat dat er mogelijke oude breuken zouden kunnen zijn.
- Licht de ouders en het kind in over de onderzoeken, ingrepen en therapieën die op basis van de geconstateerde afwijkingen verricht moeten worden.

Op dit moment wordt **NIET** naar de ouders toe verwoord dat er een vermoeden is van kindermishandeling maar dat, bijvoorbeeld, u zich zorgen maakt over de aard van de breuk en graag wat extra onderzoek wil doen om alles goed na te gaan. Door de ouders inzicht te geven in uw zorg over het kind probeert u ze mee te krijgen als medestanders waarbij u allebei het beste voor hebt met het kind.

6. Naar huis/ontslag

Alle ingevulde SPUTOVAMO-formulieren worden tezamen met het dossier door een administratief medewerkster van de SEH door gestuurd naar de aandachtsfunctionaris kindermishandeling.

Als opname in medisch opzicht niet noodzakelijk is gelden de volgende stappen:

- Verslaglegging van wat gevonden is. Vermoeden van kindermishandeling hoeft niet uitgesproken te worden. Wel bij voorbeeld: aard van fractuur komt niet helemaal overeen met oorzakelijke verklaring.
- Onduidelijkheid om aandoening/letsel van een kind wat heeft geleid tot een positief SPUTOVAMO, leidt weer tot verder onderzoek. Voor de behandelend specialist betekent dat dan, dat hij/zij extra oplet tijdens de controle en zaken aan de orde stelt als dat nodig mocht zijn. Zonodig verwijst hij/zij door naar de aandachtsfunctionaris kindermishandeling of naar de polikliniek Kindergeneeskunde.
- Indien nodig telefonisch overleg met de huisarts plus bevestiging met brief.

Hanteer de gebruikelijke procedure voor het ontslag. Belangrijk is dat de follow-up geregeld is!

7. Gezamenlijk patiëntje/ouders inlichten

Raadpleeg hoofdstuk 4.3.4 en 4.10 van het protocol Huiselijk Geweld (problemen bij de signalering en gespreksvoering).

Zo nodig kan advies worden ingewonnen bij het AMK (Advies en Meldpunt Kindermishandeling).

8. Verslaglegging

Wees objectief en gedetailleerd. Raadpleeg de reader voor meer informatie.

9. Acuuu gevaar voor het kind

Iedere acute zorg over een kind, waarvoor geen gehoor wordt gevonden bij de ouders, moet worden gemeld bij het AMK.

10. Opname

Overwogen wordt of opname direct noodzakelijk is voor de nodige medische

behandeling.

Reden tot opname kan zijn:

- klinische behandeling van de symptomen/ziekte
- observatie van gedrag en ouder-kind relatie
- objectivering van de symptomen
- opstarten diagnostisch proces
- bescherming van het kind

Zie stroomdiagram: opname (vermoeden) kindermishandeling.

11. Weigering opname door ouders

Als de ouders weigeren, hetgeen kan gebeuren als zij zich bedreigd voelen, maak dan duidelijk dat de opname noodzakelijk is voor een goede medische zorg dat het kind op dat moment nodig heeft. Mochten de ouders alsnog opname weigeren dan kan, afhankelijk van de situatie, het kind naar huis gaan. Wel wordt er gemeld dat er contact opgenomen zal worden met de huisarts.

Ook moet worden gemeld dat het AMK geraadpleegd zal worden.

Als de ouders het vrijwillige traject blijven weigeren en er bestaat oprechte zorg over de consequenties hiervan voor de veiligheid van het kind dan wordt het geheel gemeld bij het AMK met het verzoek om actie te ondernemen. Per individueel geval zal, in overleg met het AMK, betrokken disciplines in het ziekenhuis en de huisarts, overwogen moeten worden of het kind wel uit het ziekenhuis ontslagen mag worden.

12. Vermelden in huisartsenbrief

De huisarts ontvangt de informatie zoals gebruikelijk. Een voorbeeld brief vindt u op paragraaf 4.9.3 In het tabblad gereedmeldingen in de SEH module kan onder het kopje 'huisartsenbrief' specifieke (aanvullende) informatie aan de huisarts getypt worden.

13. Consult kinderarts/aandachtsfunctionaris kindermishandeling

De kinderarts wordt in consult geroepen. Naar de ouders toe wordt dit uitgelegd als een gebruikelijke procedure wanneer kinderen worden opgenomen. Maak de zorg duidelijk zonder te beschuldigen. Afhankelijk van de situatie, reactie ouders, spreekt de kinderarts direct met de ouders of verwijst eventueel door naar de aandachtsfunctionaris kindermishandeling. Een keuze kan ook zijn het kind met ouders op te roepen voor een poliafspraak en dan door te verwijzen naar de aandachtsfunctionaris kindermishandeling of hulpverlening.

14. Organiseren vrijwillige hulpverlening

Het uitgangspunt van de signalen op de SEH, op de polikliniek en in de kliniek moet zijn om, met behulp van de aandachtsfunctionaris, vrijwillige hulpverlening op gang te brengen. Zowel de medische als de psychosociale follow-up en de wijze van overdracht moet geregeld zijn. Ook dient duidelijk te zijn welke maatregelen worden genomen indien de ouders zich onttrekken aan de follow-up.

15. Melding ter onderzoek AMK

Mocht het niet lukken om de ouders open te stellen voor hulpverlening dan wordt het kind of het gezin bij het AMK aangemeld met het verzoek om de zaak te onderzoeken. Dit wordt ook aan de ouders gemeld; niet als strafmaatregel maar omdat er oprechte zorg over het welzijn van het kind is. Deze aanmelding wordt gedaan door de kinderarts of door de aandachtsfunctionaris.

Belangrijke telefoonnummers:

Advies- en meldpunt Kindermishandeling (AMK) – 036-5484920

Bureau jeugdzorg – crisisdienst – 0320 - 267100

Aandachtsfunctionaris Kindermishandeling –Bereikbaar via:
aandachtsfunctionariskindermishandeling@mcgroep.com;
06-48139935

Aandachtsfunctionaris Huiselijk Geweld Volwassenen –Bereikbaar via:
aandachtsfunctionarishuiselijkgeweld@mcgroep.com;
06-48319931

Huiselijk geweld komt in alle lagen van de bevolking voor. Vraag Nederlanders of zij iemand denken te kennen die ooit slachtoffer is geweest van huiselijk geweld, dan zal 45% van hen hierop een bevestigend antwoord geven. Een beschermde, veilige en geborgen thuishaven blijkt in ons land lang niet vanzelfsprekend. Jaarlijks worden vele kinderen, mannen, vrouwen en ouderen slachtoffer van huiselijk geweld.

In onze organisatie maken we een onderverdeling van twee categorieën, te weten:

1. Volwassenen
 - 1 a. Allochtonen
 - 1 b. Ouderen
2. Kinderen

Het signaleren van kindermishandeling vereist een specifieke deskundigheid.

Maatschappelijk en professioneel wordt een onderscheid gemaakt in de signalering van huiselijk geweld en kindermishandeling. In dit protocol zal dan ook het signaleren van kindermishandeling specifiek worden belicht.

De problematiek van huiselijk geweld is niet nieuw. Met het oog op de privacy houdt ingrijpen vaak op bij de voordeur. Maar deze reden volstaat niet meer. Het is een groot maatschappelijk geweldsprobleem dat uiterst serieus moet worden genomen.

In Nederland overlijden elk jaar ongeveer kinderen aan de gevolgen van mishandeling. 70-80 volwassenen overlijden aan de gevolgen van huiselijk geweld.

Daarnaast is 1 op de 5 vrouwen slachtoffer van huiselijk geweld en 1 op de 20 mannen.

Agressie en geweld binnenshuis komen veel vaker voor dan bijvoorbeeld geweld op straat. In het verleden hebben de politiek, de media en het publiek zich vooral gericht op geweld in openbare ruimte. Sinds 2002 staat Huiselijk Geweld ook op de politieke agenda. De problematiek speelt zich achter de voordeur af. Dat betekent dat het zich voor een heel groot deel aan het gezichtsveld onttrekt. Bovendien zijn de voordeuren in Nederland bijzonder goed beschermd door allerlei privacyregels, die niet zelden als alibi worden gebruikt om niet handelend te hoeven optreden.

Op 16 april 2007 startte de landelijke publiekscampagne Huiselijk Geweld. Doel is om de slachtoffers, daders en omstanders aan te sporen om via een nieuw landelijk telefoonnummer hulp te vragen om het huiselijk geweld te stoppen. De hulpvragen komen terecht bij de regionale Advies- en Steunpunten Huiselijk Geweld. Zij starten het hulpaanbod.

Om huiselijk geweld te stoppen, is hulpverlening noodzakelijk. De aanpak van huiselijk geweld wordt doeltreffender met:

- tijdige signalering
- een adequate wijze van handelen
- bieden van deskundige hulp aan slachtoffers, plegers, getuigen en hun omgeving.

Huiselijk geweld is een complex probleem dat vrijwel nooit door één enkele hulpverleningsinstelling kan worden aangepakt. Samenwerking van alle professionals is daarom essentieel. Bovendien verhoogt een gezamenlijke aanpak de motivatie van betrokkenen om mishandeling te melden. En je kunt slachtoffers, plegers en getuigen in een vroeg stadium doorverwijzen naar een hulpverlener.

In november 2005 heeft de MC|Groep het samenwerkingsconvenant Ketenaanpak Huiselijk Geweld ondertekend. Dit houdt in dat de ondertekenaars van dit convenant overeen zijn gekomen, dat zij allen, in samenwerking met elkaar, casussen van huiselijk geweld zullen aanpakken.

Definitie van huiselijk geweld

Onder huiselijk geweld verstaan de ondertekenaars van het samenwerkingsconvenant al het geweld in huiselijke kring van het slachtoffer (en getuigen) dat wordt gepleegd door iemand uit de huiselijke kring; (ex) partners, gezinsleden, familieleden en huisvrienden.

Onder geweld wordt verstaan zowel lichamelijk, geestelijk als seksueel geweld. Deze definitie omvat nadrukkelijk ook alle vormen van kindermishandeling en als het kind getuige zijn van huiselijk geweld in de eigen huiselijke kring.

Kenmerken van huiselijk geweld:

- er is altijd sprake van een machtsverschil tussen de dader en het slachtoffer, bijvoorbeeld tussen man en vrouw of tussen ouders en kind;
- uit onderzoek blijkt dat daders de meest kwetsbare slachtoffers kiezen. (Conte 1989)

Risicofactoren huiselijk geweld zijn:

- een laag zelfbeeld/weinig zelfvertrouwen;
- lage sociaaleconomische status;
- overmatig alcohol- en drugsgebruik;
- relationele factoren, bijvoorbeeld slechte communicatie, snelle relatievorming;
- opgroeien in een gezin waarin gebrek is aan aandacht;
- opgroeien in een gezin waarin mishandeling en verwaarlozing spelen.

(Van Schaik 2005, Mastenbroek 1995)

Vormen van Huiselijk Geweld

Lichamelijk geweld

Bijvoorbeeld: lichamelijk letsel als gevolg van slaan, schoppen, hardhandig duwen, steken, vastbinden aan stoel of bed en het doven van sigaretten op het lichaam.

Psychisch geweld

Bijvoorbeeld beledigingen, schelden, treiteren, negeren, dreigen en vals beschuldigen.

Seksueel geweld

Bijvoorbeeld ongewenste handelingen met of in het bijzijn van personen, die door het slachtoffer niet worden gewenst, zoals betasting van het lichaam, verkrachting en exhibitionisme.

Financiële uitbuiting

Bijvoorbeeld het verkopen van eigendommen zonder toestemming of medeweten van de betrokkene, iemand financieel kort houden, diefstal van persoonlijke goederen.

Verwaarlozing

Bijvoorbeeld: lichamelijke of psychische verwaarlozing als gevolg van het onthouden van voeding, lichamelijke en medische zorg, het geven van teveel of te weinig medicijnen, het negeren van behoeften aan geestelijke ondersteuning en hulp.

Schending van rechten

Bijvoorbeeld inbreuk plegen op iemands vrijheid, privacy of zelfbeschikking door post achter te houden, bezoekers weg te sturen en iemand te verhinderen het huis te verlaten.

Opsluiting

Belaging

'Stalking'

Hoe is Huiselijk Geweld te herkennen?

SIGNALERINGSLIJST

Verskillende soorten letsel en/of gedrag kunnen een vermoeden van huiselijk geweld aangeven.

Signalen waar professionals alert op kunnen zijn met betrekking tot huiselijk geweld:

Uiterlijke signalen:

- herhaaldelijke verwondingen, zoals blauwe plekken, bijwonden, hoofdwonden, ontwrichtingen, brandwonden en verlies van tanden;
- fracturen van ribben, neus en botten;
- depressiviteit, trillen, vaak hoofdpijn of maagpijn, vermoeidheid en angst.

Gedragsmatige signalen:

- een onderdanige houding, onzeker, schrikachtig, vrouwen die altijd vergezeld van hun partner zijn, praten in termen van 'ik mag niet van mijn man', een slaafse houding;
- moeite met oogcontact;
- drugsgebruik (waaronder alcohol, medicijnen);
- geven van paradoxale boodschappen;
- mag niet over (eigen) geld beschikken.

Kenmerken van op psychosomatisch gebied kunnen zijn:

- hartkloppingen, hyperventilatie, trillen, zweten, duizelingen, buikpijn, pijn in de hartstreek;
- symptomen van machteloosheid zoals slapte, vermoeidheid en depressiviteit;
- symptomen van spanning zoals hoofdpijn, slaapstoornissen, nachtmerries, maagpijn en menstratiestoornissen.

Signalen waar in het bijzonder alertheid gewenst is:

- blauwe plekken en kneuzingen;
- snij-, bijt-, en brandwonden;
- fracturen, in het bijzonder, neus, pijpbeenderen en ribben;
- ontwrichtingen, met name kaak en schouder;
- hoofdwonden en schedelletsel;
- genitale stoornissen;
- gehoorstoornissen.

Specifieke signalen bij allochtonen zijn:

- een onderdanige houding, onzeker, schrikachtig, vrouwen die altijd vergezeld van hun partner zijn, praten in termen van 'ik mag niet van mijn man', een slaafse houding;
- mag niet over (eigen) geld beschikken.

Signalen van ouderen zijn:

Er zijn meerdere signalen die kunnen wijzen op ouderenmishandeling. Enkele gedragssignalen zijn:

- de oudere of verzorger geeft onsamenhangende en tegenstrijdige verklaringen voor lichamelijke verwondingen;
- de verzorger toont zich onverschillig voor het wel en wee van de oudere;
- de verzorger vertoont verschijnselen van overbelasting;
- er wordt gescholden en geschreeuwd in aanwezigheid van arts of hulpverlener;
- de oudere maakt een depressieve, angstige indruk;
- de oudere ziet er onverzorgd uit;
- de oudere krijgt geen gelegenheid om alleen met de hulpverlener te praten;
- de betrokkenen proberen de hulpverlener 'buiten de deur' te houden.

Signalen van kinderen zijn:

- pesten;
- bedplassen;
- overdreven af- en/of aanhankelijk;
- agressief gedrag naar andere kinderen;
- lichamelijke klachten;
- tekeningen over geweld/ruzies in huis.

1. Volwassenen mishandeling

Omvang

Huiselijk geweld (geweld tussen personen die een relatie met elkaar hebben) is de meest voorkomende vorm van geweld. Van alle Nederlanders is 45% ooit slachtoffer geweest van huiselijk geweld. Zo'n 200.000 vrouwen hebben in huiselijke sfeer regelmatig te maken met dit geweld, 50.000 vrouwen hebben stelselmatig te maken met mishandeling. Jaarlijks overlijden 50 tot 70 vrouwen aan de gevolgen. Ook mannen worden mishandeld in hun thuissituatie maar het geweld tegen hen is vaak minder zichtbaar.

Achtergrond

Uit onderzoek is bekend dat geweld in relaties meestal een geleidelijke opbouw kent. Aan het begin worden gewelddadige relaties gekenmerkt door controlerend gedrag, jaloezie, extreem veel aandacht voor het doen en laten van de ander en een zeer snelle relatievorming. Duidelijk is dat de angst voor onafhankelijkheid van het slachtoffer en de angst voor kwetsbaarheid en afhankelijkheid van de dader op elkaar ingrijpen: de dader gaat macht uitoefenen via geweld, het slachtoffer is erg afhankelijk. (Mastenbroek 1995) Meestal is de dader een man en het slachtoffer een vrouw, maar ook andersom komt voor. Ook is bekend dat huiselijk geweld voorkomt in homoseksuele en lesbische relaties. Uit onderzoek komt naar voren dat mannen en vrouwen in vrijwel gelijke mate slachtoffer zijn geweest van huiselijk geweld in brede zin. (Van Dijk et al) Vrouwen zijn echter ruim twee keer zo vaak slachtoffer van partnergeweld dan mannen. Uit dit zelfde onderzoek blijkt dat 45% van alle vrouwen en mannen tussen de achttien en zeventig jaar ooit slachtoffer is geweest van huiselijk geweld, als kind, partner of ouder. Meer dan 10% was/is wekelijks slachtoffer. Duidelijk is dat ook mannen slachtoffer van relatiegeweld kunnen worden. Het blijkt dat het voor mannen moeilijker is om hulp in te roepen (vanuit schaamte) en dat het geweld door professionals minder wordt gesignaleerd, omdat die er minder alert op zijn. Uit onderzoek van Van Dijk e.a. blijkt dat mannen even vaak als vrouwen ooit in hun leven slachtoffer zijn geweest van huiselijk geweld (inclusief kindermishandeling). Wel blijkt uit onderzoek dat tegen vrouwen in het algemeen meer frequent en ernstiger geweld wordt gebruikt dan tegen mannen. Vrouwen en meisjes worden vooral slachtoffer van seksueel geweld, jongens worden vaker het slachtoffer van fysieke kindermishandeling.

