

**WERKBOEK
KINDERMISHANDELING**

REEKS “WERKBOEKEN KINDERGENEESKUNDE”

Eindredacteur C.M.F. Kneepkens
VU Uitgeverij, Amsterdam

Werkboek Kindergastro-enterologie (1990; tweede druk 2002)
Supplement Werkboek Kindergastro-enterologie (1992)
Werkboek (Enterale en) parenterale voeding bij pasgeborenen
(1995; tweede druk 2004)
Werkboek Kinderhematologie (1995; tweede druk 2001)
Werkboek Enterale voeding bij kinderen (1997)
Werkboek Thuisbehandeling van kinderen (1998)
Werkboek Infectieziekten bij kinderen (1999; tweede druk 2008)
Werkboek Kindermishandeling (2000; tweede druk 2011)
Werkboek Importziekten bij kinderen (2000)
Werkboek Kinderlongziekten (2001)
Werkboek Kindernefrologie (2002; tweede druk 2010)
Werkboek Kinderradiologie (2003)
Werkboek Kinderimmunologie (2004)
Werkboek Ondersteunende behandeling in de kankeroncologie (2005)
Werkboek Kinderallergologie (2006)
Werkboek Kinderreumatologie (tweede druk 2007)
Werkboek Neonatale gehoorscreening (2008)
Werkboek Kinderendocrinologie (2010)

In voorbereiding

Werkboek Zorg voor meervoudig beperkte kinderen
Werkboek Kinderradiologie (tweede druk)
Werkboek Kinderlongziekten (tweede druk)
Werkboek Voeding bij zieke kinderen (tweede druk)

Werkboek kindermishandeling

Onder redactie van A.N. Bosschaart, J.C.M. Jansen,
E.A. Landsmeer-Beker en D.M.C.B. van Zeben-van der Aa

TWEEDE DRUK

**Sectie Sociale en
Psychosociale Kindergeneeskunde
van de Nederlandse Vereniging
voor Kindergeneeskunde**

Deze uitgave is mede mogelijk gemaakt door een financiële bijdrage van AstraZeneca BV, met aanvullende steun van Pfizer BV.

AstraZeneca 



Dit boek is verschenen in de serie “Werkboeken Kindergeneeskunde”
Eindredactie C.M.F. Kneepkens (cmf.kneepkens@vumc.nl)

VU University Press is een imprint van
VU Boekhandel/Uitgeverij bv
De Boelelaan 1105
1081 HV Amsterdam

ISBN 978 90 8659 560 0
NUR 876

Zetwerk: JAPES, Amsterdam
Omslag: René van der Vooren/JAPES

© 2011 Sectie Sociale en Psychosociale Kindergeneeskunde van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

VOORWOORD

Kindermishandeling is voor kinderen en voor het gezin waarin zij opgroeien een bedreigende en complexe situatie. Ook voor artsen is kindermishandeling een lastige materie. Van oudsher hebben kinderartsen een grote verantwoordelijkheid met betrekking tot signaleren, diagnosticeren en behandelen van kindermishandeling. In 2000 verscheen de eerste druk van het *Werkboek Kindermishandeling*, met als voornaamste doel het ondersteunen van de kinderarts in de dagelijkse praktijk. In de jaren daarna is er veel veranderd. Kindermishandeling is op de politieke, maatschappelijke en medische agenda's gekomen. De meeste organisaties en instellingen, zoals ziekenhuizen, instellingen geestelijke gezondheidszorg en jeugdzorgorganisaties, hebben nu een eigen protocol kindermishandeling.

In 2002 liet de *Koninklijke Maatschappij ter Bevordering van de Geneeskunst* de Meldcode Kindermishandeling voor artsen het licht zien, in september 2008 in herziene vorm verschenen onder de naam *Artsen en kindermishandeling: Meldcode en Stappenplan*. Deze meldcode vormt de basis voor het handelen van alle artsen die met een (vermoeden van) kindermishandeling te maken krijgen, dus ook voor de kinderartsen. Ook andere beroepsgroepen die met kinderen te maken hebben, zijn verplicht volgens een eigen meldcode te handelen. Inmiddels heeft ook huiselijk geweld als vorm van kindermishandeling in al deze protocollen en richtlijnen een plaats gekregen.

Er is in recente jaren een enorme hoeveelheid literatuur beschikbaar gekomen over preventie, signaleren, diagnostiek, aanpak en langetermijngevolgen van kindermishandeling. Bovendien is er voor de verschillende beroepsgroepen een groot en gevarieerd aanbod gekomen van scholings- en nascholingscursussen. Voor de algemeen kinderartsen is in 2008 het *Wetenschappelijk onderwijs inzake kindermishandeling voor kinderartsen* gestart, de zogenaamde WOKK-cursus. De belangstelling voor het onderwerp is ook terug te zien in de opleving van de *Landelijke Werkgroep Kindermishandeling* van de Sectie Sociale en Psychosociale Kindergeneeskunde. In deze werkgroep zijn naast kinderartsen ook vertrouwensartsen en andere in dit onderwerp geïnteresseerde professionals actief.

Waarom dan een vernieuwd *Werkboek Kindermishandeling*? De kracht van het Werkboek is gelegen in het feit dat er die kennis in is gebundeld die relevant is voor de dagelijkse kindergeneeskundige praktijk. Het Werkboek is te zien als een specifiek op de kinderarts gerichte aanvulling op de KNMG-meldcode, die dan ook met toestemming integraal is opgenomen. Het Werkboek is een verdere stap op weg naar verantwoorde aanpak van (vermoedens van) kindermishandeling door kinderartsen. Kinderen mogen van kinderartsen extra aandacht verwachten. Het gaat dan ook om een grote groep kinderen: meer dan 100.000 kinderen per jaar, ofwel 3% van alle kinderen in ons land.

Deze tweede druk is deels verzorgd door auteurs die ook aan de eerste druk hebben meegewerkt, deels door nieuwe enthousiaste en deskundige kinderartsen. De redactie dankt de KNMG voor de toestemming tot overname van de Meldcode, de *Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling* voor de toestemming tot overname van het Protocol PCF/MBPS en de Commissie Fondsenwerving van de NVK voor de hulp bij het verkrijgen van financiële steun. De tekst van het Werkboek is kritisch becommentarieerd door Roland Aarsen, Marjo Affourtit en Rian Teeuw. Frank Kneepkens heeft als vanouds de eindredactie op zich genomen.

Davos, Herkenbosch, Leiderdorp en Amstenrade, april 2011,

Ad Bosschaart
Hans Jansen
Noor Landsmeer-Beker
Thea van Zeben-van der Aa

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord		5
Medewerkers		9
Gebruikte afkortingen		10
Inleiding		12
Deel I: De meldcode		
Hoofdstuk	1	Kindermishandeling 17
	2	Anamnese 22
	3	Lichamelijk onderzoek 24
	4	Differentiaaldiagnose 32
	5	Aanvullend onderzoek 42
	6	Advies vragen, overleg 48
	7	Gesprekken met ouders en kind 51
	8	Melden bij het AMK 57
Deel II: Organisatie		
	9	Ketenzorg 65
	10	Hulporganisaties 71
Deel III: Protocollen		
Hoofdstuk	11	Ziekenhuisprotocol 81
	12	Protocol overige zorginstellingen 85
	13	NODO-procedure 90
Deel IV: Ethische en juridische aspecten		
Hoofdstuk	14	Juridische aspecten 95
	15	Ethische aspecten 100
	16	Omgaan met emoties 105

Deel V: Speciale problematiek		
17	Huiselijk geweld	111
18	Verminking van de genitalia	116
Deel VI: Appendices		
Appendix	I Informatie	127
	II Literatuur	131
	III Meldcode en stappenplan (KNMG)	135
	IV Basismodel meldcode (VWS)	189
	V Richtlijn PCF/FDP (VVAK)	225
Register		252

MEDEWERKERS

- A.N. Bosschaart**, kinderarts-sociale pediatrie en forensisch geneeskundige
Nederlands Astmacentrum Davos, Zwitserland
- J.C.M. Jansen**, kinderarts-sociale pediatrie
Mutsaersstichting, Centrum voor Integrale Jeugdzorg, Venlo
De Wijnberg, REC IV school voor langdurig zieke kinderen, Venlo
- Mw. mr. L. Janssen**, juridisch adviseur en opleider in (jeugd)zorg en welzijn
Amersfoort
- Mw. E.A. Landsmeer-Beker**, kinderarts-sociale pediatrie
Rivierduinen GGZ kinderen & jeugd, Leiden
- Mw. N.J. Schoonenberg**, vertrouwensarts
Advies- en Meldpunt Kindermishandeling Amsterdam.
- Mw. M.C. de Vries**, AIOS Kindergeneeskunde en medisch ethicus
Willem-Alexander Kinder- en Jeugdcentrum, LUMC, Leiden
- Mw. S. de Vries**, forensisch arts i.o.
Forensische polikliniek kindermishandeling, Utrecht
- Mw. dr. D.M.C.B. van Zeben-van der Aa**, kinderarts-sociale pediatrie
Vakgroep Kindergeneeskunde, Maastricht Universitair Medisch Centrum
XONAR Jeugd & Opvoedhulp, Maastricht

INLEIDING

Het *Internationale Verdrag inzake de Rechten van het Kind* (IVKR) werd op 20 november 1989 aangenomen door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties. Van de 40 artikelen in het verdrag is in dit kader vooral artikel 19 van belang, *Bescherming tegen kindermishandeling*. Nederland heeft het verdrag op 8 maart 1995 ondertekend. Als hulpverleners en als overheid moeten wij dit verdrag naleven. Kindermishandeling houdt niet vanzelf op. Kinderen hebben recht op een doelgerichte benadering waarin optimale afweging van hun belangen centraal staat. Zo bestaat er de grootste kans dat kindermishandeling stopt en het kind verder in alle veiligheid kan opgroeien en zich kan ontwikkelen. Dit inzicht ligt aan het *Werkboek Kindermishandeling* ten grondslag.

Het Werkboek is bedoeld als algemeen toepasbare leidraad voor de kinderarts bij vermoedens van kindermishandeling. Het Werkboek bestaat uit zes delen. Het eerste deel heeft als uitgangspunt het KNMG-rapport *Artsen en kindermishandeling: Meldcode en Stappenplan* (de Meldcode), aangevuld en uitgewerkt ten behoeve van de kinderarts. Onderwerpen die in de Meldcode voldoende uitgebreid zijn beschreven, worden niet verder toegelicht. Dit geldt onder meer voor het onderdeel dossiervoering. Onderwerpen als symptomen, diagnostiek en diagnose, gespreksvoering en behandeling zijn uitgebreider beschreven.

In het tweede deel worden de instanties besproken die zich bezighouden met de hulp aan slachtoffers (en daders) van kindermishandeling, begeleiding en preventie. Het derde deel geeft voorbeeldprotocollen voor in ziekenhuizen werkzame kinderartsen en voor kinderartsen in andere zorginstellingen. Het ziekenhuisprotocol kan als basis dienen voor lokale protocollen. Het tweede protocol is verder uitgewerkt aan de hand van het *Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* van het ministerie van VWS, mede omdat extramurale instellingen vaak minder gewend zijn aan protocollair werken en de werkomstandigheden van de kinderartsen anders kunnen zijn dan in een ziekenhuis. Ook de NODO-procedure komt in dit deel aan bod.

Het vierde deel behandelt de ethische en juridische aspecten waar de kinderarts mee te maken krijgt. Het vijfde deel bespreekt huiselijk geweld en gentiale verminking als bijzondere vormen van kindermishandeling. In het zesde en laatste deel zijn de appendices opgenomen, waaronder de integrale teksten van de KNMG-meldcode uit 2008, de VWS-richtlijn uit 2009 en de VVAK-richtlijn PCF/MBPS uit 2007.

GEBRUIKTE AFKORTINGEN

AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
AMW	Algemeen maatschappelijk werk
ASHG	Advies- en steunpunt huiselijk geweld
BJZ	Bureau Jeugdzorg
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
CT	Computertomografie
CLAS	Contextuele behandeling en leergroepen voor alle betrokkenen na seksueel misbruik
EMDR	<i>Eye movement desensitization and reprocessing</i>
FDbP	<i>Factitious disorder by proxy</i>
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
ITBI	<i>Inflicted traumatic brain injury</i>
IVRK	Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
JHV	Jeugdhulpverlening
JZP	Jeugd- en zedenpolitie
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KOPP	Kinderen van ouders met psychiatrische problematiek
LCVT	Landelijk centrum voor vroegkinderlijke chronische traumatisering
MbPS	Syndroom van Münchhausen <i>by proxy</i>
MKD	Medisch kinderdagverblijf
MKT	Medisch kindertehuis
NFP	<i>Nurse-Family Partnership</i>
NJi	Nederlands Jeugdinstituut
NODO	(Wet) nader onderzoek doodsoorzaak minderjarigen
OTS	Ondertoezichtstelling
PCF	<i>Pediatric condition falsification</i>
PEP	<i>Post-exposure prophylaxis</i>

RAAK	Reflectie- en actiegroep aanpak kindermishandeling
RvK	Raad voor de Kinderbescherming
SEH	Spoedeisende hulp
SOA	Seksueel overdraagbare aandoening
VGv	Verminking van de vrouwelijke genitalia
VIR	Verwijsindex risicojongeren
VOTS	Voorlopige ondertoezichtstelling
VSV	Veilig, sterk en verder
VVAK	Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst
WMO	Wet maatschappelijke onderneming
ZAT	Zorgadviesteam

Deel I: DE MELDCODE

Hoofdstuk 1

KINDERMISHANDELING

Inleiding

Het *Internationaal verdrag inzake de rechten van het kind* (IVRK) werd door de algemene Vergadering van de Verenigde Naties aangenomen op 20 november 1989. Op 8 maart 1995 werd het in Nederland van kracht. Er staan 40 artikelen in, waaronder artikel 19, *Bescherming tegen kindermishandeling*. Hulpverleners en overheid moeten dit verdrag naleven. Er is daarom een definitie opgesteld die bepaalt wat in Nederland onder kindermishandeling wordt verstaan. Artikel 1 van de Wet op de Jeugdzorg van 2005 geeft de volgende definitie: “*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*”. Onder ‘kinderen’ vallen niet alleen de kinderen tot de leeftijd van 18 jaar, maar ook ongeboren kinderen vanaf het begin van de zwangerschap. Een foetus is geen rechtspersoon, maar gezien de problematiek waaraan het ongeboren kind kan worden blootgesteld, kan er al wel sprake zijn van kindermishandeling. Ook ongeboren kinderen verdienen daarom de aandacht van de kinderarts.

Veel van de signalen en symptomen van kindermishandeling zijn specifiek. Dit geldt zowel voor klachten en bevindingen op lichamelijk gebied als voor gedragsmatige, sociaal-emotionele en aan de ontwikkeling gerelateerde symptomen. Een vermoeden van kindermishandeling moet dan ook vaak in de differentiaaldiagnose worden opgenomen, ook al is het aantal gevallen van serieuze verdenking uiteindelijk veel kleiner. Het belang van signalen en symptomen en van de mate van waarschijnlijkheid van kindermishandeling hangt mede af van de vorm van kindermishandeling waaraan wordt gedacht. Bij lichamelijke mishandeling kan men specifieke letsels vinden die vrijwel zeker het gevolg zijn van kindermishandeling. Bij andere vormen van kindermishandeling, zoals lichamelijke en emotionele verwaarlozing, ontbreken zichtbare letsels en zijn de symptomen vaak minder specifiek.

Signalering

Bij de beoordeling van een vermoeden let men op de herkomst van de signalen: is de anamnese betrouwbaar, is er een ooggetuige, kan het kind al zelf verslag doen van het gebeuren? Daarbij zijn ook leeftijd en ontwikkelingsniveau van het kind van belang. In *Artsen en kindermishandeling: meldcode en stappenplan*, het in 2008 verschenen rapport van de *Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst* (KNMG), zijn leeftijdsafhankelijke lijsten met signalen opgenomen, opgedeeld in lichamelijk welzijn, gedrag van het kind, gedrag van de ouders en signalen van seksueel misbruik. De grote diversiteit aan signalen en symptomen maakt het voor de kinderarts vrijwel onmogelijk om alleen met de eigen bevindingen een vermoeden van kindermishandeling verder uit te diepen. Verdere evaluatie is sterk gebaat bij een multidisciplinaire benadering, met in de groep bijvoorbeeld pedagogisch medewerkers, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, gedragswetenschappers, andere medische specialisten (chirurg, gynaecoloog, dermatoloog, psychiater) en vertrouwensartsen. Het soort kindermishandeling dat wordt vermoed en de omstandigheden waaronder het vermoeden zich voordoet – op spoedeisende hulp (SEH), poliklinisch, klinisch of extramuraal – bepalen welke hulpverleners moeten worden ingeschakeld.

Men moet zich realiseren dat men bij het signaleren van een vermoeden van kindermishandeling op verschillende niveaus weerstand kan ondervinden (zie Hoofdstuk 16). Dat kan de hulpverlener zelf betreffen (ook de kinderarts), de instelling, de ouders, het slachtoffer en zelfs de maatschappij.

Risicofactoren

Het risico van kindermishandeling neemt toe naarmate het aantal risicofactoren toeneemt. Daarom is het bij de beoordeling van het risico dat een kind loopt, van belang om de risicofactoren in beeld te brengen. Er kunnen echter ook beschermende factoren zijn. Men moet niet volstaan met het noteren van deze factoren, maar ze moeten samen met de overige anamnestiche gegevens, de bevindingen van het (lichamelijk) onderzoek en het beloop worden beoordeeld en gewogen om zo tot een gefundeerd vermoeden te komen.

Diagnose

Voor de diagnostiek van kindermishandeling kan dezelfde lijn worden gevolgd als voor ieder ander kindergeneeskundig probleem. Anamnese en lichamelijk onderzoek vormen de basis voor de differentiaaldiagnose, op basis waarvan aanvullende diagnostiek nodig kan worden geacht. Op een bepaald moment kan kindermishandeling als meest waarschijnlijke diagnose komen bovendien. Hierbij wordt de gebruikelijke weg afgelegd: werkdiagnose, voorstel voor behandeling en begeleiding, nazorg en follow-up. Het belang van intercollegiaal overleg kan daarbij groter zijn dan bij de meeste andere kindergeneeskundige problemen.

Vormen van kindermishandeling

Er kunnen verschillende vormen van kindermishandeling worden onderscheiden (Tabel 1-1). Vaak vindt men bij een kind een combinatie van deze vormen terug. Ook het getuige zijn van huiselijk geweld of partnermishandeling, waarbij het kind zelf niet rechtstreeks wordt belaagd, valt onder kindermishandeling. Het ministerie van VWS heeft in december 2009 het *Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* vastgesteld (Appendix IV). Deze samenvoeging maakt duidelijk dat ze onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Er bestaat geen wettelijke omschrijving van het begrip huiselijk geweld; de overheid definieert huiselijk geweld als geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer is of wordt gepleegd. Het kan gaan om geweld tussen volwassenen onderling, tussen volwassenen en minderjarigen, en tussen volwassenen en ouderen. Van partnermishandeling spreekt men bij een patroon van dreigend en dwingend gedrag van lichamelijke, seksuele, psychologische of economische aard dat door volwassenen of adolescenten wordt gebruikt tegen hun partners en ex-partners. Het gaat om aangeleerd gedrag met de kenmerken van een chronische aandoening met acute exacerbaties. Andere vormen van huiselijk geweld zijn seksueel geweld, verminking van de vrouwelijke genitalia, eerge relateerd geweld en ouderenmishandeling.

Stappenplan

Het KNMG-rapport *Artsen en kindermishandeling: meldcode en stappenplan*, integraal overgenomen in Appendix III, fungeert als leidraad voor dit boek en met name voor de inhoud van Deel I. De stappen van het Stappenplan worden uitge-

Tabel 1-1. Vormen van kindermishandeling

Lichamelijke mishandeling

Lichamelijke geweldpleging die kan leiden tot waarneembare afwijkingen (blauwe plekken, striemen, littekens, fracturen, brandwonden)

Lichamelijke verwaarlozing

Nalaten van basale zorg (niet-adequate kleding, slechte hygiëne; onthouden van slaap, voeding, medicatie; zonder toezicht laten)

Emotionele mishandeling

Sfeer van pesten, krenken en onderuithalen, bij herhaling, onvoorspelbaar en onverwacht

Getuige zijn van huiselijk geweld (zie tekst)

Emotionele verwaarlozing

Onthouden van prikkels nodig van de ontwikkeling

Seksueel misbruik (seksuele mishandeling)

Blootstelling aan seksueel gebruik door een volwassene, niet passend bij leeftijd, psychoseksuele ontwikkeling of rol in het gezin

Pediatric condition falsification en factitious disorder by proxy

Systematisch verstrekken van foutieve informatie over de klachten van het kind of veroorzaken van symptomen, met onnodig medisch ingrijpen als gevolg

werkt in de hiernavolgende hoofdstukken. Hier wordt van elke stap de tekst uit artikel 4 van de meldcode gegeven met verwijzing naar de hoofdstukken waarin die wordt uitgewerkt.

Stap 1: onderzoek. De arts die kindermishandeling vermoedt of vaststelt, verzamelt alle aanwijzingen die zijn vermoeden kunnen onderbouwen of ontkrachten en legt deze vast in het patiëntendossier. Zie Hoofdstuk 2 tot 5.

Stap 2: advies bij het AMK en eventueel bij een deskundig collega. De arts vraagt advies aan het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) en eventueel aan een deskundig collega over zijn vermoedens en bevindingen. De arts presenteert de casus daarbij anoniem. Zie Hoofdstuk 6.

Stap 3: zo mogelijk gesprek met ouders. De arts bespreekt aanwijzingen en signalen van kindermishandeling met de ouders, tenzij dit niet mogelijk is uit vrees voor de veiligheid of gezondheid van het kind of andere kinderen uit het gezin, als redelijkerwijs gevreesd moet worden dat de arts het kind daardoor uit het oog zal verliezen of als de arts vreest voor zijn eigen veiligheid. Besluit de arts zijn vermoeden niet met de ouders te bespreken, dan zoekt hij waar mogelijk naar een ander geschikt moment om de ouders alsnog in te lichten. Zie Hoofdstuk 7.

Stap 4: zo nodig overleg met betrokken professionals. De arts kan – eventueel ook zonder de toestemming van betrokkenen – overleggen met andere bij het gezin betrokken hulpverleners of beroepskrachten als dat nodig is om zijn vermoeden van kindermishandeling te verifiëren. Zie Hoofdstuk 6.

Stap 5a: reële kans op schade? Zo spoedig mogelijk melden bij AMK. Wordt het vermoeden bevestigd of in elk geval niet weggenomen en is er een reële kans op schade door (het voortduren van de) kindermishandeling, dan doet de arts zo spoedig mogelijk een melding bij het AMK. Zie Hoofdstuk 8.

Stap 5b: monitoren van hulp, zo nodig alsnog melden bij AMK. Wordt het vermoeden niet weggenomen door het overleg als bedoeld in stap 3 en 4 maar is de arts overtuigd dat hulpverlening op vrijwillige basis het risico voor het kind kan wegnemen, dan spant hij zich in om noodzakelijke hulp te verlenen of deze elders in gang te zetten. De arts monitort zelf de voortgang en effectiviteit van deze hulp of zorgt ervoor dat deze monitoring door een ander wordt uitgevoerd. Zie Hoofdstuk 8.

Hoofdstuk 2

ANAMNESE

Inleiding

Bij het contact met de kinderarts kan kindermishandeling als (mogelijke) verklaring van de klachten op verschillende manieren naar voren komen. Het kan de reden zijn waarom een kind aan de kinderarts of op de SEH wordt gepresenteerd, ook al wordt het probleem niet als zodanig benoemd. Het is ook mogelijk dat kindermishandeling opduikt in de differentiaaldiagnose van de klachten van het kind. Tenslotte kunnen niet aan de primaire klacht gerelateerde signalen en symptomen de kinderarts aan kindermishandeling doen denken.

Speciële anamnese

De anamnese richt zich om te beginnen op het probleem waarmee het kind bij de kinderarts wordt gepresenteerd. Daarbij worden inhoudelijke vragen gesteld over ontstaan en verloop van de klacht of laesie die aanleiding was voor het bezoek aan polikliniek of SEH. Het eerste consult geeft vaak de mogelijkheid om op ongedwongen wijze breed op een probleem in te gaan. Op dat moment liggen alle differentiaaldiagnostische mogelijkheden immers nog open en is dus ook voor de ouders vanzelfsprekend dat de anamnese zich op veel verschillende oorzaken moet richten. In een later stadium kan de anamnese veel moeilijker verlopen.

Bij een acute ernstige situatie kan de tijd voor een zorgvuldige anamnese ontbreken; de acute zorg voor het kind staat dan centraal. Pas in tweede instantie komt dan tijd vrij voor een uitgebreide anamnese. Die moet wel worden afgenomen; ook bij ernstige letsels kan sprake zijn van kindermishandeling en als daar tijdig op wordt ingegaan (het *golden hour*), liefst bij slachtoffer en ouders afzonderlijk, is de kans groter dat goede informatie wordt verkregen.

Algemene anamnese

Vervolgens verzamelt men uitgebreid de anamnestiche gegevens over zwangerschap (gewenst, gepland, beleving, geweld), geboorte, vroegkinderlijke ontwikkeling (hechting), ontwikkelingsniveau, tractusanamnese, operaties en ziekenhuisopnamen. Ook al lijkt een symptoom duidelijk en neigt men ertoe snel tot een conclusie te komen, toch moet de tractusanamnese goed worden uitgevraagd. Daarbij kan bijvoorbeeld duidelijk worden hoe de ouders in het verleden met klachten en behandeladviezen zijn omgegaan. Zo geeft frequente wisseling van hulpverlener bijvoorbeeld ook informatie over het functioneren van het gezin.

De ontwikkeling van het kind neemt een belangrijke plaats in bij de anamnese: vroegkinderlijke ontwikkeling, schoolcarrière, soort onderwijs, dubblures, schoolverzuim, leerstoornissen, cognitieve en zintuiglijke beperkingen. Aan de ouders wordt toestemming gevraagd om de gegevens van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) op te vragen. Deze omvatten standaardgegevens van gezin, zwangerschap en geboorte, de groeigegevens en de in het wiechenschema vastgelegde ontwikkeling. Men besteedt ook aandacht aan internetgebruik en eventueel grensoverschrijdend gedrag op internet, zoals cyberpesten, seksuele intimidatie, webcamgebruik en dergelijke, en gaat na in hoeverre de ouders hiervan op de hoogte zijn.

Sociale anamnese

De sociale anamnese, die bij reguliere consulten vaak een ondergeschikte plaats heeft, is erg belangrijk. De gezinssamenstelling wordt doorgenomen en eventueel in een stamboom vastgelegd en huisvesting, huisdieren, leeftijd, opleiding en werk van de ouders komen aan bod. Verder vraagt men naar problematiek van ouders, broers en zusjes – zoals lichamelijk en geestelijke gezondheid, chronische ziekte, verstandelijke beperking, gebruik van verdovende middelen en (psycho)farmaca –, naar geweld in het gezin, omgaan met ruzies, financiële zorgen en eerdere ervaringen met kindermishandeling. Men gaat na hoe het gezagskader is en of er sprake is van een kindbeschermsmaatregel. Tot slot is informatie nodig over hulpverlening in het gezin, zowel wat de patiënt aangaat als de andere kinderen en de ouders. De belangrijkste vormen van hulpverlening zijn in dit verband het Bureau Jeugdzorg, MEE, de GGZ, schoolmaatschappelijk werk en Thuiszorg.

Hoofdstuk 3

LICHAMELIJK ONDERZOEK

Inleiding

Geen enkele lichamelijke afwijking vormt hét bewijs voor lichamelijke mishandeling of verwaarlozing. Bij de beoordeling van gevonden afwijkingen is de context (anamnese, leeftijd, ontwikkelingsniveau) van groot belang. Het lichamenlijk onderzoek moet zo volledig mogelijk zijn. Uitgangspunt is het symptoom waarmee de patiënt zich presenteert, maar tegelijkertijd let men op alle mogelijk met kindermishandeling samenhangende afwijkingen. Het lichamenlijk onderzoek is het uitgangspunt voor verder onderzoek. Vooral de huid en het anogenitale gebied moeten goed worden onderzocht. Men let op de locatie en het aspect van actuele laesies, maar ook op aanwijzingen voor oudere laesies en littekens.

Top-teenonderzoek

Het systematische, op het opsporen van tekenen van kindermishandeling gerichte onderzoek van het kind wordt het top-teenonderzoek genoemd (Tabel 3-1). Hiernaar wordt vooral bij presentatie op de SEH vaak gevraagd. Het is echter onbekend of en bij welke leeftijdscategorieën kindermishandeling hiermee inderdaad vroeger wordt opgespoord. Mogelijk komen vooral de jongere kinderen voor deze wijze van onderzoek in aanmerking. Anderzijds is juist bij oudere kinderen de incidentie van fysieke mishandeling hoog; juist bij een SEH-bezoek om andere redenen zou dit instrument de kans op herkennen van kindermishandeling kunnen vergroten. Een op zich onbetekenend letsel kan voor een ouder als excuus worden gebruikt voor SEH-bezoek, in de hoop dat vervolgens ander letsel ontdekt wordt; de verantwoordelijkheid voor de ontdekking wordt zo bij de hulpverlener gelegd. Bij het top-teenonderzoek wordt ook aandacht besteed aan bevindingen die relevant zijn bij vermoeden van seksueel misbruik.

Het uitgangspunt is dat de gevonden afwijkingen zo nauwkeurig mogelijk worden beschreven en zo mogelijk gefotografeerd, met aandacht voor aspect, grootte (meetlatje), (bijzondere) locatie, symmetrie en andere relevante aspecten. De bevindingen worden in anatomisch correcte standaardfiguren ingetekend (zie voor een voorbeeld Figuur 3-1).

Tabel 3-1. Top-teenonderzoek

Algemeen

Laat het kind zich steeds gedeeltelijk uitkleden en leg goed uit wat u gaat doen

Zorg dat uzelf of een verpleegkundige bij het aan- en uitkleden aanwezig is, onder andere voor beoordeling van gedrag kind en interactie kind-begeleider

Let bij bewegen en aan- en uitkleden op mate van beweeglijkheid en pijn als vroege aanwijzing voor letsel

Bij door vallen en dergelijke opgelopen letsel is de kleding vaak ook beschadigd

Let op verzorging, groei, ontwikkeling, stemming, contact

Bepaal lengte, gewicht, BMI, hoofdomtrek, pols, bloeddruk, ademhaling en temperatuur

Onderzoek de huid. Noteer verse laesies, littekens (automutilatie), tattoo's, piercings, aangeboren huidafwijkingen, huidaandoeningen als eczeem, acne, psoriasis en artificiële huidaandoeningen door wrijven (bijvoorbeeld met een munt) en *cupping*

Stap 1: Handen

Begin met de handen, dat kan de patiënt geruststellen

Let op verzorging: nagels (nagelbijten), afgescheurde nagels

Inspecteer beide kanten van beide handen op letsels, bijvoorbeeld opvangreactie na vallen

Let bij de polsen op tekenen van 'ligatuur', wat kan wijzen op vastbinden

Stap 2: Onderarmen

Inspecteer onderarmen op verdedigingsletsels, vooral aan buitenkant onderarmen: blauwe plekken, schaafwonden, laceraties en snijwonden

Bij een donkere huid vallen blauwe plekken niet op; let op pijnlijke plekken en zwellingen

Let op injectielittekens

Ellebogen kunnen schaafverwondingen vertonen door valpartijen. Tweezijdige schaafwonden kunnen passen bij seksueel misbruik, waarbij het kind gedwongen werd om op de rug op de grond te liggen

Stap 3: Bovenarmen

Binnenzijde bovenarmen en oksels bekijken op blauwe plekken

Bij binnen- en buitenzijde bovenarmen letten op vingertopafdrukken van stevig vasthouden

Tabel 3-1. Vervolg

Stap 4: Gelaat

Inspecteer het gelaat op huidafwijkingen
Een blauw oog is soms moeilijk te zien
Een brilhematoom kan ontstaan door uitzakkend bloed bij een trauma elders op het hoofd
Oogleden beoordelen met geopende en gesloten oogleden (petechiën)
Kijk in de neus voor een bloeding
Palpeer voorzichtig kaak en orbitaranden; pijnlijke plekken kunnen wijzen op een hematoom
Inspecteer de mond op blauwe plekken, schaafwonden, infecties (cave gonorrhoe) en slijmvlieslaesies. Petechiën op het palatum kunnen wijzen op penetratie (fellatio)
Let op frenulumscheur, gebroken tanden, verwaarloosd gebit
Let bij palatum en farynx op brandwonden van te heet voedsel, laceraties van bestek of geforceerd voeden
Slijmvlieslaesies tegenover tandenrij op wangsvlies passen bij klap op de wangen

Stap 5: Oren

Inspecteer de oorschelpen en het gebied achter de oren (*shadow bruising* als het oor tegen de schedel is geslagen)
Gebruik een otoscoop om de trommelvliezen te inspecteren
Let op brandwonden in de oorschelp
Let op trommelvliesperforatie

Stap 6: Schedel

Bij voorzichtige palpatie van de schedel kan men zwelling en gevoelige vinden, suggestief voor hematomen
Losse haren en kale plekken kunnen wijzen op trekken aan het haar tijdens een gevecht

Stap 7: Hals en nek

Hals en nek zijn meestal beschermd omdat de schouder bij een val de klap opvangt. Er treden dan ook zelden letsels op in de driehoek oor-zijkant hals-bovenzijde thorax
Blauwe plekken in de nek kunnen wijzen op een levensbedreigend incident
Blauwe plekken als afdruk van ketting of halssieraad kunnen wijzen op geweld
Let op zuigzoenachtige verwondingen

Tabel 3-1. Vervolg

Stap 8: Thorax en rug

Inspectie begint bij rug en schouders

Let op blauwe plekken van verschillende ouderdom (vingerafdrukken bij *shaking*)

Letsel aan mammae kan wijzen op seksuele mishandeling. Let op bijtewonden en blauwe plekken

Stap 9: Abdomen

Laat de patiënt liggen voor onderzoek van de buik (inspectie, percussie, palpatie, auscultatie)

Palpatie is belangrijk voor het opsporen van interne letsels en zwangerschap

Stap 10: Voorkant benen

Bij de liggende patiënt kunnen beide benen worden onderzocht worden. Aan de binnenkant van de dijen kunnen (symmetrische) afdrukken zichtbaar zijn van vingertoppen of bijvoorbeeld knieën

Let op schaafwonden aan de knieën en aan de voeten.