Vormen

Zie "Vormen van huiselijk geweld".

1 a. Allochtonen mishandeling

Omvang

24% van de allochtonen is ooit slachtoffer geweest van huiselijk geweld. (Van Dijk et al, 2002). Dit percentage is veel lager dan uit onderzoek onder autochtonen (45%). De onderzoekers hebben echter aanwijzingen voor onderrapportage. Uit het onderzoek blijkt verder dat er grote verschillen zijn tussen de vier allochtonen groepen. Zo heeft 41% van de Antilliaanse en Arubaanse ondervraagden aangegeven slachtoffer te zijn van huiselijk geweld tegen 14% van de Marokkanen. Van de Surinaamse respondenten geeft 28% aan slachtoffer te zijn van huiselijk geweld, onder de Turkse respondenten is dit percentage 21%.

Achtergronden

Culturele opvattingen en waarden zijn van grote invloed op de betekenis die mensen aan hun ervaringen meegeven. Als een vrouw is opgegroeid met de boodschap 'je moet je man gehoorzamen' en na de mishandeling van haar familie te horen krijgt dat ze beter haar best moet doen, zal zij het geweld anders beleven dan een vrouw die is opgegroeid met de boodschap dat mishandeling nooit mag. Er zijn grote verschillen in opvattingen over wat geoorloofd en wat ontoelaatbaar is als het gaat om geweld tussen mannen en vrouwen en tussen ouders en kinderen. Het slaan van vrouwen is in sommige culturen geoorloofd. Seks tegen de zin van de partner kan ervaren worden als een huwelijks plicht. In Nederland is gedwongen seks in het huwelijk pas sinds 1991 strafbaar. Duidelijk is dat cultuurspecifieke kenmerken van groot belang zijn, zowel in de uitingsvormen, van huiselijk geweld als in het in stand houden van het taboe op het ermee naar buiten treden.

Het is moeilijk om seksueel geweld en vrouwenmishandeling bij allochtone vrouwen bespreekbaar te maken. Je kunt niet zomaar over huiselijk geweld praten ook niet als dat het centrale probleem is. Slachtoffers schamen zich en voelen zich schuldig. Deze gevoelens en het taboe om over geweld te praten weerhouden veel slachtoffers ervan om vroegtijdig professionele hulp te vragen. Daarnaast zijn er belemmeringen op het gebied van slechte sociaal/economische en juridische positie van vrouwen.

Als gevolg van de angst voor roddel en sociale controle binnen de allochtone gemeenschap en het feit dat er een groter taboe rust op het openlijk praten over huiselijk geweld, kunnen slachtoffers daardoor hun ervaringen nergens kwijt, raken gemakkelijk geïsoleerd en ontwikkelen allerlei psychische en lichamelijke klachten.

Het uitgangspunt moet zijn dat huiselijk geweld niet normaal is en niet getolereerd wordt. De taboe moet dus niet instant gehouden worden.

Vormen

Bij allochtonen onderscheiden we twee specifieke vormen van huiselijk geweld:

- **Eergerelateerd geweld**

Bij eergerelateerd geweld tegen vrouwen gaat het om het wreken van de eer van vrouwen die seksueel contact buiten het huwelijk hebben.

Er zijn drie kenmerken:

1. er moet sprake zijn geweest van (vermeend) seksueel contact
2. dit moet bekend zijn buiten de familie
3. er moet geen vredelievende oplossing mogelijk zijn (zoals een huwelijk).

Kenmerkend voor eerwraak is verder dat het een familiebesluit is, geen individueel besluit van een vader of broer. Ondanks het feit dat er een aantal onderzoeken is gedaan op het gebied van eergerelateerd geweld in Nederland, zijn er geen exacte cijfers beschikbaar. Ieder jaar zijn er enkele duidelijke gevallen van eermoord, maar er zijn vaker gevallen waarin mogelijk sprake is van eergerelateerd geweld. Huiselijk geweld kan een vorm van eergerelateerd geweld zijn.

Eergerelateerd geweld en eermoord komen onder bepaalde culturele groepen migranten, asielzoekers en vluchtelingen. Vrouwen zijn niet alleen slachtoffer, maar spelen zelf een - soms belangrijke - rol bij het in stand houden of zelfs organiseren van eerwraak.

- **Geweld tegen asielzoekers/vluchtelingen**

Uit een verkennend onderzoek (Brouns e.a., 2003) bleek dat vrouwen en meisjes in asielzoekerscentra regelmatig slachtoffer zijn van geweld door familieleden of medebewoners. Stress als gevolg van de ervaringen in het thuisland en van de onzekerheid met betrekking tot de toekomst, het gedwongen samenwonen van meerdere personen in een beperkte ruimte en het ontbreken van voldoende toezicht en veiligheidsmaatregelen zijn factoren die het gebruik van geweld in de hand werken. Vooral incidenten van pesterijen en opdringerig seksueel gedrag werden vermeld. Ernstige vormen (mishandeling, verkrachting en gedwongen prostitutie) kwamen minder voor, maar zijn zeker niet afwezig. Met name minderjarige vrouwelijke asielzoekers zijn kwetsbaar voor seksueel geweld.

1b. Ouderen mishandeling

Definitie

Onder mishandeling van een ouder persoon (iemand van 65 jaar of ouder) verstaan wij het handelen of het nalaten van handelen van al degenen die in een persoonlijke of professionele relatie met de oudere staan, waardoor de oudere persoon (herhaald) lichamelijke en/of psychische en/of materiële schade lijdt, dan wel vermoedelijk lijden zal, en waarbij van de kant van de oudere sprake is van een vorm van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid.

Omvang

Vast staat dat minstens een op de twintig ouderen te maken heeft met een vorm van mishandeling. Dit gegeven is als het topje van de ijsberg: het komt vaker voor dan we denken. Zo blijkt dat bij veel mantelzorgers van demente ouderen (circa een derde deel) de zorg zodanig uit de hand loopt dat er sprake is van mishandeling. De verwachting is dat ouderenmishandeling toeneemt. Door dubbele vergrijzing (meer ouderen en hogere leeftijd) zullen er steeds meer mensen zijn die afhankelijk zijn van de zorg van anderen. Hierdoor zal ook het beroep op mantelzorg groeien en het risico op mishandeling toenemen.

Achtergronden

De oudere is geheel of gedeeltelijk afhankelijk van degene die mishandelt. Er is bijna altijd sprake van een persoonlijke of professionele relatie tussen degene die mishandelt en de ouderen. Ouderenmishandeling komt voor in gezins- of familierelaties, maar ook in relaties met beroepskrachten. De mishandeling kan het resultaat zijn van zowel actief-(plegen van handelingen) als passief -(nalaten van handelingen) gedrag.

Vaak zijn de mishandelingen moedwillig en we noemen dat: opzettelijke mishandeling. Bij opzettelijke mishandeling weten de daders heel goed wat ze doen. Ze handelen uit financieel gewin, desinteresse of wraak. Soms wortelt ouderenmishandeling in een lange traditie van familiegeweld en -conflicten.

Soms is de mishandeling het gevolg van overbelasting van de mantelzorger en noemen we dat: ontspoorde zorg. Er hoeft dan geen sprake te zijn van opzet. De verzorgers beseffen niet dat ze te ver gaan. Hun acties komen voort uit onmacht en zijn eigenlijk een noodkreet. Ook verwaarlozing is een vorm van mishandeling.

Vormen

We onderscheiden zes vormen van ouderenmishandeling:

- **Lichamelijke mishandeling**
Blauwe plekken, schrammen, zwellingen, fracturen of brandplekken: deze symptomen kunnen het gevolg zijn van lichamelijke mishandeling. Soms worden ouderen vastgebonden aan een stoel of bed. Ze vertonen dan striemen aan polsen of enkels. Een minder zichtbare vorm van lichamelijke mishandeling is het geven van te weinig of juist te veel medicijnen (bijvoorbeeld slaapmiddelen).
- **Psychische mishandeling**
Bij psychische mishandeling is er sprake van treiteren en sarren, dreigementen, valse beschuldigingen, beledigingen of beleven. Bij de oudere leidt dit tot gevoelens van angst, woede, verdriet, schuchterheid, verwardheid of apathie.
- **Verwaarlozing**
Lichamelijke verwaarlozing kan blijken uit ondervoeding, uitdroging, slechte hygiëne of wonden als gevolg van doorliggen. Wanneer de geestelijke behoeften van ouderen worden genegeerd, zoals de behoefte aan aandacht, liefde en ondersteuning, spreken we van psychische verwaarlozing.
- **Financiële uitbuiting**
Bij deze vorm van ouderenmishandeling gaat het om het wegnemen of profiteren van bezittingen van de oudere. Te denken valt aan diefstal van geld, juwelen en andere waardevolle spullen, aan verkoop of gebruik van eigendommen zonder

toestemming van de oudere en aan gedwongen testamentverandering. Ook iemand financieel kort houden is een vorm van uitbuiting.

- **Seksueel misbruik**
Ouderen kunnen het slachtoffer zijn van seksueel misbruik, zoals exhibitionisme, betasten van het lichaam en verkrachting.
- **Schending van rechten**
Hiervan is sprake wanneer de rechten van ouderen, zoals recht op vrijheid, privacy en zelfbeschikking, worden ingeperkt. Bijvoorbeeld door post achter te houden, bezoekers weg te sturen en de oudere verhinderen het huis te verlaten.

Verschillende soorten van ouderenmishandeling komen vaak naast elkaar voor.

Risicofactoren

Waarom worden ouderen mishandeld? Hiervoor kunnen we een aantal verklaringen of risicofactoren noemen. In elke bevolkingsgroep komt ouderen mishandeling voor. Dit geldt met name als de pleger geen andere manieren weet om problemen en conflicten op te lossen dan door fysiek of verbaal geweld, of door de oudere te verwaarlozen. Het is echter mogelijk dat er in sociaal zwakkere gezinnen meer risicofactoren aanwezig zijn die bijdragen aan het ontstaan van mishandeling.

Risicofactoren bij de oudere	Risicofactoren bij de dader
<p>› <i>Toenemende afhankelijkheid</i> van zorg door lichamelijke en geestelijke achteruitgang. De afhankelijkheid kan ook van financiële of emotionele aard zijn.</p>	<p>› <i>Afhankelijkheid</i>: De dader kan afhankelijk zijn van het slachtoffer, bijvoorbeeld door huisvesting, sociale contacten of inkomen.</p>
<p>› <i>Familiegeschiedenis</i>: gewelddadig met elkaar omgaan kan van generatie op generatie worden overgedragen.</p>	<p>› <i>Overbelasting</i>: De zorg is teveel geworden of de zorgbehoefte is groter dan de mantelzorger kan bieden. Ook kan de dader te kampen hebben met langdurige werkloosheid, moeilijkheden op het werk, relatieproblemen of schulden.</p>
<p>› <i>Ingrijpende voorvallen</i>: Er is stress ontstaan door een verhuizing, de dood van een geliefd persoon, verlies van een baan of scheiding van een huisgenoot. Er kan sprake zijn van financiële nood.</p>	<p>› <i>Psychische gesteldheid</i>. De dader kan psychiatrische problemen of ontwikkelingsstoornissen hebben. Alcoholisme, drugs en gokverslaving vergroot het risico van mishandeling.</p>
<p>› <i>Isolement</i>: het slachtoffer heeft weinig contact met de buitenwereld.</p>	

2. Kindermishandeling

2.1 Inleiding, uitgangspunten

Het protocol heeft als centraal uitgangspunt de verantwoorde hantering van de signalering, de diagnostiek en het op gang brengen van hulpverlening bij (vermoedens van) kindermishandeling ²

Signalering

Het uitgangspunt is dat in de MC|Groep de signalering een breed draagvlak moet hebben en dus een vaardigheid moet zijn, die alle specialisten, arts-assistenten en verpleegkundigen, die mogelijkwijs met kinderen en hun ouders te maken kunnen hebben, horen te bezitten.

Diagnostiek, behandeling

Bij diagnostiek, aanpak en begeleiding van kindermishandeling (en bij het op gang brengen van de hulpverlening) moet er sprake zijn van gelijkwaardige inbreng van meerdere disciplines en is het van belang dat het proces van begin af aan goed gecoördineerd wordt.² Over de coördinatie moeten vooraf afspraken gemaakt worden. Dit onderdeel wordt gecoördineerd door een (kinder-)arts en een orthopedagoog, uiteraard in overleg met (mede) behandelende specialist(en) en, in geval van opname, met het hoofd.

Aan de coördinatoren moeten de volgende voorwaarden gesteld worden: ²

- hij/zij heeft overzicht over het diagnostisch proces
- hij/zij heeft zich toegelegd op problematiek van kindermishandeling en heeft kennis van de diagnostische mogelijkheden
- hij/zij de bestaande relatie van patiënt en ouders met de behandelend arts respecteert
- hij/zij beschikt over contactuele eigenschappen en ervaring heeft met gespreksvoering
- hij/zij kennis heeft van juridische regelgeving
- hij/zij tijd, ruimte en secretariële ondersteuning krijgt van de organisatie waarvoor hij/zij werkt.

Taken:

- hij/zij draagt zorg voor de meldingen
- hij/zij bevordert actieve participatie van alle geledingen binnen het ziekenhuis
- hij/zij coördineert de afspraken binnen het ziekenhuis met externe instanties

Definitie

Volgens de definitie in de Wet op de jeugdzorg die sinds 1 januari 2005 van kracht is, omvat kindermishandeling

“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 ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel”.

Deze definitie is echter geen meetlat waaraan je eenvoudig kunt afmeten of er in een bepaalde situatie sprake is van kindermishandeling of niet. Er is veel informatie over de gezinssituatie nodig om daarover een uitspraak te kunnen doen.

Uiteindelijk is het niet de definitie die het zwaarst weegt. De zorgen om het kind zijn reden voor actie. Ook als er geen sprake is van kindermishandeling, maar bijvoorbeeld wel van ernstige opvoedingsproblemen, verdienen het kind en zijn ouders steun en hulp. Bovendien is alert zijn op het welzijn van kinderen gerechtvaardigd vanwege het VN-Verdrag inzake de rechten van het kind. Justitie is op dit terrein verantwoordelijk voor het wetsvoorstel Verbod op gebruik van geweld in de opvoeding.

Omvang

Naar schatting worden er jaarlijks 107.000 kinderen in Nederland mishandeld.

Ongeveer 50 kinderen overlijden aan de gevolgen.

Ongeveer 4% van de kinderen die mishandeld worden in Nederland presenteren zich op de SEH van een ziekenhuis. (bron: LIS 2007)

<i>BASISPROTOCOL KINDERMISHANDELING</i>		
Gesprekken met/ begeleiding van de ouders	SIGNALEN/SYMPTOMEN	Mogelijkheid tot opname
	DIAGNOSTIEK	
	DIAGNOSE	
	BEGELEIDING/ BEHANDELING/ FOLLOW-UP	
VERSLAGLEGGING		JURIDISCHE ASPECTEN

Stroomdiagrammen MC|Groep

In navolging van het protocol van de Vereniging van Kindergeneeskunde gaan wij er ook van uit dat het niet zozeer gaat om het hebben van uitvoerige signaleringslijsten.² Het gaat om het ontwikkelen van een juiste attitude van degenen die het signaal moeten zien en erkennen als een mogelijke aanwijzing voor kindermishandeling. Wel is van belang dat wanneer, op welke polikliniek of afdeling dan ook, signalen van kindermishandeling opgemerkt worden dat verpleegkundigen, arts-assistenten en medisch specialisten een handzaam stappenplan in het bezit hebben met betrekking tot het te voeren beleid. Als uitgangspunt hebben wij de stroomdiagrammen genomen zoals deze door het VU ziekenhuis in Amsterdam en het Flevoziekenhuis in Almere ontwikkeld zijn.⁵ Deze, op hun beurt, hanteren weer het zogenaamde SPUTOVAMO formulier.

Dit formulier wordt als richtlijn tot handelen genomen, met name op de SEH, waar het SPUTOVAMO formulier onderdeel uitmaakt dan de digitale module voor de SEH. Hier werkt veelal personeel dat frequent met de problematiek te maken kan krijgen. In ons ziekenhuis werken o.a. arts-assistenten en andere functionarissen met geringe pediatrische ervaring, met name ook op dit gebied.² Met deze lijst wordt het letsel van het kind geïnventariseerd en vormt het als zodanig een handreiking bij het afnemen van een gerichte anamnese die gebruikt kan worden als er een vermoeden van kindermishandeling bestaat. Mocht er een vermoeden bestaan van kindermishandeling dan volgt een uitgebreider lichamelijk onderzoek (zie hoofdstuk 3.2.2 van de reader). Er kan overleg gepleegd worden met de werkgroep kindermishandeling en eventueel het AMK. Mocht opname geïndiceerd zijn volgt een consult kinderarts/ orthopedagoog. Nadere diagnostiek volgt en interdisciplinair overleg ten behoeve van vaststellen van beleid en besluitvorming. Dat er goede verslaglegging plaats moet vinden zal duidelijk zijn.