Inspecteer de enkels op tekenen van ligatuur

Inspecteer de voetzolen

Stap 11: Achterkant benen

Laat het kind staan om de achterzijde van de benen en de billen te inspecteren

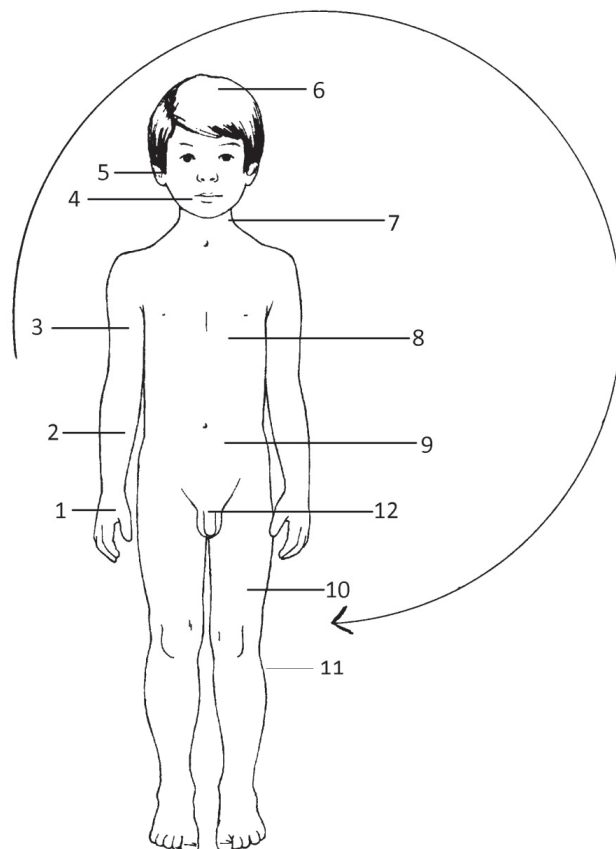
Stap 12: Genitalia (bij verdenking seksueel misbruik)

Bij meisjes: inspecteer labia majora en minora, vestibulum, hymen, vagina en commissura posterior (*posterior fourchette*) (Tabel 1-3)

Bij jongens: inspecteer preputium, glans, meatus, penisschacht aan beide zijde, de basis van de penis en de testikels

Fotografie

Fotografische verslaglegging hoort net als het maken van een schets of het in woorden vastleggen van huidafwijkingen, dysmorphieën, letsels en dergelijke bij goede dossiervorming. Foto's maken deel uit van het dossier en vallen onder dezelfde wetgeving als andere medische gegevens wat betreft de opslag. Foto's kunnen niet alleen de letselbeschrijving, maar ook intercollegiaal overleg, overdracht en onderwijs ondersteunen. In principe moet de patiënt of zijn ouders te horen krijgen waarom de foto's worden gemaakt. Doorgaans stuit dat niet op



Figuur 3-1. Top-teenonderzoek bij vermoeden van kindermishandeling.

bezwaar. Mocht dat wel het geval zijn, dan kan worden gevraagd waaruit het bezwaar bestaat. Als geen toestemming wordt gegeven, dan moet men afzien van het maken van foto's. In het medisch dossier wordt aangetekend wanneer, waarvan en door wie de foto's zijn gemaakt, dan wel wat de reden is waarom daartegen bezwaar werd gemaakt. Tabel 3-2 geeft enkele praktische aanwijzingen.

Tabel 3-2. Aandachtspunten bij fotografische documentatie

Let op de juiste datuminstelling van de camera
Zorg voor goede verlichting of daglicht. Bij flitsen, let op overbelichting
Maak voor de dossiervorming een foto van de patiëntengegevens en eventueel van het gelaat van de patiënt
Maak eerst een overzichtsfoto van het betreffende lichaamsdeel en pas daarna detailfoto's
Gebruik een meetlatje, munt, lucifer of ander herkenbaar voorwerp ter beoordeling van de grootte van het letsel
Als het letsel op de foto niet goed zichtbaar is, laat het eventueel aanwijzen door de patiënt
Gebruik de macrostand van de camera (het 'tulpje') bij foto's van dichtbij. Oefen eerst met macrofotografie
Controleer of de foto's gelukt zijn voordat de patiënt vertrekt

Seksueel misbruik bij meisjes

Zoals steeds bij lichamelijk onderzoek, is het essentieel dat men grondige kennis heeft van de normale anatomie van de vrouwelijke genitalia, inclusief de normale variaties en de veranderingen met de leeftijd. Bij onvoldoende ervaring is het verstandig om daarvoor een deskundige collega te vragen. Ontbreekt deze mogelijkheid, dan is het in elk geval verstandig om goede foto's te maken. Verder is het essentieel dat er geen uitspraken worden gedaan of notities gemaakt die niet goed zijn onderbouwd.

Bij seksueel misbruik wordt vaak gebruikt gemaakt van de zogenaamde indeling volgens Adams (Tabel 3-3). Deze geeft de waarschijnlijkheid aan dat afwijkingen in en rond de schaamstreek het gevolg zijn van seksueel misbruik. De adamsindeling onderscheidt vier klassen. Klasse 1 betreft normale variaties en bevindingen die zeker een andere oorzaak hebben, klasse 2 niet-specifieke bevindingen waarbij seksueel contact niet is uitgesloten, klasse 3 bevindingen waarover onvoldoende wetenschappelijk gegevens voorhanden zijn om zeker te zijn dat misbruik de enige oorzaak is en klasse 4 de verse en oude laesies die zeker zijn veroorzaakt door een (stomp) penetrerend trauma.

Tabel 3-3. Indeling volgens Adams

Klasse 1: normale of niet aan seksueel misbruik gerelateerde bevindingen

Maagdenvlies	Uitstulping of verdikking van hymenrand Inkeping in voorste deel hymenrand (3-9 uur in rugligging) Hormonaal bepaalde bevindingen Hymenvarianten
Vagina	In lengte verlopende vaginaplooi Uitwendige vaginaplooi
Vestibulum	Periurethrale of vestibulaire bandjes Linea vestibularis Follikels Verwijding meatus urethra

Klasse 2: bevindingen die ook kunnen worden gevonden bij niet-misbruikte kinderen

Maagdenvlies	Diepe (>50%) inkeping in achterste deel hymenrand Hymenrand maximaal 1 à 2 mm
Vestibulum	Erytheem of hyperemie
Schaamlippen	Oppervlakkige schaafwondjes
Commissura posterior (<i>fourchette</i>)	Oppervlakkige schaafwondjes
Anus	Direct zichtbare, >2 cm openstaande anus, zonder predisponerende factor als obstipatie, sedatie, anesthesie of neurologische aandoening

Klasse 3: bevindingen die een verdenking rechtvaardigen; mogelijk niet bewijzend

Gebied rond hymen	Verse hematomen of scheurtjes
Schaamlippen	Verse hematomen of scheurtjes
Commissura posterior (<i>fourchette</i>)	Verse scheurwondjes of littekens, zonder hymenschade
Benen	Druk-, bijt- en zuighematomen bovenbenen of binnenzijde dijen dicht bij de genitalia

Tabel 3-3. Vervolg

Klasse 4: duidelijk bewijs voor penetrerend trauma; acuut of oud letsel

Maagdenvlies	Gedeeltelijke acute verscheuring hymen Totale verscheuring hymen, soms tot in anus Hematoom in het hymen Littekenvorming hymen na verscheuring; veroorzaakt vaak diepe kloof
--------------	--

Aandoeningen en varianten die verwarring kunnen geven

Genitaal gebied	Urethraprolaps Infectie met bètahemolytische streptokokken van groep A Ulcera (viraal of passend bij ziekte van Behçet of ziekte van Crohn)
Schaamlippen	Lichen sclerosus et atrophicans
Anus	Openstaand (<2 cm), waardoor linea dentata zichtbaar kan zijn (tijdens anesthesie, na overlijden)

Andere bevindingen met een onschuldige achtergrond

Genitaal gebied	Erytheem door infectie, dermatitis of irriterende stoffen Hemangiomen en andere oorzaken van hyperemie
Schaamlippen	Verkleving Vaginale afscheiding
Commissura posterior (fourchette)	Verhoogde kwetsbaarheid
Anus	Fissuren

Hoofdstuk 4

DIFFERENTIAALDIAGNOSE

Inleiding

Ook bij vermoedens van kindermishandeling moet een zorgvuldige differentiaaldiagnose worden opgesteld. Deze dient als basis voor verdere (multidisciplinaire) diagnostiek. Meestal moet daarvoor de hulp worden ingeroepen van andere specialisten, paramedici en gedragswetenschappers. Uiteindelijk leidt de combinatie van alle verzamelde gegevens tot versterking van het vermoeden of juist het verwerpen van de mogelijkheid van kindermishandeling. Tabel 4-1 geeft een (niet uitputtend) overzicht van de differentiaaldiagnose van de bij kindermishandeling passende bevindingen. Een aantal ervan wordt hieronder verder uitgewerkt. Voor de nadere evaluatie van oogafwijkingen, urinewegproblemen, chirurgische problemen en dergelijke kan de hulp van andere specialisten nodig zijn.

Hematomen

Bij kinderen zijn blauwe plekken en andere hematomen de meest voorkomende letsels. Vallen, stoeien, fietsen, voetbal en andere sporten kunnen de oorzaak zijn. Er is bijna geen enkel kind dat bij lichamelijk onderzoek niet ergens een blauwe plek heeft. Blauwe plekken zijn verdacht voor kindermishandeling als ze niet passen bij leeftijd en ontwikkelingsniveau van het kind. Een kind dat nog niet rondkruipt, verwondt zich zelden (*Those who don't cruise, rarely bruise*). Verder let men op de plaats op het lichaam en de vorm van de laesies. Een kind loopt bijvoorbeeld gemakkelijker hematomen en andere letsels op aan de voorzijde van het lichaam dan aan de achterzijde. In Tabel 4-2 worden door kindermishandeling en door ongevallen veroorzaakte blauwe plekken vergeleken.

Tabel 4-1. Kindermishandeling: (niet uitputtende) differentiaaldiagnose

BEVINDING	MOGELIJKE OORZAKEN
Huidafwijkingen	
Blauwe plekken	Trauma, automutilatie, alternatieve behandelwijze Mongolenvlekken Vitamine K-deficiëntie, hemofilie, ziekte van Von Willebrand Anafylactische purpura, trombocytopenie, purpura fulminans Syndroom van Ehlers-Danlos
Lokaal erytheem of bullae	Accidentele verbranding, bevrozing, automutilatie Allergische reactie, urticaria, contactdermatitis Impetigo, bacteriële cellulitis, pyoderma gangraenosum Herpes zoster, herpes simplex Epidermolysis bullosa, erythema multiforme
Brandwonden	Accidentele verbranding, bevrozing, acrocyanose Trauma, automutilatie, alternatieve behandelwijze Eczeem, contactdermatitis, luieruitslag, impetigo Herpes zoster, herpes simplex Toxische epidermale necrolyse, congenitale huiddefecten
Andere huidafwijkingen	Ziekte van Henoch-Schönlein, andere vasculitiden (Meningokokken)sepsis, diffuse intravasale stolling <i>Staphylococcal scalded skin syndrome</i> , impetigo Sensibiliteitstoornissen
Oogafwijkingen	
Retinabloedingen	Schudden of ander trauma, reanimatie Stollingsstoornis Neoplasma, specifieke oogziekte
Conjunctivabloeding	Trauma, hoesten Conjunctivitis (bacterieel, viraal, allergisch)
Orbitazwelling	Trauma, epiduraal hematoom (Pre)orbitale cellulitis, metastase
Urinewegen	
Hematurie	Trauma Urineweginfectie, acute of chronische glomerulonefritis

Tabel 4-1. Vervolg

BEVINDING	MOGELIJKE OORZAKEN
Urinewegen (vervolg)	
	Erfelijke of familiale nierafwijking Artificieel (<i>pediatric condition falsification</i>)
Chirurgische aandoeningen	
Acute buik	Trauma Infectie (onder andere appendicitis, peritonitis) Gastro-intestinale of urologische aandoening Vasculair incident
Fracturen	Trauma, geboortetrauma, pseudofracturen Osteogenesis imperfecta, rachitis, osteoporose Osteomyelitis, septische artritis Leukemie, neurologische stoornis
Meta-/epifysaire fractuur	Trauma, geboortetrauma Vitamine C-deficiëntie, syfilis, syndroom van Menkes
Subperiostale laesies	Trauma, infantiele corticale hyperostose Vitamine C-deficiëntie, syfilis Neoplasma
Groeiachterstand	
Voedselinname adequaat	Malabsorptiesyndromen (coeliakie, koemelkallergie, cystische fibrose, parasitaire infestatie)
Voedselinname inadequaat	Afwijkingen van het centraal zenuwstelsel Anorexia nervosa Orofaryngeale malformatie, gastro-oesofagale refluxziekte Cardiopulmonale en nefrogene aandoeningen Chronische infecties Ziekte van Crohn, dunnedarmobstructie Diabetes mellitus, diabetes insipidus Metabole aandoeningen Armoede, financiële beperkingen
Wiegendood, onverklaarde plotselinge dood	
Diverse oorzaken	Cerebraal trauma, asfyxie Infecties (botulisme, kinkhoest) Immunodeficiëntie, anafylaxie

Tabel 4-1. Vervolg

BEVINDING	MOGELIJKE OORZAKEN
Wiegendood, onverklaarde plotselinge dood (vervolg)	
	Hartritmestoornissen (o.a. <i>long QT syndrome</i>) Adrenogenitaal syndroom, hypoglykemie Metabole aandoeningen
Gedragsproblematiek	
Zelfverwonding	Depressie, psychomotorische retardatie, autisme Familiäre dysautonomie Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit Aandacht trekken, woedebuien
Andere gedragsproblemen	Faseproblematiek, pedagogische problematiek Schoolproblemen Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit Ontwikkelingsstoornissen, zintuigproblematiek Psychiatrische ziekten Lichamelijke ziekten met secundaire gedragsproblemen
Seksueel misbruik	
Bloeding genitalia	Trauma (pijnlijke val), paalverwonding Vroege puberteit, urethraprolaps
Anusfissuur	Harde ontlasting, diarree, wormen Seborroïsche dermatitis Ziekte van Crohn
Vulvitis, vaginitis, lokaal erytheem	Slechte hygiëne, excessief wassen, corpus alienum Candidiasis, wormen Gardnerella vaginalis, bètahemolytische streptokokken Atopisch eczeem, seborroïsch dermatitis Lichen sclerosus
Urineweginfecties	Slechte hygiëne Obstipatie, urologische anatomische afwijkingen Hemangioom, poliepen
Obstipatie	Chronische functionele obstipatie Slecht voedingspatroon Anusstenose, rectumstenose, anus anterior Ziekte van Hirschsprung, ruggenmerglaesie

Tabel 4-2. Kenmerken van blauwe plekken

LOKALISATIE	KINDERMISHANDELING	ONGEVAL
Algemeen	Zachte weefsels	Huid dicht op het bot
	Gehele lichaam	Voorzijde lichaam
	Groter	Klein
	Meervoudig en in clusters	Beperkt aantal
	Vaak herkenbare vorm	Zelden herkenbare vorm
	Ook andere en oudere letsels	
Hoofd en hals	Zijkanten gezicht (wang)	Voorhoofd
	Oren, oorlelletjes, achter oor en in nek	Neus, neuspunt
	Ogen	Onder de kin
	Bovenlip en frenulum	
Borst, buik, rug	Romp (voor- en achterzijde)	Heupen (bekkenkam)
	Genitalia	Wervelkolom
	Billen en onderste deel rug	
Armen en handen	(Binnenzijde) bovenarmen	Onderarmen en ellebogen
	Handen	
Benen en voeten	Voor- en binnenkant bovenbenen	Schenen
	Buitenzijde van de dijën	Knieën
	Gehele achterzijde benen	Enkels
	Voeten	

Ook de vorm van de blauwe plek is van belang. Bepaalde patronen versterken het vermoeden van kindermishandeling. Als een letsel is toegebracht met een voorwerp, dan kan de blauwe plek de vorm van het voorwerp reflecteren, zoals wanneer een niet dik aangekleed kind met een riem of een stok is geslagen. Kleerhangerletsels hebben bijvoorbeeld een kenmerkende vorm. Bij slaan met de vlakke hand of met een stok ontstaat overrekking van de huid juist buiten het getroffen gebied, waardoor streepvormige hematomen ontstaan (*tramline bruising*). Als de bovenarmen met geweld zijn vastgegrepen, zoals bij verkrachting wel gebeurt, zijn de vingers (*fingerprinting*) en de handgreep (*gripmark*) herkenbaar. Hetzelfde geldt voor de thoraxwand bij *inflicted traumatic brain injury* (ITBI). Een stomp laat de afdruk van vingers of knokkels achter.

Het is vaak moeilijk om aan te geven hoe oud een blauwe plek is. Met het blote oog dateren van hematomen is niet goed mogelijk. De verkleuring ervan is onder meer afhankelijk van lokalisatie, grootte, diepte en medicijngebruik. Bovendien kan de huidskleur van de patiënt een extra moeilijkheid vormen. Het

enige dat vaststaat, is dat een geel verkleurd hematoom ten minste 18 uur oud is. Het omgekeerde is echter niet het geval: ook na 18 uur hoeft een hematoom nog niet geel verkleurd te zijn.

Brandwonden

De meeste accidentele brandwonden bij kinderen worden gezien bij peuters en kleuters en zijn in principe te voorkomen. Daarbij kan dus sprake zijn van onoplettendheid en zelfs verwaarlozing. Voor brandwonden geldt net als voor hematomen dat lokalisatie en vorm belangrijk zijn bij de differentiatie tussen ongeval en (vermoeden van) kindermishandeling. Tabel 4-3 geeft een indicatie van wel en niet verdachte lokalisaties en patronen. Voordat men tot een vermoeden van kindermishandeling komt, moeten uiteraard ook anamnese, context, interactie tussen ouders en kind en de na het ontstaan van de brandwond ondernomen acties worden meegewogen.

Brandwonden worden ingedeeld in natte (*scalds*) en droge verbrandingen (*burns*). Natte verbrandingen zijn het gevolg van contact met hete vloeistoffen (heet water, vet, thee) en maken ongeveer 70% uit van alle verbrandingen. Zijn deze het gevolg van een ongeval, dan ziet men meestal onscherp begrenste laesies van variabele ernst met spatletsels. De toedracht is te achterhalen aan de hand van de vorm. Als de anamnese vermeldt dat het kind de theepot van tafel trok, dan past de vorm van de brandwond met het naar beneden stromen van hete thee. Wordt een kind daarentegen moedwillig ondergedompeld in een met heet water gevulde badkuip, dan is de wond strak begrensd, vaak met minder sterke verbranding van het tegen de wand gedrukte lichaamsdeel (*donut burn*).

Droge verbrandingen zijn het gevolg van contact met een heet voorwerp, zoals kachel of strijkijzer. Als die door een ongeval zijn ontstaan, dan is de verbranding vaak oppervlakkig, omdat het getroffen lichaamsdeel snel wordt weggetrokken. Opzettelijk toegebrachte verbranding door een sigaret is te herkennen door de circulaire, diepe verbranding met opgeworpen rand, vaak op de handrug of andere onbeschermdede huid. Accidentele sigaretverbranding daarentegen is niet circulair en niet overal even diep.

Bijtverwondingen en zuigzoenen

Een bijtverwonding is nooit accidenteel. De dader kan mens of dier zijn, volwassene of kind. Bij bijtverwondingen is de afdruk van de tanden op de huid

Tabel 4-3. Kenmerken van brandwonden

KENMERK	MISHANDELING	ONGEVAL
Lokalisatie	Rug en billen Genitalia Enkels en polsen Handpalmen en voetzolen	Gewoonlijk voorzijde lichaam Overeenkomstig anamnese
Begrenzing	Scherp (sok- of handschoenvormig)	Onscherp met spatverbrandingen
Symmetrie	Vaak symmetrisch	Asymmetrisch
Anamnese	Brandwond vaak ouder dan uit anamnese blijkt Meerdere, ook oudere letsels zonder afdoende verklaring	Leeftijd en aard verwonding kloppen met anamnese Eenmalig letsel
Wondverzorging	Verwaarlozing, infectie	Adequaat

herkenbaar. Grootte en vorm van de gebitsafdruk geven een indicatie van de veroorzaker: dier, kind of volwassene. Bij volwassenen is de afstand tussen de hoektanden meer dan 2,5 à 3 cm. Het is dus van belang dat de verwonding fotografisch wordt vastgelegd. Bij een verse bijtwond kan een forensisch arts materiaal afnemen voor DNA-onderzoek. Zuigzoenen (*love bites*) zijn herkenbaar aan petechiën op de plek waar gezogen is, met of zonder afdruk van de tanden. Zuigzoenen komen voor bij tieners in de fase dat ze de seksualiteit ontdekken. De context (leeftijd, lokalisatie) kan aanleiding zijn om aan kindermishandeling te denken.

Fracturen

Het vergt veel kracht om een fractuur te veroorzaken, ook bij een kind. Voor alle fracturen geldt, dat er een goede verklaring moet zijn van het letsel. De anamnese is dan ook de eerste en belangrijkste stap bij de vaststelling of er aan kindermishandeling moet worden gedacht. Het letsel moet kloppen met het verhaal van de toedracht, het ontwikkelingsniveau van het kind, de getuigenverklaring, de aanwezigheid van andere letsels en de ondernomen actie. Hoe jonger het kind, hoe eerder aan mishandeling moet worden gedacht. Van de mishandelde kinderen met fracturen is 80% jonger dan 18 maanden; 85% van de accidentele fracturen komt voor bij kinderen ouder dan 5 jaar. Tabel 4-4 geeft een indicatie van de relatie tussen fractuur en oorzaak.

Tabel 4-4. Specifieke fracturen: mate van verdenking

Zeer verdacht

Metafysaire hoekfracturen
Posterieur gelokaliseerde ribfracturen
Scapulafracturen
Fracturen van de processus spinosi vertebrae
Sternumfracturen

Matig verdacht

Multipele bilaterale fracturen
Fracturen van verschillende leeftijd
Wervelfracturen
Vingerfracturen
Complexe schedelfracturen

Weinig verdacht

Claviculafracturen
Schachtfracturen van de lange pijpbeenderen
Lineaire schedelfracturen
Subperiostale nieuwvorming

Buiktrauma

Door kindermishandeling veroorzaakte buiktraumata komen weinig voor, maar hebben een hoge mortaliteit. Het frequentst worden ze gezien bij kinderen jonger dan 3 jaar. Ze worden vaak gemist omdat niet aan kindermishandeling wordt gedacht. De kinderen worden laat aangeboden voor diagnostiek en behandeling en het trauma wordt in de anamnese vaak niet genoemd. Buiktrauma kan zich aspecifiek presenteren als ernstige respiratoire of circulatoire insufficiëntie, ernstige buikpijn of sepsis. Vaak ontbreken hematomen en andere aanwijzingen voor een abdominaal probleem. Wel vindt men soms laesies elders op het lichaam die het vermoeden van niet-accidenteel letsel kunnen doen rijzen.

Lever en dunne darm zijn het vaakst getroffen. Omdat stomp buiktrauma zo moeilijk is vast te stellen en gezien de hoge mortaliteit moet men bij ieder kind met onverklaarde bewusteloosheid, shock of overlijden de mogelijkheid van buiktrauma overwegen.

Tabel 4-5. Gevolgen van inflicted traumatic brain injury

Oppervlakkige verwondingen van het hoofd, inclusief schedel en gelaat
Schedelfracturen, vaak in combinatie met uitwendig hematoom
Intracranieële bloeding (subduraal, subarachnoidaal, intraventriculair of
parenchymateus; vaak bilateraal, langs de convexiteit van de hemisferen)
Hersenletsel
Retinabloedingen in één of beide ogen
Skeletafwijkingen (ribfracturen, metafysaire hoekfracturen)
Blauwe plekken op thorax en rug

Inflicted traumatic brain injury

Andere veelgebruikte termen voor ITBI zijn *non-accidental head injury*, *abusive head trauma* en *shaken baby syndrome*. Neurotrauma is de meest voorkomende doodsoorzaak bij fysieke kindermishandeling. Van de ernstige neurotraumata in het eerste levensjaar is 95% niet-accidenteel. De mortaliteit is ongeveer 30% en de overlevenden hebben vaak ernstige restverschijnselen. De laesies ontstaan door de combinatie van versnelling en vertraging van de hoofdbeweging (acceleratie-decelaratietrauma), met daarnaast eventueel een impacttrauma. Daarbij vindt men vaak ribfracturen en netvliesbloedingen.

ITBI kan uiteenlopende symptomen veroorzaken, variërend van slecht drinken en respiratoire problemen tot sloomheid, convulsies en plotseling onverklaard overlijden. Sommige kinderen hebben als enige symptoom versnelde schedelgroei (Tabel 4-5). De anamnese is vaak incompleet en uiterlijke symptomen kunnen ontbreken, wat het stellen van de diagnose bemoeilijkt. De diagnose moet worden overwogen bij alle kinderen met onverklaarde bewusteloosheid. ITBI moet laagdrempelig in de differentiaaldiagnose worden opgenomen.

Groeivertraging

Het begrip *failure to thrive*, aanvankelijk verwijzend naar een combinatie van groeivertraging en achterblijvende ontwikkeling zonder duidelijke medische oorzaak, wordt tegenwoordig meestal gebruikt als synoniem voor (onbegrepen) groeiachterstand bij zuigelingen en peuters. Tot de leeftijd van 1,5 à 2 jaar is de gewichtstoename de beste maat voor de groei van een kind, na die leeftijd de lengte. Groeivertraging en kan veel oorzaken hebben. Voordat kindermishandeling als oorzaak kan worden aangewezen, moeten medische oorzaken zo goed

mogelijk zijn uitgesloten. De anamnese kan echter vaak al doen vermoeden dat de problemen geen medische oorzaak hebben.

Als kindermishandeling tijdig in de differentiaaldiagnose wordt opgenomen, kan het kind mogelijk onnodig onderzoek worden bespaard. Bij de anamnese besteedt men vooral aandacht aan zwangerschap en geboorte en aan de sociale omstandigheden. Daarnaast is uiteraard uitvoerig lichamelijk onderzoek nodig. Tijdens het gesprek met de ouders en het lichamelijk onderzoek let men goed op het gedrag van het kind – onrust, angstige alertheid, te wijze blik – en op de interactie tussen ouders en kind.

Hoofdstuk 5

AANVULLEND ONDERZOEK

Inleiding

Anamnese en lichamelijk onderzoek kunnen informatie verstrekken waardoor een vermoeden van kindermishandeling wordt ondersteund of juist onwaarschijnlijk gemaakt. Daarop kan worden voortgebouwd door gericht aanvullend onderzoek. Voor een aantal symptomen en bevindingen wordt hier aangegeven welk onderzoek in aanmerking komt om het vermoeden beter te onderbouwen.

Radiologisch onderzoek

De *American Academy of Pediatrics* en de *American Congress of Rheumatology* hebben gezamenlijk richtlijnen opgesteld voor volledig röntgenonderzoek van het skelet ('skeletstatus') bij vermoedens van kindermishandeling (Tabel 5-1). Hetzelfde is gedaan voor het onderzoek van de hersenen. Het beeldvormend onderzoek moet bij de juiste patiëntengroep en onder optimale omstandigheden worden uitgevoerd (Tabel 5-2).

Stollingsonderzoek

Hematomen komen veel voor en kunnen zowel samenhangen met opgelopen letsel als met stollingsstoornissen. Met een zorgvuldige anamnese in combinatie met grondig lichamelijk onderzoek komt men vaak tot een diagnose en kan anders gericht aanvullend onderzoek worden ingezet. Bij de meeste slachtoffers van niet-accidenteel letsel kan de diagnose al worden gesteld aan de hand van de klinische gegevens en is geen aanvullend onderzoek nodig.

Soms is het echter nodig om stollingsstoornissen uit te sluiten. Tabel 5-3 geeft een overzicht van onderzoek bij verdenking van een stollingsstoornis. Alle bepalingen hebben overigens hun beperkingen. Bovendien sluit de aanwezigheid van een stollingsstoornis kindermishandeling niet uit. Enerzijds kan de afwijking het gevolg zijn van de mishandeling (verbruik van stollingseiwitten, le-

Tabel 5-1. Röntgenonderzoek van het skelet bij verdenking van mishandeling

Schedel in twee richtingen
Cervicale wervelkolom zijdelings
Thorax voor-achterwaarts
Bekken voor-achterwaarts
Lumbale wervelkolom zijdelings
Humerus beiderzijds in twee richtingen
Onderarmen in twee richtingen
Handen en polsen in twee richtingen
Femur beiderzijds in twee richtingen
Tibia beiderzijds in twee richtingen
Voeten in twee richtingen

Tabel 5-2. Radiologisch onderzoek

Indicaties

Alle voor kindermishandeling verdachte kinderen jonger dan 2 jaar
Ernstig vermoeden van kindermishandeling bij ouder kind in gezin

Aanbevelingen

Digitale opnamen
Bij voorkeur tijdens kantoortijden, als (kinder)radioloog aanwezig is
Bij onduidelijkheid nieuwe foto maken onder andere hoek
Eventueel na 10-14 dagen herhalen (callusvorming)

verbeschadiging), anderzijds kunnen ook kinderen met een stollingsstoornis worden mishandeld. Bij interpretatieproblemen is overleg met een (kinder)hematoloog nodig.

Verder aanvullend onderzoek

Hematurie kan zijn veroorzaakt door een buiktrauma en door seksueel geweld. In geval van hematurie moet men computertomografie (CT) of echografie van de buik overwegen om de aanwezigheid van laesies uit te sluiten. Echografie is

Tabel 5-3. Stollingsonderzoek

Basale screening

Volledig bloedbeeld inclusief trombocyten
Protrombinetijd
Geactiveerde partiële tromboplastinetijd

Extra bij verdenking van ITBI

Fibrinogeen en fibrinogeenafbraakproducten
Trombinetijd
Na overleg met hematoloog
Factor VIII, IX, XIII
Vonwillebrandfactor (ristocetinecofactor en vonwillebrandantigeen)

minder betrouwbaar; bij afwijkende echografie moet alsnog CT worden verricht.

Bij kinderen zonder klachten of afwijkingen bij lichamelijk onderzoek levert screenend biochemisch bloedonderzoek weinig op, maar mogelijk is bloedonderzoek zinvol voor het opsporen van stomp buiktrauma. Volgens sommige studies leidt routinematige screening bij verdenking van kindermishandeling tot een betere herkenning daarvan. Stijging van de aminotransferasen zou voorkomen bij 8% van de kinderen met een stomp buiktrauma en normale bevindingen bij lichamelijk onderzoek. Serumwaarden van aspartaataminotransferase boven 400 IU/l en alanineaminotransferase boven 250 IU/l zijn geassocieerd met leverbeschadiging en zouden CT rechtvaardigen. Er is geen goed bewijs dat er een relatie bestaat tussen stijging van de serumwaarden van amylase en lipase en stomp buikletsel.

Seksueel contact

Voordat bij (verdenking van) seksueel contact aanvullend onderzoek wordt verricht, moet men weten of er sprake is van een acute situatie, of door de ouders of verzorgers aangifte is of wordt gedaan, wie het verzoek doet voor onderzoek naar seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) en wie het gezag hebben. Zorgen moeten worden gemeld aan het AMK en niet direct aan de jeugd- en zedenpolitie (JZP); daarbij mag geen onnodige informatie worden verstrekt. Hierbij moet rekening worden gehouden met het beroepsgeheim.

Tabel 5-4. Beleid bij seksueel misbruik in de acute situatie

Eerste handelingen

Telefonisch wordt aan de ouders medegedeeld dat alles moet worden gelaten zoals het is aangetroffen: het kind moet zich niet wassen en geen schone kleding aantrekken

Lakens en ander materiaal moeten zo mogelijk worden meegebracht

Men verifieert of er aangifte is gedaan bij de politie

Als er geen aangifte is gedaan, vraagt men de ouders of zij bereid zijn om aangifte te doen

De supervisor wordt ingelicht en komt in huis

De SEH wordt gewaarschuwd

Er is aangifte verricht of de ouders zijn daartoe bereid

Afhankelijk van de lokale afspraak wordt eventueel de medische directie ervan op de hoogte gebracht dat er een externe instantie in huis komt

Het bureau zedenpolitie of het algemeen telefoonnummer van de politie wordt gebeld

De politie schakelt de forensisch arts in

Anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek worden verricht in aanwezigheid van de forensisch arts

De ouders willen geen aangifte doen ondanks sterk vermoeden van recent misbruik

Men vraagt advies bij het AMK voordat lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek worden verricht

In het dossier worden de namen genoteerd van alle aanwezigen bij het onderzoek (inclusief die van de politie)

In het dossier wordt vermeld hoe de sporen zijn vastgelegd, bijvoorbeeld met een droge of vochtige wattenstok, wat de volgorde was van de handelingen en dergelijke

Als er evident sprake lijkt te zijn van een misdrijf, dus van seksueel misbruik, en het incident heeft minder dan 72 uur geleden plaatsgevonden, moet overleg plaatsvinden met JZP en de forensisch arts van de GGD (Tabel 5-4).

Het onderzoek wordt dan verricht in samenwerking met de forensisch arts en in overleg met de JZP. Het kind mag na het misbruik niet worden gewassen en geen andere kleding aandoen. Er wordt vaker vreemd DNA aangetroffen op de kleding dan op het lichaam van het slachtoffer. Ook ander mogelijk be-

Tabel 5-5. Indicaties voor SOA-onderzoek

Aanwijzing voor penetratie of ejaculatie
Verdachte bekend met (risicofactoren voor) SOA
(verdenking van drugsgebruik, alcoholisme of ander risicoverhogend gedrag)
Wens van ouders of kind
Voor SOA verdachte symptomen (fluor vaginalis, pijn, jeuk, onprettige geur, symptomen van de tractus urogenitalis, genitale ulcera of laesies)

Tabel 5-6. Laboratoriumonderzoek bij recent seksueel misbruik

TIJDSTIP	ONDERZOEK
Binnen 72 uur na incident	HBsAg, anti-HBc, hiv-serologie, eventueel hepatitis C-serologie Luesondezoek: VDRL, IgM, IgG en FTA-ABS (bij prepuberale kinderen zeer onwaarschijnlijk)
2 weken na incident	Chlamydia-PCR in urine, eventueel kweek in medium ¹ (keel, urine, vagina, anus) Gonorrhoe-PCR in urine, eventueel kweek in stuartmedium ¹ (keel, urine, vagina, anus) Herpeskweek (alleen bij zichtbare laesies) Biopt van condylomata acuminata bij twijfel Eventueel zwangerschapstest
Idem bij klachten (fluor)	Banale kweek (stuartmedium) Trichomonaskweek (speciaal medium, in koelkast) Kweek op gisten en schimmels
Na 6, 12 en 24 weken ²	HBsAg, anti-HBc core, hiv-serologie

¹: Bij positieve PCR en bij sterk vermoeden altijd kweek (gouden standaard) inzetten.

²: Bij niet-recent of chronisch misbruik eenmalig.

wijsmateriaal, zoals nog niet gewassen beddengoed, wordt meegebracht. Er wordt dan sporenonderzoek verricht naar DNA en sperma. Ook als er geen aangifte wordt gedaan, kan eventueel spermaonderzoek in urinesediment worden gedaan. Dat moet worden gedaan door een ervaren laborant en worden gecontroleerd door een tweede ervaren laborant. Bij positieve en dubieuze resultaten wordt een foto gemaakt en wordt de urine bewaard; de bewaringscondities moeten worden aangegeven door een deskundige collega of een forensisch

arts. Ook urine, ontlasting en niet weggegooid wc-papier moeten voor zover mogelijk voor nader forensisch onderzoek bewaard blijven. Tenslotte moet het SOA-risico worden geschat (Tabel 5-5) als basis voor eventueel onderzoek naar SOA (Tabel 5-6). Bij dit laatste moet ook worden gedacht aan de mogelijkheid dat de infecties (condylomata acuminata, chlamydiasis, herpes genitalis, hepatitis, hiv-infectie) via transplacentaire besmetting of verticale transmissie zijn opgelopen of op andere wijze postnataal zijn verworven.

Als het AMK adviseert om af te zien van een melding, en als er geen aangifte wordt verricht, moet de kinderarts zelf zorg dragen voor lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullend onderzoek.

Infectiepreventie. Na verkrachting kan SOA-preventie nodig zijn. Gezien de goede behandelbaarheid van chlamydiasis wordt geen standaardprofylaxe gegeven. Bij de poliklinische controle na twee weken wordt een urine-PCR ingezet. Chlamydiasis wordt behandeld met azitromycine. Gezien de lage incidentie van gonorrhoe wordt ook daarvoor geen standaardprofylaxe gegeven, tenzij de (vermoedelijke) dader ermee bekend is of door zijn levensstijl een groot risico van besmetting loopt. Als de bij de poliklinische controle afgenomen urine-PCR positief is, volgt een kweek en wordt behandeling ingezet met ceftriaxon.

Als het hepatitisrisico hoog is of va de dader bekend is dat hij hepatitis B-positief is, wordt binnen 72 uur passieve immunisatie uitgevoerd met immunoglobuline, gecombineerd met de eerste vaccinatie. De inenting wordt na 6 en 24 weken herhaald. Als bekend is dat de dader hiv-positief is, wordt (in overleg met een infectioloog) binnen 72 uur *post-exposure prophylaxis* (PEP) gestart.

Zwangerschapspreventie. Aan postpuberale meisjes die mogelijk seksueel misbruik (onbeschermd geslachtsverkeer) hebben ondergaan, wordt liefst direct, maar zeker binnen 72 uur na het contact 1,5 mg levonorgestrol toegediend (morning-afterpil, ook zonder recept verkrijgbaar bij de drogist). Als het meisje daarna braakt, moet de behandeling herhaald worden. Treedt de menstruatie vervolgens niet op de verwachte datum op, dan moet zwangerschap worden uitgesloten.

Hoofdstuk 6

ADVIES VRAGEN, OVERLEG

Inleiding

De gecombineerde gegevens van anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek kunnen leiden tot verwerping of juist versterking van het vermoeden van kindermishandeling. In het laatste geval vergt de KNMG-meldcode (Appendix III) dat contact voor advies of consult wordt gezocht met het AMK, waarna het vermoeden op zeker moment met de ouders moet worden besproken. Daarbij komen ook de vervolgstappen ter sprake. De KNMG-meldcode kent twee stappen waarin de kinderarts zijn vermoedens en twijfels voorlegt aan anderen dan de ouders: stap 2 en stap 4. Deze worden beide in dit hoofdstuk besproken. Tussen het vragen van advies (stap 2) en het overleg met andere bij het gezin betrokken hulpverleners en professionals (stap 4) wordt het moment geplaatst waarop de arts – zo mogelijk – zijn vermoeden bespreekt met de ouders (zie Hoofdstuk 7).

Stap 2: advies vragen

De KNMG-meldcode geeft voor het vragen van advies twee mogelijkheden. De arts kan advies vragen bij het AMK en bij een deskundige collega. Het eerste is verplicht, het tweede facultatief.

AMK-advies. Vanuit de kindergeneeskundige praktijk richt men zich voor het AMK-advies doorgaans specifiek tot de vertrouwensarts inzake kindermishandeling. Kenmerkend voor de advies- en consultfunctie van het AMK is dat daarbij in juridische zin geen gegevensverstrekking plaatsvindt. Dat wil zeggen dat de arts de casus presenteert in geanonimiseerde vorm. Er wordt uitsluitend advies van een deskundige ingewonnen over de aanpak van een bepaald probleem. Op basis van deze anonieme consultatie kan worden geconcludeerd of er sprake is of kan zijn van kindermishandeling, welke acties de arts kan ondernemen om meer duidelijkheid te krijgen, op welke manier hij het vermoeden met de ouders kan bespreken, welke hulpverlening kan worden ingezet om het

risico af te wenden, op welke manier de taken en verantwoordelijkheden kunnen worden verdeeld en of een melding aangewezen is.

Bij het vragen van advies kan men eventueel zelf ook anoniem blijven. In de praktijk wordt daar echter bijna geen gebruik van gemaakt. Het is ook weinig effectief omdat de arts door het aangeven van zijn functie meer kans heeft om een goed, op de situatie toegesneden advies te krijgen. Men spreekt van een consult als er een follow-up geschiedt van het advies, dus meerdere contacten plaatsvinden.

Advies van collega. In grotere vakgroepen kindergeneeskunde is doorgaans bij een of enkele kinderartsen meer kennis en ervaring aanwezig op het gebied van kindermishandeling. Daarom wordt ervoor gepleit dat men die collega-kinderarts in voorkomende gevallen consulteert. In plaats daarvan kan men ook kiezen voor een lid van het team kindermishandeling. Ten slotte is het soms ook nodig een collega van een ander specialisme te raadplegen als het om specifieke vragen op een ander vakgebied gaat, zoals orthopedie of oogheelkunde.

Stap 4: overleg

Het kan nodig zijn dat de kinderarts overleg voert met andere bij het gezin betrokken hulpverleners en beroepskrachten. Hieronder vallen bijvoorbeeld jeugdartsen, verpleegkundigen, de huisarts, andere medisch specialisten, paramedici, leerkrachten van school, medewerkers van de kinderopvang en medewerkers van Bureau Jeugdzorg (BJZ). Het doel kan zijn om na te gaan of een melding nog kan worden voorkomen of juist beter kan worden onderbouwd. Men moet daarbij rekening houden met het gegeven dat niet alle beroepskrachten beroepsgeheim hebben. Uiteraard gebeurt dit alles zo min mogelijk buiten de ouders om en wordt altijd eerst getracht om hun toestemming te verkrijgen.

Wanneer men ernstig gevaar voor het kind verwacht als een vermoeden met de ouders wordt besproken, zorgt men nog vóór het gesprek voor een plan van aanpak. In het belang van het kind kan overleg met derden nodig zijn waarbij wel persoonsgegevens worden genoemd – dus geen anonieme consultatie –, voordat de toestemming van de ouders is gevraagd. Het gaat er dan om dat er afspraken worden gemaakt in het kader van de ketenzorg. Juist in die situaties vereist de benodigde zorgvuldigheid voorafgaand overleg met het AMK en een ervaren collega.

In deze fase kan het ook nuttig zijn het kind te melden in het kader van de Verwijsindex (Hoofdstuk 9). In hoofdstuk 8 worden het AMK en de meldings-

procedure besproken; in Deel II wordt nader ingegaan op enkele andere hulpverleningsinstanties.

Hoofdstuk 7

GESPREKKEN MET OUDERS EN KIND

Inleiding

In de KNMG-meldcode wordt met name aandacht besteed aan het interventiegesprek. In de praktijk voert de kinderarts vaak eerst een probleemverkenkend gesprek en daarna mogelijk een motiverend gesprek. Het (interventie)gesprek heeft als doel de zorgen die men als arts heeft, met de ouders te bespreken en hen aan te spreken op hun verantwoordelijkheid als opvoeder. De arts is in het kader van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WBGGO) hulpverlener van het kind. De ouders zijn weliswaar de wettelijke vertegenwoordigers van het kind, maar de hulpverlener moet de belangen van het kind centraal stellen. Als de ouders de zorgen van de arts delen, gaat deze na in hoeverre ouders gemotiveerd zijn hulp te aanvaarden. Deze hulpvraag vormt dan de basis voor in te zetten hulp. Ook al wordt de hulp op vrijwillige basis geaccepteerd, deze is niet vrijblijvend. Kinderarts en ziekenhuis hebben immers hun verantwoordelijkheid ten aanzien van de veiligheid en de gezondheid van het kind. Als de ouders de zorgen van de arts niet delen en bij hun de motivatie ontbreekt om hulp te aanvaarden, of als er sprake is van een ernstige vorm van kindermishandeling, dan doet de kinderarts een melding bij het AMK.

In de eerste contacten met ouders en kind, op het moment dat het vermoeden rijst van kindermishandeling, kan eerst een probleemverkenkend (anamnestisch) gesprek worden gevoerd. In alle gesprekken is het belangrijk de vragen zo open mogelijk te stellen.

Algemeen

De kinderarts praat alleen op basis van wat hij ziet. Zijn houding moet vriendelijk en empathisch zijn. Het beschuldigen van de ouders heeft geen zin, lieverkiest men voor 'ontschuldigen'. Men moet ervan uitgaan dat de meeste ouders hun kinderen niet bewust mishandelen, maar handelen uit onmacht. Termen als 'kindermishandeling' en 'dader' moeten worden vermeden. Wel moet de schade die het kind oploopt, worden benadrukt: 'kinderbeschadiging' in plaats

Tabel 7-1. Gesprekken met de ouders

Inhoud

Ouders aanspreken op hun verantwoordelijkheden
Bezorgdheid uiten
Zorgen delen
Spreken vanuit wat je ziet en observeert of vanuit onderzoeksinformatie
Behandelingsplan bespreken

Attitude (O-E-N)

O: open, oordeel opzij gezet
E: eerlijk, empathisch
N: neutraal, naast de ouder

Valkuilen

De bringer van het slechte nieuws onderschat de emoties
Hij stelt de slechte boodschap te lang uit
Hij laat de ouder zelf de boodschap formuleren, waardoor men de regie kwijt is
Hij zwakt de boodschap af (verguldt de pil)

van 'kindermishandeling'. Hulpverleningstaal moet worden vermeden. De kenmerken van het gesprek staan samengevat in Tabel 7-1.

Deelnemers. Bij voorkeur voert de kinderarts het interventiegesprek niet alleen. Een ouderbegeleider, verpleegkundige, pedagogisch medewerker of psycholoog kan de ouders steun bieden. Ook de verslaglegging kan beter door twee mensen worden verricht. De rolverdeling moet duidelijk zijn. Eén persoon voert het gesprek, de ander observeert en steunt de ouders. Bij voorkeur wordt het gesprek met beide (gezag hebbende) ouders tegelijkertijd gevoerd. Soms kan er juist voor worden gekozen om eerst een ouder apart te spreken, maar bij het interventiegesprek verdient dat niet de voorkeur. In principe zouden kinderen van 12 jaar en ouder bij het gesprek aanwezig kunnen zijn, maar als zij in een loyaliteitsconflict kunnen komen, is het beter ze er niet bij te betrekken.

Een gesprek met het kind alleen valt niet onder de noemer interventiegesprek. Het is verstandig om voordat het gesprek met het kind wordt gevoerd, eerst met psycholoog of orthopedagoog te overleggen hoe en in welke omstandigheden dat het beste kan gebeuren.

Doel. Het doel van het gesprek is drieledig. De arts moet de ouders duidelijk maken dat hij zich zorgen maakt, hij moet nagaan of de ouders deze zorgen ook delen en ten slotte moet hij beoordelen of ze bereid zijn om hulp te aanvaarden. Tijdens het gesprek kan blijken dat niet alle van tevoren gestelde doelen haalbaar zijn. Bij sommige ouders kan bereiken van het eerste doel al meer dan genoeg zijn voor het eerste gesprek.

Plaats. Het gesprek vindt in principe plaats in het ziekenhuis of de instelling waar het kind verblijft, op een plek waar men niet kan worden gestoord (geen sein, geen mobiele telefoon) en op een tijdstip dat uitlopen geen probleem is. De veiligheid van degenen die het gesprek voeren, moet gewaarborgd zijn. Men kiest een opstelling vanwaaruit men gemakkelijk de kamer kan verlaten. Als sterk agressieve reacties kunnen worden verwacht, wordt op voorhand de bewaking ingeschakeld.

Achtergronden

Ouders. Men probeert zich van tevoren al een goed beeld te vormen van de ouders. Men gaat na wat er bekend is van hun eigen verleden. Ouders die zelf mishandeld zijn, kunnen anders tegen de opvoeding aankijken. Verder tracht men zich een oordeel te vormen over het intellectueel niveau van de ouders; daarop moet de manier van communiceren worden afgestemd. Ouders met psychiatrische problematiek kunnen onvoorspelbaar zijn in hun reacties. Vooral mensen met een persoonlijkheidsstoornis kunnen in het gesprek emoties tonen die niet worden verwacht. Ook de relatie van de ouders onderling moet bekend zijn. Zijn ze gescheiden? Als er een nieuwe vriend is, wat is dan zijn rol? Van tevoren moet men afspreken wie bij het gesprek aanwezig zullen zijn, zodat men niet met onverwachte zaken wordt geconfronteerd. De ouder die niet (meer) het gezag heeft, heeft wel recht op informatie over de grote lijnen van de behandeling, maar zit niet bij het gesprek, tenzij de andere ouder dat toestaat.

Andere belangrijke vragen die men zich vooraf moet stellen zijn: wat verwachten de ouders van dit gesprek? Hebben de ouders bepaalde belangen? Hebben ze al eerder een dergelijk gesprek gehad? Is het kind al bekend bij het AMK? Tijdens het gesprek kunnen de ouders elkaar beschuldigen van mishandeling. De gespreksleider moet steeds benadrukken waarom het gesprek plaatsvindt en dat het belang van het kind centraal staat. Hij gaat niet in op de beschuldigingen over en weer. Bij allochtone ouders moet men een officiële

tolk inschakelen, geen familielid. Het verwoorden van feiten in beelden en voorbeelden werkt vaak goed.

Type kindermishandeling. In grote lijnen gelden de spelregels van het interventiegesprek bij alle vormen van kindermishandeling, maar er zijn nuanceverschillen. Als al tijdens het eerste onderzoek lichamelijke mishandeling wordt vermoed, is het verstandig om het interventiegesprek binnen 24 uur na het gebeuren te laten plaatsvinden, het zogenaamde *golden window of opportunity*. De ouders moeten niet de gelegenheid krijgen de feiten rond het gebeuren zodanig te rangschikken dat mishandeling onbespreekbaar wordt. Een goed moment voor het gesprek is direct na het lichamelijk of radiologisch onderzoek.

Als bij seksueel misbruik onmiskenbare afwijkingen zijn gevonden, moet het interventiegesprek eveneens op korte termijn worden gevoerd. De kinderarts weet niet wie de dader is; beschuldigingen zijn dan ook uit den boze. Zijn de vermoedens vaag, dan is meer voorbereiding, onderzoek en overleg nodig voordat het interventiegesprek kan worden gevoerd. Bij emotionele mishandeling moet men eerst de gegevens bij de hand hebben van andere hulpverleners die het kind gezien of onderzocht hebben. Psychologisch onderzoek en goede observaties van ouders en kind door verpleging of pedagogisch medewerkers zijn essentieel. Het gesprek wordt pas gevoerd als men een goed beeld heeft van de cognitieve en emotionele ontwikkeling van het kind.

Zeker bij *pediatric condition falsification* (PCF) en *factitious disorder by proxy* (FDbP) (zie Tabel 1-1), vaak nog münchhausensyndroom *by proxy* (MbPS) genoemd, is goede voorbereiding essentieel. Het contact met de ouders bestaat meestal al langer en de verhouding met verpleging en artsen is soms dusdanig complex, dat vooroverleg met het AMK nodig is. Het gesprek wordt pas gevoerd als alle gegevens van huisarts en andere ziekenhuizen en betrokkenen beschikbaar zijn. Men heeft vrijwel zeker te maken met een ouder met een persoonlijkheidsstoornis. De andere ouder (vaak de vader) is in emotioneel opzicht vaak minder betrokken bij de kinderen en weet soms zelfs niet wat er thuis gebeurt. Hoewel het dan goed zou zijn om de vader apart te spreken, lukt dat vaak niet omdat de moeder het verhindert. Bij het interventiegesprek kunnen emoties (vaak heftige ontkenning, soms agressie) hoog opspelen. Eventueel voert men het gesprek samen met een AMK-medewerker. De *Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling* (VVAK) heeft een richtlijn opgesteld voor de herkenning en evaluatie van PCF en FDbP (Appendix V).

Tabel 7-2. Fasen van het motivatiemodel

Fase 1: voorbeschouwing (*precontemplation*)

De ouders tonen weinig tot geen inzicht in de situatie
De reden van zorg moet duidelijk en consequent worden besproken

Fase 2: overpeinzing (*contemplation*)

De ouders tonen enig inzicht, maar ook ambivalentie; de bereidheid om tot actie over te gaan ontbreekt nog
De arts benoemt de dilemma's en benadrukt de ernst van de situatie

Fase 3: besluit (*preparation*)

De ouders zijn bereid tot actie over te gaan; ze zien het probleem en willen wel veranderen, maar weten nog niet wat te doen
De arts verstrekt informatie over de inhoud van de hulp en laat de ouders erover nadenken.
Op korte termijn volgt een nieuwe afspraak

Fase 4: actieve verandering (*action*)

De ouders zijn bereid de adviezen van de arts te aanvaarden, hetgeen stress en onzekerheid met zich mee kan brengen
Arts en andere hulpverleners steunen de ouders. Door tegenslagen kan terugval optreden

Fase 5: handhaving (*consolidation*)

Het nieuwe gedrag lijkt te beklijven en hulp wordt geaccepteerd. Terugval kan op de loer liggen
De arts bespreekt het risico van terugval met de ouders en benadrukt wat wél goed gaat

Gang van zaken

De aanwezigen stellen zich voor en leggen uit in welke functie zij aan het gesprek deelnemen. Daarna wordt kort uitgelegd wat de aanleiding tot het gesprek is. De zorgen over het kind worden daarna meteen op tafel gelegd. Op de emoties die daardoor worden opgewekt, moet worden ingegaan. Daarbij moeten de hulpverleners empathie tonen en niet veinzen. Men moet de ouders accepteren zoals ze zijn zonder te accepteren wat ze hebben gedaan. Door dit uit te stralen, kan men de regie behouden.

Als de eerste emoties wat zijn afgezwakt, kunnen de argumenten worden besproken. Dit kan opnieuw tot emoties leiden, waar adequaat op moet worden gereageerd. Als dat niet gebeurt, dan kan een blokkade optreden bij de ouders en heeft het geen zin om verdere informatie te geven. Men moet zich realiseren dat het brengen van een slechte boodschap altijd eenrichtingsverkeer is; er is geen ruimte voor discussie. Pas als de ouders de boodschap hebben geaccepteerd, kan er worden gewerkt aan een oplossing.

Houding ten opzichte van de ouders. De wijze waarop men ouders benadert, is mede afhankelijk van de situatie. Als het kind met een ernstig letsel op de SEH komt, waar men de ouders vaak voor het eerst ziet, is de situatie anders dan wanneer kinderarts en ouders reeds een jarenlange behandelrelatie hebben. In het laatste geval kan het heel lastig zijn om de ouders met de feiten te confronteren. In alle gevallen moeten de spelregels van het interventiegesprek worden gevolgd.

Motivatie voor het aanvaarden van hulp

Het uiteindelijke doel van het interventiegesprek is dat de ouders hulp aanvaarden. De ouders moeten vaak een gedragsverandering ondergaan om de situatie voor hun kind te kunnen veranderen. Dat kan heel moeilijk zijn, omdat ze gewend zijn aan een bepaalde manier van reageren, vaak gebaseerd op hun eigen opvoedingssituatie. Als het niet lukt om de ouders te motiveren om hulp te accepteren, moet het AMK worden ingeschakeld. Bij het motivatiemodel van Prochaska en DiClemente (Tabel 7-2) gaat men uit van verschillende fasen waarin de ouders zich kunnen bevinden op het moment dat er een probleem wordt aangekaart.

Hoofdstuk 8

MELDEN BIJ HET AMK

Inleiding

Als bij een vermoeden van kindermishandeling wordt overwogen dat er een reële kans is dat het kind hier (verdere) schade van ondervindt, dan wordt van hulpverlener of beroepskracht verwacht dat deze direct een melding doet bij het AMK. Kinderartsen overleggen bij voorkeur met de vertrouwensarts inzake kindermishandeling. Deze is vaak beter geïnformeerd over de positie waarin artsen zich bevinden bij een melding. Men met er een gewoonte van maken om naam, functie en achtergrond te noteren van degene die men aan de telefoon krijgt. Eventueel vraagt men naar de dienstdoende vertrouwensarts. Het AMK is tegenwoordig 24 uur per dag bereikbaar via het landelijk telefoonnummer (0900-123 1230). Voor een melding bij het AMK moet de kinderarts het kind recent zelf gezien hebben. Het is niet gewenst dat hij een melding verricht vanwege recentelijk uit de derde hand (bijvoorbeeld van een van de ouders) verkregen informatie over mogelijke mishandeling aangaande een kind dat hij langere tijd geleden heeft gezien. In Figuur 8-1 wordt een voorbeeldbrief gegeven voor melding aan het AMK; deze kan ook dienen voor berichtgeving aan bijvoorbeeld de huisarts.

Taak van het AMK

Het AMK is de centrale instelling voor iedereen met vragen of zorgen over kindermishandeling en de instelling waar (vermoedens van) kindermishandeling kunnen worden gemeld. Het AMK geeft advies en onderzoekt (vermoedelijke) gevallen van kindermishandeling en brengt zo nodig de juiste hulp op gang. Bij een *adviesvraag* hoeft het AMK noch de naam te weten van het kind of het gezin, noch die van de adviesvrager. Anders is het bij een *melding*. Als het AMK onderzoek gaat doen naar de situatie van een kind naar aanleiding van een melding, kan het de naam van de melder alleen geheim houden als deze geen professionele relatie onderhoudt met het gezin. Professionele hulpverleners die betrokken zijn bij het gezin en zich richten op de opvoeding van de kinderen, kunnen alleen anoniem blijven als de veiligheid van het kind of de melder in het geding is.

Geachte collega,

Uw patiënt [naam], geboren [datum], wonende [straat, huisnummer, postcode, plaats] zagen wij poliklinisch op [datum] / was opgenomen van [datum] tot [datum] wegens [klachten of signalen] / vermoeden van kindermishandeling / seksueel misbruik.

Hij / zij was verwezen door [naam, functie].

Voorgeschiedenis:

Actuele anamnese (lichamelijke symptomen, gedragssignalen):

Ontwikkelingsanamnese:

Sociale anamnese (gezin, school):

Familieanamnese:

Lichamelijk onderzoek:

Gezinsonderzoek (verricht door [naam, functie]):

Gedragsdiagnostiek (verricht door [naam, functie]):

Conclusie: bewezen / sterk vermoeden van kindermishandeling, namelijk [type] op basis van [signalen en diagnostische bevindingen] bij uitsluiting van [differentiaaldiagnose] en bij de volgende (causale) gezinsproblematiek:

Nevendiagnoses:

Gesprekken met ouders / verzorgers:

Medische adviezen / behandeling:

Interne hulpverlening en follow-up:

Externe hulpverlening:

Melding AMK [datum] [advies, registratie, onderzoek, coördinatie hulpverlening]

Melding Raad voor de Kinderbescherming [datum] [vraagstelling]

Met collegiale hoogachting,

Figuur 8-1. Voorbeeld van een brief ten behoeve van melding van een vermoeden van kindermishandeling aan het AMK.

Bij het onderzoek van het AMK staan de veiligheid van het kind en de kans op herhaling centraal. Het AMK verzamelt gegevens over het hele gezin bij alle andere bij het gezin betrokken professionele instanties, zoals scholen, huisarts, consultatiebureau, schoolarts, maatschappelijk werk, behandelaars en schuld-hulpverlening.

Melding

Als het vermoeden van kindermishandeling met de ouders is besproken (en in een enkel geval zonder deze stap), moet worden overwogen om het vermoeden te melden. Tenzij de ingezette hulpverlening voldoende zekerheid biedt voor het voorkomen van verdere kindermishandeling en bovendien goede follow-up mogelijk is, volgt melding bij het AMK. In sommige ziekenhuizen wordt de vertrouwensarts al vroegtijdig bij het proces betrokken, op een moment dat nog niet alle onderzoeksuitslagen bekend zijn; het onderzoek van het AMK kan dan een tijdje parallel lopen met het onderzoek door de kinderarts. Het voordeel daarvan is dat dit gezamenlijke traject beter kan aansluiten op de differentiaaldiagnose en door ouders gemakkelijker wordt geaccepteerd, terwijl het noemen van de waarschijnlijkheidsdiagnose kindermishandeling na afsluiten van het somatische traject veel harder kan overkomen.

Men moet zich realiseren dat een AMK-melding veel emoties teweegbrengt bij de ouders: boosheid, verdriet, angst. Het is bijvoorbeeld niet verstandig om de ouders op de late vrijdagmiddag te confronteren met de AMK-melding, terwijl men weet dat de vertrouwensarts pas op maandag met hen contact kan opnemen.

Toestemming

Omdat het belang en de veiligheid van het kind voorop staan, is toestemming van de ouders niet vereist en hoeft de melding zelfs niet vooraf met hen te zijn besproken. Toestemming van de ouders is uiteraard wel wenselijk, maar bij een zogenaamd conflict van plichten kan het beroepsgeheim wijken voor de plicht om een in een ernstige situatie verkerend kind (patiënt) te helpen. Als bekendmaking van de identiteit van de kinderarts een bedreiging vormt of kan vormen voor het kind, bijvoorbeeld omdat de ouders het kind dan onttrekken aan noodzakelijke medische zorg, kan het AMK zorgen voor anonimiteit van de melder. Ook bij gevaar voor de kinderarts of medewerkers van de afdeling en bij een reëel risico op verstoring van de vertrouwensrelatie met het gezin kan het nodig

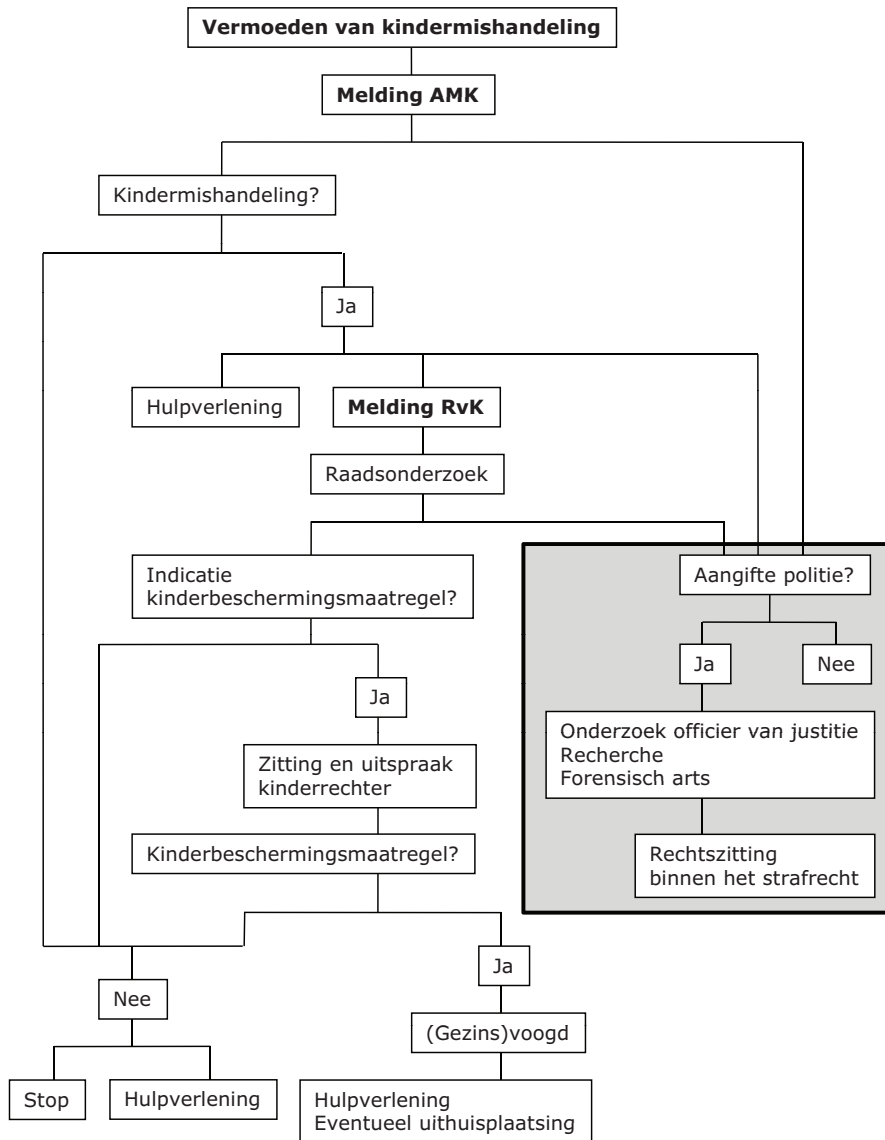
zijn de informatiebron anoniem te houden. Dat kan ook worden bereikt door de melding niet te laten doen door een persoon, maar door de directie, bijvoorbeeld als het kind ook bekend is bij andere hulpverleners in het ziekenhuis, zoals SEH-artsen. Het nadeel is dat anonimiteit de mogelijkheden van het AMK beperkt om de informatie te gebruiken. Om die reden moet met terughoudendheid van deze mogelijkheid gebruik worden gemaakt.

Vervolgtraject

In de KNMG-meldcode (Appendix III) staat beschreven hoe kinderartsen moeten handelen bij een vermoeden van kindermishandeling. De relatie met medewerkers van AMK, BJZ en RvK is erin uitgewerkt. Een belangrijk aspect is het recht om onderling informatie uit te wisselen. Deze informatie kan eventueel worden gebruikt in een civielrechtelijke procedure, zoals een zitting bij de kinderrechtster ten behoeve van een kindbeschermsmaatregel. De KNMG-meldcode geeft aan dat voor het verstrekken van deze informatie in principe geen toestemming van de ouders nodig is. Wel wordt aanbevolen om altijd een poging te doen om deze wel te verkrijgen en om de informatie steeds in overleg met de ouders te verstrekken.

In Figuur 8-2 staat de gang van zaken schematisch weergegeven. Een vermoeden van kindermishandeling kan leiden tot een melding bij het AMK, waaruit vervolgens een melding door het AMK bij de RvK kan voortkomen en vervolgens een Raadsonderzoek. Het onderzoek door de RvK leidt in principe tot een zitting en een uitspraak van de kinderrechtster. Als deze besluit dat een kindbeschermsmaatregel nodig is, wordt een (gezins)voogd benoemd. Er zijn verschillende maatregelen mogelijk, waaronder ondertoezichtstelling (OTS), gekoppeld aan de aanstelling van een gezinsvoogd. Soms wordt het gezag aan de ouders onttrokken en krijgt het kind een voogd toegewezen. Verder kan het onderzoek worden gestopt of worden gekozen voor vrijwillige hulpverlening. Uitgangspunt van het Raadsonderzoek is de veiligheid van het kind. Als na aangifte het strafrechtelijk circuit wordt betreden, staan schuld en vergelding van het strafbare feit centraal.

De in de KNMG-meldcode genoemde rechten van informatie-uitwisseling gelden niet wanneer het vermoeden leidt tot aangifte bij de politie, gevolgd door onderzoek door het openbaar ministerie. Hoewel ook bij het melden in het kader van de KNMG-meldcode het beroepsgeheim wordt doorbroken, wordt dat gerechtvaardigd door het wettelijk kader waarin de meldcode is ingebed. Bij aangifte gevolgd door een strafrechtelijk proces wordt bij het verstrekken van gegevens het beroepsgeheim verbroken zonder de bescherming die de



Figuur 8-2. Stroomdiagram van de stappen die volgen na een melding bij het AMK. De stappen in het grijze vlak maken geen deel uit van de KNMG-meld-code.

KNMG-meldcode biedt; in die situatie moet dus aandacht worden besteed aan de toetsingsvragen betreffende een conflict van plichten.

Het openbaar ministerie kan in de persoon van de officier van justitie het verzoek doen aan politie en forensisch arts om informatie op te vragen bij artsen en andere bij het kind betrokken professionals, zoals verpleegkundigen en maatschappelijk werkers in het ziekenhuis. Deze hebben als regel een afgeleid beroepsgeheim. Hierbij ontstaan vaak complexe situaties, die buiten het kader van de KNMG-meldcode vallen; het is raadzaam om in het eigen ziekenhuis afspraken te maken over de manier waarop hiermee moet worden omgegaan. Vaak loopt dit via de directeur patiëntenzorg of de jurist van het ziekenhuis. Deze kan met de zorgverlener de overwegingen bespreken met betrekking tot het ingaan op een dergelijk verzoek, afgezet tegen de eisen van het beroepsgeheim.

Deel II: ORGANISATIE

Hoofdstuk 9

KETENZORG

Inleiding

Na een melding bij het AMK blijft de kinderarts medisch verantwoordelijk voor het kind. Over de verdere begeleiding van kind en gezin worden afspraken gemaakt met het AMK. Er zijn meerdere organisaties betrokken zijn bij indicatiestelling en bewaking van hulp. Meestal stelt de kinderarts wel een bepaald hulptraject voor, maar verzorgt hij die hulp niet zelf. Welke hulp wordt ingezet, hangt af van wat het kind en zijn omgeving nodig hebben. Alle onderdelen van de hulp moeten op elkaar aansluiten. De kinderarts besteedt bij de contacten met kind en ouders of verzorgers steeds aandacht aan de wijze waarop de hulpverlening op gang is gekomen en verloopt.

Om de hulpvraag van het kind en zijn omgeving te kunnen beantwoorden, moet worden samengewerkt met andere hulpverleners: de ketenzorg. Partners in die keten zijn onder meer de huisarts, BJZ, het centrum voor jeugd en gezin (CJG), JGZ, de zorgadviesteams (ZAT), de jeugd-GGZ, MEE en de Raad voor de Kinderbescherming (RvK). De relevante hulpverleningsorganisaties en de vormen van hulp komen in Hoofdstuk 11 aan bod. Hoofdstuk 12 behandelt de instanties die zich bezighouden met preventie, begeleiding en behandeling.

Huisarts

De huisarts is een onmisbare schakel in de zorgketen. Hij is bij uitstek degene die zicht heeft op de gezinssituatie. Veel vormen van kindermishandeling resulteren in een bezoek aan huisarts of huisartsenpost, ook al wordt de mishandeling dan niet altijd onderkend. Vanaf het moment dat de huisarts op de hoogte is gebracht van de bestaande zorgen, kan hij bij volgende contacten effectief bijdragen aan de belangen van het kind, bijvoorbeeld door het gezin te ondersteunen.

Bureau Jeugdzorg

Op 1 januari 2005 is de Wet op de Jeugdzorg in werking getreden. Daarin is vastgelegd dat BJZ de toegangspoort is voor de gehele geïndiceerde jeugdzorg. De medewerkers van BJZ beoordelen elk verzoek om hulp. Ze stellen vast welke zorg nodig is, begeleiden kinderen, jongeren en ouders en verwijzen hen door naar andere hulpverleners. Zo nodig geven zij de indicaties af voor de hulpverlening. Het belang van kinderen en jongeren staat in de hulpverlening centraal. De *Rechten van het kind* zijn het uitgangspunt. BJZ geeft aandacht waar het nodig is, biedt ondersteuning waar het kan en bescherming waar het moet.

De wettelijke taken van BJZ zijn indicatiestelling ten behoeve van jeugdhulpverlening en jeugd-GGZ, AMK-functie, jeugdbescherming, jeugdreclassering, de zorg voor kinderen met een licht verstandelijke beperking en het beheer van de Kindertelefoon. BJZ valt onder het toezicht van de Inspectie Jeugdzorg en wordt grotendeels gefinancierd door de provincie, aangevuld met overheidssubsidies.