De stroomdiagrammen, zoals wij die voorstellen voor de SEH, polikliniek en kinderafdeling, vindt u in het voorste gedeelte van dit protocol.

2.2 Kindermishandeling, verschijningsvormen

Er dient een onderscheid gemaakt te worden tussen *mishandeling* (een actieve handeling) en *verwaarlozing* (een passieve handeling).³ Globaal kunnen we de volgende vormen van kindermishandeling onderscheiden (er is overlap/combinatie van vormen mogelijk):

a. Lichamelijke mishandeling

definitie	het toebrengen van lichamelijk letsel door ouders of verzorgers
uitingsvormen	slaan, schoppen, bijten, branden etc.

b. Emotionele mishandeling

definitie	het toebrengen van psychische schade door ouders of verzorgers
uitingsvormen	het kind afwijzen, kleineren, terroriseren, isoleren, corrumperen of exploiteren

c. Lichamelijke verwaarlozing

definitie	het al dan niet bewust ontzeggen van de noodzakelijke primaire levensbehoeften van het kind door ouders of verzorgers
uitingsvormen	onthouden van voeding, kleding, verwarming, slaap, hygiëne, medicatie etc.

d. Emotionele verwaarlozing

definitie	het al dan niet bewust ontzeggen van emotionele warmte en voor een gezonde geest benodigde stimuli
uitingsvormen	het kind onthouden van koestering, stimulans, gevoel van veiligheid en geborgenheid

e. Seksueel misbruik

definitie	seksuele contacten met minderjarigen die plaatsvinden tegen de zin van het kind, zonder dat het kind (als gevolg van lichamelijk of relationeel overwicht, emotionele druk of dwang of geweld) het gevoel heeft (gehad) die seksuele contacten te kunnen weigeren en waarbij voor het kind schade ontstaat of redelijkerwijze verwacht mag worden dat deze zal ontstaan (definitie Gezondheidsraad 1992)
uitingsvormen	van gluren naar en bespieden van het kind tot betasting (en zich laten betasten) en penetratie.

f. Münchhausen syndroom bij proxy

definitie	een specifieke vorm van kindermishandeling waarbij de ouders systematisch fictieve informatie geven over somatische symptomen van hun kind dan wel deze symptomen tot stand brengen of induceren, wat het kind onnodig medisch ingrijpen bezorgt
-----------	--

Bronnen: a t/m e⁵, f⁷

2.3 Signalen en Symptomen

2.3.1 Inleiding

Signalen kunnen zich, binnen het ziekenhuis, in meerdere situaties presenteren, te weten:

- op de polikliniek bij de kinderarts, maar ook bij andere specialismen;
- op de spoedeisende hulp;
- op de afdeling tijdens een klinische opname.

2.3.2 Wijze van presenteren

Algemene signalen die kunnen wijzen op kindermishandeling: ⁴

Signalen die kunnen wijzen op lichamelijke mishandeling/verwaarlozing:

- onduidelijke recidiverende verwondingen, botbreuken etc.;
- 'failure to thrive';
- recidiverende ziekten/infecties op basis van onvoldoende verzorging;
- gedragssignalen (zie 3e punt).

Signalen die kunnen wijzen op emotionele mishandeling/verwaarlozing:

- non organic failure' to thrive ondanks dat het kind gewoon eten krijgt;
- ontwikkelingsachterstand;
- gedragssignalen.

Gedragssignalen die kunnen wijzen op kindermishandeling:

- apathisch, depressief, vreugdeloos gedrag, veel huilen;
- angst, spanning bij optillen of aanraking;
- leer- en concentratiestoornissen, schoolverzuim;
- provocatief of zelfs agressief gedrag, delinquent gedrag;
- bedelen, stelen van voedsel;
- wegloopgedrag;
- angstig, schuw, geen vrienden kunnen maken, soms het omgekeerde: allemansvriendje;
- verslavingsgedrag;
- weinig zelfvertrouwen;
- regressie /retardatie;
- seksualiserend/seksueel uitdagend gedrag;
- negatief zelfbeeld, zelfhaat, zelfverwonding, tentamen suïcide.

2.3.3 Specifieke signalen ⁷

Enkele kenmerken van de anamnese bij vermoedens van kindermishandeling:

Met betrekking tot de voorgeschiedenis:

- talrijke eerdere ongevallen en opnamen;
- aantreffen van ouder letsel zonder adequate verklaring.

Met betrekking tot verklaringen over het ontstaan van het letsel:

- directe mededeling van kind of getuige;
- contradicties in de verklaringen;
 - tussen kind en ouder(s)
 - tussen de ouders
- geen verklaring (geen getuigen);

- voortdurend wisselende verklaringen;
- niet-realistische verklaring i.v.m. het ontwikkelingsniveau;
- aard/lokalisatie van het letsel niet in overeenstemming met verklaring.

Met betrekking tot het zoeken van medische hulp:

- lange latentieperiode (uren/dagen) na ontstaan van het letsel;
- hulp gezocht door ander(en) dan de ouder(s);
- hulp gezocht bij ander(en) dan bij de huisarts of kinderarts;
- hulp gezocht op minder gebruikelijk tijdstip.

Met betrekking tot de houding van de ouders:

- contradictie tussen ernst van het letsel en de reactie van de ouder(s);
- overdreven, soms agressieve reactie op onschuldige vragen;
- onttrekken van het kind aan medische zorg op het moment dat kindermishandeling ter sprake komt of dat doorgevraagd wordt naar de oorzaak.

2.3.4 Problemen bij de signalering ⁵

Het signaleren van kindermishandeling wordt vaak bemoeilijkt door processen die zich bewust en onbewust bij de verschillende partijen afspelen. Door zich dit te realiseren kan men het signaleringsproces veelal beter in kaart brengen.

a) Processen bij het slachtoffer

Het kind zal, zelfs bij gericht navragen, de mishandeling niet vermelden of toegeven:

- omdat het niet beter weet, denkt dat het zo hoort;
- uit loyaliteit ten opzichte van zijn ouders;
- ter bescherming van het gezin of zijn ouders (anders moet papa/mama naar de gevangenis);
- uit een gevoel dat er toch niets zal veranderen;
- uit schaamte (wat zal men niet van mij denken);
- uit schuldgevoel (het moet aan mij zelf liggen);
- uit angst voor de straf die erop zou kunnen volgen;
- omdat het kind er vaak van uit gaat dat arts en ouders onder een hoedje spelen (het zijn immers allemaal volwassenen);
- ziekenhuis/arts is niet vertrouwenwekkend (arts - spuitjes - pijn: geen geruststellende associaties)

b) Processen bij de ouders(s)-pleger

Ook de ouder(s)-pleger zullen niet geneigd zijn mishandeling toe te geven:

- uit loyaliteit tussen ouders onderling;
- uit schaamte en schuldgevoel;
- uit angst voor juridische gevolgen of materiële gevolgen van een eventuele scheiding.

c) Processen bij de hulpverlener zelf

Hoewel van een hulpverlener een professionele benadering van het probleem mag worden verwacht, kunnen er situaties zijn waardoor de hulpverlener niet in staat is om op adequate wijze met kindermishandeling om te gaan:

- emotionele belasting, woede, ongeloof, gevoel van machteloosheid;
- angst om niet geloofd te worden binnen de groep (bijvoorbeeld bij verpleegkundigen); angst voor de werkbelasting;
- controversen over de zwijgplicht etc.;
- angst en onwetendheid betreffende de juridische consequenties.

- geen samenwerking met de huisarts, omdat deze vaak ook de vertrouwensfiguur van de pleger is en bij soms ook anderszins een bekende van de pleger is;
- het niet kunnen herkennen van kindermishandeling (wat je niet kent zie je ook niet);
- angst voor represailles.

2.4 Diagnostiek

2.4.1 Inleiding

Een vermoeden van kindermishandeling moet getoetst worden. Er zullen gegevens nodig zijn van diverse disciplines om tot een (waarschijnlijkheids)diagnose te komen.²

Gewoonlijk rust de diagnostiek op drie pijlers:

- a. medische diagnostiek en differentiële diagnostiek
- b. gezinsonderzoek
- c. gedragsdiagnostiek

2.4.2 Medische diagnostiek

Bij een vermoeden van kindermishandeling is vaak sprake van een discrepantie tussen de anamnese en de bevindingen bij het lichamelijk onderzoek. Aanvullend onderzoek heeft slechts ten dele een functie bij de diagnostiek, namelijk als er een vermoeden van medische problematiek bestaat. De functie van aanvullend onderzoek is andere verklaringen voor de afwijkingen uit te sluiten. Hierbij wordt de oorzaak voor het probleem op basis van een tegenstrijdige relatie tussen anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek aangetoond.² Dit is vooral lastig omdat de verklaring zo aannemelijk kan klinken.

2.4.3 Anamnese ²

1. Noteer eerst de voor uw specialisme reguliere anamnestiche gegevens
2. Speciale aandacht voor de ontwikkeling, de voeding, failure to thrive, de zindelijkheid, obstipatie, pijnklachten, infecties, angsten, slaapstoornissen, te sterk seksueel getint gedrag, niet leeftijdsadequaat omgaan met seksualiteit

2.4.4 Specifiek

Het is van belang om deze gegevens te vermelden bij de verslaglegging

1. Door wie, wanneer en waarom werd patiënt naar u verwezen?
2. Wie komt met het kind?

Indien het kind komt met één of beide ouder(s)/verzorger(s): is er een afwijkende houding van de ouders/verzorgers:

- extreme overbezorgdheid of juist onverschilligheid;
 - worden de klachten van het kind gebagatelliseerd?
 - extreem boos reageren op wat het kind zegt, afkatten;
 - afwerend gedrag, afwijzen van (medische) hulp of interventie, waar het gezien de aard van de klachten wel normaal of wenselijk zou zijn;
 - vaak veranderen van huisarts/hulpverlener, medical shopping;
 - veel aandacht vragen voor zichzelf;
 - vertoont het kind gedragsproblemen?
3. Wat is de aard van de klacht en hoe wordt deze door het kind en/of de ouders gepresenteerd?
 4. Wat is de aard van het letsel?
 - is de aard van het ongeval in overeenstemming met de leeftijd en psychomotore ontwikkeling van het kind?
 - zijn er tegenstrijdigheden of vaagheden in de verklaring over het ontstaan van het huidige letsel: is de gegeven verklaring voor het letsel volgens u in

overeenstemming met de aard van het letsel? Zo nee: wat is volgens u de verklaring?

5. Waren er anderen (getuigen) aanwezig bij het ongeval? Zo ja: wie? en kunnen zij zo mogelijk meer informatie verschaffen?
6. Hoe werd er hulp gezocht en is er een onnodige vertraging geweest bij de presentatie van het letsel ("patient's delay")?
7. Is er sprake van aanwijzingen die retrospectief wellicht anders geïnterpreteerd moeten worden: in het verleden onduidelijke letsels, intoxicaties of onbegrepen klachten?
8. Münchhausen by proxy syndroom? Bijvoorbeeld: onbegrepen ziektebeelden? neiging tot somatisatie?, vragen de ouders/verzorgers veel aandacht voor zichzelf?

2.4.5 Lichamelijk onderzoek ²

1. Beschrijf alle, mogelijk met mishandeling samenhangende, afwijkingen zoals hematomen, contusies, brandwonden, andere huidafwijkingen, fracturen, intoxicatiesymptomen, inwendig letsel, neurologische stoornissen, retina afwijkingen (lokalisatie, bijzondere plaatsen, aspect, symmetrie etc.). Onderzoek van het gehele kind is nodig, inclusief het anogenitale gebied;
2. Teken de bevindingen op het sputovamo formulier;
3. Beoordeel groei en ontwikkeling;
4. Let op de algehele verzorgings- en de voedingstoestand van het kind;
5. Beschrijf het gedrag van het kind tijdens onderzoek;
6. Beschrijf het gedrag van de ouders tijdens onderzoek.

Kenmerken van kindermishandeling bij lichamelijk onderzoek⁷

Voor uitgebreide informatie verwijzen wij naar de handboeken.

Hier volgt een kort overzicht.

Dateren van hematomen

0 - 2 dagen	gezwollen en gevoelig
2 - 5 dagen	rood, blauw, paars
5 - 7 dagen	groen
7 - 10 dagen	geel
10 - 14 dagen (of langer)	bruin
2 - 4 weken	verdwenen

Lokalisatie van huidletsels ten gevolge van kindermishandeling versus ongeval

<i>Kindermishandeling</i>	<i>Ongeval</i>
Bovenarmen	Schenen en knieën
Romp	Heupen (crista iliaca)
Bovenbenen, voor- en binnenzijde	Onderarmen en ellebogen
Zijkanten van gezicht	Wervelkolom
Oren en nek	Voorhoofd
Genitalia	Onder de kin
Onder de billen	

Nb. let op kenmerkende afdrucken: bv. handen, riemen, natte handdoeken of andere voorwerpen waarmee geslagen is.

(Bron: R.M. Reece en M.A. Grodin, *Recognition of non-accidental injury. Pediatric Clinics North-America, 32, 41-60, 1985*).

Lokalisatie van brandwonden ten gevolgen van kindermishandeling

<i>Kindermishandeling</i>	<i>Ongeval</i>
Billen, perineum, genitalia enkels en polsen, handpalmen en voetzolen. Scherpe demarcatielijnen. Handschoen en sok verbrandingen	Gewoonlijk voorzijde van het lichaam, lokalisatie in overeenstemming met de gegeven verklaring

(Bron: R.M. Reece et al).

Kenmerken van humerus en femurfracturen bij kindermishandeling versus ongeval:

- supracondylaire humerusfracturen bij jonge kinderen zijn typisch bij een ongeval;
- non-supracondylaire humerusfracturen (diafyse of distale gedeelten van de metafyse) zijn zeer verdacht voor mishandeling;
- een femurfractuur (dwars of spiraal) bij een kind kleiner dan één jaar is gewoonlijk het gevolg van mishandeling;
- een femurfractuur (dwars of spiraal) bij een lopend kind kan het gevolg van een ongeval zijn.

(Bron: S.A. Thomas, *Long bone fractures in young children: distinguish in accidental injuries from child-abuse. Pediatrics, 88, 471-476, 1991*)

Kenmerken van schedelfractuur ten gevolge van kindermishandeling versus ongeval bij kinderen jonger dan twee jaar

<i>Kindermishandeling</i>	<i>Ongeval</i>
Meervoudig of complex	In het algemeen enkelvoudig lineair
Impressiefractuur	Ongecompliceerd
'Groeiende' fractuur	
Fractuurwijdte > 0.3mm	Fractuurwijdte < 0.3 mm
Fractuur in meer dan 1 schedelbot	Fractuur in 1 schedelbot
Vooral pariëtaal en occipitaal gelokaliseerd	Vooral pariëtaal gelokaliseerd
Soms frontaal of temporaal in de fossa cranialis anterior of media in combinatie met intracraniëel letsel (shaken-baby syndrome)	zelden andere locaties

(Bron: C.J. Hobbs, *Skull fracture and the diagnosis of abuse. Arch. Dis. Child. 59, 246-252, 1984*)

Kenmerken van overige fracturen t.g.v. kindermishandeling:

- Ribfracturen, aan de dorsale zijde, naast de costo-vertebrale overgang en lateraal. Je ziet ze pas als er callus ontstaat. Op een vroege botscan zijn ze wel te zien en ze zijn zeer typisch;
- Sternum fracturen:
 - Fracturen van de processus spinosa en processus transversus van de wervels;

- Fractuur van het acromion en avulsie fractuur van de clavicula (draaibeweging van de arm).

Oogafwijkingen

- Retinale bloedingen, bij contusio cerebri zijn zeer verdacht, dus oogarts laten kijken bij onbegrepen en zeker bij ernstig neurologisch trauma (shaken baby syndrome);
- Retina loslating, zeker als het bilateraal is;
- Gedisloceerde lens of cataract, zeker als het unilateraal is;
- Subconjunctivale bloedingen, komen voor na trauma, maar ook na hypoxie, wurging of stompe buik- en/of thorax trauma.

Buikletsel

Alle letsel wat na een stomp buiktrauma kan ontstaan, ontstaat ook na slagen op de buik zoals:

- pancreasletsel of (pseudo)-cystes;
- jejunum of duodenum perforaties;
- lever- en miltcontusie, of bloeding.

Tijdslijmieten voor het onderzoek op spermatozoën en semenvloeistof

Lokalisatie	Spermatozoa	Semenvloeistof
Vagina	6 dagen	12 - 18 uur
Anus	3 dagen	3 uur
Mond	12 - 14 uur	-
Kleding/beddengoed	Tot het moment van wassen	Tot het moment van wassen

2.4.5 Differentiaal diagnose kindermishandeling ²

Volgens de auteurs van het protocol gemaakt door de Nederlandse vereniging van Kindergeneeskunde moet het volgende gezien worden als een voorbeeld van een differentiaal-diagnose.

Huidlaesies

blauwe plekken	trauma, mongolen vlekken, vitamine K deficiëntie, hemofilie, Morbus van Willebrand, automutilatie, anafylactische purpura, thrombopenie/idiopathische trombocytopenische purpura, alternatieve geneeswijze, purpura fulminans, Syndroom van Ehlers-Danlos
locaal erytheem of bullae	accidentele verbranding, allergische reactie, urticarieën, stafylococceen impetigo, bacteriële cellulitis, pyoderma gangrenosum, bevriezing, herpes zoster/simplex, epidermolysis bullosa, contactdermatitis, automutilatie, erythema multiforme
brandwonden	accidentele verbranding, trauma, alternatieve geneeswijzen, bevriezing, automutilatie, impetigo, herpes zoster/simplex, eczeem, luierslag, toxische epidermale necrolysis contact dermatitis, acrocyanosis, congenitale huiddefecten
diverse huidafwijkingen	Morbus Henoch-Schönlein, vele vasculitiden in het algemeen, sepsis (meningococceen), diffuse intravasale stolling, stafylococceen, scalded skin syndroom, impetigo, sensibiliteitsstoornissen

Oogheelkundige problemen

retinale bloedingen	schudden/ander trauma, stollingsstoornis, neoplasma, resuscitatie, specifieke oogziekten
conjunctivale bloeding	trauma, bact./virale/allergische conjunctivitis, hoesten
zwellend orbita	trauma, (pre) orbitale cellulitis, metastase, epiduraal hematoom

Urinewegen

Hematurie	trauma, urineweginfectie, acute/chronische glomerulaire ontstekingen, erfelijke/familiaire nierafwijkingen cave: bloedtoevoeging (Münchhausen by proxy syndroom)
-----------	---

Chirurgische aandoeningen

acute buik	trauma, intrinsieke gastrointestinale of urologische ziekte met obstructie en/of infectie, vasculair voorval, infectie (onder andere appendicitis en peritonitis)
fracturen	trauma, osteogenesis imperfecta, rachitis, geboorte trauma, pseudo fracturen, leukemie, osteomyelitis, osteoporosis, septische arthritis, neurologische stoornis
metafysaire fractuur, epifysair of beide	trauma, vitamine C deficiëntie, Menkes syndroom, syfilis, geboorte trauma
subperiostale	trauma, neoplasma, syfilis, infantiele corticale hyperostosis
laesies	vitamine C deficiëntie

Failure to thrive

adequate voedsel inname	malabsorptie/digestie onder andere: coeliakie, pancreasfibrose, koemelkintolerantie, lactose-intolerantie, parasitaire infestatie
inadequate voedselinname	afwijkingen van het centraal zenuwstelsel, oesophagale/orophagale malformatie, gastro-oesophageale reflux, cardio-pulmonale ziekte, chronische infecties, ziekte van Crohn, intestinale obstructie, metabole ziekte, nierfalen, diabetes mellitus of insipidus

Sudden infant death/onverklaarde plotse dood

diverse oorzaken	onverklaard, cerebraal trauma, asfyxie, infectie (botulisme) immunodeficiëntie, hartritme stoornissen, hypoadrenalisme/ Adrenogenaal syndroom en hypoglycemie, metabole afwijkingen, anafylaxie
------------------	---

Gedragsproblematiek

andere gedrags problemen	faseproblematiek, pedagogische problematiek, schoolproblemen, ontwikkelingsstoornissen, psychiatrische ziekten, ADHD
zelfverwondingen	depressie, mentale retardatie, Cornelia de Lange, Lesch-Nyhan, familiale dysautonomie, ADHD, aandacht trekken, woedebuien

Seksueel misbruik

genitale bloeding	trauma (pijnlijke val), vroege puberteit
fissuren	harde ontlasting, diarree, wormen, seborrhoeïsche dermatitis, ziekte van Crohn
vulvitis en vaginitis (pre- puberaal)	slechte hygiëne, candida, garnerella, beta-haemolytische streptococci, wormen, atopisch eczeem, seborrhoeïsche

	dermatitis, excessief wassen, corpus alienum, lichen sclerosis
recidiverende urine­weginfecties	obstipatie matige hygiëne, urologische anatomische afwijkingen, hemangioom, poliepen
obstipatie	slecht voedingspatroon, anorectale stenose, ziekte van Hirschsprung, spinal cord lesion, faseproblematiek

2.4.6 Aanvullend onderzoek²

Tot het aanvullend onderzoek behoort al het onderzoek, dat noodzakelijk is voor:

1. de behandeling van het aanwezige letsel of de klacht;
2. de differentiële diagnostiek van de afwijkingen die het vermoeden van kindermishandeling hebben doen ontstaan.

Aanvullend onderzoek bij een vermoeden van lichamelijk geweld en/of verwaarlozing

1. bij hematomen en/of schaafwonden:
 - onderzoek naar erfelijke of verworven stollingsstoornissen;
 - globale datering;
 - dia's/foto's.
2. bij fracturen:
 - X-foto Li pols (rachitis), onderzoek calciummetabolisme etc.;
 - skeletstatus (X-lange pijpbeenderen, X-thorax, X-schedel);
 - globale datering.
3. bij groeistoornissen:
 - groeicurve, schedelomtrek, X-Li hand (skeletleeftijd);
 - oude groeigegevens.
4. bij neurologische problematiek:
 - oogspiegelen (retinabloedingen); zo nodig consult oogheekunde;
 - CT-scan/MRI, na neurologisch consult.
5. bij andere klachten vindt gericht aanvullend onderzoek plaats, bijvoorbeeld:
 - onderzoek KNO-gebied: trommelvlies (hematotympanum, perforatie), binnenzijde mondholte (frenulumruptuur, gebitsproblemen, SOA); zo nodig consult KNO-arts;
 - algemeen urine-onderzoek (hematurie, infecties);
 - bloed, urine en maaginhoud op intoxicaties.

Aanvullend onderzoek bij een vermoeden van seksueel misbruik (zie ook bijlage 2):

1. Basisonderzoek:
 - (colposcopische) inspectie van genitalia: goede beschrijving (gebruik anatomisch correcte termen), tekening maken en fotografische documentatie;
 - onderzoek SOA's (afhankelijk van de aard van het seksuele contact, probeer in het belang van het kind onnodig onderzoek te voorkomen), bijvoorbeeld kweken, PCR-onderzoek op gonorrhoe en chlamydia, serologie (lues, hepatitis B, HIV na toestemming);
 - zwangerschapstest / profylaxe;
2. Onderzoek op indicatie:
 - consult: dermato/venerologie, gynaecologie, psychiatrie (gerichte vraagstelling!)
 - vaginaal en/of rectaal toucher (alleen op stricte indicatie)
 - sporenonderzoek: sperma, speeksel, bloed of haren van de dader (uitsluitend in overleg met de Jeugd- en Zedenpolitie/politiearts in verband met het gebruik van de zedenkit en de juridische consequenties)

* Dit onderdeel is bijna in zijn geheel overgenomen uit het protocol zoals die voorgeschreven wordt door de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Voor literatuurreferenties zie aldaar.²

2.5 Aanvullingen m.b.t. seksueel misbruik

2.5.1 Anamnese bij seksueel misbruik ⁵

Algemene adviezen:

- overweeg eerst een anamnese te verkrijgen zonder het slachtoffer erbij;
- ga na hoe het misbruik of verdenking daarop aan het licht is gekomen;
- stel het slachtoffer (kort na het trauma) alleen vragen die relevant zijn voor het onderzoek; dit is ook van belang om een eventueel studioverhoor van de zedenpolitie niet te veel te doorkruisen;
- vraag naar de gezinssituatie (scheiding, bezoeksregeling, huisvrienden etc.).

Gedragssignalen:

- < 4 jaar : regressie, slaapproblemen, afwijkend gedrag in relatie met ouder(s);
- 4-12 jaar : schoolproblemen, angsten, depressie, anorexie, Conversieverschijnselen;
- > 12 jaar: depressie, anorexie (soms ook juist polyfagie), relatieproblemen, Automutilatie, criminaliteit.

Somatische signalen:

- geen afwijkingen bij 60 - 70%;
- hoofdpijn, (vage) buikpijn, hyperventilatie en andere psychosomatische Klachten;
- bijthematomen, hematomen op de bovenarmen en dijen, pijn in de bovenbenen, Krampen/spasmen in de bekkenbodemp;
- dysurie, urineweginfecties;
- rectale of vaginale afscheiding, bloedverlies, wratjes of andere huidafwijkingen;
- geslachtsziekten (SOA), zwangerschap.

2.5.2 Lichamelijk onderzoek ¹⁰

Het urogenitaal onderzoek wordt het best in rugligging en kikkerhouding verricht met de voetzolen tegen elkaar. Oudere kinderen kunnen gevraagd worden de benen op te trekken. Inspectie in knie-ellebooghouding ook wel gedaan, maar is wat kindonvriendelijker. Voor inspectie van de anus kan behalve deze houding ook de zijligging worden gebruikt. De labia majora worden voorzichtig gespreid naar lateroposterior. Bij lichte tractie kan soms een beter beeld worden verkregen. Ontspanning is van belang voor een goede inspectie.

Structuren waarop gelet moet worden zijn labia majora en minora (verklevingen, roodheid), commissura anterior, clitoris (gezwollen), urethra-opening (verwijd, oedemateus), hymen en introïtus vaginae (vorm, laceraties, bloedingen), vestibulum vaginae (rood, wondjes), fossa navicularis, fourchette posterior (kwetsbare plek, vaak als eerste beschadigd) en vaginawand.

Het hymen heeft grofweg drie vormen: hymen fimbriatus, annulare en semilunare. Uit meerdere studies blijkt dat de vorm kan wisselen per persoon en per leeftijd. Oestrogenen hebben invloed op het aspect van het hymen. De waarde van de diameter wordt steeds meer betwijfeld. De mate van ontspanning en de manier van onderzoek is hierop van invloed. Alle meisjes worden geboren met een hymen. Ongevallen, masturbatie e.d. beschadigen zelden of nooit het hymen.

Ook al is het kind seksueel misbruikt, hoeven er geen afwijkingen te zien zijn.

Dit kan door:

- Soort van handelingen die verricht zijn
- Delay van onderzoek, waarbij herstel is opgetreden
- De elasticiteit van het hymen
- Microscopische afwijkingen worden zonder colposcoop niet gezien

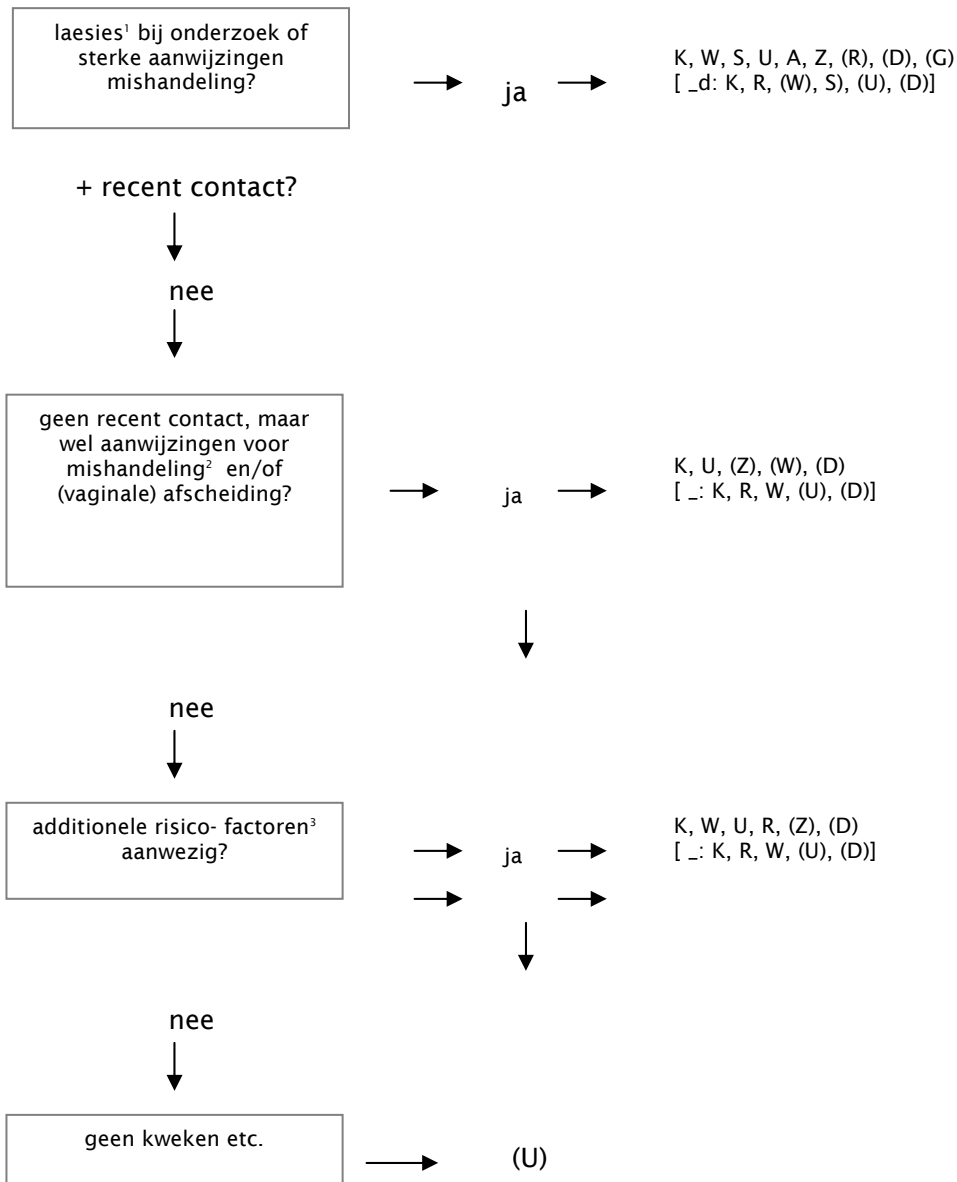
Ook bij jongens komt seksueel misbruik voor, maar lichamelijke afwijkingen worden nog minder vaak gezien.

2.5.2 Aanvullende diagnostiek bij seksuele mishandeling ⁵

Afkortingen:

- K= kweken afnemen volgens protocol (vaginaalwatten voor banale kweek, schimmels, GO, chlamydiae en trichomonas) + luesserologie + virologie (HVB, HIV, {HPV}, {HSV})
- W= keelwat (GO)
- R= rectumwat (GO)
- S= vaginaal spoelsel op spermatoctyen en PSA (alleen bij {mogelijk} contact in de afgelopen 72 uur; bij rectaal misbruik: rectaal spoelsel)
- U= urinesediment (ook voor spermatoctyen) en zo nodig kweek
- A= AVD foto's (let op toestemming!)
- Z= zwangerschapstest (alleen bij {post}puberale meisjes)
- D= dermatologisch consult
- G= gynaecologisch consult

Beleid.



Opmerkingen:

1. Laesies:
bedoeld worden genitale of rectale laesies zoals rupturen, beschadigd hymen, hematomen, afwijkingen passend bij SOA of bij dermatologische ziekten (bijv. liegen sclerosus et atrophicus).
2. Aanwijzingen seksuele mishandeling.
3. Risicofactoren:
 - gezinslid bekend met, of nu gediagnostiseerde SOA;
 - anamnestic zeker of zeer waarschijnlijk direct contact met de genitalia van de pleger (op welke wijze dan ook);
 - mogelijk door meer dan één pleger seksueel mishandeld;
 - mogelijke pleger bekend met SOA, verslaafd, homoseksueel of andere risicogroep;
 - ouders/milieu behoren tot een risicogroep (verslaafd, prostitutie).

2.5.3 Laboratorium onderzoek op seksueel overdraagbare aandoeningen¹⁰

Wanneer presentatie na een eerste seksueel misbruik direct plaats vindt dan moet de diagnostiek na een week worden afgenomen. Wanneer er (een vermoeden van) al langer bestaand misbruik bestaat wordt direct materiaal afgenomen.

Gonorrhoe	kweek op Neisseria gonorrhoeae van de keel, het rectum, de urethra en bij meisjes de cervix indien er aanwijzingen zijn voor penetratie (Stuart medium). Cervixkweek laten afnemen door ter zake kundige gynaecoloog, zo nodig onder narcose. Het materiaal moet direct naar het bacteriologisch laboratorium worden gebracht en worden ingezet.
Syfilis	lues serologie, direct en na 3 maanden. Donkerveldmicroscopie overwegen bij de aanwezigheid van anogenitale of orale ulcera (overleg niet laboratorium bacteriologie).
IV	serologisch onderzoek direct, herhalen na 6 maanden (alleen op indicatie en na toestemming).
Chlamydia trachomatis	LCx (een gemodificeerde PCR) van urethra, rectum en indien er aanwijzingen zijn voor penetratie ook van de cervix (speciaal medium) (overleg met laboratorium bacteriologie). Bij jongens is urine net zo'n gevoelig materiaal als de urethra-uitstrijk, bij meisjes niet. Serologisch onderzoek (C.trachomatis 1gG en 1gA).
Condyloniata acuniinata (HPV)	routine formalinebiopt bij condylomata acuminata eventueel met PCR, vaststellen van de omvang van de wratten, zo nodig onder narcose. Onderzoek van de ouders met HPV- typering van de eventuele condylomata. (N.B.: op basis van deze bevindingen kan er uitsluitend van circumstantial evidence gesproken worden; de juridische kant van PCR is <u>niet</u> waterdicht`).
Trichomonas Vaginalis	direct preparaat van vagina/urethra exsudaat + fysiologisch zout; kweek is ook mogelijk (Stuart medium; aanvraag expliciet vermelden).
Herpes simplex virus 1 en 2:	- kweek in virologisch transportmedium -serologisch onderzoek bij een acute infectie serologie herhalen en controleren met kweek om te differentiëren tussen een primo en een gereactiveerde herpesinfectie.
Hepatitis B	- serologisch onderzoek, herhalen na 2 maanden.
Hepatitis C	- serologisch onderzoek, herhalen na 6 maanden.