Centrum voor Jeugd en Gezin

Het ligt in de bedoeling dat vanaf 2011 vrijwel elke gemeente een CJG heeft. In grotere gemeenten komen mogelijk meerdere van deze centra, vooral in de zogeheten aandachtswijken. Kleinere gemeenten kunnen eventueel samen één CJG opzetten. Formeel zijn in het CJG de Wet maatschappelijke onderneming (WMO)-functies van de gemeente en de JGZ samengevoegd. Bovendien bestaat koppeling met BJZ en met het onderwijs, maar *niet* met de curatieve gezondheidszorg, zoals huisarts en medisch-specialistische zorg. Voor de signalering van kindermishandeling kan het CJG een belangrijke rol gaan spelen. Het is bij het verschijnen van dit Werkboek nog niet duidelijk in hoeverre door de komst van het CJG aanpak en begeleiding van kindermishandeling gaan veranderen. Kinderartsen moeten goed geïnformeerd zijn over de ontwikkelingen aangaande de CJG's in het adherentiegebied van hun ziekenhuis.

Jeugdgezondheidszorg

In de JGZ is de preventieve gezondheidszorg georganiseerd waarop alle kinderen vanaf het moment van conceptie tot de leeftijd van negentien jaar recht hebben. De JGZ volgt de fysieke, sociale, psychische en cognitieve ontwikkeling van alle kinderen en signaleert stoornissen daarin, zodat tijdig interventie kan

worden aangeboden. De JGZ onderhoudt op structurele basis contacten met kinderen en jeugdigen en kan op indicatie extra contacten plannen. De frequentie van de contacten neemt na het eerste levensjaar en zeker na de leeftijd van 4 jaar sterk af; bovendien moeten tijdens de contacten veel verschillende zaken aandacht krijgen. Toch mag het belang van overleg met de JGZ bij een vermoeden van kindermishandeling niet worden onderschat. Jeugdarts en jeugdverpleegkundigen hebben doorgaans goed zicht op de sociale omstandigheden waarin kinderen opgroeien en kunnen een belangrijke rol spelen in het plan van aanpak bij kindermishandeling, onder andere door hun contacten met de ZAT van de scholen.

Voor een deel verschillen de activiteiten verschillen per gemeente. Het is de bedoeling dat iedere gemeente het zorgaanbod afstemt op de specifieke zorgbehoefte en de gezondheidssituatie van de kinderen in de gemeentelijke regio. De JGZ coördineert veel programma's aangaande kindermishandeling, waaronder VoorZorg, Stevig Ouderschap en Triple P.

Verwijsindex risicojongeren

De Verwijsindex risicojongeren (VIR) is in opdracht van het ministerie van Jeugd en Gezin tot stand gekomen in samenwerking met een aantal expertgemeenten en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Uit de rapporten van onder andere Operatie JONG bleek dat zich vaak tegelijkertijd meerdere hulpverleningsinstanties met jongeren bezighouden, die onderling te weinig informatie uitwisselen en onvoldoende samenwerken. Doordat zij in verschillende disciplines of gemeenten actief zijn, weten zij vaak niet dat zij met dezelfde jongeren te maken hebben. Om dit te voorkomen, moet de VIR risicosignalen van hulpverleners over jongeren uit heel Nederland bij elkaar brengen. Zo kunnen hulpverleners eenvoudig en in vroegtijdig contact met elkaar opnemen en kan de gerichte hulp verbeteren.

De landelijke invoering van de VIR is in januari 2009 gestart en moet in 2011 zijn voltooid. De belangrijkste deelnemers aan de VIR zijn JGZ, de gemeenten, BJZ en ZAT. Voor de kinderarts is deelname aan de VIR niet vanzelfsprekend. Ziekenhuizen en GGZ-instellingen worden doorgaans niet betrokken bij de regionale invoering van de VIR. Bovendien geldt voor hen het 'spreken tenzij': de privacy van de cliënt is belangrijk en het beroepsgeheim moet zo min mogelijk geschonden worden. Bij een melding bij het AMK wordt besproken hoe moet worden omgegaan met de verstrekte gegevens, maar bij melding in de VIR is vooraf niet duidelijk wie in welke hoedanigheid de melding zal zien. De informatie kan dan nadelig uitpakken voor de cliënt.

Zorgadviesteams

In de afgelopen jaren zijn op bijna alle scholen van basisonderwijs en voortgezet onderwijs ZAT opgericht. Dit zijn teams waarin professionals die zorg en ondersteuning bieden aan jeugdigen en hun ouders, samenwerken met scholen om problemen van kinderen en jongeren op te lossen. In een ZAT werkt de school samen met de leerplichtambtenaar, het (school)maatschappelijk werk, BJZ, de JGZ en de politie. De school regisseert de uitvoering van de samenwerking. De bestuurlijke regie ligt bij de gemeenten.

ZAT bespreken regelmatig concrete situaties van jongeren, waardoor signalen snel en vakkundig worden opgevangen en zo snel mogelijk de juiste hulp of ondersteuning voor de jeugdige, de ouders en de docenten wordt ingeschakeld. Ze zijn bedoeld als een vangnet in de eigen schoolomgeving.

Jeugd-GGZ

Hulpverlening vindt bij kindermishandeling vaak plaats vanuit de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jeugdigen, de jeugd-GGZ. De jeugd-GGZ bestaat uit de voormalige Riagg-jeugdafdelingen en kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken en poliklinieken. De organisatie van de jeugd-GGZ verschilt per regio. Hier en daar maken bijvoorbeeld voormalige Riagg-jeugdafdelingen deel uit van gefuseerde instellingen voor GGZ in brede zin. De jeugd-GGZ biedt diagnostiek, behandeling en begeleiding, en vaak ook preventie. De hulp kan zich ook uitstrekken tot ouders en andere verzorgers van de jongere. De jeugd-GGZ is toegankelijk via BJZ, maar ook rechtstreeks na verwijzing door een (kinder)arts.

MEE

Bij het regelen van de zorg voor kinderen en jeugdigen met een handicap, beperking of chronische ziekte kan MEE een rol spelen. MEE is bedoeld voor mensen van alle leeftijden die door hun beperking problemen ervaren waardoor zij niet volledig aan het maatschappelijk leven kunnen deelnemen. De organisatie richt zich niet alleen op de direct betrokkenen, maar ook op ouders en verzorgers. De hulpvragen kunnen betrekking hebben op alle gebieden: onderwijs, opvoeding, wonen, werken, sociale voorzieningen, inkomen, vervoer, vrije tijd. MEE werkt vanuit 55 centra verspreid over het land. Er is een landelijk telefoonnummer (0900-999 8888) en een internetsite (www.MEE.nl) waarop het adres van de lokale MEE-organisatie te vinden is.

Raad voor de Kinderbescherming

De kerntaken van de RvK zijn bescherming, scheiding en omgang, en strafzaken waarbij minderjarigen betrokken zijn. Daarnaast heeft de RvK ook taken op andere terreinen die de belangen van het kind betreffen, zoals adoptie, afstand doen van een kind en afstammingsvragen. Soms kunnen de ouders hun kind (tijdelijk) niet de opvoeding en zorg bieden die nodig is voor evenwichtige ontwikkeling tot zelfstandigheid. In dat geval kan de RvK bij het gezin betrokken worden. Wanneer de ontwikkeling van een kind in het gedrang komt, zoals bij kindermishandeling, kan de RvK een onderzoek instellen naar de omstandigheden waarin het kind zich bevindt. Het hieruit voortkomende advies kan vrijwillige hulpverlening betreffen, maar wanneer de situatie erg bedreigend is voor het kind, kan het ook een verzoek aan de rechter behelzen om hulpverlening verplicht te stellen.

Als de situatie van een kind en het gezin zo ernstig is dat vrijwillige hulpverlening niet voldoende is, of als een gezin geen hulp wil aanvaarden, schakelt BJZ of AMK de RvK in om de gezinssituatie van het kind te onderzoeken. Als uit het onderzoek blijkt dat ingrijpen noodzakelijk is, vraagt de RvK de rechter om in belang van het kind het ouderlijk gezag te beperken. De rechter kan dan een maatregel van kindbescherming opleggen, waaronder OTS, ontheffing van het ouderlijk gezag of ontzetting uit het ouderlijk gezag. Als het kind twaalf jaar of ouder is, vraagt de rechter ook de mening van het kind. De lichtste maatregel, OTS, wordt het vaakst opgelegd.

Ondertoezichtstelling. Nadat door de kinderrechter een OTS is uitgesproken, krijgt het kind een gezinsvoogd toegewezen via BJZ of een landelijke gezins- en voogdijinstelling, zoals de William Schrikker Stichting (gespecialiseerd in ouders en kinderen met een verstandelijke beperking) en Nidos. De gezinsvoogd begeleidt kind en ouders tijdens de periode waarover de OTS geldt. De ouders behouden het gezag over hun kind, echter gedeeld met de gezinsvoogd. Ze kunnen niet zonder overleg met de gezinsvoogd belangrijke beslissingen nemen aangaande het kind. Zowel ouders als kind zijn verplicht de aanwijzingen van de gezinsvoogd betreffende de opvoeding op te volgen. De rechter kan in het belang van het kind besluiten om naast de OTS een machtiging tot uithuisplaatsing af te geven, waardoor het kind (tijdelijk) in een pleeggezin of tehuis kan worden geplaatst.

Als een kind acuut gevaar loopt, kan de RvK de rechter verzoeken om een voorlopige ondertoezichtstelling (VOTS). Tijdens de VOTS zet de RvK het onderzoek voort, waarna de rechter de VOTS zo nodig kan omzetten in een

definitieve OTS. De OTS duurt maximaal een jaar, maar kan tot het kind achttien jaar is telkens met maximaal een jaar worden verlengd.

Ontheffing. Als de ouders niet in staat zijn om hun kind op te voeden en te verzorgen, krijgt een ander voor onbepaalde tijd het wettelijk gezag over het kind. De aangewezen organisatie oefent dan de voogdij over het kind uit. Er wordt een voogd aangewezen en het kind wordt opgevoed in een pleeggezin of tehuis. De ouders oefenen geen gezag meer uit, maar blijven wel zo veel mogelijk bij het kind betrokken. Ontheffing kan niet worden uitgesproken als een ouder zich hiertegen verzet, maar de wet kent daar enkele uitzonderingen op. Dan is sprake van een 'gedwongen ontheffing'.

Ontzetting. Als de ouders zich verwijtbaar misdragen tegenover hun kind, kunnen zij uit het ouderlijk gezag worden ontzet. Het gezag over het kind wordt meestal overgedragen aan een voogdijinstelling en het kind gaat naar een pleeggezin of tehuis. De rechter kan de ontzetting alleen opleggen als hij dat in het belang van het kind noodzakelijk vindt.

Schorsing. In acute situaties kan de rechter het ouderlijk gezag schorsen. Het betreft een tijdelijke maatregel, die ook kan worden opgelegd hangende het onderzoek van de rechter naar een verzoek tot ontheffing of ontzetting. Een voogdijinstelling krijgt dan de voorlopige voogdij en het kind wordt ondergebracht in een pleeggezin of kindertehuis. Opheffing van de ontheffing of ontzetting kan worden aangevraagd door de ouders en door de RvK. Ouders en RvK kunnen in hoger beroep gaan tegen een beslissing van de rechter.

Hoofdstuk 10

HULPORGANISATIES

Inleiding

Ook al is er nog geen sprake van kindermishandeling, bij bepaalde risicogroepen kan preventieve hulp wenselijk zijn. De kinderarts kan in voorkomende gevallen verwijzen naar een in zijn regio werkzame organisatie. In gevallen van kindermishandeling kan hulp worden geboden vanuit het ziekenhuis of door andere instellingen. Bij de begeleiding van het kind en het gezin staat voorop dat de veiligheid van het kind moet worden gewaarborgd. Het contact met het gezin moet in de loop van de procedure niet verloren gaan en men moet trachten om spanningen weg te nemen en de psychosociale situatie te verbeteren. Gezien de complexiteit van de problematiek zijn snelle resultaten niet te verwachten.

Preventieve hulp

In het TNO-rapport *Primaire preventie van kindermishandeling: Bekende, gebaande en gewenste paden* uit 2008 wordt een overzicht gegeven van de organisaties die zich richten op interventie bij (dreigende) kindermishandeling. Bewezen effectief zijn VoorZorg, Stevig Ouderschap en Triple P; als veelbelovend worden gekenmerkt Families First, de Gordon-cursus en Home-Start. Programma's waarvan de effectiviteit niet bekend is of niet geopenbaard, zijn Bemoeizorg, Ik ben weerbaar (GGD Stadsgewest Breda), Kom op voor jezelf (GGD Delfland), Moeders Informeren Moeders, Samen Leven (GGD West-Utrecht), Samen Starten (www.samenstarten.nl), Stap voor Stap en Vangnet Jeugd (GGD Amsterdam). De drie bewezen effectieve en enkele veelbelovende programma's worden hieronder kort beschreven.

VoorZorg. Het programma VoorZorg is gebaseerd op het *Nurse-Family Partnership* (NFP), een goed onderzocht, effectief programma dat in de Verenigde Staten is ontwikkeld door Davis Olds. Na vertaling en aanpassing aan de Nederlandse situatie door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) is het geïmplementeerd in meerdere JGZ-organisaties, ondersteund door VU medisch centrum en NJI.

Doelgroep van VoorZorg zijn vrouwen die zwanger zijn van hun eerste kind en behoren tot bepaalde risicogroepen: een laag inkomen, alleenstaand, psychiatrische problematiek. Doelstellingen zijn verbetering van zwangerschaps- en geboorteresultaten voor moeder en kind, van gezondheid en ontwikkeling van het kind en van persoonlijke ontwikkeling en mogelijkheden van de moeder. VoorZorg hanteert een intensief schema van huisbezoeken door ervaren en getrainde jeugdverpleegkundigen. Het plan is om het programma breed te implementeren. Voor kinderartsen kan het zinvol zijn zwangere tieners naar VoorZorg te verwijzen.

Stevig Ouderschap. Dit preventieprogramma, voortgekomen uit Project OKÉ, is bedoeld voor gezinnen met een pasgeboren kind die om wat voor reden dan ook wat extra steun kunnen gebruiken bij het opvoeden van hun kinderen. In het kader van dit programma legt een speciaal getrainde JGZ-verpleegkundige bij kinderen tot de leeftijd van 18 maanden zes standaardhuisbezoeken af. Deelname is voor de ouders gratis; de kosten van de huisbezoeken worden betaald door de gemeente. Met behulp van een korte vragenlijst wordt vastgesteld of het gezin voor het programma in aanmerking komt. Kinderartsen kunnen bijvoorbeeld naar Stevig Ouderschap verwijzen bij postnatale problemen waarvoor men kan verwachten dat reguliere consultatiebureauzorg onvoldoende is.

Triple P. 'Triple P' staat voor Positief Pedagogisch Programma. Dit oorspronkelijk Australische programma voor opvoedingsondersteuning is bedoeld voor ouders met kinderen van 0 tot 16 jaar. Het is een laagdrempelig, integraal programma met als doel (ernstige) emotionele en gedragsproblemen bij kinderen te voorkomen door het bevorderen van competent ouderschap. De aanpak is gericht op veranderen of verminderen van opvoedingsgedrag dat bijdraagt aan het ontstaan van dergelijke problemen. De ouders leren om hun kinderen adequaat emotioneel te ondersteunen en hun sociale competentie en probleemoplossend vermogen te stimuleren door gebruik te maken van de dagelijkse communicatie in het gezin. De positieve krachten en de competentie van ouders worden zo versterkt en de risicofactoren verminderd. Afhankelijk van de regionale situatie kunnen kinderartsen de ouders bij tekortschietende competenties of zelfvertrouwen rechtstreeks of via BJZ verwijzen.

Mijn baby en ik. Dit programma richt zich op moeders (en vaders) met psychiatrische of verslavingsproblemen met een kind tot de leeftijd van tien maanden. Het doel is verbetering van de interactie tussen de ouders en hun kind. Door hun te leren om te reageren op de contactinitiatieven van het kind, wordt de natuurlijke communicatie weer tot stand gebracht.

Moeder-peutergroep. De doelgroep van deze organisatie wordt gevormd door moeders met psychiatrische of verslavingsproblemen en hun kinderen in de leeftijd van een tot vier jaar. Van de moeder wordt verwacht dat zij voor haar eigen problemen in behandeling is bij een instelling voor geestelijke volksgezondheidszorg of verslavingszorg of daartoe bereid is, of dat zij zich laat behandelen om terugval in excessief gebruik van alcohol of drugs te voorkomen. De moeder-peutergroep beoogt een bijdrage te leveren aan de verbetering van de moeder-kindinteractie.

Het ziekenhuis

Het ziekenhuis kan begeleiding en hulpverlening – afhankelijk van de lokale faciliteiten – verzorgen bestaande uit poliklinische follow-up door de eigen kinderarts of door de kinderarts van het team kindermishandeling, begeleiding door maatschappelijk werker, orthopedagoog of psycholoog van het ziekenhuis, kinderpsychiatrische behandeling, groepstherapie of speltherapie en opname. In de poliklinische situatie moet men zich steeds afvragen of (spoed)opname van het kind noodzakelijk is. Redenen voor opname kunnen zijn nader medisch onderzoek, observatie en informele protectie van het kind. Elke opname moet een duidelijk omschreven doel hebben en goed worden voorbereid. Het plan moet met alle betrokken partijen en met de afdeling worden doorgesproken.

Opname-indicaties. De mogelijke indicaties voor opname staan vermeld in Tabel 10-1. Het kind kan zo ernstig fysiek mishandeld zijn dat klinische behandeling noodzakelijk is. Ook andere ziekteverschijnselen kunnen aanleiding zijn tot opname of de beslissing ten aanzien van opname vergemakkelijken, waarbij dan tevens de (vermoede) kindermishandeling nader kan worden bekeken. Opname voor observatie is geïndiceerd bij mogelijke gedragssymptomen; deze biedt tevens de mogelijkheid om een indruk te krijgen van de ouder-kindinteractie. Opname voor de objectivering van symptomen is vooral zinvol wanneer de ouders sterk somatiseren en bij verdenking op PCF.

Gezien de vaak matige motivatie van de ouders lopen de poliklinische contacten vaak slecht, zodat het diagnostisch proces aanzienlijk kan worden versneld door een opname. Dit geldt zeker wanneer mishandeling thuis mogelijk nog steeds doorgaat. Wanneer de thuissituatie voor het kind zo bedreigend lijkt te zijn dat zijn lichamelijke of psychische gezondheid direct gevaar loopt, is snelle opname zeker verstandig. Opname is zeker nodig bij kinderen onder de leeftijd van 2 jaar met vermoedelijk door geweld toegebrachte verwondingen. Zelfs een geringe laesie bij een zuigeling kan duiden op levensgevaar bij recidiverende

Tabel 10-1. Mogelijke opname-indicaties

Klinische behandeling van symptomen of ziekte
Observatie van gedrag en van interactie tussen ouders en kind
Objectivering van de symptomen
Aanvang van het diagnostisch proces
Bescherming van het kind, informeel en formeel

mishandeling. Als de ouders zich tegen opname verzetten, moet in samenspraak met het AMK de RvK worden ingeschakeld.

Extramuraal

Buiten het ziekenhuis kan met verschillende partners contact worden gezocht voor begeleiding en hulpverlening. Het is van wezenlijk belang dat behandelaren en begeleiders in en buiten de kliniek goede afspraken maken over de onderlinge taakverdeling. Een coördinator is daarbij onmisbaar. Er zijn veel soorten hulpverlening inzetbaar voor hulp aan gezinnen waarin kindermishandeling plaatsvindt. Een groot deel daarvan is niet vrij toegankelijk, dat wil zeggen dat er een indicatie van BJZ voor nodig is. Verwijzing naar de jeugd-GGZ kan zowel plaatsvinden door BJZ als door (kinder)artsen.

Niet alle voor kinderartsen relevante hulpverleningsorganisaties en programma's kunnen in dit Werkboek een plaats vinden. Er zijn veel regionale verschillen. Men moet zich goed op de hoogte stellen van het aanbod in de eigen regio. Persoonlijk contact met het regionale BJZ is daarvoor onontbeerlijk. Het is ook wenselijk dat men enigszins op de hoogte is van deze hulpverleningsorganisaties en er bij voorkeur vaste contactpersonen heeft. Meerdere regio's kennen structureel overleg tussen kinderartsen en hulpverleners uit deze instellingen. Dit bevordert goede ketenzorg. Hier volgt een korte beschrijving van enkele belangrijke organisaties.

Jeugdzorg. Jeugdzorg is bedoeld voor kinderen en jongvolwassenen tot 23 jaar met ernstige opvoedings- en opgroei problemen en voor hun ouders of opvoeders. De jeugdzorg omvat de jeugdhulpverlening (JHV), de jeugd-GGZ en de niet-vrijwillige jeugdhulpverlening, de laatste bestaande uit jeugdbescherming, gezinsvoogddijinstellingen en jeugdreclassering.

Traditionele jeugdhulpverleningsorganisaties, zoals medisch kinderdagverblijf (MKD) en medisch kindertehuis (MKT), zijn vaak opgegaan in grotere

instellingen. Hetzelfde geldt voor de Riaggs en de kinder- en jeugdpsychiatrische ziekenhuizen.

Andere vormen van jeugdzorg zijn gespecialiseerde gezinszorg, videohometraining, naschoolse opvang, logeerhuizen, begeleiding via Boddaertcentra en specifieke projecten als Families First. Aanmelding van het kind of het gezin kan uitsluitend met toestemming van ouders of kind. Het is raadzaam om de schriftelijk toestemming in het medisch dossier op te nemen. Als zorgverlening geïndiceerd is, kan het BJZ zorgen voor zorgtoewijzing in de vorm van ambulante zorg, (semi)residentiële zorg of pleegzorg.

Maatschappelijk werk. Bij het algemeen maatschappelijk werk (AMW) kan men terecht met talloze vragen en problemen, waaronder problemen in de omgang met anderen (zoals kinderen, ouders, huisgenoten en klasgenoten), problemen met de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen, problemen als gevolg van seksueel geweld en problemen op school (pesten, wennen aan de nieuwe klas, onzekerheid over de eigen prestaties). Het AMW biedt hulp op vrijwillige basis; er zijn geen kosten aan verbonden. Kinderartsen kunnen bijvoorbeeld ouders verwijzen naar het AMW die zelf kampen met problemen die gevolgen kunnen hebben voor hun kinderen en die bereid zijn daaraan te werken. Omdat de hulpverlening vrijwillig is, moet men er bij zorgen over de kinderen goed op letten dat de hulpverlening aan ouders wordt voortgezet.

Psychotraumacentra. Nederland kent meerdere behandelcentra die onderdeel uitmaken van het *Landelijk centrum voor vroegkinderlijke chronische traumatisering* (LCVT). Het Psychotraumacentrum biedt op allerlei wijze hulp aan kinderen die een trauma als mishandeling hebben meegemaakt.

Contextuele behandeling en leergroepen voor alle betrokkenen na seksueel misbruik. Deze vorm van hulpverlening bij seksueel misbruik (CLAS) is in de eerste plaats gericht op het slachtoffer, maar onder bepaalde voorwaarden wordt de hulp ook geboden aan de andere bij seksueel misbruik in een familie betrokken personen. Doordat de therapie contextueel gericht is, kunnen ook daders bij de behandeling worden betrokken. Doel van de hulpverlening is het verwerken van het seksueel misbruik en het zo veel mogelijk herstellen van de vertrouwensbanden.

Horizonmethode. De Horizonmethode richt zich op jongens en meisjes van 4 tot 12 jaar die seksueel misbruik hebben meegemaakt, zowel als zich dat in het gezin heeft afgespeeld als wanneer zij zijn geconfronteerd met misbruik buiten het gezin. Deelname aan het programma is alleen mogelijk als het misbruik is

beëindigd. Doel ervan is het opheffen van de emotionele en gedragsproblemen die zijn veroorzaakt door het seksueel misbruik zelf en door de commotie die het bekend worden ervan heeft veroorzaakt.

STEPS. Dit acroniem staat voor *schrijven en spreken, terugvalpreventie, exposure in vivo en cognitief herstructureren, psycho-educatie en seksueel geweld*. STEPS richt zich specifiek op behandeling van pubermeisjes van 13 tot en met 18 jaar die een aanranding of verkrachting hebben meegemaakt en hun ouders.

Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). EMDR is een geprotocolleerde, *evidence-based* behandelmethode bij posttraumatische stressstoornis en andere aan trauma's gerelateerde stoornissen en fobieën. De behandeling beoogt vermindering van posttraumatische klachten als herbelevingen en verhoogde prikkelbaarheid en andere traumagerelateerde klachten.

Kinderen van ouders met psychiatrische problematiek (KOPP). KOPP-groepen zijn gespreksgroepen voor kinderen en jongvolwassenen in leeftijdscategorieën van 8 tot 23 jaar die een ouder hebben met psychiatrische of verslavingsproblemen. Het doel van deze gespreksgroepen is het voorkomen dat de kinderen zelf op latere leeftijd (psychische) problemen ontwikkelen.

Let op de kleintjes. Let op de kleintjes is een in 1999 ontwikkelde psycho-educatieve cursus voor kinderen in de leeftijd van 6-12 jaar die getuige zijn (geweest) van huiselijk geweld, waarbij naast de kindergroep vaak een moedergroep loopt. De kinderen volgen 9 bijeenkomsten, die een vaste structuur hebben en waarin wordt gewerkt met thema's en creatieve werkvormen. De cursus beoogt in de eerste plaats de kinderen bewust te maken van de gevoelens die ze onder druk van de omstandigheden hebben weggestopt. In de loop der jaren is Let op de kleintjes aangepast voor verschillende doelgroepen, zodat er nu een aantal lokale varianten bestaat, onder andere "En nu ik...!" (Amsterdam) en Kids Club (Den Haag).

Cognitieve gedragstherapie. Traumagerichte cognitieve gedragstherapie is een *evidence-based* behandeling voor kinderen die seksueel misbruikt zijn of soortgelijke trauma's hebben meegemaakt. De behandeling kent goede resultaten bij het helpen verwerken van trauma's en bij het overwinnen daaraan gerelateerde emotionele en gedragsproblemen.

Veilig, sterk en verder. Het programma Veilig, sterk en verder (VSV) is een nieuw behandelprogramma bij kindermishandeling binnen het gezin, dat inmiddels op enkele plaatsen in Nederland wordt uitgevoerd. Het richt zich op gezinnen waarin kinderen tussen 0 en 18 jaar stelselmatig of levensbedreigend fysiek worden mishandeld of getuige zijn van geweld tussen ouders. Dit zijn vaak gezinnen die al zijn onderworpen aan OTS; samenwerking met de gezinsvoogd wordt als eis gesteld. De behandeling biedt hulp aan ouders en slachtoffers en is erop gericht om de veiligheid thuis te herstellen, zodat de relatie tussen kinderen en ouders kan normaliseren. Traumabehandeling, daderbehandeling en op veiligheid gerichte interventies vormen de basis van het programma. Op dit moment wordt het programma in enkele delen van Nederland aangeboden.

Follow-up

Bij (vermoeden van) kindermishandeling kunnen kinderartsen niet volstaan met verwijzen voor begeleiding en behandeling; zij moeten ook nagaan of de behandeling inderdaad op gang is gekomen. Als dat eenmaal het geval is, mag men ervan uitgaan dat de hulpverleners adequate maatregelen nemen als de behandeling vervolgens stagneert. Tijdens vervolcontacten met het kind voor bijvoorbeeld een niet-gerelateerde lichamelijke aandoening moet hij wel opnieuw aandacht besteden aan de met de kindermishandeling samenhangende aspecten.

RAAK

De Reflectie- en actiegroep aanpak kindermishandeling (RAAK) richt zich niet op direct contact met slachtoffers en ouders van kindermishandeling, maar heeft een coördinerende functie bij de bestrijding ervan. In 2003 is in vier proefregio's een aanvang gemaakt met de ontwikkeling van een sluitende aanpak van kindermishandeling waarbij alle jeugdhulpverleningsorganisaties samenwerken: van preventie en opvoedingsondersteuning voor alle ouders tot effectieve interventies in geval van kindermishandeling. In deze RAAK-regio's werken alle betrokken partijen gezamenlijk aan de aanpak van kindermishandeling en wordt een volledig palet van opvoedings- en opgroeihulp aangeboden.

Naar aanleiding van het succes van de RAAK-aanpak in de proefregio's gaf de minister van Jeugd en Gezin in 2008 het startschot voor de invoering van de RAAK-methode in heel Nederland, met als streven een sluitende aanpak van

kindermishandeling in alle regio's vanaf 2010. De 35 centrumgemeenten, provincies en grootstedelijke regio's hebben daartoe de *Actieverklaring aanpak kindermishandeling* ondertekend. De centrumgemeenten is gevraagd om het voortouw te nemen en een regionale coördinator aan te stellen. Het NJi ondersteunt deze landelijke invoering en zorgt onder andere voor de voortgangsrapportages.

Deel III: PROTOCOLLEN

Hoofdstuk 11

ZIEKENHUISPROTOCOL

Inleiding

Elk ziekenhuis moet beschikken over een protocol kindermishandeling. Er zijn meerdere goede en zeer uitgebreide protocollen online te raadplegen. Er is dan ook voor gekozen om geen uitgewerkt protocol in dit werkboek op te nemen. Elk protocol moet worden aangepast aan de lokale situatie. Een goed protocol kent een zevental paragrafen: uitgangspunten (zie Hoofdstuk 9), signalen (zie Hoofdstuk 1 en Appendix III), team kindermishandeling, taken van het team kindermishandeling, stroomschema, formulieren en lokale adressen en contacten. De niet elders behandelde aspecten komen in dit hoofdstuk aan bod.

Team kindermishandeling

Samenstelling. Conform de eis van de Inspectie Gezondheidszorg moet elk ziekenhuis beschikken over een werkgroep of team kindermishandeling. De directie moet dit team faciliteren qua formatie, deelname, scholing en secretariële ondersteuning, zorgt voor (juridisch) advies aan de leden in het dagelijks werk en voor juridische ondersteuning bij eventuele problemen, en voor de financiële zekerheid. Het team kindermishandeling bestaat volgens de prestatie-indicator van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen minimaal uit een kinderarts, een kinderverpleegkundige, een SEH-verpleegkundige, een maatschappelijk werkende of gedragsdeskundige, een (kinder)chirurg, SEH-arts of orthopeed, een vertrouwensarts inzake kindermishandeling en op afroep gynaecoloog, kinderdermatoloog en radioloog. De leden van het team kindermishandeling moeten affiniteit hebben met kinderen; kindermishandeling moet een aandachtsgebied zijn in hun eigen vakgebied. Ze moeten geschoold zijn in diagnostische en gespreksvaardigheden.

In voorkomende complexe gevallen kan de noodzaak bestaan om te overleggen met de ziekenhuisjurist. Als coördinator fungeert een van de genoemde leden of een apart daartoe aangestelde functionaris. Daarnaast wordt aanbevolen om in elk specialisme dat kinderen behandelt, een aandachtsfunctionaris kindermishandeling aan te wijzen.

Taken. Het team moet een op het ziekenhuis toegesneden protocol opstellen betreffende de signalering en te nemen stappen bij vermoedens van kindermishandeling. Het protocol moet gebaseerd zijn op de KNMG-meldcode (Appendix III). Het advies is om raadpleging van een lid van het team kindermishandeling bij een vermoeden van kindermishandeling verplicht te stellen voor alle medewerkers van het ziekenhuis. Ten behoeve van acute raadpleging, ook buiten kantooruren, op feestdagen en in vakantieperiodes, moeten bereikbaarheid en waarneming van het team zijn vastgelegd.

Het team moet ook voor een registratiesysteem zorgen dat kwaliteitsbewaking, kwaliteitsbevordering en reflectie op het eigen handelen mogelijk maakt en kan dienen voor het afleggen van verantwoording aan de Raad van Bestuur in de vorm van een jaarverslag. Het team moet feedback geven aan SEH en alle andere betrokken afdelingen. Er moeten vaste afspraken zijn over het verloop van contacten met andere instanties. Contacten betreffende patiënten met AMK en andere organisaties worden meestal verzorgd door de behandelend arts, eventueel door de coördinator of anderen, zoals de Raad van Bestuur. De coördinator bewaakt de voortgang. Het moet duidelijk zijn of bij het doen van een AMK-melding overleg met bijvoorbeeld leidinggevende, coördinator van het team kindermishandeling of Raad van Bestuur vereist is. Ook moet vaststaan wie contacten met de pers onderhoudt, bijvoorbeeld de coördinator of de persvoorlichter van het ziekenhuis.

De eigen professionele verantwoordelijkheid van de medewerkers blijft bestaan. Alle medewerkers in het ziekenhuis kunnen overleggen met het AMK en andere externe instanties. Om verwarring te voorkomen, kunnen hierover in het ziekenhuis wel afspraken worden gemaakt.

Stroomschema

Het verdient aanbeveling om handelingsbeschrijvingen of stroomdiagrammen te maken die zijn toegesneden op verschillende situaties, met name wat betreft de afdeling vanwaaruit het signaal komt, SEH, polikliniek of kliniek. Voor de praktijk is het belangrijk om onderscheid te maken tussen recent voorgevallen kindermishandeling, waarbij bijvoorbeeld sporenonderzoek (bijtonden, seksueel misbruik, andere letsels) snelle beslissingen vereist, en eerder plaatsgevonden of langer bestaande kindermishandeling. Degenen van het team kindermishandeling die aanspreekpunt zijn, moeten op te hoogte zijn van de procedures bij sporenonderzoek. In complexe gevallen kan overleg met de ziekenhuisjurist van belang zijn. Figuur 11-1 toont als voorbeeld het voor gebruik door alle medewerkers van het ziekenhuis geschikte stappenplan dat in het AMC wordt gehanteerd.

Stap 1: Signalen Anamnese, onderzoek Beeldvorming Observatie Mededeling kind / ander Vraag verwijzer SPUTOVAMO Anders: intuïtie	Vermoeden van kindermishandeling bij verpleegkundige, arts of anderen		
Stap 2: Intern overleg Rapportage Medische verslaglegging	Overleg met collega, supervisor, leidinggevende of team kindermishandeling		
Binnen 24 uur na intern overleg beslissen over het vermoeden	Vermoeden niet onderbouwd	Twijfel of verschil van mening bij betrokkenen	Vermoeden onderbouwd
	VEILIGHEID KIND WAARBORGEN		
	Zo nodig ouders of verzorgers adviseren of verwijzen Verder naar evaluatie	Verder onderzoek via consult dienstdoende kinderarts of supervisor kindergeneeskunde ¹	Verder naar stap 5a
Stap 3	ZO MOGELIJK GESPREK OUDERS		
Beslissen over vermoeden	Vermoeden niet onderbouwd	Twijfel of verschil van mening bij betrokkenen	Vermoeden onderbouwd
Stap 5a	Zo nodig ouders of verzorgers adviseren of verwijzen	Melding bij AMK en op indicatie bij Raad van Bestuur	Melding bij AMK en op indicatie bij Raad van Bestuur Hulpverlening organiseren.
	Verder naar evaluatie	Follow-up regelen	Follow-up regelen
Stap 5b	Hulpverlening organiseren en monitoren		
Evaluatie	Evaluatie en registratie door bespreking in team kindermishandeling		
¹ : Consult dienstdoende kinderarts of supervisor kindergeneeskunde			
Aandachtpunten Anamnese en lichamelijk onderzoek Differentiaaldiagnose opstellen Interdisciplinair behandelteam vaststellen Advies vragen bij AMK Bespreken in team kindermishandeling		Aanvullende diagnostiek Somatische diagnostiek gericht op aantonen kindermishandeling en uitsluiten andere ziektebeelden uit differentiaaldiagnose Psychosociale diagnostiek gericht op risicofactoren gezin en gedragsdiagnostiek, Inwinnen informatie over de voorgeschiedenis bij huisarts, JGZ en andere betrokkenen	

Figuur 11-1. Stappenplan dat in het AMC wordt gehanteerd ingeval bij een kind het vermoeden van kindermishandeling rijst.