Een positieve kweek van hetzij gisten of gardnerella vaginalis of anaeroben uit vagina (of urethra) vormt geen aanwijzing voor mishandeling. Deze species kunnen tot de normale flora behoren. Bij gekweekte gonococ en gekweekte chlamydia kan men bewijzen dat isolaten identiek zijn, bij ander micro organismen is dit nog onmogelijk.

2.6 Differentiaal diagnostiek¹⁰

Differentiaal diagnostisch moet worden gedacht aan:

- luierdermatitis;
- oxyuriasis;
- banale infecties;
- paalwonding;
- lichen sclerosus et atrophicus ;
- verkleefde labia minora;
- anusfissuren bij obstipatie.

2.7 Tot slot

Tenslotte: de diagnose seksueel misbruik blijft zeer moeilijk te stellen. Het medisch onderzoek is slechts een onderdeel van de diagnostiek. Andere disciplines hebben hierin een zeer belangrijke rol.

2.8 Osteogenesis Imperfecta ¹⁰

(Deze bijlage is in zijn geheel overgenomen uit een symposium syllabus VU).

Osteogenesis imperfecta is een zeldzame aandoening. Ten tijde van de geboorte is de prevalentie 1:15.000. Omdat kinderen met een ernstige vorm rond de geboorte overlijden heeft ongeveer 1:25.000 kinderen de aandoening. Over het algemeen wordt de indeling van Sillence aangehouden.

2.8.1 Indeling Osteogenesis Imperfecta

Type	Verschijnselen
IA	blauwe sclerae, broosheid van de botten, matige groeistoornis, hypermobiliteit van de gewrichten, gehoorverlies bij 50%, normaal gebit, autosomaal dominant.
IB	als A met tandafwijkingen
II	extreme broosheid van de botten, en daardoor niet verenigbaar met het leven, zeer vaak spontane dominante mutaties als oorzaak.
III	na de geboorte progressieve deformerende botafwijkingen met vele fracturen, beperkte lengte, kyfoscoliose, asymmetrische schedel, driehoekig gelaat, meestal normale sclerae, soms gehoorverlies, soms tandafwijkingen, autosomaal recessief en dominante overerving komt voor.
IVA	broosheid van de botten, soms groeiretardatie en misvorming, normale sclerae, soms gehoorverlies, normaal gebit, autosomaal dominante overerving.
IVB	als type IVA maar met tandafwijkingen.

De type II en III zijn de ernstige vormen. Kinderen met Osteogenesis type II overlijden rond de geboorte en vaak voor het eerste levensjaar.

De diagnose wordt over het algemeen op klinische gronden gesteld. Een verminderde lengte, een driehoekig gelaat, hyper telorisme, een kleine neus en de blauwe sclerae, die in de loop van de maanden witter worden, zijn een paar van de kenmerken. Gehoorverlies kan voorkomen en soms het voornaamste symptoom zijn. In de consensus uitgave van het CBO in november 1992 wordt vermeld dat de diagnose alleen op klinische gronden, waaronder skeletfoto's wordt gesteld.¹ De skeletfoto's worden het beste volgens protocol gemaakt (bijv. X-schedel: wormian bones?).

Sommige afwijkingen zijn alleen op jonge leeftijd vast te stellen, en soms moet de serie worden herhaald na een half jaar om een diagnose te stellen. In Utrecht is de werkgroep skelet dysplasie altijd bereid de foto's te beoordelen. De laatste jaren is het ook mogelijk om het afwijkende collageen I, zowel kwantitatief als kwalitatief, te bepalen in een fibroblasten

kweek.² Het wordt dan vergeleken met collageen III. Een normaal collageen I sluit een Osteogenesis Imperfecta niet uit.

2.8.2 Differentiaal diagnose

- anchondrogenese, thanatofore dysplasie
- hypophosphatasia
- pycnodysostose
- idiopatische juveniele osteoporose
- kindermishandeling

Vaak worden de ouders van een kind met osteogenesis imperfecta verdacht voor kindermishandeling^{3,4}. Het beste wordt dit verwoord in dit citaat:

Osteogenesis Imperfecta of kindermishandeling

De belangrijkste differentieel diagnostische 'aandoening' bij kinderen die af en toe een fractuur hebben is de kindermishandeling. Er kan niet genoeg de nadruk op worden gelegd dat in ieder geval van onbegrepen fracturen de diagnose Osteogenesis Imperfecta moet worden uitgesloten voor dat de mogelijkheid van kindermishandeling wordt overwogen. Dit is lang niet altijd eenvoudig, ondanks de regeling dat de fracturen bij mishandeling vaak compleet zijn, in normaal bot plaatsvinden en gekoppeld zijn aan een gekneusde huid en verschijnselen van verwaarlozing. Bij de types Osteogenesis Imperfecta waarbij een normale botstructuur kan bestaan (type I en IV kan het onderscheid tussen Osteogenesis Imperfecta en mishandeling zeer moeilijk zijn. Er is geen specifiek fractuurpatroon dat verder onderscheid mogelijk maakt. Wel blijken bij Osteogenesis Imperfecta de meeste fracturen aan de onderste extremiteiten voor te komen en bij battering in de bovenste.

De diagnose 'mishandeling' laat zich echter niet buiten patiënt/ouders om stellen. Het omgaan met de mogelijkheid van mishandeling vraagt zeer veel tact van de behandelend arts. Het uiten van een onterecht vermoeden kan psychisch leed veroorzaken. Ontkenning van de kant van de ouders geeft echter geen uitsluitel over de (on)juistheid van het vermoeden. Of er wel of geen sprake is van mishandeling, in beide gevallen kan het opperen van de mogelijkheid tot een vertrouwensbreuk tussen arts en ouders leiden. In het geval van herhaalde fracturen, waarbij de diagnose Osteogenesis Imperfecta, zich (nog) niet laat stellen, is de eerste stap: de ouders laten delen in de diagnostische onzekerheid. In dit diagnostische 'vacuüm' is de volgende stap: benadrukken dat het nodig kan zijn de ouders actief in het diagnostische proces te betrekken. Voor het verzamelen van zoveel mogelijk informatie over gedrag en ontwikkeling van het kind en over omstandigheden thuis kunnen psycholoog en maatschappelijk werk worden ingeschakeld. Psycholoog, maatschappelijk werkster en arts dienen zeer vertrouwd te zijn met elkanders werkwijze: samenwerking binnen een team verlaagt de kans op communicatiestoornissen. Analyse van het gedrag van de kleuter kan gewenst zijn om na te gaan of het kind gemakkelijk (te) veel risico neemt, motorisch onhandig is etc. Naarmate de arts er beter in geslaagd is de ouders mee te laten denken over de mogelijke oorzaken van de herhaalde fracturen, kan gemakkelijker het onderwerp gezinsomstandigheden geïntroduceerd worden. Te allen tijde kan de optie van een organische oorzaak voor de herhaalde fracturen worden open gehouden. In uitzonderlijke situaties (c.q. wanneer botchirurgie geïndiceerd zou zijn) kan histopathologisch onderzoek van een botbiopt nader uitsluitel geven.

Frequente fracturen kunnen leiden tot een inactiviteits osteoporose door de immobilisatie ter behandeling van de fractuur. Ook kan er een toenemende standsafwijking ontstaan (bowing). Een manier om de fracturen te behandelen en te beschermen tegen nieuwe fracturen is om intramedullaire pennen in te brengen. Er is ook een die 'meegroeit': Baily-nail.

1. Osteogenesis imperfecta CBO Utrecht. ISBN 90-6910-140-8
2. Osteogenesis imperfecta bij kinderen. Breslau-Siderius L, Pais G. et al Abstract. 17e Congres Kindergeneeskunde 1-2-3 nov 1995.
3. Child abuse or osteogenesis imperfecta: how can we tell, Gahagan S, Rimsza ME. pediatrics 88 (1991) 987-992.
4. Studies of collagen synthesis and structure in the differentiation of child abuse from osteogenesis imperfecta. Steiner RD, Pepin M, Byers PH. J. Ped 128 (1996) 542 - 547

2.9 Medische verslaglegging

2.9.1 Inleiding

Het zal duidelijk zijn dat zorgvuldige verslaglegging van belang is. Omdat meerdere medewerkers bij de casus betrokken zijn moeten, voor een goede hulpverlening, alle feiten voor iedereen even duidelijk zijn. Bij eventuele klachten moet uit de verslaglegging helder zijn dat ten behoeve van het bedreigde kind op een medisch verantwoorde manier is gehandeld ².

Het NVK adviseert om, naast de standaard medische verslaglegging dat er bij vermoedens van kindermishandeling aandacht besteedt moet worden aan de volgende punten:

- op wiens verzoek is het kind verwezen?
- bij wie is vermoeden van kindermishandeling ontstaan en waar is dat vermoeden op gebaseerd?
- wie heeft het ouderlijke gezag en vindt het onderzoek plaats met instemming van die persoon?
- van wie zijn bepaalde uitspraken afkomstig (kind, ouder, begeleider, huisarts etc.);
- groei, inschatting van ontwikkeling ;
- de reacties van het kind bij lichamelijk onderzoek, verzorgingstoestand, exacte weergave van lichamelijke bevindingen;
- ook negatieve bevindingen noteren.

2.9.2 Signaleringsprotocol kindermishandeling voor de acute hulp

In navolging van het VU ziekenhuis stellen wij voor om, ten behoeve van de signalering van kindermishandeling, het SPUTOVAMO formulier te gebruiken. Dit formulier is zo gemaakt dat, als je het langsloopt, je gedwongen wordt om goed naar enkele dingen te kijken⁵. De SEH-arts wordt gevraagd om bij elk kind met een letsel negen vragen te stellen: de negen w's van SPUTOVAMO (het woord is een geheugensteuntje: soort, plaats, uiterlijk, tijd, oorzaak, veroorzaker, anderen, maatregelen, oude letsels)

Er wordt gevraagd de observaties bij die negen vragen in telegramstijl te noteren op een formulier voor registratie van alle kinderletsels. Bij het beantwoorden van de vragen wordt snel duidelijk of, in differentiaal diagnostisch opzicht, rekening met kindermishandeling gehouden moet worden.

Een voorbeeld van het formulier vindt u op de volgende bladzijde.

2.9.3 Inhoud medische correspondentie

(in zijn geheel uit het protocol van het NVK overgenomen)

Het zal duidelijk zijn dat in een brief aan de huisarts en andere betrokkenen een aantal zaken vermeld moeten worden. Omdat de resultaten van een medisch onderzoek in bepaalde omstandigheden van doorslaggevend belang kunnen zijn bij de bescherming van het kind (bijvoorbeeld in een juridische procedure) is het belangrijk dat de resultaten ook voor niet medisch geschoolden begrijpelijk omschreven worden. (Toevoeging 2010: Overigens hanteert het AMK een format dat kan worden ingevuld ter onderbouwing van de melding). De informatie hieronder betreft medische correspondentie.

Melding AMK

Melding Raad Voorbeeldbrief kindermishandeling

Geachte collega,

....., geboren, wonende, zagen wij op de polikliniek/was opgenomen van tot wegens (klachten/signalen)/vermoeden van kindermishandeling/vermoeden van seksueel misbruik.

Hij/zij werd verwezen door

Anamnese:

Voorgeschiedenis:

Actuele anamnese: (lichamelijke symptomen, gedragssignalen)

Ontwikkelingsanamnese:

Sociale anamnese: (gezin, school)

Familie-anamnese:

Onderzoek:

Lichamelijk onderzoek:

Gezinsonderzoek (verricht door):

Gedragdiagnostiek (verricht door):

Werkdiagnose en differentiële diagnostiek:

Aanvullende diagnostiek:

specifiek aanvullend onderzoek: (al naar gelang dit ingezet is)

Aanvullend overleg/informatie:

(huisarts, AMK, Raad voor de Kinderbescherming, politie)

Conclusie:

- (bewezen c.q. sterk vermoeden van) kindermishandeling, namelijk(type mishandeling), op basis van(signalen en diagnostische bevindingen), bij uitsluiting van(DD's) en bij de volgende (causale) gezinsproblematiek
- Nevend diagnoses

Beleid en adviezen en beloop:

- gesprekken met de ouders/verzorgers:
- medische adviezen/behandeling:
- interne hulpverlening en follow-up
- externe hulpverlening
- voor de Kinderbescherming (vraagstelling)

2.10 Gespreksvoering

(in zijn geheel overgenomen uit protocol kindermishandeling NVK)

2.10.1 Inleiding

Het primaire doel van het gesprek met de ouders is om de bezorgdheid van de kinderarts/het ziekenhuis te bespreken en de ouders aan te spreken op hun verantwoordelijkheid voor de zorg van hun kind. Indien de ouders deze bezorgdheid kunnen delen kan op grond van het ingestelde nader onderzoek de hulpbehoefte van het gezin vastgesteld worden om deze samen met de ouders te vertalen naar een gemotiveerde hulpvraag. Soms moet dit gesprek een soort breekijzerfunctie hebben om ouders duidelijk te maken dat hulpverlening noodzakelijk is en weliswaar op vrijwillige basis plaats vindt, maar van de kant van de kinderarts niet vrijblijvend is. Dit laatste omdat de kinderarts/het ziekenhuis een verantwoordelijkheid heeft met betrekking tot de veiligheid en de gezondheid van het kind en ervoor verantwoordelijk is om in elk opzicht herhaling van het gebeurde te voorkomen.

Het moet ook duidelijk zijn dat, als de ouders niet bereid zijn tot verdere diagnostiek en/of hulpverlening, de kinderarts de verantwoordelijkheid heeft hierover in contact te treden met het AMK en, als de situatie voor het zeer accuut kind onveranderd bedreigend of onduidelijk blijft, met de Raad voor de Kinderbescherming.

2.10.2 Uitvoering gesprek

Plaats:

- in het ziekenhuis, echter niet op de afdeling waar het kind ligt (zeker niet als verwacht wordt dat de ouders het kind direct mee naar huis zullen nemen); ook niet op een polikliniek waar zich andere ouders bevinden;
- een vertrek waar men niet gestoord wordt
- alternatief: in overleg met de huisarts op diens praktijkadres.

Deelnemers:

- spreek altijd met beide ouders tegelijk waardoor beide ouders gelijktijdig dezelfde informatie krijgen (bij seksueel misbruik kan op verzoek van het kind alleen met de niet-mishandelende ouder gesproken worden);
- nooit alleen, tenminste de verantwoordelijke (kinder)arts en bijvoorbeeld een maatschappelijk werker, een verpleegkundige, een vertrouwensarts of de huisarts;
- niet meer dan drie om de ouders niet de indruk te geven dat zij voor een forum verschijnen; gesprekken met het kind: hiervoor wordt verwezen naar hoofdstuk 6 juridische aspecten
- bij taalproblemen: tolk uitnodigen; nooit het kind laten tolken (loyaliteitsconflict, onjuiste informatie heen en terug).

Rolverdeling:

- inhoud van de boodschap en wie deze mededeelt moet goed voorbereid worden.
- de rolverdeling dient te worden afgesproken: bij voorkeur de kinderarts de meer gespreksvoerende/-leidende rol, de maatschappelijk werker de observerende n steunende rol

2.10.3 Gesprekken met de ouders

Inhoud:

- ouders aanspreken op de verantwoordelijkheid voor het kind

- vragen naar hun verklaring van de symptomen
- bezorgdheid uiten
- ouders laten meedenken
- noodzakelijkheid nadere diagnostiek uitleggen
- behandelplan bespreken

Attitude:

- vriendelijk, geduldig, luisterend
- niet beschuldigend
- duidelijkheid geven over de ernst van problemen en wat er dient te gebeuren
- duidelijk zijn over de te nemen stappen als er onduidelijkheid blijft bestaan of als de ouders niet wensen mee te werken (het medisch advies negeren)
- openheid over welke in- en externe hulpverleners er worden geconsulteerd en ingeschakeld.

2.10.4 Toelichting op het schema

Ad inhoud gesprekken:

- *voorstellen*: stel u zelf en uw collega voor en verduidelijk de hoedanigheid/functie waarin u met hen gaat spreken;
- *hoeveelheid informatie*: wees kort en helder en geef niet te veel informatie tegelijk; beperk u tot de essentie van de zaak; vaak kan het verstandig zijn het gesprek uit te stellen als nog niet alle informatie van de diverse hulpverleners op een rijtje is gezet; in acute situaties kan uitstel van een dag echter al te lang zijn ("golden-window effect");
- *probleemstelling*: bespreek eerst de aanleiding van uw zorg en bemoeienissen: de signalen, de symptomen, de onduidelijkheden in de verklaring van de ouders, het functioneren van het kind, het belang van gezondheid, veiligheid en het voorkomen van herhaling;
- *vermijden van beschuldigingen*: vraag de ouders mee te denken als verantwoordelijk ouder van hun kind, vraag wat ze van de situatie vinden; in latere gesprekken kunnen samen met de arts of maatschappelijk werker meer persoonlijke zaken aan de orde komen, bijvoorbeeld hoe het met hen zelf gaat, hun eigen verleden, de relatie met de partner etc.;
- *voorkomen moet worden dat er een discussie ontstaat op betrekkningsniveau*: Het gesprek vindt zijn legitimiteit in het belang van het kind. Wijs er steeds op dat in feite ouders en hulpverleners hetzelfde doel nastreven: het bieden van optimale ontwikkelingskansen voor het kind;
- *tevens moet voorkomen worden dat ouders en gespreksleider in feite "om de hete brij heen draaien"* en de ouders openingen geboden worden om verder niets te boeven zeggen.

Ad attitude:

- in feite gaat het voor de ouders toch vaak om een gesprek waarin zij geconfronteerd worden met het eigen falen of hun onmacht. Daarbij kunnen diverse reactiepatronen bij de ouders naar voren komen; bereid u voor hoe u gaat reageren bij: ontkenning, neiging tot isolering, woede, onderhandelen, berusting;
- bedenk dat de ouders vaak zelf een belaste familieanamnese hebben en dat de mishandeling vaak uit onmacht heeft plaatsgevonden;
- als de ouders uw zorg niet delen en / of hun eigen rol in het ontstaan der problemen niet in kunnen of willen zien, probeer hen dan niet van uw gelijk te overtuigen (beschuldigen), maar bekijk of ze de signalen en symptomen herkennen en uw zorg daarover kunnen delen;

- vermijd termen als: schuld, dader, (kindermishandeling en overtuig de ouders van de noodzaak tot hulpverlening;
- geef ruimte aan het uiten van boosheid ook als die direct tegen u gericht is, maar stel er wel grenzen aan (structureer de boosheid);
- voorkom dat de boosheid van de ouders zich richt tegen het kind (zich verraden voelen); ook dit moet uitgesproken worden;
- probeer de ouders te motiveren voor de hulpverlening; voorkom het gevoel van verlies van autonomie bij de ouders; vaak hebben de ouders al lang begrepen dat er iets mis is en dat hulp nodig is;
- neiging tot onderhandelen: laat u niet een beperkte bemoeienis van buitenstaanders met het gezin afdwingen;
- geef aan het eind altijd een samenvatting niet een herhaling van de gemaakte afspraken; maak altijd een schriftelijk verslag van het gesprek en kondig aan dit naar de ouders te zullen zenden;
- maak duidelijk wat uw stappen zullen zijn als de ouders zich niet aan de gemaakte afspraken houden;
- bespreek welke hulpverleners en instanties ingeschakeld zullen worden, ook als het gaat om AMK of de Raad voor de Kinderbescherming;
- informeer andere betrokkenen (de verpleging bijvoorbeeld) over het gesprek;
- maak een verslag in het dossier van alle gesprekken, vermeld wie bij de gesprekken aanwezig waren en noteer de gemaakte afspraken.

2.11 Intramurale en extramurale samenwerking

(bijna in zijn geheel overgenomen van het protocol kindermishandeling NVK, echter aangepast aan de situatie in de MC|Groep).

2.11.1 Intramurale samenwerking

2.11.2 (Psycho) sociaal onderzoek

Uitvoering: orthopedagoog / psycholoog / maatschappelijk werk

Het psychosociale onderzoek omvat de gegevens met betrekking tot de context van het kind. Dit betreft:

1. De algemene gezinsgegevens, zoals:
 - de leeftijd en de nationaliteit van de ouders/verzorgers;
 - de gezinssamenstelling;
 - de leeftijdsrangorde van de kinderen;
 - socio-economische gegevens (opleiding/niveau ouders/verzorgers, inkomsten etc.)

2. Eventuele gezinsproblematiek
In het kader van het onderzoek moet aandacht worden besteed aan eventuele risicofactoren zoals:
 - opvoedingsproblemen bij het betreffende kind, maar ook bij de andere kinderen in het gezin;
 - relatieproblemen tussen de ouders onderling en tussen de ouders en de 'extended family';
 - overbelasting, bijvoorbeeld ten gevolge van één-ouderschap;
 - socio-materiële problemen (huisvesting, financieel etc.);
 - 'multi-problem' situaties (= combinatie van twee of meer van bovenstaande).

3. Additionele problemen
Er kan sprake zijn van additionele problemen zoals:
 - aangeboren afwijkingen;
 - prematuriteit;
 - chronische ziekten van het kind en/of de ouders;
 - psychische problematiek;
 - psychiatrische behandeling van de ouders/verzorgers;
 - verslaving;
 - detentie;
 - belast verleden van de ouders, bijvoorbeeld zelfs vroeger mishandeld of misbruikt.

2.11.3 Gedragsobservaties

Uitvoering: kinderarts, orthopedagoog of psycholoog, verpleegkundigen, pedagogisch medewerkers

Gedragsobservaties kunnen plaatsvinden tijdens de opname op de afdeling, tijdens, polikliniekbezoek of bij psychologisch/ pedagogisch onderzoek. Hierbij wordt aandacht besteed aan het gedrag van het kind als het alleen is (is het kind in staat zichzelf te vermaken, is er sprake van constructief of destructief spel enz.). Ook kan er gelet worden op de interactie van het kind met anderen: de ouders, andere volwassenen, zoals de ouders van andere kinderen of ziekenhuismedewerkers, met bekenden en vreemden en met andere kinderen.

2.11.4 Psychologisch en (kinder)psychiatrisch onderzoek

Uitvoering: psycholoog/orthopedagoog, (kinder)psychiater

- Psychologisch onderzoek inclusief persoonlijkheidsonderzoek en ontwikkelingsonderzoek,
- Kinderpsychiatrisch onderzoek: ontwikkelingsonderzoek, pathologische gezinsrelaties, gedragsobservatie, etc.
- Gericht psychiatrisch onderzoek van de ouders op indicatie. (N.B. per casus zal bekeken moeten worden, in overleg met de betrokken artsen en instanties wie dit onderzoek, wanneer doet.

2.11.5 Samenwerking met de andere medische disciplines

Uitvoering: afhankelijk van de medische/somatische problematiek kunnen andere medische disciplines bij de diagnostiek en differentiële diagnostiek worden ingeschakeld.

2.11.6 Extramurale samenwerking

Bij de extramurale samenwerking zijn er een aantal mogelijkheden:

1. samenwerking met de gezondheidszorg;
2. samenwerking met de jeugdzorg;
3. samenwerking met de op de ouders gerichte hulpverlening;
4. samenwerking met het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling, met justitie (Raad voor de Kinderbescherming, voogdij-instellingen) en politie.

Ad 1. Gezondheidszorg

Curatieve zorg

- begeleiding door huisarts.

Preventieve zorg

- begeleiding afdeling jeugdgezondheidszorg 0-4 (=Ouder-Kindzorg) van de thuiszorgorganisatie;
- begeleiding afdeling Jeugdgezondheidszorg 4-18 van de GGD.

Ad 2. Jeugdzorg

De jeugdhulpverlening vormt samen met de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen en de jeugdbescherming samen de jeugdzorg.

De toegang tot de Jeugdzorg verloopt, voor de MC|Groep, verschillend. Via:

- Bureau Jeugdzorg, inclusief het AMK
- Meerkanten kinder- en jeugd psychiatrie;
- Raad voor de Kinderbescherming.

Verwijzing naar Bureau Jeugdzorg en de Meerkanten verloopt uitsluitend met toestemming van de ouders en/of het kind. Het is raadzaam deze toestemming schriftelijk in het medisch dossier vast te leggen. Voor melding bij het AMK is geen toestemming nodig maar het is wel belangrijk om het aan de ouders te melden.

Mogelijke functies van het Bureau Jeugdzorg

- Consultatie;
- coördinatie van eventueel noodzakelijke aanvullende diagnostiek. Aanvullende diagnostiek kan op verzoek van de aanmelder plaatsvinden, maar ook op initiatief van het Bureau Jeugdzorg zelf. Het bureau draagt zorg voor de uitvoering van de diagnostiek;
- indicatiestelling voor specifieke diagnostiek en hulpverlening.

- zorgtoewijzing, als er sprake is van geïndiceerde zorgverlening. Dit kan ambulante en (semi)residentiële zorg zijn, maar ook zorgverlening via pleegzorg.
Indicatiestelling en zorgtoewijzing kunnen bijvoorbeeld leiden tot:
 - verwijzing naar de RIAGG;
 - inschakelen Gespecialiseerde Gezinszorg (GGV) of videohometraining (VHT);
 - plaatsing op het Medisch Kinderdagverblijf (MKD) of Medisch Kindertehuis (MKT);
 - plaatsing voor naschoolse opvang en begeleiding via een Boddaertehuis;
 - inschakelen specifieke projecten, zoals Families First;
 - inschakelen van Algemeen Maatschappelijk Werk (MDF);
 - op gang brengen van hulp door MEE;
 - verwijzing naar verslavingszorg (Tactus).

ad 3. Op de ouders gerichte hulpverlening

In aanvulling op de hulpverlening aan het kind kan hulpverlening voor de ouders noodzakelijk zijn, bijvoorbeeld via:

- het algemeen maatschappelijk werk;
- de verslavingszorg;
- het Fiom;
- psychiatrie.

ad 4. Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling, justitie en politie

Voor informatie over het vragen van advies bij een vermoeden of over het doen van een melding wordt verwezen naar hoofdstuk 12 en verder. In dat deel zal de samenwerking met het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling, de Raad voor de Kinderbescherming en Politie (afdeling Jeugd- en Zedenzaken) verder worden uitgewerkt.

2.12 Advies, vragen over en melden van een vermoeden van kindermishandeling

(in zijn geheel overgenomen uit protocol kindermishandeling NVK)

2.12.1 Het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK)

2.12.2 Inleiding

De Advies- en Meldpunten Kindermishandeling zijn opgericht naar aanleiding van de werkzaamheden van de werkgroep Meldpunt Kindermishandeling. Deze werkgroep kreeg van de Nederlandse overheid de volgende opdracht: 'de ontwikkelingen gericht op de vormgeving van één herkenbaar meldpunt voor vermoedens van kindermishandeling op provinciaal niveau te begeleiden en te stimuleren (Advies- en Meldpunten Kindermishandeling, 1997).

In het eindrapport van de werkgroep wordt verwoord op welke wijze voldaan kan worden aan de geformuleerde doelstelling. Inmiddels is de beslissing genomen om in het gehele land over te gaan tot de instelling van Advies- en Meldpunten Kindermishandeling. Aan de oprichting van de AMK's nemen zowel het (voormalige) Bureau Vertrouwensarts (BVA) als de Raden voor de Kinderbescherming, met andere woorden de oorspronkelijke meldpunten, deel. De basis van deze samenwerking kan worden samengevat in de volgende punten:

- De samenwerking is niet gericht op het herdefiniëren van elkaars grenzen maar op de integratie van de specifieke vaardigheden en de deskundigheid van het BVA en de Raad voor de Kinderbescherming.
- Alle (vermoedens van) kindermishandeling worden bij het AMK gemeld, tenzij er evidente aanwijzingen zijn dat er sprake is van een dusdanige crisissituatie dat er acuut veiligheid moet worden geboden aan de betreffende kinderen.

Het werk van het AMK is gericht op het op gang brengen van vrijwillige hulpverlening. De uitgangspunten met betrekking tot de functie, taak en werkwijze van de AMK's zijn vergelijkbaar met die van het Bureau Vertrouwensartsen (BVA). In principe kan iedereen met het AMK overleggen over zijn vermoedens. De kindermishandeling hoeft niet bewezen te zijn.

Het AMK is tijdens kantooruren bereikbaar (036 - 5484920). Buiten kantooruren kan men voor dringende zaken bellen met de bereikbaarheidsdienst via hetzelfde telefoonnummer. Het AMK is een onafhankelijke instelling, die geen formele relatie heeft met justitiële instellingen, zoals de Raad voor de Kinderbescherming en de Politie. Wel zijn er onderling uitgebreide samenwerkingsafspraken gerealiseerd.

2.12.3 Functie, taak en werkwijze van AMK

De functies van het AMK worden hieronder weergegeven. Deze functies kunnen verdeeld worden in functies behorend bij de casusgebonden activiteiten (advies/consultfunctie en de meldingen ter activiteit) en meer algemene taken.

Functies van het AMK

Advies/consultfunctie:

- adviseren;
- adviseren en consult geven.

Melding ter activiteit:

- het in ontvangst nemen van de melding;
- onderzoeken en beoordelen;
- verwijzen en overdragen;

- coördineren van het op gang brengen van de hulp;
- feedback aan melders;

Algemene taken:

- evalueren van eigen handelen;
- signaleren van knelpunten bij de hulpverlening en in de samenwerking;
- participeren in regionale beleidspunten.

De advies- en consultfunctie

Er bestaat geen verschil in de uitvoering van de advies- en consultfunctie tussen het voormalige Bureau Vertrouwensarts (BVA) en het AMK

Bij het AMK kan, bij een vermoeden, advies of consult gevraagd worden. Hierbij hoeft degene, die contact legt met het BVA, de naam van het betreffende kind of het betreffende gezin niet te noemen. Hij beperkt zich tot de probleembeschrijving en probeert samen met het AMK een route uit te zetten, waarbij duidelijkheid wordt verkregen over de aard van het probleem en de mogelijke oplossingen voor de adviesvrager, het kind e/of het gezin.

Het AMK start op basis van een dergelijk verzoek om advies of consult geen onderzoek. De verantwoordelijkheid voor de aanpak blijft berusten bij de adviesvrager, met andere woorden de adviesvrager blijft eigenaar van het door hem/baar geschetste probleem. Iedereen kan om een advies of consult vragen.

Het meldpunt (meldingen ter activiteit)

Het AMK heeft als tweede taak het aannemen van meldingen van (vermoedens van) kindermishandeling. Het AMK neemt bij een melding ter activiteit de verantwoordelijkheid van de melder niet over, maar deelt deze met de melder.

Ad 1. De status van de melder

Het AMK houdt in zijn werkwijze rekening met de relatie van de melder met het kind en/of het gezin. Er wordt een driedeling gemaakt, die consequenties heeft voor de status van de melder:

- Meldingen vanuit het informele circuit door omstanders (onder andere familieleden, vrienden, kennissen en burens). Deze mensen mogen bij het AMK melden en de wens uitspreken anoniem te blijven ten opzichte van het gemelde kind en/of het gezin. Het AMK is gerechtigd dit verzoek te honoreren en de melding wordt in behandeling genomen.
- Meldingen uit het circuit van de beroepsbeoefenaren (onder andere huisartsen, kinderartsen, verpleegkundigen, medewerkers van de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuterzorg en van de jeugdgezondheid en leerkrachten). Deze groep kan de wens uitspreken anoniem te blijven ten opzichte van het gemelde kind en/of het gemelde gezin. Het AMK is gerechtigd deze wens te honoreren, nadat de redenen voor het verzoek uitgebreid met de melder besproken zijn.
- Meldingen door professionele hulpverleners, die een behandelingsrelatie hebben met het betreffende kind en/of gezin (onder andere RIAGG medewerkers, Algemeen Maatschappelijk Werk en Jeugdhulpverlening/jeugdbescherming). Het AMK is niet gerechtigd een verzoek om anonimiteit van de zijde van deze groep melders te honoreren, tenzij het evident is dat het belang van het kind daarmee geschaad wordt of er risico's voor de hulpverlener ontstaan.

Ad 2. De informatieplicht

In tegenstelling tot hetgeen bij het BVA gebruikelijk was, bestaat er bij het werken van het AMK de verplichting tot het informeren van het kind en/of het gezin dat er een melding is

aangenomen. Deze informatieplicht is aan duidelijke termijnen gebonden en bedraagt 4 weken na binnenkomst van de melding. Deze termijn mag met 2 weken verlengd worden in situaties waarin sprake is van ernstige bedreiging van het kind en verlenging van de termijn noodzakelijk is om een verantwoorde interventie te oen. Met andere woorden, verlenging is alleen toegestaan als een te vroege interventie de situatie van het kind zou verslechteren.

Ad 3. Het inzagerecht

Bij het AMK hebben het kind en/of zijn wettelijke vertegenwoordigers recht op inzage in het dossier. Inzage moet worden verleend zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 4 weken na ontvangst van het verzoek tot inzage. In principe moet de inzage zo volledig mogelijk zijn. De opzet van het dossier mag zo zijn dat iedere verwijzing naar de identiteit van de melder ontbreekt, als het AMK het verzoek om anonimiteit van de melder heeft gehonoreerd.

Een beperkte inzage en het weigeren van inzage is alleen mogelijk onder strikte voorwaarden. Argumenten hiervoor zijn aantasting van de persoonlijke levenssfeer van betrokkenen (kind, gezinsleden, melders, informanten) en evidente aanwijzingen, dat het kind en/of andere betrokkenen bij inzage ernstige schade oplopen.