Formulieren

Ter ondersteuning van de bij kindermishandeling benodigde acties is het zinvol om formulieren te gebruiken. Bij signalering op de SEH kan gebruik worden gemaakt van het SPUTOVAMO-formulier (zie Appendix III, bijlage 6) of een

Tabel 11-1. Indeling van het formulier voor de verslaglegging

ONDERWERP	GEGEVENS
Ponsplaatje, persoonsgegevens	Adres, telefoonnummer, verzekering, behandelend arts, huisarts
Plaats van constateren	SEH Polikliniek (<i>welke?</i>) Klinische afdeling (<i>welke?</i>)
Wie constateerde vermoeden?	<i>Naam</i>
Vorm van mishandeling (meerdere vormen kunnen tegelijk voorkomen)	Lichamelijke mishandeling Lichamelijke verwaarlozing Emotionele mishandeling Emotionele verwaarlozing Seksueel misbruik Getuige zijn van huiselijk geweld Anderszins
Type letsel	<i>Korte omschrijving</i>
Mate van vermoeden	Zwak / sterk / zeer sterk
Gevaarcriterium	Direct ingrijpen nodig Melding geïndiceerd, geen noodzaak om direct in te grijpen Minder ernstig; (nog) geen melding nodig
Ondernomen stappen	Aanvulling anamnese Aanvullende diagnostiek Feedback aan melder Advies overleg AMK Melding AMK Leiding of Raad van Bestuur geïnformeerd Feedback aan verwijzer of afdeling
Wanneer afgerond?	<i>Datum</i>
Evaluatie plaatsgevonden	<i>Datum</i>

aangepast formulier. Ook het top-teenonderzoek (Tabel 3-1) is hierbij van belang. Bij signalering in de kliniek kan men observatielijsten gebruiken (Appendix III). Voor verslaglegging door het team kindermishandeling kan op basis van Tabel 11-1 een eigen formulier worden ontwikkeld. Naast directe signalen, afkomstig van de kinderen, kunnen ook indirecte signalen worden waargenomen, zoals gebruik van alcohol en drugs, tentamen suïcidii, psychiatrische problematiek bij de ouders en huiselijk geweld in aanwezigheid van de kinderen.

Hoofdstuk 12

PROTOCOL OVERIGE ZORGINSTELLINGEN

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt aangegeven hoe het protocol kindermishandeling er voor andere instellingen dan ziekenhuizen uit zou kunnen zien. Omdat in een niet-medische omgeving vaak meer onderbouwing en uitleg nodig is, hebben kinderartsen in andere instellingen meer baat bij een uitvoeriger protocol. De beroepsverantwoordelijkheid van de kinderarts moet bijvoorbeeld voldoende belicht worden. Alle instellingen gaan het in december 2009 door het ministerie van VWS opgestelde *Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* (Appendix IV) als uitgangspunt hanteren. Er zijn echter enkele verschillen tussen de KNMG-meldcode en het VWS-basismodel. In het basismodel bestaat stap 2 bijvoorbeeld uit collegiale consultatie en zo *nodig* raadplegen van AMK of steunpunt huiselijk geweld, terwijl de meldcode de arts verplicht om *altijd* het AMK en zo nodig een deskundige collega te consulteren. Tabel 12-1 geeft een overzicht van de paragrafen die in het protocol een plaats moeten vinden. In dit hoofdstuk volgt daar waar nodig een toelichting op.

Aandachtsfunctionarissen

De Inspectie eist sinds 1 januari 2009 van de instelling dat deze beschikt over aandachtsfunctionarissen kindermishandeling, analoog aan de samenstelling van het team kindermishandeling in een ziekenhuis. De directie moet dit team faciliteren wat betreft formatie, deelname, scholing en secretariële ondersteuning, draagt zorg voor (juridische) advisering van de leden in het dagelijkse werk en voor juridische ondersteuning bij eventuele problemen. De instelling zorgt voor de financiële basis. De aandachtsfunctionarissen moeten affiniteit hebben met kinderen. Kindermishandeling moet voor de leden een aandachtsgebied zijn in hun eigen vakgebied. Ze moeten geschoold zijn in diagnostische en gespreksvaardigheden.

Tabel 12-1. Indeling van het protocol voor overige zorginstellingen

Inleiding
Definities
Uitgangspunten
Signaleren (stap 1)
Aandachtfunctionarissen (stap 2)
Taken van de aandachtsfunctionarissen
De vermoedelijke pleger
Betrekken van de ouders (stap 3)
Verdere planning (stap 4)
Hulpverlening (stap 5b)
Dossiervoering
Pers
Overige informatie
Stappenplan
Formulieren, o.a. *Registratieformulier bij (een vermoeden van) kindermishandeling*
Lokale adressen, contacten

Taken. De aandachtsfunctionarissen moeten zorg dragen voor een op de betreffende instelling toegesneden protocol voor signalering en verdere stappen bij vermoedens van kindermishandeling. Het protocol moet voldoen aan de eisen van het basismodel en de meldcode; het moet duidelijk zijn of het AMK wel of niet verplicht moet worden geconsulteerd. De eigen professionele verantwoordelijkheid van de medewerkers blijft uiteraard bestaan. Alle medewerkers van de instelling moeten overleg kunnen voeren met AMK en andere externe instanties. Wel wordt geadviseerd om hen te verplichten een aandachtsfunctionaris te consulteren bij een vermoeden van kindermishandeling.

Er moeten afspraken zijn over de bereikbaarheid van de functionarissen en over de waarneming, ook buiten kantoor tijden, op feestdagen en in vakantieperiodes. De aandachtsfunctionarissen moeten zorgen voor een registratiesysteem ten behoeve van kwaliteitsbewaking, kwaliteitsbevordering en reflectie op het eigen handelen, en voor verantwoording aan de Raad van Bestuur in de vorm van een jaarverslag. Alle betrokkenen moeten feedback ontvangen.

Er moeten ook afspraken zijn over externe contacten. Contacten met AMK en andere organisaties over patiënten worden gelegd door de aandachtsfunctionaris, eventueel door de behandelend arts, soms door de Raad van Bestuur, waarbij de aandachtsfunctionaris de voortgang bewaakt. Voor AMK-mel-

dingen moet duidelijk zijn of overleg met bijvoorbeeld leidinggevende, aandachtfunctionaris kindermishandeling of Raad van Bestuur vereist is. Ook moet vastliggen wie de contacten met de pers verzorgt. Dat kan bijvoorbeeld de aandachtfunctionaris zijn of de persvoorlichter van de instelling.

Verdere gang van zaken

Planning. Zo mogelijk worden de signalen met ouders besproken. Vervolgens wordt een overleg gepland over de verdere procedure. Er bestaan in principe drie mogelijkheden: het vermoeden van kindermishandeling wordt bevestigd, het wordt ontkracht of het blijft een vermoeden van kindermishandeling.

Hulpverlening. Wanneer de ouders en de instelling het eens zijn over de problematiek en de ouders bereid zijn om samen met de instelling te werken aan een voor hun kind veilige situatie, wordt een hulpverleningsplan opgesteld met de te volgen werkwijze en verdere afspraken. De instelling kan met de ouders bespreken wat er nodig is om het kind te beschermen. Eventueel kunnen de ouders worden verwezen naar andere instanties. Hiervoor is samenwerking nodig met gespecialiseerde instellingen als AMK, RvK, BJZ, de afdeling Jeugdbescherming en Jeugdhulpverlening en soms de Jeugd- en Zedenpolitie. Bij veel kinderen speelt het probleem van huiselijk geweld en kindermishandeling al langer, wat vaak heeft geleid tot het starten van hulp, begeleiding of behandeling. Toch moet ook dan goed worden nagegaan of de hulpverlening wel voldoet.

Dossiervoering

Hulpverleners van de instelling zijn verplicht om in het dossier vast te leggen over welke informatie over de cliënt met anderen is gesproken. Dit geldt ook voor gegevens die betrekking hebben op (vermoedens van) kindermishandeling. De ouders hebben, indien gewenst, recht op inzage in het dossier. Alleen als kan worden onderbouwd dat het belang van de jeugdige hiermee in gevaar komt, kan bij die inzage het betreffende deel van de gegevens worden afgeschermd. De reden waarom inzage wordt geweigerd, moet eveneens in (het afgeschermd deel van) het dossier worden vastgelegd.

Registratieformulier bij (vermoeden van) kindermishandeling			
a. Cliëntgegevens	Naam	Geboortedatum	M/V
Verblijf/voorziening/cluster			
b. Hoe, wanneer, waarom en bij wie is het vermoeden van kindermishandeling ontstaan? Welke gedragsignalen en lichamelijke signalen toonde het kind? Beschrijf zo concreet mogelijk waarop de vermoedens zijn gebaseerd.			
Misbruik in het verleden / actueel misbruik?			
c. Wat is er naar aanleiding van de (vermoedelijke) kindermishandeling gedaan?			
Wie zijn geïnformeerd?			
Welke afspraken zijn gemaakt en welke stappen zijn ondernomen? Reden?			
Gesprek met kind: ja /nee. Zo ja, wat was de reactie? Zo nee, waarom niet?			
Gesprek met ouders: ja / nee. Zo ja, wat was de reactie? Zo nee, waarom niet?			
Psychologisch onderzoek			
Medisch onderzoek			
d. Conclusie: vermoeden wordt bevestigd / blijft bestaan / wordt ontkracht			
Ondernomen acties (hulp, maatregelen, melding, aangifte)			
Datum		Naam aandachtsfunctionaris	
<i>De aandachtsfunctionaris zorgt ervoor dat het formulier in het dossier van de cliënt komt en dat het conform de afspraken wordt verstuurd naar de eindverantwoordelijke.</i>			

Figuur 12-1. Voorbeeld van een registratieformulier voor gebruik bij (vermoeden van) kindermishandeling.

Overige informatie

In het protocol staat wie de aandachtsfunctionarissen van de instelling zijn, welke symptomen moeten leiden tot een vermoeden van kindermishandeling, welke literatuur kan worden geraadpleegd en waar informatie te vinden is over telefoonnummers, internetsites, vertrouwenspersonen voor medewerkers en voor cliënten en de klachtencommissie. Tenslotte wordt er een stappenplan in opgenomen, gebaseerd op de KNMG-meldcode (Appendix III) of het VWS-basismodel (Appendix IV).

Formulieren

Ter ondersteuning van de bij kindermishandeling benodigde acties is het zinvol om formulieren te gebruiken. Bij de signalering kan men observatielijsten gebruiken (Appendix III). Voor verslaglegging door het team kindermishandeling kan op basis van Tabel 11-1 een eigen formulier worden ontwikkeld, eventueel met ruimte voor de namen van de betrokkenen en de data; voor een voorbeeld, zie Figuur 12-1. Naast directe signalen afkomstig van de kinderen, kunnen ook indirecte signalen worden waargenomen, zoals gebruik van alcohol en drugs, tentamen suïcidii, psychiatrische problematiek bij de ouders en huiselijk geweld in aanwezigheid van de kinderen.

Hoofdstuk 13

NODO-PROCEDURE

Inleiding

Tot nu toe wordt alleen onderscheid gemaakt tussen ‘natuurlijk’ en ‘niet-natuurlijk’ overlijden. Van natuurlijk overlijden is sprake als de behandelend arts ervan overtuigd is dat hij te doen heeft met een natuurlijke doodsoorzaak, zoals ernstige aangeboren afwijkingen die niet verenigbaar zijn met het leven, ernstige infecties en niet verder behandelbare maligne aandoeningen. De arts mag dan een verklaring van natuurlijk overlijden afgeven. Bij niet-natuurlijk overlijden, bijvoorbeeld door een ongeluk, moet een gemeentelijk lijkschouwer (arts die door de burgemeester aangewezen wordt om onderzoek te doen na overlijden) of forensisch geneeskundige (arts die een forensische opleiding heeft gevolgd en is ingeschreven in het profielregister bij de KNMG) worden ingeschakeld. Dit geldt ook als kindermishandeling mogelijk de doodsoorzaak is. De lijkschouwer of forensisch geneeskundige schakelt dan meestal ook de officier van justitie en de politie in.

Natuurlijk of niet-natuurlijk?

Een kind kan echter ook onverwacht en daardoor meestal ook onverklaard overlijden. Voorbeelden van ‘onverklaard overlijden’ zijn wiegendood en het overlijden van een gezond kind tijdens het spelen op straat. In de huidige situatie mag de behandelend arts dan zelf beslissen of hij te maken heeft met ‘natuurlijk’ of met ‘niet-natuurlijk’ overlijden. Het gaat om de overtuiging van de arts: gelooft hij de beschreven gang van zaken? De ouders zijn na het overlijden van hun kind meestal zeer geëmotioneerd, zelfs als zij daar zelf een rol in hebben gespeeld. Dat maakt het voor de arts lastig om zich een goed oordeel van de omstandigheden van overlijden te maken, zeker als hij de ouders niet kent.

Ook al is het overlijden van een kind altijd een aangrijpende gebeurtenis, toch is het van belang dat de precieze doodsoorzaak komt vast te staan. Dit kan in voorkomende gevallen ook maatschappelijke onrust voorkomen.

Vaststellen doodsoorzaak. Het is van groot belang dat bij een overleden kind goede evaluatie (anamnese) en goed lichamelijk onderzoek (lijkschouw) en zo nodig aanvullend onderzoek plaatsvinden. Niet alleen wordt daarmee het overleden kind recht gedaan, ook voor de ouders en de andere (ook toekomstige) kinderen in het gezin is het vaststellen van de precieze doodsoorzaak van wezenlijk belang. Dat geldt onverkort als het kind is overleden ten gevolge van kindermishandeling of verwaarlozing. Tenslotte is het ook voor de maatschappij van belang te weten waaraan kinderen in Nederland overlijden.

Met de ouders kan worden overlegd over het nut van aanvullend onderzoek naar de doodsoorzaak. Vaak volstaat goede uitleg over doel en betekenis ervan om de ouders te laten instemmen met verdere diagnostiek. Als zij daar echter geen toestemming voor geven, blijven veel vragen onbeantwoord. Zoals de situatie nu is, kan het zijn dat kinderen worden begraven van wie twijfels bestaan over het natuurlijke karakter van het overlijden. Dat is uiteraard niet wenselijk. Voor goede evaluatie van de doodsoorzaak bij minderjarigen is het bovendien problematisch dat veel huisartsen en kinderartsen onvoldoende bedreven zijn in het uitvoeren van een goede lijkschouw bij kinderen en in het (forensisch) beoordelen van letsels.

NODO

Reeds in 2000 verscheen het rapport-Van Montfoort, waarin werd voorgesteld om bij alle gevallen van overlijden van minderjarigen onderzoek te doen naar de doodsoorzaak. Dit eerste voorstel stuitte op veel weerstand, ook bij kinderartsen, en is niet verder uitgewerkt. De in 2005 ingestelde commissie-Van der Wal, de commissie nader onderzoek doodsoorzaak minderjarigen (NODO), is met een nieuw, duidelijk verbeterd voorstel gekomen. De door deze commissie in 2006 gepresenteerde NODO-procedure laat het grootste deel van de overleden kinderen, namelijk die kinderen bij wie de doodsoorzaak bekend is en geen vermoeden bestaat van niet-natuurlijke dood, buiten beschouwing. Ook als het vermoeden bestaat van een niet-natuurlijke dood, verandert er niets: dan wordt net als nu het justitiële traject gevolgd.

Alleen de kinderen bij wie weliswaar geen vermoeden van niet-natuurlijke dood bestaat, maar voor wie tegelijkertijd geen doodsoorzaak bekend is, verandert de gang van zaken. Voor hen geldt de zogenaamde NODO-procedure. Jaarlijks overlijden in Nederland ongeveer 1600 minderjarigen. Het is nog onbekend voor hoeveel kinderen de NODO-procedure zou gaan gelden, maar momenteel wordt ervan uitgegaan dat het er ongeveer 200 zouden zijn. Mocht dat aantal aanzienlijk afwijken, dan kan dat gevolgen hebben voor de logistiek.

Implementatie. In 2009 heeft de projectgroep implementatie NODO-procedure, de projectgroep-Roord, onder auspiciën van de KNMG een advies uitgebracht over de implementatie van de door de commissie-van der Wal voorgestelde procedure. Deze is op sommige punten aangepast en verder uitgewerkt. In april 2010 is het advies met het uitgewerkte protocol aangeboden aan de minister van Justitie. Bij het ter perse gaan van dit Werkboek was er nog geen beslissing genomen over het vervolg. In maart 2011 leek het erop dat met name de financiële consequenties ervan op bezwaren stuitten; mogelijk komt de minister met een alternatief. Het is dus nog niet duidelijk wanneer de wettelijke voorwaarden zijn uitgewerkt en of en wanneer de NODO-procedure wordt ingevoerd. Enerzijds is de politieke druk om te starten groot, anderzijds moeten nog essentiële zaken worden geregeld.

De aanvankelijke streefdatum voor het operationeel zijn van de NODO-teams was 1 januari 2010. Deze datum is niet gehaald. Wel is op 1 januari 2010 het nieuwe artikel 10a lid 1 van de Wet op de lijkbezorging in werking getreden. Daardoor is nu iedere behandelend arts verplicht om – alvorens een verklaring van overlijden van een minderjarige af te geven – met de gemeentelijk lijk-schouwer te overleggen. De NODO-procedure zelf, die wettelijk is geregeld in de leden 2 tot en met 4 van artikel 10a en in art 74 van de Wet op de lijkbezorging, is echter nog steeds niet in werking getreden.

Deel IV: ETHISCHE EN JURIDISCHE ASPECTEN

Hoofdstuk 14

JURIDISCHE ASPECTEN

L. Janssen

Inleiding

Het belangrijkste doel van het medisch beroepsgeheim is het zo laag mogelijk houden van de drempel naar de hulp. Iedereen moet met zijn zorgen bij een arts terecht kunnen en, eenmaal binnen in de spreekkamer, het gevoel hebben dat hij in vertrouwen ook de minder mooie kanten van zijn leven kan bespreken. Daarnaast dwingt het medisch beroepsgeheim de hulpverlener om de patiënt tijdig bij zijn zorgen en bij de aanpak daarvan te betrekken, want vanwege het beroepsgeheim moet hij eerst met de patiënt overleggen en om toestemming vragen om de situatie van de patiënt met anderen 'van buiten' te bespreken. Zo bezien is het beroepsgeheim een krachtig instrument voor de aanpak van (onder andere) kindermishandeling. Daarom valt het te betreuren dat de laatste jaren, met name in het publieke debat, privacy en beroepsgeheim tegenover het belang van het kind worden gezet, als min of meer achterhaalde bureaucratische regels die verhinderen dat er tijdig hulp wordt geboden aan kinderen in de knel.

Belang van het kind

Het gaat hierbij echter om een valse tegenstelling. Het beroepsgeheim dient doorgaans ook het belang van het kind. In het algemeen is het immers toch in het belang van het kind dat de arts de ouders zo snel mogelijk betreft bij zijn zorgen en open is over het doen van een melding. Die openheid is zeker niet gemakkelijk. Het is goed voorstelbaar dat artsen ertegen opzien om hun zorgen en vermoedens met de ouders te bespreken, maar als het om kindermishandeling gaat, kan het juist worden gezien als een kerntaak van de arts. De ouders vormen op een of andere manier meestal toch ook een onderdeel van de oplos-

sing. Bovendien is na een melding open communicatie een belangrijke voorwaarde voor het in stand houden van een werkbare relatie tussen de arts en de ouders.

Is het in een bijzonder geval echt niet veilig of niet mogelijk om de zorgen en vermoedens open met de ouders te bespreken, dan biedt het wettelijk meldrecht bij vermoedens van kindermishandeling (artikel 53, lid 3 van de Wet op de jeugdzorg) ook aan artsen voldoende ruimte om bij wijze van uitzondering een melding te doen zonder medeweten van de ouders. Ook kan zo nodig met het AMK worden afgesproken dat de melding ten opzichte van de ouders anoniem blijft. Dit kan bijvoorbeeld nodig zijn als moet worden gevreesd dat de arts door open te zijn tegenover de ouders, het kind uit het oog zal verliezen.

Meldcode

In de KNMG-meldcode (Appendix III) zijn bovenstaande overwegingen uitgewerkt in een concreet stappenplan voor de omgang met het wettelijk meldrecht. Het stappenplan beschermt in feite de positie van alle betrokkenen. Met vermoedens van kindermishandeling wordt met betrekking tot ouders en kinderen zorgvuldig en effectief omgegaan en de arts mag erop vertrouwen dat hij als hij de stappen volgt, handelt zoals van een goed hulpverlener mag worden verwacht. Stappen kunnen overigens pas worden gezet als de arts signalen en risico's herkent en voldoende is toegerust om aanwijzingen te signaleren. Daarom begint de meldcode met het stellen van de algemene eis aan artsen dat ze over deze vaardigheden beschikken. Al met al biedt de meldcode met het stappenplan de artsen een concrete handleiding waarin bij de aanpak van kindermishandeling (ook) het instrument van openheid en vertrouwen effectief wordt ingezet.

De stappen

Stap 1. De eerste stap van de meldcode betreft het verzamelen en vastleggen van aanwijzingen dat een kind mogelijk in de knel zit. Daarbij moeten ook de aanwijzingen worden vastgelegd die het vermoeden van kindermishandeling kunnen weerleggen. Bovendien moet men bij het vastleggen van de aanwijzingen feiten en waarnemingen goed onderscheiden van hypothesen en veronderstellingen. Wordt ook informatie van anderen vastgelegd, dan moet de bron worden vermeld. In feite moet het dossier zo worden ingericht dat de vastgelegde signalen en waarnemingen duidelijk maken hoe het vermoeden van kin-

dermishandeling bij de arts is ontstaan en welke stappen hij vervolgens heeft gezet die tot het doen of nalaten van een melding hebben geleid.

Stap 2. Vervolgens wordt op basis van anonieme patiëntgegevens advies gevraagd aan het AMK over de duiding van de aanwijzingen en wellicht ook over de wijze waarop het gesprek met de ouders kan worden gevoerd. Bij het vragen van advies gaat het AMK niet zelf aan de slag; het biedt uitsluitend ondersteuning aan de advies vragende arts. Het AMK kán ook (nog) niets doen, het heeft immers geen gegevens van het gezin. Toch blijkt in de praktijk dat de status van dit gesprek soms niet helder is. Een arts gaat er soms van uit dat hij een melding heeft gedaan terwijl het AMK meent alleen advies te hebben gegeven. Daarom moet de arts als hij twijfelt, zich tijdens het gesprek vergewissen van de status ervan. Als vuistregel kan dienen dat het AMK zolang er geen gegevens over het gezin zijn verstrekt, zich beperkt heeft tot een advies. Zo nodig wordt naast het AMK-advies ook om advies gevraagd aan een deskundige collega.

Stap 3. Hierna volgt het gesprek met de ouders over de zorgen die de arts over het kind heeft. Deze stap kan worden overgeslagen als de veiligheid van kind, arts of een ander in het geding zou komen, en als gevreesd moet worden dat de arts door het gesprek het contact met het kind zal verliezen.

Om het vermoeden van kindermishandeling te verifiëren, kan de arts vervolgens zo nodig andere beroepskrachten raadplegen die direct bij het gezin zijn betrokken. Het doel daarvan is te bereiken dat men zo zorgvuldig mogelijk te werk gaat en zoveel mogelijk onterechte meldingen voorkomt.

Stap 4. Is het vermoeden van kindermishandeling in dit stadium niet weggenomen, dan heeft de arts de keuze uit twee vervolgstappen. Als er reële kans op schade is, dan doet de arts een melding bij het AMK, zodat zijn vermoeden nader kan worden onderzocht. De arts informeert de ouders over zijn melding tenzij daardoor de veiligheid van de gezinsleden, van hemzelf of van anderen in het geding kan komen. Het AMK onderzoekt de melding en beslist welke acties in gang moeten worden gezet om het kind te beschermen.

Is de arts van mening dat het geweld kan worden gestopt door vrijwillige hulp en zijn de ouders daartoe bereid, dan spant hij zich in om deze hulp zelf te bieden of te organiseren. In dit geval volgt de arts zelf of de ingezette hulp het kind in voldoende mate beschermt. Is dit om welke reden dan ook niet het geval, dan doet hij alsnog een melding bij het AMK. Ook over deze melding informeert de arts zo mogelijk de ouders.

Optreden als informant

Het wettelijk meldrecht biedt niet alleen de mogelijkheid om, zo nodig zonder toestemming van de ouders, een vermoeden van kindermishandeling te melden, het geeft ook het recht op informatieverstrekking. Als het AMK daar in het kader van een onderzoek om vraagt, mag de arts informatie over een gezinsituatie verstrekken, zo nodig zonder toestemming of medeweten van de ouders. In verreweg de meeste gevallen zoekt het AMK eerst contact met het gezin en vertelt de ouders welke informanten zullen worden benaderd. Op het moment dat de arts wordt benaderd, weten de ouders dus al dat het AMK met hun arts zal spreken. Alleen in zeer uitzonderlijke situaties kan het AMK besluiten om eerst met informanten te overleggen voordat contact wordt gezocht met het gezin. Dat betreft vooral situaties waarin grote zorgen bestaan over de veiligheid van het kind of van andere gezinsleden.

De valkuilen

De afgelopen jaren is uit tuchtrechtelijke uitspraken duidelijk geworden hoe op zorgvuldige wijze moet worden omgegaan met het meldrecht en waar de valkuilen voor artsen zitten. Een belangrijk aandachtspunt is dat *beide* ouders met gezag bij gesprekken over het vermoeden en over de melding moeten worden betrokken en dat zeker niet uitsluitend af moet worden gegaan op de informatie die de ene ouder met gezag verstrekt over de mogelijke wantoestanden bij de andere ouder met gezag thuis. Een ander punt is het belang van zorgvuldige dossiervorming. Het dossier moet duidelijk maken op basis van welke waarnemingen en signalen het vermoeden van kindermishandeling bij de arts is ontstaan, of en zo ja welke daartegen pleitende gegevens zijn meegewogen, welke stappen de arts heeft gezet en wat de onderliggende overwegingen waren. Blijkt uit het AMK-onderzoek dat kindermishandeling niet kon worden aangetoond, dan moet ook daarvan in het dossier aantekening worden gemaakt.

De tuchtrechter stelt hoge eisen aan het gesprek dat de arts met de ouders voert over zijn vermoedens (stap 3 van de KNMG-meldcode). Een arts mag alleen van dit gesprek afzien als er gegronde redenen zijn om te vrezen voor de veiligheid van het kind of van hemzelf. Verder moet de arts zich als melder en als informant tot zijn eigen deskundigheid te beperken en geen uitspraken doen over zaken waarover hij geen professioneel oordeel kan geven, zoals de pedagogische bekwaamheden van de ouders en de noodzaak van OTS. Gebruikt de arts bij zijn melding of zijn optreden als informant ook informatie van derden, dan moet hij nadrukkelijk de bron vermelden.

Al met al biedt het wettelijk meldrecht de arts voldoende ruimte om vermoedens van kindermishandeling te melden bij het AMK. Het stappenplan in de KNMG-meldcode is een goede handleiding. Kinderartsen die dit stappenplan volgen en attent zijn op de valkuilen, hoeven niet te vrezen voor het oordeel van de tuchtrechter, ook niet als later blijkt dat het AMK de vermoedens niet heeft kunnen bevestigen.

Hoofdstuk 15

ETHISCHE ASPECTEN

M.C. de Vries

Inleiding

Melden van (een vermoeden van) kindermishandeling gebeurt niet zomaar. Vaak gaat er een traject van wikken en wegen aan vooraf en wordt het wel of niet melden gezien als een groot dilemma. Een dergelijk dilemma moet ook worden gezien vanuit ethisch perspectief. Bij de ethische aspecten van het melden van (vermoedens van) kindermishandeling lijken verschillende uitgangspunten tegenover elkaar te staan: enerzijds het recht op privacy, familie- en gezinsleven, anderzijds het belang van het kind. In dit hoofdstuk worden oplossingen geboden voor die situaties waarin deze uitgangspunten lijken te botsen. Het belangrijkste thema daarbij is dat de arts openheid betracht ten opzichte van de ouders over de zorgen die hij heeft en over de aanpak daarvan.

Wat is een ethisch dilemma?

De meeste wetenschappen zijn descriptief: ze trachten de werkelijkheid te beschrijven en te verklaren. Ethiek daarentegen is een normatieve (prescriptieve) wetenschap: de ethiek beschrijft niet hoe wij ons *feitelijk* gedragen, maar geeft aan hoe wij ons *zouden moeten* gedragen. De meest basale ethische vraag is: wat is het goede leven? Dat lijkt een vraag als een levenswerk, te volbrengen achter een bureau in een stoffige kamer. Welke richting moet ons leven hebben? Wat vinden we belangrijk?

Ook in de dagelijkse praktijk komt men echter continu met ethische vragen in aanraking. Dat geldt ook voor de keuzes waar men voor staat. Het kan moeilijk zijn de consequenties van een keuze te overzien. De keuzesituatie kan dan een gevoel van onbehagen bewerkstelligen, onbehagen dat leidt tot de vraag: wat is goed in deze situatie? Er kan dan sprake zijn van een ethisch dilemma.

ma. Bij een ethisch dilemma botsen fundamentele belangen van mensen met elkaar, waarbij een goede oplossing op het eerste gezicht lijkt te ontbreken. Met ‘fundamenteel’ wordt bedoeld dat leven en welzijn erbij in het geding zijn. Ook de kinderarts komt dagelijks ethische dilemma’s tegen. Ze spelen bij alle behandelbeslissingen, die immers het leven van het kind en van de ouders beïnvloeden.

Belangrijke uitgangspunten

Bij het melden van kindermishandeling spelen vaak twee belangrijke uitgangspunten een rol. Aan de ene kant staat het belang van het kind. Dat belang vertegenwoordigt het fundamentele principe van de kindergeneeskunde, hoe moeilijk het in de praktijk ook kan zijn om het in te vullen. Aan de andere kant staat de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, de privacy. Deze twee fundamentele belangen worden vaak tegenover elkaar geplaatst, waarna de vraag moet volgen welk belang in een specifieke situatie moet prevaleren.

Privacy versus belang van het kind

Privacy is een breed begrip. In de medische praktijk komt dit begrip tot uiting in het beroepsgeheim en in de poging om patiënten, ook in een voor hen vreemde omgeving, een eigen ruimte te geven. In de praktijk van het gezinsleven betekent privacy iets anders, namelijk het recht op instandhouding van het gezinsleven, de onaantastbaarheid van het gezin en de geheimhouding van wat er achter gesloten deuren gebeurt. Dit recht is altijd gekoppeld geweest aan de vrijheid van geloofsovertuiging en de onderwijsvrijheid. De overheid heeft niet het recht zich te bemoeien met opvoeding en (binnen zekere kaders vormgeving van de) opleiding van kinderen.

Deze invulling van het begrip privacy wordt strafrechtelijk en via internationale verdragen beschermd. Zo stelt artikel 8 van het *Europees verdrag voor de rechten van de mens*: “Een ieder heeft recht op respect voor zijn privéleven, zijn familie- en gezinsleven, zijn woning en zijn correspondentie”, en artikel 9 van het *Internationaal verdrag voor de rechten van het kind*: “De staten die partij zijn, waarborgen dat een kind niet wordt gescheiden van zijn of haar ouders tegen hun wil [...] tenzij dit noodzakelijk is in het belang van het kind, zoals wanneer sprake is van misbruik of verwaarlozing van het kind [...]”. In het laatst genoemde artikel wordt het recht op privacy tegenover het belang van het kind gezet, alsof de twee uitgangspunten elkaar uitsluiten. Dit berust op twee over-

heersende perspectieven op ouderschap en overheidsbemoeyenis, die de uitgangspunten inderdaad recht tegenover elkaar stellen: het 'biologischeouderperspectief' en het 'kinderbeschermingsperspectief'.

Biologischeouderperspectief. In het biologischeouderperspectief staan de ouders centraal. Men hecht veel belang aan de biologische band en gaat uit van de beste wil van de ouders. Vanwege de biologische band en de genetische reproductie zouden de ouders immers het beste willen voor hun kinderen en natuurlijke liefde voelen. Dit perspectief zien we meestal gecombineerd met een *laisser faire*-houding, waarbij de overheid veel vrijheid geeft aan de ouders en pas ingrijpt bij zeer ernstige schade of lijden. Het belang van kinderen staat niet voorop, wat bijvoorbeeld blijkt uit het standpunt dat er pas mag worden ingegrepen bij ernstige schade en lijden. De schade moet liefst ook nog meetbaar en zichtbaar zijn.

Kinderbeschermingsperspectief. Bij het kindbeschermingsperspectief staat juist het kind centraal. Daarbij heeft de staat een grote rol: kinderen moeten worden beschermd tegen wreedheid en inadequate zorg. Niet het gezin, maar de hele samenleving is verantwoordelijk voor de kinderen: "*It takes a village to raise a child.*" Dit betekent ook dat wat in een gezin gebeurt, niet geheim kan blijven, iets wat duidelijk indruist tegen het recht op privacy. Er wordt ingegrepen wanneer de gezinssituatie niet in het belang van het kind is. Dit perspectief heeft een autoritair karakter; vertegenwoordigers van de staat hebben het recht om over de drempel van de voordeur mee te kijken.

Wijziging van perspectief. Jeugdzorg, gesteund door de wetgeving, baseerde zich tot voor enkele jaren op het biologischeouderperspectief. Inmiddels heeft er echter een omslag plaatsgevonden. Als algemeen uitgangspunt geldt nu dat beroepsgeheim en privacybescherming ondergeschikt zijn aan de belangen van potentiële slachtoffers van kindermishandeling. Ook uit uitspraken van de toenmalige minister van Jeugd en Gezin kan worden afgeleid dat het standpunt gaat prevaleren waarbij het belang van het kind in volle omvang wordt verdedigd, ook al gaat dat in tegen het belang van de ouders. De *laisser faire*-houding wordt vervangen door 'bemoeyzorg'; de overheid zet de voor Nederland typerende terughoudendheid aangaande interventies in het gezinsleven opzij.

Daarbij wordt voor het gemak aangenomen dat de belangen van ouders en kind te scheiden zijn. Aan de verwevenheid van deze belangen, voortkomend uit de sterke hechting van een kind aan zijn ouders, wordt voorbijgegaan. In de politieke retoriek worden privacy en beroepsgeheim recht tegenover het belang van het kind gezet, alsof het min of meer achterhaalde bureaucratische

regels zijn die verhinderen dat er tijdig hulp wordt geboden aan kinderen in de knel.