Ad 4. Het onderzoek

Het AMK is gerechtigd gegevens te verzamelen bij informanten zonder medeweten van het kind en/of het gezin. De periode waarin dit kan gebeuren bedraagt maximaal 4 weken. Nadat een contact ontstaan is met het gezin zal het opvragen van informatie bij derden in principe alleen kunnen plaatsvinden na toestemming van het kind en/of het gezin. Hiervan kan alleen worden afgeweken als er sprake is van een weigering tot toestemming in situaties waarin de informatie die door derden kan worden verstrekt essentieel is voor een verbetering van de situatie van het kind/de jongere.

De activiteiten van het AMK eindigen op het moment dat:

- De hulpverlening goed op gang is gekomen;
- Naar overtuiging van het AMK een einde is gekomen aan de mishandelingsituatie;
- De verantwoordelijkheid voor het kind is overgenomen door de Raad;
- Het kind meerderjarig is geworden.

2.13 De Raad voor de Kinderbescherming

2.14.1 Werkwijze Raad

De samenleving als geheel heeft de verantwoordelijkheid voor de directe zorg voor de gezonde en evenwichtige ontwikkeling van kinderen. De ouders zijn daarbij primair, de voorzieningen- en zorgsector zijn secundair en overheid is tertiair verantwoordelijk. De overheid heeft een publieke verantwoordelijkheid ten aanzien van kinderen, die gegrond is op het fundamentele recht van ieder kind op een gezonde en evenwichtige ontwikkeling. De Raad geeft inhoud aan deze publieke functie van de overheid. De Raad komt pas in actie als daar om gevraagd wordt door Bureau Jeugdzorg of het AMK

Kinderbeschermingsmaatregelen

De Raad kan besluiten tot een aantal kindbeschermingsmaatregelen:

1. De ondertoezichtstelling (O.T.S.)

De O.T.S. is de meest opgelegde kindbeschermingsmaatregel. De O.T.S. beperkt de ouders in het gezag over hun kinderen. De kinderrechter geeft een stichting voor Jeugdzorg de opdracht de gezinsvoogdij uit te oefenen. Namens de stichting zal een gezinsvoogd de ouders steunen bij de opvoeding van de kinderen. De O.T.S. wordt uitgesproken voor een jaar. Hij kan eerder worden opgeheven en ook steeds met een jaar worden verlengd. Soms worden kinderen in het kader van een O.T.S. uit huis geplaatst. Doel van de O.T.S. is altijd: herstel van contact tussen ouder en kind.

In een situatie waar een acute bedreiging van een kind aanwezig is, bestaat de mogelijkheid voor de Raad om een voorlopige O.T.S. (V.O.T.S.) aan de kinderrechter te vragen. Het is van belang dat daarbij (voor zover mogelijk) voldoende informatie voorhanden is. Een V.O.T.S. wordt uitgesproken voor de duur van drie maanden. Na een raadsonderzoek zal duidelijk moeten worden of een verzoek gedaan zal moeten worden tot een definitieve O.T.S.

2. De ontheffing

Als de ouders de verzorging en opvoeding van een kind niet aankunnen, kunnen ze van het gezag worden ontheven. De rechter draagt het gezag dan meestal op aan een voogdijinstelling. De ouders hebben dan niets meer over het kind te vertellen. Een ontheffing wordt voor een bepaalde tijd uitgesproken. Ouders kunnen de rechter wel vragen om in het gezag hersteld te worden. Deze maatregel komt niet veel voor.

3. De ontzetting

Als ouders verwijtbaar ernstig tekort schieten in de verzorging en opvoeding van hun kind, kan de rechter hen uit de ouderlijke macht ontzetten. De rechter draagt het gezag als regel op aan een voogdijinstelling. De rechter geeft het gezag alleen aan de ouders terug als zij in staat zijn hun kind weer goed te kunnen verzorgen en opvoeden. Deze maatregel komt zelden voor.

4. De voorlopige toevertrouwing

In crisissituaties kan het kind voorlopig toevertrouwd worden aan de Raad. Tijdens deze voorlopige toevertrouwing heeft de Raad zeggenschap over het kind. Dit gebeurt als er sprake zeer bedreigende situatie voor het kind (bv. ouders weigeren toestemming te geven voor een, voor het kind noodzakelijke, operatie) of als het gezag geheel ontbreekt. In principe wordt deze maatregel gebruikt in crisissituaties, waarin sprake is van ontheffings- of ontzettingsgronden.

2.14 De politie, afdeling jeugd en zedenzaken (JZP)

De JZP is gespecialiseerd in het onderzoeken van misdrijven op het terrein van seksueel geweld. Ook het omgaan met minderjarigen die met de politie in aanraking komen hoort tot haar taak. Indien bij een patiënt een (zedes) delict heeft plaatsgevonden kan, in overleg met de ouders, contact gezocht worden met de Jeugd -en Zedenpolitie. De mogelijkheid bestaat om:

1. advies te vragen;
2. melding te doen van het delict;
3. aangifte te doen van het delict.

Ad 1. Advies vragen

Iedereen, dus ook de behandelend arts, kan advies vragen over hoe verder te handelen bij de afhandeling van een delict. Dit is zeker het geval, wanneer onduidelijkheden bestaan over het te voeren beleid. De patiënt wordt anoniem doorgesproken en door de JZP wordt verder geen actie ondernomen. JZP is 24 uur per dag bereikbaar.

Ad 2. Melding doen van een delict

Men kan melding doen van een delict. Dit betekent dat de JZP alleen registreert en geen actie onderneemt. Dit kan bijvoorbeeld zinvol zijn als er andere lopende zaken zijn in de betreffende buurt of district, die mogelijk verband hebben met het onderhavige delict. Deze melding kan anoniem en dus ook door een ander persoon gedaan worden. Indien men niet wil dat de verdachte weet van deze melding, wordt deze niet doorgegeven aan de verdachte.

Ad 3. Aangifte doen van een delict

Bij aangifte wordt het delict gemeld en wordt een proces-verbaal opgemaakt. Dit houdt in dat een politieonderzoek gestart wordt en de verdachte vervolgd wordt. Indien patiënten gezien worden die een strafbaar feit is overkomen, kan gevraagd worden of er aangifte gedaan is. Als er al aangifte is gedaan, kan in overleg met de ouders de JZP gebeld worden over het - door het ziekenhuis - te voeren beleid. Als er nog geen aangifte is gedaan, kan in overleg met en na toestemming van de ouders contact met de JZP gezocht worden voor meer informatie en/of advies. Met name bij zedendelicten is het voor de bewijsvoering belangrijk dat in overleg met de Jeugd -en Zedenpolitie wordt gehandeld. Dit geldt met name in de acute fase van een zedendelict (binnen 72 uur na het seksuele contact) voor het zogenaamde sporenonderzoek, dat op een gestandaardiseerde wijze plaatsvindt met behulp van de zogenaamde zedenkit.

2.15 Medisch juridische aspecten van kindermishandeling

(in zijn geheel uit het protocol van het NVK overgenomen)

2.15.1 Inleiding

In het onderstaande wordt ingegaan op enkele belangrijke juridische aspecten, waarover vaak veel onduidelijkheid bij artsen bestaat, te weten: toestemming voor onderzoek, inzagerecht van het medisch dossier, bewaartermijn dossiers, geheimhoudingsplicht en verschoningsrecht.

2.15.2 Toestemming voor onderzoek

Bij een verzoek om onderzoek van een kind, bij wie vermoedens van kindermishandeling bestaan, is de arts steeds verplicht zich af te vragen of hij gerechtigd is dit kind op dat moment en in deze situatie te onderzoeken. De volgende mogelijkheden kunnen zich voordoen:

- onderzoek op verzoek van het kind en/of de ouders (1)
- onderzoek op verzoek van één van beide ouders (2)
- onderzoek op verzoek van pleeg- of stiefouders (3)
- onderzoek op verzoek van derden (bijvoorbeeld politie of de Raad) (4)

1. Onderzoek op verzoek van het kind en/of de ouders

Kind jonger dan 12 jaar

Als het kind jonger is dan 12 jaar mag de arts het kind op verzoek van de ouders onderzoeken.

Kind tussen 12 en 16 jaar

Als het kind tussen de 12 en 16 jaar oud is zal het kind - indien het in staat is tot een redelijke waardering van de eigen belangen (niet geretardeerd, zelf goed begrijpen waarover het gaat) - ook zelf dienen in te stemmen met het onderzoek. Als een kind in deze leeftijdscategorie het onderzoek weigert, terwijl het wel in staat is tot waardering van de eigen belangen, dan mag het onderzoek niet plaatsvinden. Als het kind het onderzoek weigert, maar niet in staat is tot deze beoordeling van de eigen belangen, dan kan, mits medisch geïndiceerd en afhankelijk van het belang van het kind dat met het onderzoek is gebaat, de wens van de ouders doorslaggevend zijn.

Het onderzoek kan plaats vinden zonder instemming van ouders of voogd indien dit medisch geïndiceerd is om ernstig nadeel te voorkomen en het kind dit onderzoek zelf weloverwogen blijft wensen.

Kind ouder dan 16 jaar

Boven de leeftijd van 16 jaar kan het kind zelfstandig toestemming geven voor het onderzoek. Van iedere beslissing dient gemotiveerd schriftelijk verslag te worden gedaan in het medisch dossier.

2. Onderzoek op verzoek van één van beide ouders

Uitgangspunt is, dat beide ouders instemmen met het onderzoek. In principe geldt dit ook na echtscheiding: sinds 1-1-1998 blijven ouders na echtscheiding gezamenlijk met het ouderlijke gezag belast. Dit is slechts anders, indien de rechter op uitdrukkelijk verzoek één der ouders met het ouderlijke gezag heeft belast. De aldus met het ouderlijke gezag belaste ouder is dan de officiële wettelijke vertegenwoordiger (voor 01-01-1998 werd één der beide ouders met het ouderlijke gezag belast dan wel was op verzoek sprake van co-ouderschap). Als er dus sprake is van gescheiden ouders, vooral als het onderzoek plaats vindt in het kader van echtscheidingsproblematiek (de ene ouder

beschuldigt de andere ouder van mishandeling van het kind) dan dienen beide ouders met het onderzoek in te stemmen, tenzij de vragende ouder alleen met het ouderlijke gezag belast is.

Aandachtspunten:

- als de verzoekende ouder de ouderlijke macht heeft, kan de arts het kind nakijken, mits rekening gehouden wordt met het onder a) gestelde;
- als de verzoekende ouder niet de ouderlijke macht heeft, dan hoort de arts eerst officiële toestemming te hebben van de ouder die de ouderlijke macht heeft; indien deze toestemming niet verkregen wordt kan het onderzoek niet plaats vinden, tenzij er sprake is van een overmachtsituatie of een medische urgentie. Is hiervan geen sprake, dan kan de verzoekende ouder zich desgewenst wenden tot de Raad voor de Kinderbescherming
- indien er sprake is van een overmachtsituatie (bijvoorbeeld ouders niet bereikbaar) of een medische urgentie kan in het belang van het kind besloten worden geen rekening te houden met de gezagsverhoudingen. In dergelijke situaties zal een arts optreden als "zaakwaarnemer". Deze beslissing moet gemotiveerd en toetsbaar in het medisch dossier worden vastgelegd. Als de arts achteraf door de ouders gevraagd wordt verantwoording voor zijn handelen af te leggen, is hij hiertoe verplicht.

3. Onderzoek op verzoek van pleegouders of stiefouders

Bij het onderzoek op verzoek van pleegouders of stiefouders gelden dezelfde overwegingen als enerzijds bij het verzoek van één van de ouders en anderzijds bij een verzoek door de Raad voor de Kinderbescherming of de politie is gesteld. De verzoekende pleegouder dient bovendien de arts eerst de officiële toestemming van de voogd te overleggen.

4. Onderzoek op verzoek van derden

Raad voor de kindbescherming en/of de Politie (afdeling Jeugd- en Zedenzaken)

- als de ouders (nog) het ouderlijke gezag uitoefenen, is toestemming van de ouders nodig; in het algemeen zal de Raad voor de Kinderbescherming deze toestemming zelf vragen; dit moet schriftelijk in de status vastgelegd worden;
- als de ouders tijdelijk zijn geschorst in de uitoefening van het ouderlijke gezag en er sprake is van zogenaamde "tijdelijke voogdij" over het kind of als de ouders ontheven of ontzet zijn uit het ouderlijke gezag, dan geldt dat de toestemming van de persoon 'in loco parentis' voldoende is;
- als de juridische status van het kind onduidelijk is en hierover op korte termijn geen informatie kan worden verkregen, zal de arts moeten bepalen of er sprake is van een overmachtsituatie. Daarbij moet worden vastgesteld of de belangen van het kind ernstig geschaad worden als het onderzoek niet plaats vindt; indien dit het geval is mag het onderzoek plaats vinden; de beslissing dient goed gemotiveerd in het medisch dossier opgetekend te worden.

2.15.3 Inzage in en afschrift van het medisch dossier

Van de hulpverlening aan individuele slachtoffers en hun ouders worden door de verschillende hulp- en zorgverleners dossiers bijgehouden. Het medisch dossier omvat onder andere gegevens die betrekking hebben op de anamnese, het lichamelijke onderzoek, diagnostische overwegingen, brieven, decursus, laboratoriumuitslagen en foto's. Het inzagerecht gaat over het gehele medische dossier, maar niet over de privéaantekeningen van de behandelaars. Deze privéaantekeningen behoren niet in het dossier te zitten. Er dienen afspraken gemaakt te worden waar de dossiers bewaard

worden (centraal/decentraal). Toegang tot de dossiers en de inhoud ervan hebben alleen die medehulpverleners voor wie dat noodzakelijk is voor hun onderdeel van de behandeling. De hoofdbehandelaar bepaalt waar de grens ligt tussen hetgeen wel en hetgeen niet noodzakelijk is.

Op basis van de vigerende wetgeving ter zake is het volgende van toepassing bij een verzoek tot inzage/afschrift van het dossier van een patiënt:

Kinderen jonger dan 12 jaar

Bij een kind dat de leeftijd van 12 jaar nog niet heeft bereikt of wel al ouder is dan 12 jaar niet in staat tot redelijke waardering van zijn belangen geldt dat de wettelijke vertegenwoordigers recht hebben op inzage/afschrift van de gegevens, tenzij het belang van het kind in voorkomende gevallen kan worden geschaad door aan de ouders als wettelijk vertegenwoordiger van hun kind inzage in het medisch dossier te verschaffen, dit wil zeggen: strijdig zou zijn met een goede hulpverlening aan resp. behandeling van de patiënt. In dit laatste geval kan het verzoek geweigerd worden. Doet de hulpverlener een beroep op dit artikel dan kunnen de wettelijke vertegenwoordigers alleen de eigen algemene gegevens inzien of is beperkte inzage mogelijk.

Kinderen tussen 12 en 16jaar

Tussen 12 en 16 jaar hebben zowel het kind als de wettelijke vertegenwoordigers recht op inzage/afschrift. Het kind heeft een zelfstandig inzagerecht in zijn medisch dossier, maar heeft hiervoor wel de toestemming van de wettelijk vertegenwoordigers nodig. Omgekeerd geldt hetzelfde. Deze inzage blijft achterwege, indien dit noodzakelijk (b)lijkt voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van een ander. Dat wil zeggen, als het om gegevens gaat door een derde (bijvoorbeeld, een ouder) verstrekt in vertrouwen dat het kind hiervan geen kennis zal krijgen. Om een beroep hierop te kunnen doen zal de hulpverlener moeten kunnen aantonen, dat het privacybelang van een derde in het geding is. De 12 tot 16 jarige kan weigeren, dat zijn ouders inzage krijgen in zijn medisch dossier, indien dit in strijd is met zijn belangen en de hulpverlener dit in strijd acht met goed hulpverlenerschap. Tot slot geldt dat het in het belang van een goede behandeling/ hulpverlening mogelijk is inzage door de wettelijke vertegenwoordigers in de gegevens van het kind te weigeren, ook al heeft het kind hiervoor toestemming gegeven.

Kinderen ouder dan 16 jaar

Als de patiënt 16 jaar of ouder is heeft alleen de patiënt zelf recht op inzage/afschrift van zijn gegevens.

Tot slot

Het inzagerecht wordt beperkt wanneer de persoonlijke levenssfeer van een ander door inzage/afschrift wordt geschaad. Het spreekt voor zich dat een eventuele weigering tot inzage / afschrift duidelijk wordt gemotiveerd en vastgelegd in het medisch dossier.

2.15.4 Bewaartermijn van dossiers

Overeenkomstig het bepaalde in de Wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst en de Wet persoonsregistratie (en overigens in diverse klinieken vastgelegd in het Privacyreglement) dienen de aangelegde dossiers in beginsel 10 jaren bewaard te blijven, te rekenen vanaf het tijdstip van de laatste contactdatum of zoveel langer dan redelijkerwijze uit de zorg van een goede hulp/zorgverlening voortvloeit.

2.15.5 Beroepsgeheim: geheimhoudingsplicht en verschoningsrecht

Geheimhoudingsplicht

Het beroepsgeheim van een hulpverlener brengt met zich mee dat deze (in principe) verplicht is om tegenover anderen te zwijgen over alle zaken waarvan hij in het kader van de hulpverlening kennis heeft genomen, de zgn. geheimhoudingsplicht. Daarbij gaat het om de wetenschap, feiten, waarnemingen en ondervindingen waarvan hij in de uitoefening van zijn beroep met betrekking tot de persoon die zijn hulp heeft ingeroepen (de patiënt, de ouders) kennis heeft gekregen. Dit betekent ook dat situatieve factoren, zoals bijvoorbeeld een gescheurd of besmeurd kledingstuk maar ook ter plaatse gedane mededelingen van of uitingen door de patiënt onder het beroepsgeheim vallen. Het gaat dus om het "geheim" van de patiënt dat de hulpverlener dient te bewaren en niet om het "geheim" van de hulpverlener (arts) zelf. De geheimhouding strekt zich ook uit tot andere medewerkers die bij de behandeling zijn betrokken, bijvoorbeeld maatschappelijk werkers.

Het beroepsgeheim heeft geen absoluut karakter. Dit blijkt onder andere uit de rechtspraak. Het is de hulpverlener in een beperkt aantal gevallen toegestaan zijn beroepsgeheim te doorbreken:

- met gerichte toestemming van de patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger (1)
- in het kader van overleg met medebehandelaars (2)
- ter uitvoering van een wettelijk voorschrift (3)
- in een noodtoestand (4)

1. Mondeling toestemming is in principe voldoende. de geheimhoudingsplicht is echter niet alleen afhankelijk van deze toestemming van patiënt: ook wanneer deze is verkregen, dan is de hulpverlener niet verplicht om informatie aan derden te versterken. De hulpverlener kan in deze zelfstandig het belang van de patiënt afwegen.
2. De behandelend arts kan aan de niet-behandelend arts bepaalde zuiver medische gegevens verstrekken die deze door eigen onderzoek te weten zou kunnen komen, maar waarvoor dan een overbodig (en mogelijk schadelijke) herhaling van het onderzoek nodig is. Degenen die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst kunnen onderling gegevens uitwisselen; tot deze kring behoren niet de maatschappelijk werker, de pastor etc. Gegevens die alleen aan de behandelend arts(en) bekend kunnen zijn (voortvloeiend uit de persoonlijke behandelingsrelatie) mogen alleen met toestemming van de patiënt/wettelijke vertegenwoordigers - en uitsluitend indien in zijn/ hun belang - worden medegedeeld. Dit belemmert in de dagelijkse praktijk het verkrijgen van gegevens, - zonder toestemming van de wettelijke vertegenwoordigers van het kind - van huisartsen, schoolartsen of consultatiebureauartsen, terwijl deze gegevens belangrijk kunnen zijn voor de besluitvorming. Deze gegevens zouden wel verstrekt kunnen worden, maar dan dienen deze hulpverleners zich zelf af te vragen of het verstrekken van deze gegevens van zwaarwegend belang zijn voor een goede hulpverlening aan het kind.
3. Deze rechtvaardigingsgrond geldt bijvoorbeeld bij de uitvoering van de Wet Bestrijding Infectieziekten en Opsporing Ziekteoorzaken en de -Wet BOPZ. Deze rechtvaardigingsgrond geldt niet bij vermoedens van kindermishandeling.
4. In geval van overmacht, als de hulpverlener van mening is dat de belangen die gediend zijn met het zwijgen van minder gewicht zijn dan de belangen van het kind

die gediend zijn met het spreken. Het betreft veelal een situatie waarin, in het belang van het kind, een keuze gemaakt moet worden tussen twee "kwaden". Deze uitzonderingsbepaling is weliswaar niet opgenomen in BW 7:457, maar kindermishandeling wordt in dit verband in diverse tuchtrechtelijke uitspraken genoemd als voorbeeld. Op basis van literatuur en jurisprudentie is het aan de hulpverlener als zwijgplichtige om zelf te beslissen of zich hier een overmachtsituatie (conflict van plichten) voordoet en welke plicht in dit geval de doorslag geeft.

In de literatuur worden een zestal (cumulatieve) criteria aangedragen die de hulpverlener bij deze moeilijke te maken keuze kunnen helpen:

- alles is in het werk gesteld om toestemming tot doorbreken van de geheimhoudingsplicht te krijgen;
- de zwijgplichtige verkeert in gewetensnood door het handhaven van zijn zwijgplicht;
- er is geen andere weg dan het doorbreken van de geheimhoudingsplicht om het probleem op te lossen;
- het niet doorbreken van de geheimhoudingsplicht levert een ander ernstige schade op;
- het moet vrijwel zeker zijn dat door doorbreking van de geheimhoudingsplicht de schade aan een ander voorkomen of beperkt kan worden;
- het geheim wordt zo min mogelijk geschonden.

Onder ernstige schade wordt onder andere verstaan een bedreiging van het leven of de lichamelijke integriteit van een persoon. Te denken valt aan een zeer concrete dreiging van kindermishandeling.

Het is voor een effectieve behandeling van gevallen van kindermishandeling van groot belang dat degene die weet of vermoedt dat kindermishandeling plaats vindt, deze informatie met anderen deelt. De vraag of en onder welke omstandigheden een arts daartoe mag overgaan is in het licht van bovenstaande niet eenduidig te beantwoorden. Wat wel mag worden geconcludeerd is dat het medisch beroepsgeheim niet inhoudt dat het een arts verboden is een geval van kindermishandeling ter kennis te brengen van c.q. te melden bij een collega-arts, de Raad voor de Kinderbescherming of zelfs de politie. Een arts of specialist doet er goed aan om in een geval van (vermoedelijke) kindermishandeling te overleggen met een erkende deskundige op dit gebied, bijvoorbeeld het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. In de meer ernstige gevallen waarin snel handelen geboden is, lijkt overleg met de Raad voor de Kinderbescherming meer aangewezen. Zoals reeds gesteld is toestemming van de geheimgerechtigde belangrijk voor het geoorloofd doorbreken van de geheimhoudingsplicht, maar niet beslissend. Ook zonder die toestemming mag de arts de kindermishandeling melden. Lukt het de hulpverlener om in voorkomende gevallen voldoende aannemelijk te maken dat hij in die specifieke situatie de juiste afweging heeft gemaakt, dan zullen verdere (juridische) consequenties van het verbreken van de zwijgplicht (dat ter beoordeling van het Openbaar Ministerie) uitblijven.

In het geval van kindermishandeling kan het doorbreken van de zwijgplicht van de hulpverlener worden gerechtvaardigd in het belang van het slachtoffer. Het is lang niet meer zo dat een behandelingsrelatie beperkt is tot een arts en de patiënt. In de regel zijn meer hulpverleners betrokken bij de behandeling en begeleiding van een patiënt. Sommige van deze hulpverleners hebben een zelfstandig beroepsgeheim (artsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, para- en perimedische hulpverleners en een patiëntenvertrouwenspersoon), anderen, zoals een secretaresse van de arts en een receptionist, hebben een van de zelfstandig geheimhoudingsplichtige afgeleid beroepsgeheim. Ditzelfde geldt ten aanzien van het verschoningsrecht.

2.15.6 Het verschoningsrecht

Het verschoningsrecht, zoals omschreven in het Wetboek van Strafvordering geeft artsen in bepaalde gevallen het recht te zwijgen als hij voor de rechter moet verschijnen. Hierdoor heeft de arts het recht om zich te verschonen van het geven van een getuigenis of het beantwoorden van bepaalde vragen met betrekking tot zaken, waarover hij verplicht is te zwijgen in het kader van zijn geheimhoudingsplicht. Het is een recht tot verschonen en geen plicht, zodat de arts ook hierbij het recht heeft zelfs de afweging te maken over zwijgen dan wel spreken.

2.15.7 Aanbeveling

Het verdient aanbeveling per ziekenhuis met samenwerkende instanties, in de vorm van een convenant, afspraken vast te leggen met betrekking tot de voorwaarden waaronder tegenover externe instanties mededelingen worden gedaan, m.n. m.b.t. gevallen van (vermeende) kindermishandeling. Binnen het ziekenhuis moet voor alle medewerkers duidelijk zijn/gemaakt wat de regels zijn m.b.t. zwijgplicht en inzagerecht.

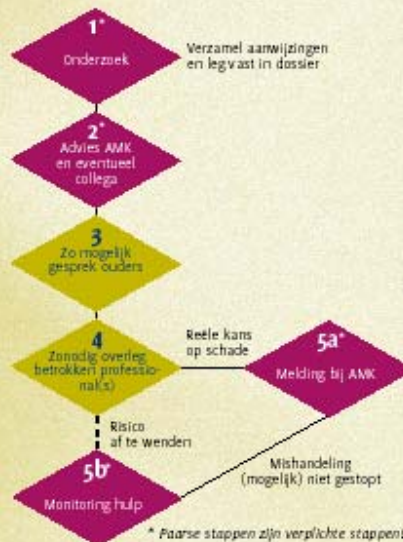
Geraadpleegde literatuur

1. Andel, R.N.J. van, Berkelbach, A.M.; Professioneel hulp bieden aan kind en ouder, Kind en Ziekenhuis, september 1999, blz. 71 - 73
2. Concept Leidraad kindermishandeling voor de kinderarts
Werkgroep kindermishandeling van de sectie sociale en psycho-sociale kindergeneeskunde van de Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde
Juni 1999
3. Bilo, R.A.C.; Vroege signalering van kindermishandeling, De Tijdstroom, 1989
4. Bilo, R.A.C.; Oranje, A.P.; Het ongelukshuidje, medische aspecten van kindermishandeling. De Weezenlanden series, No. 22, 1998
5. Janse, C.C.J. , Aarsen, R.S.R.; Kindermishandeling, een probleem voor het ziekenhuis Sophia Kinderziekenhuis, Rotterdam
6. Reader symposium: Eerste hulp bij kindermishandeling, PAOG-VU, 26 maart 1999
7. Protocol 'beleid bij kindermishandeling en verwaarlozing'; AMC mei 1998
8. Reader Symposium 'Signalering en aanpak van seksueel geweld', februari 1999
9. Compernelle, Th.; Artsen hebben weinig oog voor kindermishandeling
Kind en Ziekenhuis, september 1999, blz. 68 - 70
10. Sleeboom, Chr., Kindermishandeling en osteogenesis imperfecta, 1998
11. Koers, A.J.; Kindermishandeling, 1981, Ad Donker
12. Site Ministerie van Justitie: www.justitie.nl

Contact met politie/justitie (art. 11)

- In contacten met politie/justitie bewaart de arts in beginsel zijn beroepsgeheim en beroept zich op zijn verschoningsrecht. Waarheidsvinding alleen, is onvoldoende grond voor doorbreking van het beroepsgeheim, niet tijdens een opsporingsonderzoek, niet tijdens een gerechtelijk vooronderzoek en niet ter terechtzitting.
- Het beroepsgeheim kan in de richting van politie of justitie alleen worden doorbroken indien en voorzover dat noodzakelijk is om gevaar voor de veiligheid van een kind af te wenden. Alvorens de arts zonder toestemming informatie verstrekt aan politie of justitie en dus zijn beroepsgeheim doorbreekt, raadpleegt hij zo mogelijk een collega. De arts stelt de ouders op de hoogte van de informatieverstrekking tenzij dit niet mogelijk is in verband met de veiligheid van het kind of anderen, of als redelijkerwijs gevreesd moet worden dat de ouders geen contact meer met de arts zullen houden.
- Dreigt er acuut gevaar voor de veiligheid of het leven van een kind, dan neemt de arts, naast een melding richting AMK of Raad voor de Kinderbescherming daarover onmiddellijk contact op met de politie. De ouders worden hiervan op de hoogte gesteld, tenzij dit niet mogelijk is in verband met de veiligheid van het kind of anderen, of als redelijkerwijs gevreesd moet worden dat de ouders geen contact meer met de arts zullen houden.

Stappenplan (vermoedens van) kindermishandeling



Zie voor het volledige Stappenplan de Meldcode (art. 4).

De dankelijke kwam mede tot stand dankzij steun van het programmaministerie voor Jeugd en Gezin.

Artsen en kindermishandeling

Meldcode en Stappenplan

Samenvatting

knmg

Utrecht, september 2008

Samenvatting Meldcode

Voor de volledige tekst zie: www.knmg.nl/publicaties

Telefoonnummer Advies - en Meldpunt Kindermishandeling:
0900 - 1231230 (5 eurocent per minuut, automatische
doorschakeling naar eigen regio, 24 uur per dag bereikbaar).

Definitie kindermishandeling (art. 1)

- 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 ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel.

Algemene verantwoordelijkheid arts (art. 2)

- Iedere arts is alert op risicofactoren voor en signalen van kindermishandeling.
- Bij een vermoeden van kindermishandeling neemt de arts alle stappen die nodig zijn om duidelijk te krijgen of van kindermishandeling sprake is, wat daarvan de oorzaak is en hoe deze kan worden gestopt. Is sprake van kindermishandeling dan onderneemt de arts alle stappen die nodig zijn om ervoor te zorgen dat deze daadwerkelijk wordt gestopt. De arts handelt daarbij volgens het in artikel 4 van deze meldcode opgenomen Stappenplan.
- Iedere arts hanteert de in zijn werksetting gebruikelijke instrumenten voor het beoordelen van de vraag of een letsel of situatie het gevolg kan zijn van kindermishandeling.
- Iedere arts beschikt over actuele kennis over de risicofactoren voor - en signalen van kindermishandeling en is in staat om deze te herkennen.
- Iedere arts beschikt over voldoende vaardigheden om adequaat met (vermoedens van) kindermishandeling om te gaan.

Dossiervoering (art. 3)

- De arts houdt in het dossier van zijn patiënt zorgvuldig en objectief aantekening van (aanwijzingen voor) kindermishandeling, van de onderzoeken die met het oog daarop zijn gedaan, van de uitkomsten daarvan, van de inhoud van het overleg met collega's, andere beroepskrachten en/of instanties zoals het AMK, van het gegeven of voor het verstrekken van gegevens aan derden toestemming werd gevraagd en/of verkregen en van alle andere stappen die de arts in het kader van (het vermoeden van) kindermishandeling heeft ondernomen. Blijkt een vermoeden uiteindelijk onterecht, dan vermeldt de arts ook dat uitdrukkelijk in het dossier.

Melden (art. 4 en art. 5)

- Iedere arts die kindermishandeling vaststelt of vermoedt, handelt volgens het in artikel 4 van de meldcode opgenomen Stappenplan (zie voor het schema de achterkant van dit kaartje), telefoonnummer AMK 0900 - 1231230.
- De arts doet een melding in beginsel op naam, maar kan desgewenst anoniem blijven ten opzichte van het gezin waarover hij (zonder toestemming) informatie aan het AMK verstrekt, als dit noodzakelijk is in verband met de veiligheid van de cliënt of anderen, met de vertrouwensrelatie met het gezin waartoe het kind behoort of in verband met zijn eigen veiligheid. De arts gaat terughoudend om met de mogelijkheid van anonimiteit en vermeldt uitdrukkelijk waarom hij daarvan gebruik wil maken.

Informatie aan Bureau Jeugdzorg (art. 8)

- Naast het AMK verstrekt de arts ook aan andere personen werkzaam bij het Bureau Jeugdzorg gegevens over (een vermoeden van) kindermishandeling als dat noodzakelijk is om de kindermishandeling te stoppen of een vermoeden daarvan te laten onderzoeken.

Informatie aan andere betrokken professionals (art. 9)

- Een arts kan aan een andere bij het gezin betrokken hulpverlener of beroepskracht zonedig ook zonder toestemming informatie over (een vermoeden van) kindermishandeling verstrekken, indien en voor zover dat noodzakelijk is om een vermoeden verder te (laten) onderzoeken of om noodzakelijke hulp in verband met de veiligheid van het kind, op elkaar af te stemmen.

Contact Raad voor de Kinderbescherming (art. 10)

- Het AMK is de eerstelijns voorziening voor het doen van meldingen. Als echter sprake is van een situatie die zo acuut is dat onmiddellijk ingrijpen met een kindbeschermingsmaatregel noodzakelijk is, dan doet de arts zijn melding direct bij de Raad voor de Kinderbescherming.
- De arts informeert de ouders over zijn melding, tenzij dit niet mogelijk is in verband met de veiligheid van het kind of anderen, als redelijkerwijs geveesd moet worden dat de arts het kind uit het oog zal verliezen of als de arts vreest voor zijn eigen veiligheid. De arts zet zijn melding ook door als de ouders, indien daarover geïnformeerd, daar bezwaar tegen maken.
- De arts die door de Raad wordt benaderd met een verzoek om informatie, verstrekt - eventueel ook zonder toestemming van betrokkenen - alle tot zijn beschikking staande informatie die noodzakelijk is om kindermishandeling te stoppen of een redelijk vermoeden daarvan te laten onderzoeken.
- De Raad onderbouwt haar verzoek zodanig dat de arts kan bepalen welke gegevens relevant kunnen zijn voor het in lid 3 genoemde doel en welke niet.
- De arts verstrekt zijn informatie zo feitelijk mogelijk, bij voorkeur schriftelijk en onder de voorwaarde dat deze niet voor een ander doel wordt gebruikt dan waarvoor deze werd verstrekt.