Beroepsgeheim in het belang van het kind

Het belangrijkste doel van het medisch beroepsgeheim is het zo laag mogelijk houden van de drempel van de hulp. Iedereen moet met zijn zorgen bij een arts terecht kunnen en in de spreekkamer het gevoel hebben dat hij in vertrouwen ook de minder mooie kanten van zijn leven kan bespreken. Daarnaast dwingt het medisch beroepsgeheim de hulpverlener om de patiënt tijdig te betrekken bij zijn zorgen en bij de aanpak daarvan. Vanwege het medisch beroepsgeheim moet hij immers, voordat hij de situatie van de patiënt met anderen bespreekt, eerst met de patiënt overleggen en daarbij om toestemming vragen. Zo bezien is het beroepsgeheim juist een krachtig instrument voor de aanpak van kindermishandeling.

Daarom valt het te betreuren dat recent vooral in het publieke debat privacy en beroepsgeheim tegenover het belang van het kind worden gezet. Het gaat om een valse tegenstelling; het beroepsgeheim dient doorgaans ook het belang van het kind. In het algemeen is het in het belang van het kind dat de arts de ouders zo snel mogelijk betreft bij zijn zorgen en open is over het melden. Die openheid is zeker niet gemakkelijk. Het is goed voorstelbaar dat artsen ertegen opzien om hun zorgen en vermoedens met de ouders te bespreken, maar het hoort tot zijn kerntaken als het om kindermishandeling gaat. De ouders zijn in de meeste gevallen immers op een of andere manier ook onderdeel van de oplossing. Bovendien lijkt open communicatie een belangrijke voorwaarde voor het ook na de melding instandhouden van een werkbare relatie tussen arts en ouders.

Anoniem melden

Is het in een bijzonder geval echt niet veilig of niet mogelijk om de zorgen en vermoedens open met de ouders te bespreken, dan biedt het wettelijk meldrecht bij vermoedens van kindermishandeling (Wet op de jeugdzorg, artikel 53 lid 3) voldoende ruimte om bij wijze van uitzondering een melding te doen zonder medeweten van de ouders. Ook kan zo nodig met het AMK worden afgesproken dat ouders niet horen van wie de melding afkomstig is. Dit kan bijvoorbeeld nodig zijn als moet worden gevreesd dat de arts door zijn openheid over de melding het kind uit het oog verliest.

In de KNMG-meldcode (Appendix III) is het bovenstaande uitgewerkt in een concreet stappenplan voor de omgang met het wettelijk meldrecht. Het stappenplan beschermt in feite de positie van alle betrokkenen. Met vermoedens van kindermishandeling wordt met betrekking tot ouders en kinderen zorgvuldig en effectief omgegaan en de arts mag er op vertrouwen dat hij, als hij de stappen volgt, handelt zoals van een goed hulpverlener mag worden verwacht. De stappen kunnen overigens pas worden gezet als de arts voldoende geschoold en alert is en signalen en risico's herkent. Daarom begint de meldcode met het stellen van de algemene eis aan de arts dat deze over deze vaardigheden beschikt. De meldcode biedt de arts met het stappenplan een concrete richtlijn waarin (ook) openheid en vertrouwen effectief worden ingezet bij de aanpak van kindermishandeling.

Hoofdstuk 16

OMGAAN MET EMOTIES

Inleiding

De definitie van kindermishandeling, gegeven in Hoofdstuk 1, lijkt duidelijk, maar kan in de praktijk toch aanleiding geven tot discussie. Hoe men ermee omgaat, is afhankelijk van de maatschappij waarin men leeft. Het bewustwordingsproces dat achter de definitie schuilgaat, verloopt soms anders bij gezinnen uit andere landen. Men moet zich bijvoorbeeld realiseren dat fysieke straffen in sommige culturen, zoals de Antilliaanse en Afro-Amerikaanse, meer geaccepteerd zijn. Fysieke straf wordt in sommige culturen gezien als een uiting van betrokkenheid en zorg van de ouders. Maar ook op individueel niveau zijn er verschillen. Mannen, oudere volwassenen en lager opgeleiden rapporteren significant hogere acceptatieniveaus van fysieke straffen.

De afgrenzing tussen nog net acceptabel opvoedingsgedrag en kindermishandeling is niet altijd goed mogelijk. Wanneer spreek je van een 'huishouden van Jan Steen' en wanneer van verwaarlozing, wanneer van een corrigerende tik en wanneer van mishandeling? Er is als het ware sprake van een continuüm. Meestal geeft de definitie voldoende steun, omdat die spreekt van geweld en bedreiging, maar soms blijven er dilemma's bestaan. In gesprekken met de ouders en bij het opstellen van beleid moet men zich van deze dilemma's bewust zijn. Ook de eigen emoties en opvattingen van de hulpverlener spelen daarbij een rol.

Belemmeringen bij hulpverleners

Bij het signaleren en ter sprake brengen van kindermishandeling kunnen belemmeringen bij de hulpverlener zelf een rol spelen. Men moet zich realiseren dat deze belemmeringen het hulpverlenerscontact negatief kunnen beïnvloeden. Om secundaire traumatisering te voorkomen, kan het nuttig zijn om ze in een intervisie of supervisie ter sprake te brengen en om zo nodig zelf hulp te vragen. Dergelijke belemmeringen kunnen gebaseerd zijn op in het verleden opgedane of recente ervaringen, zowel in de privésfeer als beroepshalve. Ze

zijn in drie categorieën te verdelen: persoonlijke normen, taakopvatting en emoties.

Persoonlijke normen. Als men wordt geconfronteerd met een geval van (mogelijke) kindermishandeling, kan de eerste reactie zijn te denken dat het wel mee zal vallen. Moeten we het (met moeite vertelde) verhaal van dit jonge kind wel geloven? Ondanks de recente landelijke studies kan men toch denken dat kindermishandeling niet vaak voorkomt. Wat niet wordt herkend, wordt immers niet gezien. En als het al voorkomt, dan wordt het eerder verwacht in de lagere klassen en niet bij aardige ouders die men al langer kent. Het kan ook zijn dat men er liever niet mee te maken heeft omdat het te veel emoties oproept. Verder kunnen normen in de loop van de tijd veranderen. Dat geldt bijvoorbeeld voor seksuele normen; ook bij jonge kinderen worden SOA's gezien. Is het normaal dat een kind van 7 jaar een partijtje geeft waarbij een paaldanseres wordt uitgenodigd? Is het normaal dat ouders toestaan dat kinderen van 13 jaar alcohol drinken voordat ze naar een schoolfeestje gaan?

Taakopvatting. Veel artsen hebben tijdens hun opleiding geleerd om naar een goede arts-patiëntverhouding te streven en doen er veel aan om die ondanks alles te handhaven. Bij een vermoeden van kindermishandeling moet men vaak de confrontatie aangaan, wat lastig is en bovendien veel tijd en energie kost. Als kinderarts heeft men vaak met het hele gezin te maken, zeker als men het al langere tijd kent. Dat is zeker zo in de extramurale zorg, maar ook bij bijvoorbeeld chronische patiënten. Zo kan de indruk ontstaan dat men partij gaat kiezen tegen de ouders. Uiteindelijk zijn kind én ouders er echter bij gebaat dat de kindermishandeling aan de orde wordt gesteld. Dit hoeft niet ten koste te gaan van de behandelrelatie. In het verleden heeft het beroepsgeheim een grote rol gespeeld bij de aarzeling om kindermishandeling te melden, maar met de nieuwe meldcode kan men zich hier niet meer achter verschuilen.

Emoties. Angst spelen waarschijnlijk de grootste rol bij het (niet) herkennen en bespreekbaar maken van kindermishandeling. “Ik ben bang dat ik ernaast zit”, “ik durf er niet naar te vragen”, “ik ben bang voor de emoties die loskomen, voor de ouders, voor mijn eigen angst, hulpeloosheid of onmacht, voor justitiële gevolgen”, “ik ben bang dat het ik het juist erger maak.” Deze angsten kunnen worden verminderd door goede gespreksttraining, intervisie en supervisie. In de instelling waar de kinderarts werkt, moet dit goed georganiseerd zijn.

Secundaire traumatisering

Ook al hebben mensen die zeer intensief met kinderen werken, zoals psychotherapeuten, vaker te maken met secundaire traumatisering dan kinderartsen, toch moet het risico niet worden onderschat. Voor de kinderarts heeft het werken met kinderen die worden mishandeld, wel degelijk invloed op het functioneren. Een betrokken kinderarts kan zich soms niet losmaken van de zaken waarmee hij wordt geconfronteerd. De verhalen kunnen de slaap verstoren, stress veroorzaken en de stemming beïnvloeden. Het trauma beïnvloedt het slachtoffer direct, maar de luisterende kinderarts wordt indirect (secundair) ook getroffen. Dit kan tot klachten leiden die passen bij het posttraumatische stressyndroom, zoals nachtmerries, de neiging om situaties te vermijden die doen denken aan de mishandeling van het kind, de inperking van gevoelsleven en *hyperarousal*. Het verschil met burnout is dat daarbij vooral de werkomstandigheden en de wijze waarop wordt omgegaan met werkgerelateerde stress een rol spelen. Het team kindermishandeling van ziekenhuis of instelling kan deze secundaire traumatisering bewaken.

Deel V: SPECIALE PROBLEMATIEK

Hoofdstuk 17

HUISELIJK GEWELD

Inleiding

Huiselijk geweld krijgt de laatste jaren veel aandacht. De gangbare definitie van huiselijk geweld is 'geweld dat gepleegd wordt door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer' en die van 'geweld' elke actie die leidt tot aantasting van de persoonlijke integriteit. Huiselijk geweld onderscheidt zich van andere vormen van geweld door de (machts)relatie tussen pleger en slachtoffer, de loyaliteit tussen beiden en het cyclische karakter ervan. Loyaliteit blijkt uit het feit dat veel slachtoffers niet willen dat de relatie wordt beëindigd, alleen dat het geweld stopt. Ook het meemaken van huiselijk geweld, waarbij het kind dus niet het directe slachtoffer is, wordt tegenwoordig beschouwd als een vorm van kindermishandeling. Onder huiselijk geweld vallen partnermishandeling, ouderenmishandeling en kindermishandeling, maar ook dierenmishandeling. Huiselijk geweld kan alle vormen van kindermishandeling aannemen, inclusief schending van de rechten van het kind, zoals beperking van bewegingsmogelijkheden, opsluiting en belaging (*stalking*). Geweld in de privésfeer is onacceptabel grensoverschrijdend gedrag.

De kinderarts moet niet alleen bekend zijn met het voorkomen en de aanpak van huiselijk geweld, maar ook weten welke organisaties in zijn werkomgeving zich daarmee bezighouden. Het *Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* van VWS (Appendix IV) richt zich op de adequate aanpak van huiselijk geweld. De hoofdlijnen voor het overheidsbeleid zijn de integrale en effectieve aanpak huiselijk geweld, waarvan de regie bij de gemeenten is gelegd, en de ontwikkeling van advies- en steunpunten huiselijk geweld (ASHG). Momenteel wordt gewerkt aan een wetsvoorstel, waarin komt te staan dat elke organisatie verplicht is om over een meldcode te beschikken en ervoor te zorgen dat alle betrokkenen voldoende deskundigheid hebben om deze juist te gebruiken.

Dierenmishandeling

Meer dan de helft van de mishandelde vrouwen in opvangcentra in het Verenigd Koninkrijk, Noord-Amerika en Australië meldt dat ook hun huisdier werd mishandeld; bijna een derde heeft de vlucht uit de geweldsituatie uitgesteld vanwege het huisdier. Ook dierenmishandeling door kinderen kan een indicator zijn van geweld in het gezin, seksueel misbruik of ontwikkelingsproblematiek. Van twee vijfde van de daders van geweldsmisdrijven is bekend dat zij daarvoor al dieren mishandelden; ernstige dierenmishandeling kan een opstap zijn naar geweldsdelicten tegen mensen. Er bestaan geen Nederlandse cijfers over de prevalentie van de combinatie dierenmishandeling en huiselijk geweld. Er vindt geen registratie van dierenmishandeling plaats en er is geen uitwisseling van informatie tussen 'mensenbeschermers' en 'dierenbeschermers'.

Uit het TNS-NIPO-onderzoek *Huisdieren in het Nederlandse gezin* uit 2007 is gebleken dat meer dan de helft van de Nederlandse huishoudens een of meer huisdieren heeft. Dieren maken dus vaak deel uit van het gezin. Het is dan ook niet verwonderlijk dat in gezinnen waarin sprake is van huiselijk geweld, zowel kinderen als dieren risico blijken te lopen. Hetzelfde gedrag dat dieren letsel bezorgt, bezorgt ook mensen letsel. Huiselijk geweld is voor kinderen een vorm van kindermishandeling, ook als daaraan 'alleen' (hun) dieren worden onderworpen.

Vormen van geweld. Huiselijk geweld kan zowel fysiek zijn als emotioneel en betreft vaak een combinatie. Angst voor verbaal geweld of heftige ruzie in het gezin duidt op emotionele mishandeling. Ook chantage en de dreiging om fysiek geweld te gebruiken tegen kind, huisgenoten of dieren zijn vormen van emotionele mishandeling. Voorbeelden van dit laatste zijn het (dreigen met) verdrinken van het dier als het kind ongehoorzaam blijft, verkopen van het paard zodat een meisje blijft zwijgen over seksueel misbruik, slachten van het konijn als de politie wordt ingeschakeld.

Signalen

Blootstelling aan huiselijk geweld en dierenmishandeling kan een grote uitwerking hebben op het zich ontwikkelende kind, met als gevolgen toenemende ongevoeligheid en afnemende empathie, versterking van de indruk dat het net als het dier een wegwerpartikel is, aantasting van het gevoel van veiligheid en geborgenheid, verlies van vertrouwen in volwassenen en pestgedrag tegenover andere kinderen.

Het is vaak niet eenvoudig om op het spreekuur de signalen te herkennen die aangeven dat een kind slachtoffer is van huiselijk geweld. Dat geldt temeer als er geen letsel zichtbaar zijn. Vooral bij jonge kinderen is praten over huisdieren een gemakkelijke manier om in gesprek te komen. Kinderen hebben een kleiner referentiekader, vinden sneller iets normaal en praten daar dan ook gemakkelijker over, al stoort dat soms de meegekomen volwassene. Zo'n gesprek geeft een goede indruk over het kind wat betreft ontwikkeling en taalvaardigheid, maar ook over de manier waarop het met dieren omgaat. Zo kan men nuttige informatie verzamelen over de veiligheid van het kind, de volwassenen en de dieren in het gezin. Ook de dierenarts kan zo op het spoor komen van huiselijk geweld. Signalen van huiselijk geweld zijn bijvoorbeeld een dier dat onder de bank vlucht als de man binnenkomt of dat voorgoed van huis wegloopt, mishandeling van een dier waaraan het kind gehecht is en het ruw omgaan van het kind met het huisdier.

Advies- en steunpunt huiselijk geweld

Het ASHG beoogt huiselijk geweld uit de sfeer van anonimiteit te halen door er openlijk aandacht aan te besteden en het geweld te monitoren, als onderdeel van een brede maatschappelijke aanpak. Het ASHG is dag en nacht bereikbaar. Het adviseert en verwijst ten behoeve van alle bij huiselijk geweld betrokken personen en organisaties. Het streeft ernaar de deskundigheid van derden op het gebied van huiselijk geweld te bevorderen. Ten slotte registreert het ASHG huiselijk geweld met het doel beter inzicht te krijgen in de omvang van het probleem. Voor kinderartsen blijft het AMK het eerste meldpunt, ook als het gaat om kinderen die getuige zijn van geweld tussen partners. Wel kan de kinderarts aan patiënt of ouders adviseren om met het ASHG contact op te nemen. De organisatie waaraan de kinderarts is verbonden, moet hebben vastgelegd, in een protocol of anderszins, welke stappen in dergelijke gevallen moeten worden genomen.

Aanpak in de ketenzorg

Ook de aanpak van huiselijk geweld is gebaseerd op het principe van ketenzorg (zie Hoofdstuk 9). Voor goede aanpak van huiselijk geweld en het opleggen en uitvoeren van een huisverbod zijn inzet en samenwerking nodig van alle ketenpartners. Zij hebben ieder een aparte cruciale rol. Voor adequate gezamenlijke aanpak van huiselijk geweld is een professionele, uniforme werkwijze nodig. In

de ketenzorg kunnen naast politie, openbaar ministerie en gemeente verschillende hulporganisaties een plaats hebben, zoals het Veiligheidshuis, AMW, BJZ, reclassering, slachtofferhulp, de geïndiceerde jeugdhulpverlening en de (geestelijke) gezondheidszorg. Voor goede samenwerking is een coördinator (*case manager*) nodig, die de partners bijeenbrengt voor het bespreken van meldingen en het maken van afspraken.

Jeugd- en zedenpolitie

Slachtoffers van kindermishandeling die (mogelijk) aangifte willen doen en melders van kindermishandeling en huiselijk geweld kunnen zich bij de meeste politiekorpsen vervoegen bij de speciale afdeling Jeugd- en zedenzaken. Daar werken agenten en rechercheurs die speciaal zijn opgeleid om dergelijke problematiek te behandelen. De afdeling is dag en nacht bereikbaar via het algemene nummer 0900-8844. De JZP luistert naar het verhaal, maakt in overleg met de melder eventueel een proces-verbaal op, verleent hulp en verwijst zo nodig door naar blijf-van-mijn-lijfhuis, GGZ of RvK. Actief onderzoek door de politie zelf kan ook leiden tot melding of aangifte. Kinderartsen nemen overigens in principe alleen contact op met het AMK; zij stellen zich alleen met de JZP in verbinding als zij geen andere mogelijkheid zien.

Advies vragen. Iedereen, ook de behandelend arts, kan advies vragen over de handelwijze bij de afhandeling van een delict, zeker wanneer onduidelijkheden bestaan over het te voeren beleid. De patiënt wordt dan anoniem besproken en er wordt verder geen actie ondernomen door de JZP.

Melding van een delict. Bij melding van een delict volstaat de JZP met het registreren van de gegevens zonder zelf in actie te komen. Dit kan bijvoorbeeld zinvol zijn als er andere zaken lopen in de betreffende buurt of regio, die mogelijk verband houden met het onderhavige delict. Ook melding kan anoniem gebeuren. Als men niet wil dat de verdachte verneemt dat melding heeft plaatsgevonden, wordt deze niet doorgegeven.

Aangifte doen van een delict. Bij aangifte wordt het delict gemeld en wordt proces-verbaal opgemaakt. Er wordt een politieonderzoek gestart en de verdachte wordt vervolgd. Als een patiënt een strafbaar feit is overkomen, kan aan de ouders worden gevraagd of er aangifte is gedaan. Als dat al is gebeurd, kan in overleg met de ouders de JZP worden geraadpleegd over het door kinderarts, ziekenhuis of instelling te voeren beleid. Als er nog geen aangifte is gedaan, kan

in overleg met en na toestemming van de ouders contact met de JZP worden gezocht voor aanvullende informatie of advies. Bij zedendelicten is het, zeker in de acute fase, voor de bewijsvoering belangrijk dat in overleg met de JZP wordt gehandeld (zie Hoofdstuk 5). Het is verstandig om regionale afspraken te maken met politie, forensisch geneeskundigen en GGD over de gezamenlijke uitvoering van medisch en forensisch onderzoek op de SEH door kinderarts en forensisch arts.

Kindspoor

Kindspoor is een samenwerkingsproject van JZP, AMK, BJZ, RvK en soms ook jeugd-GGZ, dader hulpverlening en AMW. Het project richt zich op de vroegtijdige signalering en aanpak van situaties waarin kinderen getuige zijn van huiselijk geweld. Het project stamt uit de Randstad, maar in diverse regio's zijn vergelijkbare projecten met dezelfde doelgroep opgezet, al dan niet onder de naam Kindspoor. Het doel van de in dit kader samenwerkende ketenpartners is om de kinderen op te sporen die een aanzienlijk risico lopen op verstoring van de ontwikkeling. Vijf aspecten krijgen daarbij speciaal aandacht: het creëren van een veilige situatie voor het kind; het verkleinen van de kans op verstoorde ontwikkeling; tijdige signalering van ontwikkelingsproblematiek, zodat zo vroeg mogelijk hulp kan worden geboden met een zo groot mogelijke kans op herstel; het aanbieden van adequate hulp aan kind en opvoeders, zo mogelijk zonder dwang, zo nodig met dwang; en het stimuleren van de stimuleren om hun verantwoordelijkheid te nemen en het geweld te stoppen. Aan Kindspoor wordt doorgaans een regionaal preventief hulpaanbod gekoppeld voor kinderen van 0 tot 18 jaar die getuige zijn geweest van huiselijk geweld en voor hun opvoeders. Het is een bruikbaar instrument gebleken voor het opsporen en in een hulpverleningstraject brengen van kinderen die getuige zijn van huiselijk geweld. Het beperken van het protocol tot politiezaken, is effectief gebleken. Omdat het daarbij om duidelijke gevallen van huiselijk geweld gaat, is ook duidelijk dat bemoeienis met het welzijn van de kinderen legitiem is.

Hoofdstuk 18

VERMINKING VAN DE GENITALIA

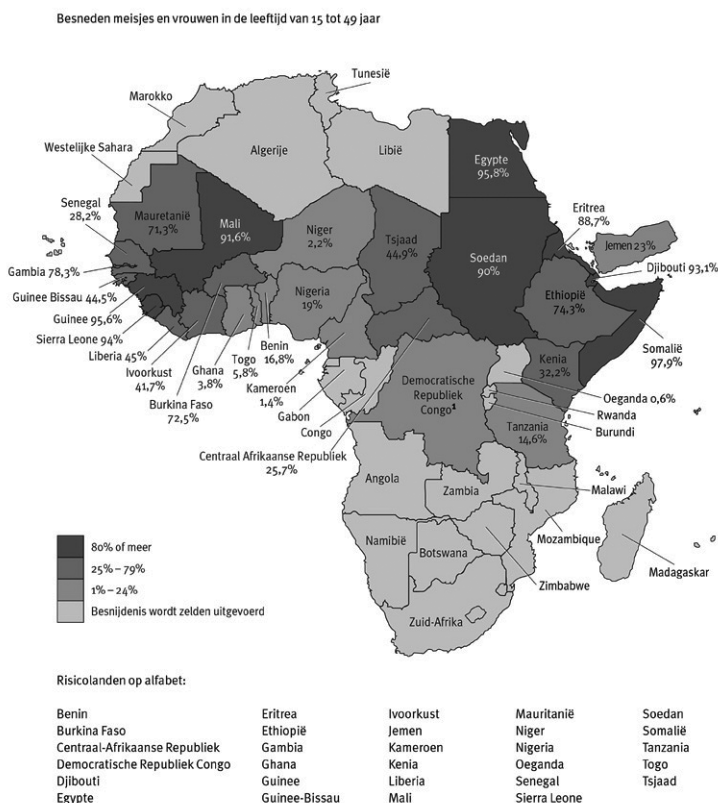
Inleiding

Verminking van de vrouwelijke genitalia (VGV) (meisjesbesnijdenis, vrouwenbesnijdenis) omvat alle niet-therapeutische vormen van beschadiging van de externe vrouwelijke genitalia. Het is een vorm van kindermishandeling en een schending van de mensenrechten, de vrouwenrechten en de kinderrechten. Artikel 24 lid 3 van het IVRK stelt: *“De Staten die partij zijn, nemen alle doeltreffende en passende maatregelen teneinde traditionele gebruiken die schadelijk zijn voor de gezondheid van kinderen af te schaffen.”* In het Nederlandse Wetboek van Strafrecht valt genitale verminking van meisjes tot 18 jaar onder opzettelijke mishandelingsdelicten (artikel 300) of onder het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst (artikel 436). Het Strafrecht geldt ook voor Nederlanders en in Nederland woonachtige vreemdelingen die zich in het buitenland schuldig maken aan VGV, ook als de besnijdenis is uitgevoerd in een land waar die niet strafbaar is. De strafrechtelijke positie van niet-therapeutische circumcisie bij jongens (zie de laatste paragraaf van dit hoofdstuk) is minder duidelijk.

Wereldwijd zijn bij 100 tot 140 miljoen meisjes en vrouwen de genitalia verminkt. De prevalentie verschilt per regio, per land en per etniciteit. In Afrika lopen jaarlijks 3 miljoen meisjes het risico van verminking van de genitalia. In Nederland wonen ongeveer 16.000 meisjes die het risico van VGV lopen, vooral meisjes uit gezinnen die oorspronkelijk afkomstig zijn uit Afrika (met name uit Djibouti, Egypte, Eritrea, Ethiopië, Guinee, Guinee-Bissau, Mali, Sierra Leone, Soedan of Somalië) (Figuur 18-1) en uit sommige landen in het Midden-Oosten (waaronder Jemen, Oman, Syrië, Iran en Koerdistan) en Azië (waaronder Indonesië, Maleisië en Pakistan). Jaarlijks zouden in Nederland tenminste 50 meisjes worden besneden.

Verminking van de vrouwelijke genitalia

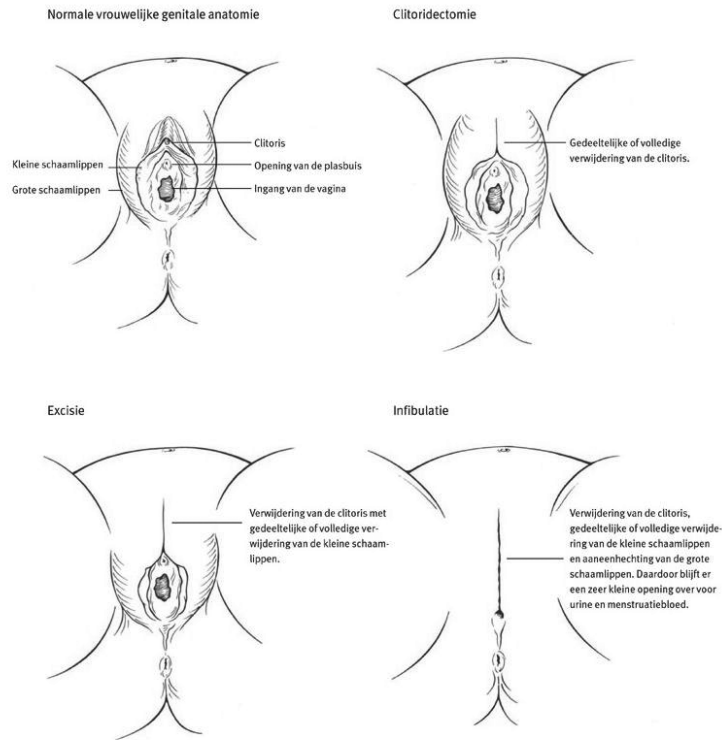
VGV kan op verschillende manieren gebeuren, minder of meer uitgebreid (Figuur 18-2). De Wereldgezondheidsorganisatie onderscheidt 3 hoofdtypen van VGV met enkele subtypen en een restgroep (Tabel 18-1). Naast clitoridectomie



Figuur 18-1. Prevalentie van besnijdenis in Afrika.

(type I) en excisie (type II) komt vooral ook infibulatie voor (type III), waarbij de vaginaopening wordt verkleind door insnijden en aan elkaar hechten van de labia minora en soms van de labia majora.

Achtergrond. VGV is een oude traditie die al in de 16e eeuw voor Christus werd beschreven. Er worden verschillende redenen genoemd voor besnijdenis, waaronder sociaal-culturele, economische, religieuze en overwegingen betreffende hygiëne, gezondheid en vrouwelijkheid, afhankelijk van de regio van herkomst. Er zijn geen valide gezondheidsredenen voor besnijdenis en geen van de grote godsdiensten schrijft deze voor. Niet-besneden zijn kan echter grote negatieve consequenties hebben voor de kansen van een meisje in haar maatschappelijke en culturele omgeving. Ze kan beschouwd worden als niet-huwbaar of onrein, beheerst door ongeremde lusten of als onvolwassen en ze kan zelfs



Figuur 18-2. Vormen van besnijdenis. Type I: clitoridectomie; type II: excisie; type III: infibulatie.

verstoten worden. 'In het belang van hun dochter' kunnen de ouders daarom toch besluiten om haar te laten besnijden. VGV wordt meestal voor de leeftijd van 15 jaar uitgevoerd, vóór de eerste menstruatie, meestal door traditionele 'besnijders', soms door medisch getrainde personen.

Risicofactoren. De belangrijkste risicofactoren zijn land van herkomst, genitale verminking bij moeder en zussen, frequentie van reizen naar land van herkomst, intensiteit van contact met familie (familiedruk) en mate van integratie.

Tabel 18-1. Vormen van vrouwelijke genitale verminking

TYPE	OMSCHRIJVING
I	Clitoridectomy
la	Met gedeeltelijke of totale verwijdering van het preputium
lb	Met gedeeltelijke of totale verwijdering van preputium en clitoris
II	Excisie, met of zonder verwijdering van de labia majora
IIa	Met verwijdering van de labia minora
IIb	Met gedeeltelijke of totale verwijdering van clitoris en labia minora
III	Infibulatie
IIIa	Verwijdering en appositie van de labia minora
IIIb	Verwijdering en appositie van de labia majora
IV	Alle andere verminkingen
-	Prikken, piercen, snijden, branden in het gebied van de vrouwelijke genitalia

Anamnese

Bij elk meisje met ouders die afkomstig zijn uit een risicoland, moet aan het risico van VGV worden gedacht. Hoe vanzelfsprekender de arts het onderwerp ter sprake brengt, hoe meer de ouders erover vertellen. Met een open, neutrale houding en voldoende basiskennis kan de kinderarts een constructief gesprek met de ouders voeren. De vragen die daarbij aan bod komen, kunnen preventie als doel hebben of gericht zijn op het onderzoeken van een mogelijke relatie tussen de klachten van de patiënt en de besnijdenis.

Uit preventief oogpunt zijn belangrijke vragen: hoe groot is het risico van VGV? Op welke termijn zou deze vermoedelijk plaatsvinden? Gaat het meisje binnenkort met vakantie terug naar land van herkomst? Uit diagnostisch oogpunt gaat men na of er lichamelijke of psychische klachten zijn die met de genitale verminking kunnen samenhangen.

VGV kan met acute en chronische medische complicaties gepaard gaan. Acute lichamelijke complicaties zijn pijn, bloedingen, wondinfecties, tetanus, sepsis, shock, urineretentie, urineweginfecties en fracturen. Chronische complicaties zijn anemie, urineweginfecties, incontinentie door urethrabeschadiging, infertiliteit, chronische buikpijn, menstruatieproblemen, dyspareunie en toegenomen risico van hiv-besmetting. Tijdens zwangerschap en partus kunnen in-

wendig onderzoek en de toediening van vaginale medicatie problemen geven. Verder kunnen zich ook psychische complicaties voordoen, zoals het gevoel niet compleet te zijn, angst, minderwaardigheidsgevoelens, chronische spanning, nachtmerries en seksuele problemen. Veel vrouwen weten niet hoe het normale genitaal er uitziet en weten niet welke vorm van besnijdenis zij hebben ondergaan. Besneden vrouwen realiseren zich vaak niet dat hun klachten het gevolg van de verminking kunnen zijn.

Lichamelijk onderzoek

Bij vermoeden van VGV moet de diagnose worden bevestigd door een ervaren gynaecoloog, kinderarts of forensisch geneeskundige. Volgens het *Handeling-protocol meisjesbesnijdenis* van Pharos kunnen minderjarige meisjes daarvoor worden verwezen naar de forensische polikliniek kindermishandeling in Utrecht (voorheen Forum Educatief).

Preventie

Met jeugdartsen, huisartsen en gynaecologen hebben kinderartsen een speciale rol bij de voorlichting over de gevolgen van VGV. Zij moeten de ouders wijzen op hun verantwoordelijkheid ten aanzien van de gezondheid van hun dochters en op de risico's van genitale verminking. Door bijvoorbeeld schriftelijke afspraken te maken met de ouders over lichamelijk onderzoek van hun dochter voor en na verblijf in het land van herkomst, kunnen zij de ouders steunen bij het weerstaan van de familiedruk.

Het landelijk kenniscentrum migranten en gezondheid Pharos verricht in samenwerking met gemeenten, organisaties en mensen uit de Afrikaanse gemeenschappen veel werk op het gebied van de preventie van VGV. De organisatie beheert Focal point meisjesbesnijdenis, een landelijk aanspreekpunt dat onder meer voorlichtingen geeft aan de Afrikaanse doelgroepen en (medische) professionals traint.

Structurele aanpak. Van 2005 tot 2009 liep in opdracht van VWS in 6 steden (Amsterdam, Den Haag, Rotterdam, Tilburg, Eindhoven, Utrecht) een pilot gericht op intensieve preventieve aanpak van VGV. De GGD was aangewezen als projectleider en JGZ, AMK, RvK, politie, onderwijs, organisaties van mensen afkomstig uit risicolanden en Pharos waren bij het project betrokken. De doelstellingen waren het goed bereiken van de risicogroepen, deskundigheidsbevorde-

ring van professionals, invoering van een gespreksprotocol bij JGZ, vergroten van de rol van intermediaire groepen, zoals leerkrachten, nadrukkelijke aandacht voor VGV in de op kindermishandeling gerichte ketenzorg en meer kennis over aard en omvang van VGV in de regio's. De pilot was succesvol en wordt gevolgd door landelijke invoering ervan. In een aantal gemeenten is uit deze pilot een werkgroep VGV voortgekomen. Er zou ten minste in elke Nederlandse regio een werkgroep VGV op moeten worden gericht, zodat de samenwerking aangaande preventie en behandeling van VGV zo goed mogelijk verloopt.

Behandeling

Zo nodig kan het meisje worden doorverwezen voor behandeling. Dit kan de behandeling van lichamelijke complicaties betreffen, hersteloperatie, traumaverwerking en seksuologische hulp.

AMK. Bij VGV-risico moet men altijd advies vragen bij de aandachtsfunctionaris VGV van het AMK. Deze kan helpen bij het maken van de risico-inschatting en bij de gespreksvoering met de ouders en advies geven over het plan van aanpak. Bij een redelijk vermoeden van binnenkort plaatsvindende VGV moet altijd melding bij het AMK plaatsvinden. Ook bij vastgestelde VGV moet volgens de richtlijnen van de KNMG-meldcode melding worden gedaan bij het AMK.

Aangifte. Tenzij het strijdig is met het belang van het kind, wordt bij VGV in principe altijd ook strafrechtelijke actie ondernomen. In overleg met AMK en politie kan worden afgesproken of en door wie aangifte wordt gedaan. Bij seksueel geweld kan tot 20 jaar na het delict aangifte worden gedaan; er is zelfs sprake van dat deze verjaringstermijn gaat vervallen, zodat aangifte altijd mogelijk zou blijven.

Inspectie. De Inspectie voor de Volksgezondheid heeft in 2008 een brochure uitgebracht, waarin wordt gesteld dat VGV onder geen enkele omstandigheid is toegestaan, ook niet bij volwassenen. Zorgverleners moeten zich onthouden van medewerking aan verminking. In elk geval dat VGV wordt geconstateerd, moet een melding worden gedaan bij de Inspectie.

Niet-therapeutische circumcisie

Niet-therapeutische circumcisie bij minderjarige jongens (jongensbesnijdenis) is een eeuwenoude praktijk die bij veel volkeren voorkomt en om talloze redenen wordt uitgevoerd. Jaarlijks worden wereldwijd naar schatting 13 miljoen jongens besneden, in Nederland tien- tot vijftienduizend. Het is duidelijk dat deze praktijk is omgeven met diepe religieuze, symbolische en culturele gevoelens. Het is dan ook onrealistisch om te verwachten dat circumcisie op korte termijn valt uit te bannen, zelfs niet met een wettelijk verbod. Op dit moment is alleen een krachtig ontmoedigingsbeleid haalbaar. Zolang de ingreep nog wordt uitgevoerd, moet wel het aantal complicaties zoveel mogelijk worden beperkt.

In navolging van andere artsenorganisaties heeft de KNMG op 27 mei 2010 een standpunt ingenomen over circumcisie. Het is na consultatie van alle relevante wetenschappelijke verenigingen tot stand gekomen en wordt onder andere ook door de NVK ondersteund. Daarmee kan dit standpunt rekenen op brede steun onder de betrokken beroepsgroepen. In eerste instantie is het doel om een maatschappelijke discussie over circumcisie op gang te brengen; uiteindelijk moet het streven zijn om niet-therapeutische circumcisie bij minderjarige jongens zoveel mogelijk te beperken. Het KNMG-standpunt laat zich als volgt samenvatten. Jongensbesnijdenis is medisch zinloos handelen bij een minderjarige patiënt. Deze handeling schendt de integriteit van het lichaam, het recht op religieuze vrijheid en het recht op autonomie van het kind. Jongensbesnijdenis is in strijd met de regel dat minderjarigen alleen mogen worden blootgesteld aan medische handelingen wanneer er sprake is van ziekte of afwijkingen of als overtuigend aangetoond kan worden dat de ingreep in het belang is van het kind, zoals bij vaccinaties. De ingreep heeft soms ernstige complicaties. De KNMG wil dat artsen jongensbesnijdenis ontmoedigen door de ouders actief en indringend op de hoogte te brengen van de risico's en het ontbreken van overwegende medische voordelen. De organisatie ziet goede redenen voor een wettelijk verbod, maar vreest dat de ingreep daarmee ondergronds zal gaan en roept daarom op tot een dialoog met de betreffende religieuze groeperingen.

Argumenten tegen circumcisie. Anders dan vaak wordt gedacht, kent circumcisie het risico van medische en psychische complicaties. De meest voorkomende complicaties zijn bloedingen, infecties, meatusstenose en paniekaanvallen. De besnijdenis kan leiden tot psychische problemen. Ook gedeeltelijke en volledige penisamputatie als gevolg van postoperatieve complicaties is gerapporteerd. Er is geen overtuigend bewijs dat circumcisie zinvol of noodzakelijk is uit oogpunt van preventie of hygiëne. Mede in het licht van de potentiële complicaties is circumcisie om andere redenen dan medisch-therapeutische feite-

lijk dan ook niet te rechtvaardigen. Zo er al medische voordelen zijn, zoals mogelijke reductie van de kans op hiv-infectie, dan ligt het voor de hand om de circumcisie uit te stellen tot de leeftijd waarop het voordeel relevant wordt en de jongen zelf over de ingreep kan beslissen en kan kiezen voor eventuele alternatieven.

Handelwijze. Circumcisie is een heelkundige handeling in de zin van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Dit betekent dat circumcisie alleen mag worden verricht door bevoegde beroepsbeoefenaren, in casu artsen. Artsen die circumcisie verrichten dienen daarbij de relevante wetenschappelijke richtlijnen te volgen. Dit betekent onder meer dat circumcisie alleen mag worden uitgevoerd onder plaatselijke verdoving of algehele narcose en na zorgvuldige en gedegen voorlichting aan de ouders. De arts moet de ouders of verzorgers van een minderjarige jongen die niet-therapeutische circumcisie overwegen, nadrukkelijk op de hoogte brengen van de kans op complicaties en van het ontbreken van bewezen medische voordelen. Het feit dat het om een medisch niet-noodzakelijke ingreep gaat met een aanzienlijke kans op complicaties, stelt extra hoge eisen aan deze voorlichting. Het *informed consent* wordt schriftelijk vastgelegd in het medisch dossier.

Deel VI: APPENDICES

Appendix I

INFORMATIE

Websites

De organisaties die betrokken zijn bij kindermishandeling, zich bezighouden met informatieverstrekking erover of hulpprogramma's aanbieden, zijn over het algemeen goed bereikbaar via internet. Tabel II-1 geeft een overzicht van de internetadressen van de belangrijkste Nederlandse en enkele Amerikaanse informatiebronnen. Appendix II geeft een overzicht van de belangrijkste literatuur op dit gebied.

Opleiding en onderwijs

Voor het adequaat signaleren van kindermishandeling is goede basiskennis essentieel. De meeste medische faculteiten in Nederland hebben het onderwijs over dit onderwerp helaas nog niet vast opgenomen in hun curriculum. Om de lacunes in de kennis op te vullen, worden daarom postdoctorale cursussen gegeven. De WOKK-cursus, gemaakt in opdracht van de NVK en primair bedoeld voor kinderartsen, verschaft de cursist de kennis en vaardigheden die nodig zijn om slagvaardig met (vermoedens van) kindermishandeling om te kunnen gaan. De KNMG heeft een *e-learning*-programma gemaakt gebaseerd op de KNMG-meldcode. Daarnaast zijn er veel andere aanbieders van trainingsprogramma's voor allerlei disciplines, zoals de *e-learning*-cursus van de Augeo Foundation voor verpleegkundigen op SEH-afdelingen. Deze stichting geeft sinds 2008 ook het *Tijdschrift Kindermishandeling* uit.

De meeste cursussen richten zich nu nog met name op de diagnostiek, de omgang met vermoedens, en taken, verantwoordelijkheden en juridische aspecten. In de toekomst moet meer aandacht besteed worden aan andere vormen van kindermishandeling, zoals emotionele mishandeling, huiselijk geweld en PCF. Verder moeten ook onderwijsprogramma's worden ontwikkeld die zich richten op medische en psychische behandeling van slachtoffers en gezinnen, preventie en follow-up.

Tabel I-1. Informatiebronnen op internet

ONDERWERP, ORGANISATIE	INTERNETADRES
Informatie nationaal	
Genitale verminking	www.meisjesbesnijdenis.nl
Huiselijk geweld	www.meldcode.nl www.huiselijkgeweld.nl www.shginfo.nl www.movisie.nl
Kindermishandeling	www.meldcode.nl www.kindermishandeling.info www.kindermishandeling.nl www.stopkindermishandeling.nl
KNMG	www.knmg.artsennet.nl
Meldcode en stappenplan	www.knmg.nl/meldcode kindermishandeling www.handelingsprotocol.nl
NJi, dossier kindermishandeling	www.jeugdinterventies.nl
Trimbosinstituut	www.trimbos.nl
RAAK	www.stopkindermishandeling.nl www.raak.nl
Rechten van het kind	www.derechtenvanhetkind.nl www.kinderrechten.nl
Seksualiteit bij kinderen	www.sense.info www.sekswoordenboek.nl www.rutgerswpf.nl www.meldpunt-kinderporno.nl www.mijnkindonline.nl
TNO Kwaliteit van Leven	www.tno.nl Markten Preventie en Zorg
Veiligheid thuis	www.nationalekinderkrant.nl/nkk/veiligheid.php
Informatie internationaal	
Amerikaanse websites	www.child-abuse.com
<i>American Association of Pediatrics</i>	www.aap.org
<i>Braintrauma Foundation</i>	www.braintrauma.org
<i>International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect</i>	www.ispcan.org
<i>Centers for Diseases Control and Prevention</i>	www.cdc.gov
<i>ChildTrauma Academy</i>	www.childtrauma.org

Tabel I-1. (vervolg)

Organisaties

AMK	www.amk-nederland.nl
Bureau Jeugdzorg	www.bureaujeugdzorg.info/Verwijzers/
Polikliniek forensische pediatrie	www.polikindermishandeling.nl
Jeugd- en zedenpolitie	www.politie.nl/vraagbaak/ watdoetdepolitiebijkindermishandeling.aspx
Jeugdzorg	www.jeugdzorg.nl
Raad voor de Kinderbescherming	www.kinderbescherming.nl
Ministerie van VWS	www.rijksoverheid.nl

Hulpprogramma's

Families First	www.nji.nl
Gordoncursus	www.gordontraining.nl
Home Start	www.home-start.nl
Samen Starten	www.samenstarten.nl
Stevig Ouderschap	www.stevigouderschap.nl
Triple P	www.triplepnederland.nl
VoorZorg	www.voorzorg.info

E-learning

Augeo Foundation	www.augeo-foundation.nl
------------------	--

Appendix II

LITERATUUR

Aanbevolen literatuur

- Anoniem. *Handelingsprotocol vrouwelijke genitale verminking bij minderjarigen. Uitleg en handvatten bij ketenaanpak*. Utrecht: Pharos, 2009.
- Baartman HEM. *Opvoeden kan zeer doen. Over oorzaken van kindermishandeling, hulpverlening en preventie*. 4e druk. Amsterdam: SWP, 2008.
- Bilo RAC, Robben SGF, Rijn RR van. *Forensische aspecten van fracturen op de kinderleeftijd*. Zwolle: Isala, 2009.
- Jansen L, Bosschaart AN. *Juridische aspecten van de kindergeneeskunde en de jeugdgezondheidszorg*. Utrecht: Forum Educatief, 2007.
- Kleinman PK. Skeletal trauma: general considerations. In: *Diagnostic imaging of child abuse*. 2e druk. St Louis: Mosby-Year Book, 1998:8-25.
- KNMG. Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens. Utrecht: KNMG, 2010.
- KNMG. Handreiking beroepsgeheim en politie/justitie. Utrecht: KNMG, 2004.
- KNMG. Niet-therapeutische circumcisie bij minderjarige jongens. Utrecht: KNMG, 2010.

Appendices

- KNMG. *Artsen en kindermishandeling: meldcode en stappenplan*. Utrecht: KNMG, 2008.
- Ministerie van VWS. *Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Stappenplan voor het handelen bij signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling*. Den Haag: Ministerie van VWS, 2009.
- Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling. *VVAK Richtlijn voor de aanpak van pediatric condition falsification (PCF) en factitious disorder by proxy (FDP) (munchausen by proxy syndroom, MBPS)*. VVAK, 2007.

Overige referenties

- Aarsen RSR, Bilo RAC, Driessen NMBM, et al (red). *Werkboek kindermishandeling*. Amsterdam; VU Uitgeverij, 2000.

- Adams JA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004;17:191-7.
- Adams JA. Guidelines for medical care of children evaluated for suspected sexual abuse: an update for 2008. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2008;20:435-41.
- Ayoub CC, Schreier H, Alexander R (red). Munchausen by proxy (themanummer). *Child Maltreat* 2002;7:103-69.
- Baartman HEM, Bullens RAR, Willems J (red). *Kindermishandeling: de politiek een zorg*. Amsterdam: SWP, 2005.
- Bilo RAC, Oranje AP. *Het ongelukshuidje. Medische aspecten van kindermishandeling*. 2e druk. Zwolle: De Weezenlanden, 1998.
- Bilo RAC, Bosschaart AD, Oranje A. Het lichamelijk onderzoek bij vermoedens van seksueel misbruik van minderjarigen. In: Van Wijk AP, Bullens RAR, Elshof P van den (red). *Facetten van zedencriminaliteit*. 's-Gravenhage: Reed Business, 2007:211-28.
- Brilleslijper-Kater SN, Baartman HEM. What do young children know about sex? Research on the knowledge of sexuality of children between the ages of 2 and 7 years. *Child Abuse Rev* 2000;9:166-82.
- Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking. *Bestrijding vrouwelijke genitale verminking*. Beleidsadvies. Den Haag: Quantas, 2005.
- Compennolle THA. Eerste hulp bij kindermishandeling en het Struisarts-syndroom. *Tijdschr Kindergeneeskd* 1996;64:168-79.
- Draijer N. *Seksuele traumatisering in de jeugd : lange termijn gevolgen van seksueel misbruik van meisjes door verwanten*. Proefschrift, VU Amsterdam, 1990.
- Duijst WLJM. *Gezondheidsstrafrecht*. Deventer: Kluwer, 2009.
- Enders-Slegers MJ, Janssen M. *Cirkel van geweld. Verbanden tussen dierenmishandeling en huiselijk geweld*. Amsterdam: Stichting DierZijn, 2009.
- Eerdenburg-Keuning IA van (projectleider). *Gespreksprotocol meisjesbesnijdenis*. Lisse: AJN, 2005.
- Gaal JC van, Petru R, Sie LTL. Een zuigeling met onbegrepen epilepsie: slachtoffer van münchhausen-by-proxysyndroom *Ned Tijdschr Geneeskd* 2010;154:A2420.
- Gracia E, Herrero J. Is het geweld? De aanvaardbaarheid van fysiek straffen van kinderen in Europa. *Kind en Adolescent Review* 2008;15:414-27.
- Geurts E. In de schaduw van huiselijk geweld. Kinderen die getuige zijn van geweld tussen hun ouders. In: *Praktijkboek Jeugdgezondheidszorg*. Maarsen: Elsevier Gezondheidszorg, 2005:III 2.3.
- GGZ Nederland. *Handreiking bemoeizorg. Literatuurstudie, praktijkbeschrijving en aanbevelingen*. Amersfoort: GGZ, 2004.
- Heineke D, Veen R van der, Kornalijslijper N. *Handreiking ketensamenwerking in de WMO. Maatschappelijke ondersteuning in samenhang*. Den Haag: SGBO, 2005.

- Ijzendoorn MH van, Prinzie P, Euser EM, et al. *Kindermishandeling in Nederland anno 2005: De nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM-2005)*. Leiden: Cashmir Uitgevers, 2007.
- Jaeger F, Caflisch M, Hohlfeld P. Female genital mutilation and its prevention: a challenge for paediatricians. *Eur J Pediatr* 2009;168:27-33.
- Kemp AM, Butler A, Morris S, et al. Which radiological investigations should be performed to identify fractures in suspected child abuse? *Clin Radiol* 2006;61:723-36.
- Kruijff MS, Keus R. *Horen, Zien en Zwijgplicht? Wegwijzer huiselijk geweld en beroepsgeheim*. Den Haag: Ministerie van Justitie, 2007.
- Landsmeer-Beker EA, Zeven-van der Aa T van. Antennes voor kindermishandeling. *Medisch Contact* 2006;27:1902-3
- Landsmeer-Beker E, Meer C van de. *Emotionele mishandeling en seksueel misbruik bij kinderen. Horen zien en handelen*. Leiden: Boerhaave Commissie, 2006.
- Lamers-Winkelmann F, Slot NW, Bijl B, Vijlbrief AC. *Scholieren over mishandeling. Resultaten van een landelijk onderzoek naar de omvang van kindermishandeling onder leerlingen van het voortgezet onderwijs*. Amsterdam: PI Research, Vrije Universiteit, 2007.
- Leerdam FJM, Kooijman K, Öry F, Landweer M. *Systematische review naar effectieve interventies ter preventie van kindermishandeling*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2003.
- Ministerie van Justitie. *Modelconvenant: gegevensuitwisseling aanpak huiselijk geweld*. Den Haag: Ministerie van Justitie, 2007.
- Ministerie van Justitie. *Gezag, omgang en informatie*. Den Haag: Ministerie van Justitie, 2009.
- Ploeger D. Leren praten over vrouwenbesnijdenis. *Medisch Contact* 2007;62:242-4.
- Rensen HBH. Allochtonen en kindermishandeling. *Tijdschr Kindergeneeskd* 1996;64:163-7.
- Rensen HBH. Kindermishandeling. In: *Praktijkboek jeugdgezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg 2003:III 2.5.
- Reijnders UJL, Das C, Drijber BC, Lulf R. *Herkenning van letsel door lichamelijk geweld*. Houten: Prelum, 2008.
- Richtlijn familiaal huiselijk geweld bij kinderen en volwassenen*, Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009.
- Robert M, Christian CW. *Child abuse. Medical diagnosis & management*. 3e druk. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 2009.
- Schoonenberg NJ. Drempels in de signalering en aanpak van kindermishandeling. *Kinder- & Jeugdpsychotherapie* 2008;35:55-62.
- Sheridan MS. The deceit continues: an updated literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 2003;27:431-51.
- Thiessen JJ. Doodsoorzaak onbekend. *Medisch Contact* 2007;62:70-2.

- Utz-Billing I, Kantenich H. Female genital mutilation: an injury, physical and mental harm. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008;29: 225-9.
- Wagenaar-Fischer MM, Heerdink-Obenhuijsen N, Kamphuis M, Wilde J de. *JGZ-richtlijn secundaire preventie kindermishandeling. Handelen bij een vermoeden van kindermishandeling*. Bilthoven: RIVM, 2010
- Wolzak A. *Kindermishandeling: signaleren en handelen; basisinformatie voor mensen die werken met kinderen*. 6e druk. Amsterdam: SWP, 2009.
- World Health Organisation. *Female genital mutilation, Factsheet 241*. Genève: WHO, 2010.
- World Health Organisation. *Eliminating female genital mutilation, An interagency statement UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO*. Genève: WHO, 2008.

Appendix III

MELDCODE EN STAPPENPLAN (KNMG)

Artsen en kindermishandeling

Meldcode en Stappenplan



knmg

Utrecht, september 2008

Telefoonnummer AMK: **0900-1231230**

5 eurocent per minuut, automatische doorschakeling naar eigen regio, 24 uur per dag bereikbaar.

Zie voor de webversie van deze meldcode: **www.knmg.nl/publicaties**

Artsen bellen voor inhoudelijke vragen met de **Artseninflijn** van de KNMG, telefoon **030 - 28 23 322**.

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
Preambule	8
Artikel 1 - Definitie kindermishandeling	12
Artikel 2 - Algemene verantwoordelijkheid van de arts	13
Artikel 3 - Dossiervoering	14
Artikel 4 - Stappenplan bij (vermoedens van) kindermishandeling	16
Stap 1 > Onderzoek	16
Stap 2 > Advies bij het AMK en eventueel bij een deskundig collega	16
Stap 3 > Zo mogelijk gesprek met ouders	17
Stap 4 > Zo nodig overleg met betrokken professionals	17
Stap 5a > Reële kans op schade? Zo spoedig mogelijk melden bij AMK	18
Stap 5b > Monitoren van hulp, zo nodig alsnog melden bij AMK	19
Artikel 5 - Anoniem melden	21
Artikel 6 - Informatie op verzoek van het AMK	22
Artikel 7 - Terugkoppeling door het AMK	23
Artikel 8 - Informatie aan Bureau Jeugdzorg	23
Artikel 9 - Informatie aan andere betrokken professionals	24
Artikel 10 - Contact met de Raad voor de Kinderbescherming	24
Artikel 11 - Contact met politie/justitie	26
Bijlage 1 Zorgplicht, beroepsgeheim en melden	27
Bijlage 2 Het AMK	29
Bijlage 3 Tips voor gesprekken met ouders	31
Bijlage 4 Nuttige adressen	32
Bijlage 5 Risicofactoren en signalen	33
Bijlage 6 Sputovamoformulier	49

Samenvatting

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.¹
- 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.
- De arts bewaart dossiers die gegevens bevatten over (vermoedens van) kindermishandeling, totdat het kind op wie de gegevens betrekking hebben 34 jaar is geworden of zoveel langer als in verband met goed hulpverlenerschap noodzakelijk is.
- Vernietiging van gegevens over (vermoedens van) kindermishandeling uit het dossier van het kind vindt uitsluitend plaats op verzoek van het kind zelf en uitsluitend als dat de leeftijd van 16 jaar heeft bereikt en in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake.
- Een verzoek van een ouder om vernietiging van gegevens over (vermoedens van) kindermishandeling uit diens eigen dossier, kan worden geweigerd vanwege het gerechtvaardigd belang van betrokken kinderen bij bewaring van die gegevens.
- Goed hulpverlenerschap kan meebrengen dat de arts ouders inzage in en/of afschrift van gegevens over kindermishandeling weigert.

¹ Zie Bijlage 5 over risicofactoren en signalen van kindermishandeling.

Melden (art. 4 en art. 5)

- Iedere arts die kindermishandeling vaststelt of vermoedt, handelt volgens het in artikel 4 van de meldcode opgenomen Stappenplan. Telefoonnummer AMK: 0900-1231230, 5 eurocent per minuut, automatische doorschakeling naar eigen regio, 24 uur per dag bereikbaar.
- 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 zonodig 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 met de 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 zó 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 gevreesd 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.

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.

Preambule

Inleiding

Kindermishandeling² komt veel voor; naar schatting worden in ons land jaarlijks 107.000 tot 170.000 kinderen het slachtoffer van mishandeling, waarvan er ten minste 50 overlijden aan de gevolgen daarvan. Kindermishandeling is een enorme bedreiging voor de veiligheid, gezondheid en ontwikkeling van kinderen en moet dus krachtig worden bestreden. Artsen kunnen daar een belangrijke bijdrage aan leveren en dragen een grote verantwoordelijkheid om dat te doen. Die verantwoordelijkheid vloeit voort uit de zorgplicht van een arts zoals deze voortvloeit uit de gedragsregels voor artsen en uit wetgeving als de WGB0. Deze wet verplicht de arts bij zijn³ werkzaamheden 'de zorg van een goed hulpverlener' in acht te nemen. Een arts moet kinderen met wie hij beroepshalve in aanraking komt, zoveel mogelijk behoeden voor schade. Kinderen die mishandeld worden, zijn sterk afhankelijk van artsen. Door hun bijzondere contact met het kind en diens ouders, zijn zij bij uitstek in de positie om kindermishandeling te signaleren en aan te pakken.

Meldcode: inhoud, doel en werkkingsfeer

Deze Meldcode vervangt de KNMG-Meldcode kindermishandeling uit 2002. Zij is het resultaat van een evaluatie in 2007. Bij deze evaluatie werd een groot aantal experts en 'sleutelfiguren' betrokken en ook artsen zelf werden ondervraagd. Uit de evaluatie bleek onder meer dat de oude Meldcode te vrijblijvend werd gevonden. Ook werd de tekst zo geïnterpreteerd dat het beroepsgeheim maar weinig ruimte bood om te melden. Het aantal meldingen bij het AMK afkomstig van artsen, bleek nog steeds erg laag te zijn (gemiddeld ongeveer 2% van alle meldingen).

Deze nieuwe Meldcode geeft meer duidelijkheid over wat er van een arts wordt verwacht bij (vermoedens van) kindermishandeling, waardoor het aantal meldingen door artsen hopelijk zal toenemen. Kern van de wijziging is dat het uitgangspunt 'zwijgen, tenzij' wordt vervangen door het uitgangspunt 'spreken, tenzij'. Deze kerngedachte is neergelegd in een Stappenplan, opgenomen in artikel 4 van de Meldcode, dat precies beschrijft welke stappen een arts kan c.q. moet zetten als hij signalen van kindermishandeling krijgt. Iedere arts wordt geacht bij (een vermoeden van) kindermishandeling dit Stappenplan toe te passen.

Herkenning

Kindermishandeling is een complex en lastig probleem. In de eerste plaats omdat het vaak moeilijk is te herkennen. Ouders die hun kind mishandelen, houden dat meestal angstvallig verborgen. En ook het kind zelf zal niet snel om hulp vragen. De loyaliteit en afhankelijkheid van een kind naar zijn ouders, is erg groot. Daarnaast is de herkenning van kindermishandeling zo moeilijk doordat signalen vrijwel nooit specifiek zijn voor kindermishandeling. Juist in de combinatie van signalen en de leefsituatie van het kind ligt de basis van het vermoeden en het vaststellen van kindermishandeling. Om die reden vervult de huisarts bij de signalering (en aanpak) van kindermishandeling een bijzondere rol: hij heeft als gezinsarts immers niet alleen zicht op het kind, maar ook op alle andere leden van het gezin en op de leefsituatie.

² 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 onvolgmoedigheid 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 (art. 1 onder p Wet op de Jeugdzorg). Zie voor een nadere toelichting op deze definitie: artikel 1 van de Meldcode.

³ Omwille van de leesbaarheid is deze Meldcode in de mannelijke vorm geschreven. Overal waar 'hij', 'hem' of 'zijn' staat, kan echter ook 'zij' of 'haar' worden gelezen.

Dubbele loyaliteit

Een bijkomende factor is dat zorgplicht en loyaliteit van een arts soms niet uitsluitend bij het kind liggen, maar ook bij de ouders als mogelijke daders. Dit is bij de huisarts als gezinsarts bij uitstek het geval. Bij sommige artsen (zoals de volwassenenpsychiater of de arts verstandelijk gehandicapten) ligt de primaire zorgplicht en loyaliteit zelfs overwegend bij de ouders. Hoe dit ook zij: het is de professionele verantwoordelijkheid van alle artsen dat zij kinderen beschermen en kindermishandeling signaleren en melden, óók als zij tevens de ouders als patiënt hebben en óók als het kind niet hun patiënt is maar wel deel uitmaakt van het gezin van hun patiënt.

Denken en doen

Het is van groot belang dat artsen kennis hebben van risicofactoren en signalen van kindermishandeling en dat zij alert zijn op het vóórkomen daarvan. Kindermishandeling moet een vast onderdeel uitmaken van de differentiaaldiagnose van de arts. Maar kennis en alertheid alleen, zijn niet genoeg. De arts moet ook actie ondernemen als hij kindermishandeling vermoedt. Welke actie, op welke manier en op welk moment, is een kwestie van taxatie en afweging en daarvoor biedt deze meldcode handvatten, onder andere in de vorm van een stappenplan. Overleg, samenwerking en afstemming met anderen staan daarbij centraal. Kindermishandeling kan zó complex zijn dat de aanpak ervan de individuele mogelijkheden van een arts vaak overstijgt.

Vaardigheden

Kindermishandeling stelt hoge eisen aan de sociale en communicatieve vaardigheden van artsen. Het vergt tact om kindermishandeling bespreekbaar te maken. Essentieel is dat de arts zich niet veroordelend opstelt. Kindermishandeling is meestal het gevolg van onmacht. Onmacht om andere problemen het hoofd te bieden of onmacht die voortkomt uit pathologie bij ouders en/of kind. Kind en ouder(s) moeten dan ook in de eerste plaats hulp krijgen. Dát moet de insteek zijn van het gesprek met de ouders. Dat neemt niet weg dat het soms nodig kan zijn om ouders en kind door civiel- en/of strafrechtelijk ingrijpen (tijdelijk) van elkaar te scheiden. Soms is dat de enige mogelijkheid om de veiligheid van het kind te waarborgen. Dat is de taak van andere personen en instanties dan de arts, maar handelen van de arts kan wel nodig zijn om deze optie überhaupt mogelijk te maken.

Openheid, beroepsgeheim en het belang van het kind

Het bespreken van kindermishandeling kán de vertrouwensband met kind en/of ouders schaden. Het risico daarvan is, dat ouders en/of kind de behandelrelatie zullen verbreken, terwijl hulp juist zo noodzakelijk is. Hoewel openheid in deze Meldcode het uitgangspunt is, kan het in het belang van het kind soms beter zijn om (tijdelijk) niet open te zijn in het gesprek met ouders. Niet over het feit dat de arts aan kindermishandeling denkt en niet over het feit dat de arts derden gaat inschakelen. Bij dat laatste kan het beroepsgeheim voor complicaties zorgen. Een arts die met anderen over (vermoedens van) kindermishandeling spreekt, heeft daarvoor in beginsel toestemming van betrokkenen nodig. Spreekt hij zonder toestemming, dan doorbreekt hij formeel zijn beroepsgeheim.

Meldrecht

Het doorbreken van het beroepsgeheim is echter onder bepaalde omstandigheden wettelijk toegestaan. Op grond van artikel 53 lid 3 van de Wet op de Jeugdzorg mogen beroepsbeoefenaren met een beroepsgeheim zonder toestemming gegevens verstrekken aan het Bureau Jeugdzorg (in het bijzonder aan het AMK) als dat noodzakelijk is om kindermishandeling te stoppen of een redelijk vermoeden daarvan te laten onderzoeken (meldrecht). Dit meldrecht is gebaseerd op de gedachte dat in bepaalde gevallen het belang van het kind vóór het beroepsgeheim gaat. De regeling in de Wet op de Jeugdzorg is een 'lex specialis' ten opzichte van de algemene wettelijke bepalingen over het beroepsgeheim zoals opgenomen in de WGB0, de Wet BIG en het Wetboek van Strafrecht.

In Nederland heeft de wetgever bewust gekozen voor dit meldrecht en niet voor een wettelijke meldplicht. Aan een wettelijke meldplicht kleven meer nadelen dan voordelen. Zo bestaat de kans dat ouders die hun kinderen mishandelen en weten dat de arts een meldplicht heeft, deze zullen gaan mijden terwijl diens hulp dan juist erg nodig is. Ook kan een meldplicht tot 'defensief melden' leiden: een situatie waarin alles dat maar enigszins lijkt op kindermishandeling wordt gemeld, zonder verdere afweging. Dit kan leiden tot veel onterechte meldingen. Dit is onnodig belastend voor alle betrokkenen waarbij ook nog het gevaar dreigt dat terecht meldingen te laat worden onderzocht. Bij een meldrecht blijft de afweging bij de arts. Deze meldcode biedt handvatten voor het maken van die afweging.

Voor gegevensverstrekking aan de Raad voor de Kinderbescherming geldt een vergelijkbaar soort recht om zonder toestemming informatie te verstrekken. Zie daarover verder artikel 10 van de Meldcode.

Voor gegevensverstrekking aan andere 'derden' dan het Bureau Jeugdzorg en de Raad voor de Kinderbescherming, zoals niet bij de behandelingsovereenkomst betrokken hulpverleners en beroepskrachten, politie of justitie, geldt geen meldrecht. Hier geldt in beginsel het toestemmingsvereiste. Kindermishandeling vormt echter een goede reden om onder omstandigheden (in een 'conflict van plichten', zie Bijlage 1 Zorgplicht, beroepsgeheim en melden) ook deze derden zonder toestemming gegevens te verstrekken. Ook voor dat soort situaties geeft deze meldcode nadere voorwaarden en zorgvuldigheidseisen.

Opzet van de Meldcode

De Meldcode opent met drie artikelen over de algemene verantwoordelijkheden van de arts. Deze betreffen de signalering, vaststelling en aanpak van kindermishandeling en de omgang met dossiergegevens over kindermishandeling. In artikel 4 van de Meldcode is een Stappenplan opgenomen waarin wordt beschreven wanneer en op welke manier de arts het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) moet inschakelen. Het AMK heeft specialistische kennis over kindermishandeling. Het AMK adviseert artsen ook over de manier waarop vermoedens van kindermishandeling met ouders besproken kunnen worden en neemt meldingen aan. Als het daartoe aanleiding ziet, stelt het AMK een onderzoek in.⁴ Volgens het stappenplan is het (anoniem) vragen van advies aan het AMK en eventueel aan een deskundig collega in alle gevallen een 'must'.

⁴ Zie over het AMK Bijlage 2.

Zo mogelijk spreekt de arts vervolgens met de ouders en zo nodig ook met andere betrokken professionals. Vervolgens bepaalt de arts, eventueel in samenspraak met het AMK, of melding moet volgen of (nog) niet. Het stappenplan geeft daarvoor criteria. In de Meldcode wordt ook omschreven wanneer de Raad voor de Kinderbescherming (RvdK) of de politie moet worden ingeschakeld. Meestal doet het AMK dat, maar soms is de situatie dermate acuut, dat de arts zelf direct de Raad moet inschakelen of soms (als een kind ter plekke wordt mishandeld en de arts de situatie niet meester is) zelfs de politie. Een arts kan ook te maken krijgen met een verzoek om informatie van de Raad of de politie, bijvoorbeeld als het AMK (een van) hen inschakelde naar aanleiding van een melding. In de Meldcode wordt omschreven wanneer gegevensverstrekking aan deze derden kan plaatsvinden. Tenslotte beschrijft de Meldcode wanneer de arts gegevens kan uitwisselen met andere hulpverleners en beroepskrachten rond het gezin.

De Meldcode bevat geen termijnen. Vaste termijnen geven een schijn van duidelijkheid die niet te bieden is. Het behoort tot de professionaliteit van de arts om in te schatten hoe snel hij moet handelen. Soms mag het doen van een melding geen dag, wellicht geen uur worden uitgesteld, soms kan even wachten, bijvoorbeeld op een casusoverleg, heel verstandig zijn. Als in deze Meldcode de term 'zo spoedig mogelijk' wordt gebruikt, wil dit zeggen dat van de arts wordt verwacht dat hij zo snel handelt als in de gegeven situatie verantwoord en noodzakelijk is.

De Meldcode heeft betrekking op het signaleren en aanpakken van (vermoedens van) kindermishandeling en niet op het (veel bredere) terrein van de zogenaamde 'vroegsignalering': het tijdig signaleren van risico's op een slechte ontwikkeling van jonge kinderen om te voorkomen dat kindermishandeling plaatsvindt. De Meldcode heeft evenmin betrekking op tertiaire preventie: het behandelen van de gevolgen van kindermishandeling. De Meldcode begeeft zich op het terrein van de secundaire preventie van kindermishandeling. Uiteraard is die (primaire) vorm van preventie ook belangrijk en ook artsen kunnen en moeten daar een bijdrage aan leveren, maar daarop ziet deze Meldcode niet. De Meldcode ziet op de situatie waarin sprake is van kindermishandeling of vermoedens daarvan.

De Meldcode geldt voor alle artsen die beroepsmatig geconfronteerd worden met (vermoedens van) kindermishandeling. Het meest zal dit voorkomen bij huisartsen, jeugdartsen, kinderartsen, gynaecologen, chirurgen, artsen in de spoedeisende eerste hulp en psychiaters. Bij laatstgenoemden speelt de problematiek van kindermishandeling op twee manieren: tijdens de behandeling kan de (kinder)psychiater tot de conclusie komen dat zijn patiëntje het slachtoffer is geworden van kindermishandeling. Maar ook de volwassenenpsychiater kan geconfronteerd worden met dreigende kindermishandeling namelijk als de kinderen van zijn patiënt schade kunnen ondervinden van de stoornis van zijn patiënt. Ook van de volwassenenpsychiater wordt verwacht dat hij die schade helpt te voorkomen, zo nodig ook door melding.

De Meldcode beschrijft de taken en verantwoordelijkheden van de arts in de directe arts-patiëntrelatie. In tal van situaties, zoals bij waarneming of ziekenhuisopname, kunnen meerdere artsen bij de zorgverlening betrokken zijn. Zij dienen dan in onderling overleg te bepalen wie de uit de meldcode voortvloeiende taken en verantwoordelijkheden op zich neemt.

Artikel 1 - Definitie kindermishandeling

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.

Toelichting

Deze definitie is afkomstig uit de Wet op de Jeugdzorg die sinds 1 januari 2005 van kracht is. Het is enerzijds een ruime definitie omdat alle uitingsvormen van kindermishandeling, zoals lichamelijke mishandeling en verwaarlozing, psychische (emotionele, cognitieve) mishandeling en verwaarlozing, het "Pediatric Condition by Falsification" syndroom⁵ en seksueel misbruik, eronder vallen. Maar anderzijds is het begrip kindermishandeling beperkt tot situaties van ernstige (dreigende) schade. Pas dan wordt overheidsingrijpen (naar aanleiding van een melding) gerechtvaardigd geacht. De definitie maakt op die manier duidelijk wanneer een 'pedagogische tik' of 'knuffelen' overgaat in kindermishandeling, namelijk zodra er bij het kind ernstige lichamelijke of psychische schade door kan ontstaan. De definitie omvat niet alleen het slachtoffer zijn van geweld, maar ook het zijn van getuige daarvan. Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat het langdurig getuige zijn van huiselijk geweld, ernstige psychische schade bij een kind kan veroorzaken.

In de definitie duidt de term 'ouders' op de biologische ouders, maar ook op stiefouders, adoptiefouders en pleegouders. Door de toevoeging 'andere personen tot wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat' kan het tevens gaan om anderen van wie het kind afhankelijk is voor aandacht, bescherming en verzorging. Bijvoorbeeld beroepskrachten die een kind een deel van de tijd onder hun hoede hebben, zoals peuterspeelzalleidsters, leerkrachten, groepsleiders en sporttrainers. De term 'onvrijheid' geeft aan dat het ook kan gaan om andere bekenden van het kind die hun machtsoverwicht misbruiken, zoals familie, burens of bekenden.

Dat kindermishandeling meer omvat dan alleen lichamelijk geweld, staat expliciet in de definitie: het gaat om 'elke vorm van voor het kind bedreigende en gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard'. Dat ook verwaarlozing tot kindermishandeling gerekend wordt, blijkt uit de zinsnede 'actief of passief opdringen'. Deze term benadrukt dat het niet noodzakelijk is dat ouders hun kind bewust slecht behandelen. Veelal hebben zij geen erg in de schadelijke gevolgen van hun gedrag voor het kind.

Schade als gevolg van mishandeling kan zich op verschillende manieren voordoen: 'in de vorm van fysiek of psychisch letsel'. Het gaat dus niet alleen om zichtbare schade, zoals blauwe plekken of brandwonden. Kindermishandeling kan ook aanzienlijke geestelijke schade veroorzaken. Schade die vaak moeilijker te herstellen is dan lichamelijk letsel.

⁵ Een bijzondere vorm van fysieke en psychische mishandeling waarbij door een ouder of verzorger bij een kind een ziekte wordt gefingeerd of geïnduceerd.

Waar de definitie stelt dat het gaat om een handeling 'waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend', is een goede interpretatie zonder de nodige achtergrondkennis over de gevolgen van kindermishandeling onmogelijk. Met name de omschrijving 'ernstige schade' en de woordcombinatie 'dreigt te worden berokkend' bieden ruimte voor discussie. In de praktijk is het niet altijd even makkelijk in te schatten of het opvoedingsgedrag van de ouders ernstige negatieve gevolgen heeft voor het kind. En schade die dreigt te worden berokkend is niet direct aantoonbaar. Toch zijn handelingen die op den duur voor grote problemen zorgen, reden om te spreken van kindermishandeling. Het gaat namelijk niet zozeer om een eenmalig voorval dat ernstige schade oplevert. Het betreft met name gedragingen die deel uitmaken van het opvoedingspatroon van de ouders en door hun stelselmatige karakter schade veroorzaken.

Artikel 2 - Algemene verantwoordelijkheid van de arts

1. Iedere arts is alert op risicofactoren voor en signalen van kindermishandeling.⁶
2. 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.
3. 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.
4. Iedere arts beschikt over actuele kennis over de risicofactoren voor - en signalen van kindermishandeling en is in staat om deze te herkennen.
5. Iedere arts beschikt over voldoende vaardigheden om adequaat met (vermoedens van) kindermishandeling om te gaan.

Toelichting

In dit artikel wordt de arts aangesproken op zijn verantwoordelijkheid voor de signalering, diagnostiek en aanpak van kindermishandeling. Het gaat er in de eerste plaats om dat de arts attent is op risicofactoren, signalen en aanwijzingen en dat hij in actie komt om te onderzoeken of er inderdaad sprake is van kindermishandeling. Onduidelijke of diffuse signalen zijn aanleiding om de zaak uit te zoeken en niet om ze te laten liggen vanwege onduidelijkheid.

Iedere arts die geconfronteerd wordt met vermoedens van kindermishandeling, wordt geacht te handelen volgens het in artikel 4 opgenomen stappenplan.

De arts is er ook verantwoordelijk voor dat zijn kennis en vaardigheden op peil blijven. De meldcode vraagt niet van alle artsen een zelfde kennis- en vaardigheidsniveau. Waar het om gaat, is dat een arts zich binnen zijn eigen taakveld en mogelijkheden, inspant om signalen te herkennen en aan te pakken. Lid 3 vraagt van de arts om bij de signalering gebruikelijke diagnostische methoden te hanteren. De meldcode schrijft niet één methode voor. Per sector worden vaak verschillende methoden gehanteerd en in sommige sectoren moeten deze nog ontwikkeld worden. Zie bijlage 6 voor het SPUTOVAMO-formulier: een voor de Spoedeisende Eerste Hulp ontwikkelde, maar ook elders wel gehanteerde signaleringsmethode voor lichamelijk letsel.

⁶ Zie Bijlage 5 over risicofactoren en signalen van kindermishandeling.

Artikel 3 - Dossievoering

1. 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.
2. De arts bewaart dossiers die gegevens bevatten over (vermoedens van) kindermishandeling, totdat het kind op wie de gegevens betrekking hebben 34 jaar is geworden of zoveel langer als in verband met goed hulpverlenerschap noodzakelijk is.
3. Vernietiging van gegevens over (vermoedens van) kindermishandeling uit het dossier van het kind vindt uitsluitend plaats op verzoek van het kind zelf en uitsluitend als dat de leeftijd van 16 jaar heeft bereikt en in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake.
4. Een verzoek van een ouder om vernietiging van gegevens over (vermoedens van) kindermishandeling uit diens eigen dossier, kan worden geweigerd vanwege het gerechtvaardigd belang van betrokken kinderen bij bewaring van die gegevens.
5. Goed hulpverlenerschap kan meebrengen dat de arts ouders inzage in en/of afschrift van gegevens over kindermishandeling weigert.

Toelichting

Lid 1 Omvang dossierplicht

Op grond van de WGB0(art. 7:454 BW) is een arts verplicht van iedere patiënt een dossier in te richten. In dat dossier houdt hij aantekening van 'de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en de te diens aanzien uitgevoerde verrichtingen en neemt daarin andere stukken, bevattende zodanige gegevens, daarin op, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening aan hem noodzakelijk is'.

In het kader van kindermishandeling betekent deze norm dat de arts alle waarnemingen die hij doet en informatie die hij krijgt, alle stappen die hij zet en de contacten die hij heeft, zorgvuldig en zo objectief mogelijk vastlegt in het dossier van de cliënt. Dit opdat hij op basis van alle relevante gegevens waarover hij beschikt, besluiten kan nemen over het in gang zetten van hulp of het doen van een melding. Schriftelijke verslaglegging van (vermoedens van) kindermishandeling en van de met het oog daarop ondernomen stappen, is ook van groot belang voor de continuïteit van hulpverlening, bijvoorbeeld voor de situatie van waarneming. Deze gegevens kunnen daarom niet als persoonlijke werkaantekening buiten het dossier worden gehouden.

Lid 2 tot en met 4 Bewaartermijn en vernietiging

Gegevens in het patiëntendossier moeten in principe worden bewaard tot 15 jaar nadat zij werden vervaardigd. Langere bewaring is toegestaan voor zover dat uit een oogpunt van goed hulpverlenerschap redelijkerwijs noodzakelijk is. In de praktijk start de bewaartermijn bij

minderjarigen op het moment dat het betrokken kind 18 jaar wordt.⁷ Bewaring van gegevens uit de minderjarigheid vindt dus standaard plaats tot het 34ste levensjaar. In deze meldcode is - althans voor dossiers die gegevens bevatten over (vermoedens van) kindermishandeling – aansluiting gezocht bij die praktijknorm.

Een verzoek om vernietiging van (een deel van) het dossier afkomstig van een (wilsbekwame) patiënt van 12 jaar of ouder, moet volgens de WGB0 in principe binnen 3 maanden worden ingewilligd, tenzij bewaring van aanmerkelijk belang is voor een ander dan de patiënt of vernietiging op grond van een andere wettelijke regeling verboden is. Is het kind jonger dan 12 jaar of niet wilsbekwaam, dan kunnen in beginsel diens ouders om vernietiging vragen. In deze meldcode is gekozen voor beperkte mogelijkheden tot vernietiging van gegevens over (vermoedens van) kindermishandeling. Deze keuze is ingegeven door goed hulpverlenerschap. Vernietiging van deze gegevens kan grote gevolgen hebben voor de bewijsrechtelijke positie van het slachtoffer wanneer deze op latere leeftijd aangifte wil doen van kindermishandeling. Aansluiting is gezocht bij de leeftijdsgrens waarop het kind in de gezondheidszorg in principe zelfstandig over zichzelf mag beslissen. Om die reden mag vernietiging van gegevens uit het dossier van het kind, alleen plaatsvinden op verzoek van het kind zelf en alleen als dat 16 jaar of ouder is en de eigen belangen met betrekking tot die gegevens voldoende kan overzien. De arts moet er zeker van zijn dat het kind het vernietigingsverzoek vrijwillig doet en niet onder druk staat van zijn ouder(s). Een vernietigingsverzoek afkomstig van een ouder kan alleen worden gehonoreerd als dat betrekking heeft op gegevens uit het eigen dossier en alleen als het belang van het kind zich niet tegen vernietiging verzet. Doet het kind ooit een verzoek om inzage in het dossier van zijn ouders, dan kan dat overigens niet zomaar worden gehonoreerd, zie hierna.

Lid 5 Inzage en afschrift

Omdat gegevens over kindermishandeling onderdeel uitmaken van het dossier, kunnen zij niet als persoonlijke werkaantekeningen buiten het dossier worden gehouden. Daarmee zijn gegevens uit het dossier van het kind in beginsel ter inzage aan de ouders. Volgens de WGB0 hebben de ouders van kinderen tot 12 jaar recht op inzage in - en afschrift van de gegevens in dat dossier tenzij het gegevens betreft die de privacy van derden kunnen schaden. Vanaf 12 jaar hebben ouders deze rechten alleen voor zover zij die nodig hebben om mede toestemming te geven voor een behandeling. Is het kind 16 jaar of ouder, dan hebben de ouders deze rechten niet meer, tenzij het kind niet in staat is om zelf over de behandeling te beslissen. In dat geval hebben ouders recht op inzage en afschrift voor zover nodig om over de behandeling te beslissen. Het kind zelf heeft recht op inzage in zijn dossier vanaf 12 jaar.

Inzage door en/of afschrift aan de ouders moeten achterwege blijven als de hulpverlener daardoor niet geacht wordt de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen. Toegespit op de verslaglegging over (vermoedens van) kindermishandeling kan dit laatste betekenen dat de arts de ouders inzage en/of afschrift onthoudt wanneer dit noodzakelijk is in het (gezondheids- cq. privacy)belang van het kind. Ook overwegingen van veiligheid van de verslagleggende arts kunnen onder omstandigheden een reden vormen om geen inzage te verstrekken.

⁷ Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGB0. Deel 3 Dossier en bewaartermijnen, Utrecht: KNMG 2004, p. 33.

Verwijsindex Risicjongeren

Momenteel wordt gewerkt aan de introductie van een landelijke Verwijsindex Risicjongeren (VIR). De VIR moet ervoor gaan zorgen dat informatie-uitwisseling en samenwerking tussen instanties in de jeugdketen verbeterd. Van beroepskrachten (in jeugdgezondheidszorg, onderwijs, jeugdzorg, veiligheid, werk en inkomen) wordt verwacht dat zij een melding doen als zij bij een jeugdige problemen vaststellen die een risico vormen voor diens ontwikkeling. De VIR wil ook hulpverleners onderling informeren over hun betrokkenheid bij de hulpverlening. Wanneer precies moet worden gemeld en wat, en of dat zonder toestemming mag, is nog onduidelijk. Zodra er meer duidelijkheid is, zal deze Meldcode zo nodig aan de verwijsindex worden aangepast.

Artikel 4 - Stappenplan bij (vermoedens van) kindermishandeling

Stap 1 • Onderzoek

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

Toelichting

Bij een vermoeden van kindermishandeling is het van groot belang dit zo volledig mogelijk te onderzoeken. Beschuldigt iemand een ander (bv. de ene ouder de ander) van kindermishandeling, dan is nader onderzoek altijd aangewezen. Ook stap 3 (zie hierna) kan daarbij helpen. Zo mogelijk dient het kind lichamelijk te worden onderzocht.

De arts houdt in het dossier zorgvuldig aantekening van de aanwijzingen die hij heeft, van de onderzoeken die met het oog daarop zijn gedaan en van de uitkomsten daarvan. Daarbij onderscheidt hij duidelijk tussen eigen bevindingen en de (subjectieve) mening van anderen.

Stap 2 • Advies bij het AMK en eventueel bij een deskundig collega

De arts vraagt advies aan het AMK en eventueel aan een deskundig collega over zijn vermoedens en bevindingen. De arts presenteert de casus daarbij anoniem.

Toelichting

De arts vraagt in ieder geval advies aan het AMK en eventueel ook aan een deskundig collega. Bij het AMK werken deskundigen op het gebied van kindermishandeling, waaronder de vertrouwensarts inzake kindermishandeling. Om die reden dient een arts over (een vermoeden van) kindermishandeling in ieder geval advies te vragen bij het AMK. Daarnaast verdient het aanbeveling ook een deskundig collega te consulteren. Welke collega terzake deskundig is, hangt af van de aard en omstandigheden van het geval. De kinderarts heeft in ieder geval specialistische kennis over kindermishandeling en zeker als het om een opgenomen kind gaat, ligt het voor de hand deze te consulteren. Ligt de vraagstelling echter vooral op het terrein van de keel- neus en oorheelkunde dan zal (ook) de KNO-arts moeten worden benaderd. Doel van een advies is te komen tot een antwoord op de vraag

- of sprake is of kan zijn van kindermishandeling;
- welke acties de arts kan ondernemen om meer duidelijkheid te krijgen;
- op welke manier hij het vermoeden met de ouders kan bespreken;
- welke hulpverlening kan worden ingezet om het risico af te wenden;

- op welke manier de taken en verantwoordelijkheden kunnen worden verdeeld en
- of een melding aangewezen is.

Bij een advies is geen sprake van uitwisseling van persoonsgegevens; de casus wordt anoniem gepresenteerd. Het vragen van advies is dan ook niet in strijd met het beroepsgeheim. Tel.nr. AMK: 0900-1231230, 5 eurocent per minuut, automatische doorschakeling naar eigen regio, 24 uur per dag bereikbaar.

Stap 3 • Zo mogelijk gesprek met ouders

De arts bespreekt aanwijzingen en signalen van kindermishandeling met de ouders, tenzij dit niet mogelijk is uit vrees voor de veiligheid of gezondheid van het kind of andere kinderen uit het gezin, als redelijkerwijs gevreesd moet worden dat de arts het kind daardoor uit het oog zal verliezen of als de arts vreest voor zijn eigen veiligheid. Besluit de arts zijn vermoeden niet met de ouders te bespreken, dan zoekt hij waar mogelijk naar een ander geschikt moment om de ouders alsnog in te lichten.

Toelichting

Als gezegd is openheid naar de ouders het uitgangspunt. Er zijn echter situaties waarin het belang van het kind openheid onmogelijk maakt, bijvoorbeeld als ouders het kind daardoor dreigen te onttrekken aan hulpverlening of anderszins (extra) schade aan het kind of andere kinderen uit het gezin dreigen te berokkenen. Ook als de veiligheid van de arts zelf in het geding is, kan hij afzien van openheid naar de ouders. Wel wordt van de arts verwacht te zoeken naar andere mogelijkheden om de ouders alsnog over zijn vermoedens te informeren. Wordt een gesprek gevoerd, dan kan de arts uiteraard ook de mogelijkheid van een verwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening (zie ook stap 5b) opperen. Zie ook Bijlage 3, Tips voor gesprekken met ouders.

Stap 4 • Zo nodig overleg met betrokken professionals

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

Toelichting

Overleg met andere bij het gezin betrokken hulpverleners of beroepskrachten, zoals de jeugdarts, de huisarts, een behandelend specialist, de leerkracht van school, de leidster van de kinderopvang et cetera, kan zinvol of noodzakelijk zijn om een vermoeden van kindermishandeling nader te onderzoeken.

Uitgangspunt is dat dergelijk overleg alleen plaatsvindt met toestemming van betrokkenen (kind en/of ouders). Er zijn echter situaties denkbaar waarin toestemming niet wordt gegeven of de arts zelfs geen toestemming wil vragen, bijvoorbeeld als hij op dat verzoek een dermate heftige reactie van de ouders verwacht, dat de veiligheid van het kind of van hemzelf op het spel komt te staan. In dat geval kan de arts ook zonder toestemming met derden overleggen althans, als dat nodig is om het vermoeden te verifiëren. Het is aan de arts om uit te maken of overleg met een betrokken professional nodig is of niet. Zo kan een overweging zijn dat op die manier een melding wellicht nog kan worden voorkomen dan wel beter kan worden onderbouwd. De zorgplicht van de arts jegens het kind, zoals deze voortvloeit uit het vereiste van goed hulpverlenerschap, brengt dan

met zich mee dat de arts zich daar dan voor inspant. Het kan dan onvermijdelijk zijn dat de arts overlegt met andere professionals, om te weten of zijn vermoeden door anderen wordt herkend of niet, zo nodig zonder toestemming van de ouders. Zou de arts deze ruimte juridisch niet hebben, dan is hij niet in staat de krachtens deze Meldcode op hem rustende verantwoordelijkheden waar te maken. Nadelen daarvan kunnen zijn: het achterwege laten van een melding of het doen van een melding op grond van onvoldoende informatie. Beide gevallen zijn niet in het belang van het kind.

Stap 5a › Reële kans op schade? Zo spoedig mogelijk melden bij AMK

Wordt het vermoeden bevestigd of in elk geval niet weggenomen en is er een reële kans op schade door (het voortduren van de) kindermishandeling, dan doet de arts zo spoedig mogelijk een melding bij het AMK.

De arts informeert de ouders over zijn melding, tenzij dit niet mogelijk is in verband met de veiligheid van het kind of andere kinderen uit het gezin, als redelijkerwijs gevreesd 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.

Toelichting

Van de arts wordt verwacht dat hij zijn vermoeden van kindermishandeling onderbouwt met feiten. Voor een melding moet sprake zijn van een reële kans op schade en die kans moet enigszins worden getaxeed. Het woordje 'reële' maakt duidelijk dat de enkele (theoretische) kans op schade onvoldoende basis is voor een melding. Pas als een vermoeden kan worden onderbouwd met (zoveel mogelijk feitelijke) informatie uit het onderzoek en overleg dat de arts heeft gevoerd, is een melding aan de orde. Daarbij moet de arts duidelijk kunnen maken welk risico hij denkt dat het kind loopt, hoe reëel dat is en welke schade het kind volgens hem kan oplopen. Daarbij betreft hij ook mogelijke risico's voor andere kinderen in het gezin en de kans dat de ouders in de toekomst nog meer kinderen kunnen krijgen voor wie zij een bedreiging kunnen vormen. Belangrijke factoren die moeten worden meegewogen kunnen onder andere zijn:

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

De arts meldt vervolgens zo objectief, feitelijk en volledig mogelijk welke aanwijzingen en signalen hij heeft, welke risico's het kind en eventuele andere kinderen lopen en welke stappen hij reeds heeft gezet. De arts verstrekt niet meer gegevens dan nodig voor het onderzoek door het AMK.

In het meldingsgesprek komt ook aan de orde of en zo ja, welke stappen de arts zelf kan zetten om het kind en/of diens ouder(s) te helpen en de mogelijke kindermishandeling te stoppen.

Er zijn omstandigheden denkbaar waarin de arts in uitzonderingsgevallen kan besluiten om (nog) niet te melden terwijl er toch een reële kans op schade is. Een dergelijke situatie kan zich voordoen als de arts nog de enige is die contact heeft met het gezin en vrijwel zeker is dat het gezin ook hem zal gaan mijden als hij een melding doet. Soms kan het dan beter zijn dat 'lijntje' met het gezin open te houden. Als de arts dit overweegt, dient hij eerst de mogelijkheid van anoniem melden te bespreken met het AMK (zie artikel 5). Biedt dat onvoldoende soelaas, dan dient de arts te bewerkstelligen dat een andere professional de melding doet. Tel.nr. AMK: 0900-1231230, 5 eurocent per minuut, automatische doorschakeling naar eigen regio, 24 uur per dag bereikbaar.

Stap 5b › Monitoren van hulp, zo nodig alsnog melden bij AMK

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

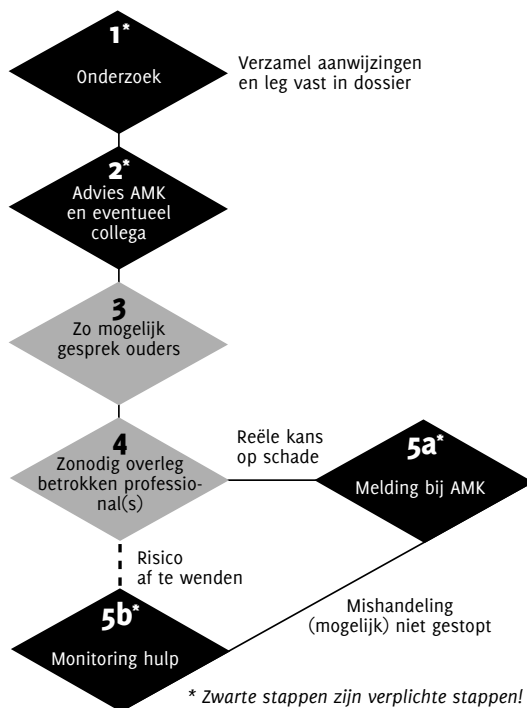
Toelichting

De arts kan kind en/of ouders verwijzen voor gespecialiseerde hulp. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan verwijzing naar maatschappelijk werk, GGZ of GGZ Kinder en Jeugd, Bureau Jeugdzorg of Centrum voor Jeugd en Gezin. De arts dient zich ervan te vergewissen of deze hulp voldoende effect heeft. Dit kan hij doen door ofwel het gezin zelf te blijven 'monitoren' of ervoor te zorgen dat iemand anders deze verantwoordelijkheid draagt. In het eerste geval maakt de arts een afspraak voor één of meer vervolgscontacten. In deze vervolgscontacten onderzoekt de arts of de kindermishandeling is gestopt en of er voldoende hulp wordt geboden. Daarbij is de arts alert op signalen die kunnen wijzen op het voortduren van kindermishandeling. De arts betreft daarbij niet alleen de situatie van het kind maar ook die van andere kinderen in het gezin.

Blijkt de mishandeling niet of niet volledig gestopt of zijn daar aanwijzingen voor, dan doet de arts alsnog een melding bij het AMK. In het meldingsgesprek komt ook aan de orde of en zo ja, welke stappen de arts zelf kan zetten om te helpen en de kindermishandeling te stoppen.

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 gevreesd 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



Acute situatie? Schakel direct RvdK of politie in!

Artikel 5 - Anoniem melden

De arts doet zijn 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.

Toelichting

Anoniem melden betekent niet dat de meldende arts de persoonsgegevens van het betrokken gezin niet doorgeeft aan het AMK. Het betekent dat de arts de naam van - en informatie over deze personen aan het AMK verstrekt onder de uitdrukkelijke voorwaarde dat het AMK aan deze personen noch aan andere derden mededeelt wie de melding heeft gedaan. Het AMK zal in zo'n geval evenmin feiten of omstandigheden mededelen die indirect kunnen leiden tot herkenning van de persoon van de arts/melder.

De Meldcode opent de mogelijkheid om anoniem te blijven voor gevallen waarin er vrees is voor de veiligheid c.q. de gezondheid van het betrokken kind, voor de veiligheid van de meldende arts zelf of voor een verstoring van de vertrouwensrelatie arts-patiënt. Dit sluit aan bij de gronden waarop het AMK kan afzien van bronvermelding aan betrokkenen zoals vermeld in art. 55 lid 3 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de Jeugdzorg.

Het AMK zal de arts vragen naar zijn motieven om anoniem te willen blijven. Anonimiteit van de melder kan het onderzoek van het AMK bemoeilijken. Dit is met name het geval wanneer de te verstrekken informatie bij gebruik door het AMK onherroepelijk zal leiden tot herkenning van de arts/melder. Het AMK zal daarover dan met de arts overleggen. Soms zal anonimiteit van de arts/melder betekenen dat het AMK de melding niet (verder) in behandeling kan nemen. Om die reden verlangt de Meldcode van de arts om terughoudend met de mogelijkheid van anonimiteit om te gaan.

Artikel 6 - Informatie op verzoek van het AMK

1. De arts die door het AMK wordt benaderd om informatie, verstrekt - eventueel ook zonder de toestemming van betrokkenen - alle tot zijn beschikking staande informatie die noodzakelijk is om kindermishandeling te stoppen of een redelijk vermoeden daarvan te laten onderzoeken.
2. Het AMK onderbouwt haar verzoek zodanig dat de arts kan bepalen welke gegevens relevant kunnen zijn voor het AMK en welke niet.
3. De arts kan alleen van informatieverstrekking afzien om gewichtige redenen, het belang van het kind betreffende. De arts deelt een dergelijk afwijzend besluit gemotiveerd aan het AMK mee.

Toelichting

Het AMK kan naar aanleiding van een melding besluiten een onderzoek in te stellen. Het AMK wint dan informatie in bij verschillende beroepskrachten in de omgeving van het gezin, zoals leerkrachten, het consultatiebureau et cetera. Ook artsen kunnen op die manier worden gevraagd om als informant van het AMK op te treden. In de regel gebeurt dit na het gesprek van het AMK met de ouders. De ouders zijn dan op de hoogte dat het AMK informanten gaat benaderen. Indien de melding daar aanleiding toe geeft, heeft het AMK de bevoegdheid om in de beginfase vooronderzoek te doen zonder medeweten van de ouders. In die laatste situatie zal het AMK dit vermelden.

Voor iedere arts die een verzoek om informatie van het AMK krijgt, blijft uitgangspunt dat informatieverstrekking met toestemming van het kind en/of diens ouders plaatsvindt. Het meldrecht uit de WJZ biedt artsen echter zeker de mogelijkheid om zonder toestemming informatie aan het AMK te verstrekken. Dit is toegestaan als dat 'noodzakelijk is om kindermishandeling te stoppen of een redelijk vermoeden te onderzoeken.'

De meldcode verlangt daarom van de arts om in beginsel (relevante) informatie te verstrekken vanuit de gedachte dat - als het AMK onderzoek heeft ingesteld - in elk geval sprake is van een redelijk vermoeden en van een noodzaak om (vermoedens van) mishandeling te onderzoeken. Wel moet het AMK de arts helpen bij diens belangenafweging en bij het bepalen welke gegevens relevant kunnen zijn voor het onderzoek en welke niet. De arts kan afzien van informatieverstrekking om 'gewichtige redenen, het belang van het kind betreffende'. Op de arts rust dan wel een expliciete motiveringsplicht: de meldcode verlangt van hem om duidelijk te motiveren waarom hij geen informatie verstrekt.

Artikel 7 - Terugkoppeling door het AMK

1. Meteen nadat het AMK heeft besloten wat er met een melding wordt gedaan, neemt het contact op met de arts die informatie verstrekke, om hem dat mede te delen. In dit gesprek wordt zo mogelijk ook besproken wat de bijdrage van de arts kan zijn om de kindermishandeling te stoppen en de betrokkenen te helpen.
2. Als de betrokkenheid van het AMK wordt afgesloten, neemt het AMK opnieuw contact op met de arts. In dit contact wordt de arts geïnformeerd over de acties die zijn ondernomen om de mishandeling te stoppen en betrokkenen te helpen. Ook wordt besproken of, en zo ja op welke wijze, de arts deze acties kan ondersteunen.
3. De mate waarin het AMK de arts informeert is afhankelijk van:
 - de betrokkenheid van de arts bij de uitvoering van de hulpverlening aan de cliënt en de aanpak om de kindermishandeling te stoppen;
 - de aard en intensiteit van de contacten die de arts met de cliënt heeft.

Toelichting

Op basis van de melding, het onderzoek en de verdere diagnostiek kan het AMK besluiten:

- a. voor het gemelde kind en/of diens gezin een verwijzing te organiseren voor hulp en begeleiding door andere instanties;*
- b. een netwerk rond het gezin te creëren;*
- c. de Raad voor de Kinderbescherming in te schakelen;*
- d. aangifte te doen bij de politie;*
- e. geen verdere actie te ondernemen.*

Terugkoppeling over een besluit door het AMK is van groot belang voor de samenwerking en afstemming in de jeugdketen. In de keten moet men zijn observaties en eventueel te zetten stappen op elkaar kunnen afstemmen.

Om die reden wordt in deze meldcode van het AMK verlangd artsen zoveel mogelijk feedback te geven, niet alleen de arts/melder maar ook de arts die als informant voor het AMK optrad en ook niet alleen over het besluit van het AMK, maar ook over het afsluiten van de betrokkenheid van het AMK.

Artikel 8 - Informatie aan Bureau Jeugdzorg

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.

Toelichting

Het meldrecht uit art. 53 lid 3 de Wet op de Jeugdzorg geldt niet alleen ten opzichte van het AMK. Ook aan andere personen werkzaam bij het Bureau Jeugdzorg, mogen artsen zonder toestemming informatie verstrekken als dat noodzakelijk is om kindermishandeling te stoppen of een vermoeden daarvan te laten onderzoeken. Te denken valt in het bijzonder aan de gezinsvoogd. Er zijn overigens plannen om te komen tot een meer omvattende wettelijke mogelijkheid voor professionals met een beroepsgeheim om gegevens te verstrekken aan de gezinsvoogd. Tot die tijd dient in elk geval gebruik te worden gemaakt van de mogelijkheden die de huidige wet reeds biedt.

Artikel 9 - Informatie aan andere betrokken professionals

Een arts kan aan een andere bij het gezin betrokken hulpverlener of beroepskracht zonodig 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.

Toelichting

In het Stappenplan (artikel 4) wordt bij stap 4 beschreven onder welke omstandigheden een arts – eventueel ook zonder toestemming – kan overleggen met andere hulpverleners of beroepskrachten om zijn vermoeden van kindermishandeling te verifiëren. In dit artikel wordt in meer algemene zin beschreven dat een arts zo nodig ook zonder toestemming informatie over (vermoedens van) kindermishandeling mag verstrekken aan andere professionals als dat noodzakelijk is om meer duidelijkheid te krijgen over een vermoeden of om noodzakelijke hulp met anderen af te stemmen. Uitgangspunt blijft dat informatie in beginsel alleen met toestemming van betrokkenen (ouders en/of kind) wordt verstrekt. Is het echter niet mogelijk om toestemming te krijgen dan wel te vragen, dan biedt art. 9 de mogelijkheid om eventueel ook zonder die toestemming gegevens uit te wisselen. Het belang van het kind en het goed hulpverlenerschap, rechtvaardigen een dergelijke inbreuk op de privacy van betrokkenen. Uiteraard moet terughoudend met deze mogelijkheid worden omgegaan en mag de arts alleen relevante gegevens verstrekken.

Artikel 10 - Contact met de Raad voor de Kinderbescherming

1. Het AMK is de eerstelijns voorziening voor het doen van meldingen. Als echter sprake is van een situatie die zó acuut is dat onmiddellijk ingrijpen met een kinderschermingsmaatregel noodzakelijk is, dan doet de arts zijn melding direct bij de Raad voor de Kinderbescherming.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.

Toelichting

In het Burgerlijk Wetboek (art. 1: 240 BW) is voorzien in een recht voor geheimhouders om zonder toestemming van degene die het betreft, inlichtingen te verstrekken aan de Raad voor de Kinderbescherming 'indien dit noodzakelijk kan worden geacht voor de uitoefening van de taken van de raad'.

In deze meldcode is het uitgangspunt dat een arts (vermoedens van) kindermishandeling meldt aan het AMK. Het AMK is de eerstelijns voorziening voor het doen van meldingen. Is echter sprake van een (ernstig vermoeden van een) zó acute situatie dat onmiddellijk ingrijpen met een kinderschermingsmaatregel (zoals een voorlopige ondertoezichtstelling en/of een (tijdelijke) uithuisplaatsing) overwogen moet worden en is het AMK niet bereikbaar of reageert dit naar de mening van de arts onvoldoende direct op diens melding, dan kan de arts ook een melding doen aan de Raad. De Raad fungeert dan dus als vangnet voor het AMK. Te denken valt aan de situatie dat ouders een kind uit het ziekenhuis dreigen mee te nemen terwijl het kind thuis groot gevaar loopt of aan de situatie dat een kind direct uit huis moet worden geplaatst.

De Raad zal de melding alleen in behandeling nemen, als hij ook van mening is dat van een zó acute situatie sprake is dat een kinderschermingsmaatregel getroffen moet worden. De Raad doet daarvan mededeling aan het AMK als het AMK al bij het betreffende gezin betrokken was. In alle andere (minder acute gevallen) zal de Raad de melding door-/teruggeleiden naar het AMK.

Wordt de arts door de Raad benaderd met het verzoek om informatie in het kader van een onderzoek door de Raad, dan kan dat ook om andere zaken gaan dan om (vermoedens van) kindermishandeling. De kerntaken van de Raad zijn drieërlei: bescherming, scheiding en omgang, en strafzaken waarin minderjarigen betrokken zijn. Daarnaast heeft de Raad ook een taak op andere terreinen waarbij de belangen van het kind in het spel zijn, zoals adoptie, het afstand doen van een kind en afstammingsvragen. In deze Meldcode wordt alleen ingegaan op het verstrekken van gegevens aan de Raad met het oog op (vermoedens van) kindermishandeling. Hoofregel is dat als de Raad een arts benadert als informant, de arts daarvoor toestemming vraagt aan betrokkenen. Kan die echter niet worden verkregen of zelfs niet gevraagd, dan mag de arts relevante informatie verstrekken voor zover nodig voor het onderzoek van de Raad dan wel om kindermishandeling te stoppen. De arts verstrekt zijn informatie bij voorkeur schriftelijk. Ook moet hij er voor waken dat zijn informatie feitelijk is en objectief; het is niet aan de arts om een oordeel uit te spreken over de geschiktheid van (een van beide) ouders om voor het kind te zorgen. Dat is de taak van de Raad en de kinderrechter.

Anders dan bij het verstrekken van informatie aan het AMK, is het niet mogelijk om anoniem informatie aan de Raad te verstrekken. De arts zal voor het betrokken gezin altijd herkenbaar zijn als degene van wie de informatie afkomstig is.

Artikel 11 - Contact met politie/justitie

1. 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.
2. 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 (waaronder de arts zelf), of als redelijkerwijs gevreesd moet worden dat de ouders geen contact meer met de arts zullen houden.
3. 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.

Toelichting

Rechtstreeks opnemen van contact met de politie is voor een arts met een geheimhoudingsplicht over het algemeen de zwaarste stap die hij kan zetten naar aanleiding van kindermishandeling. Voor deze stap geldt dat er sprake moet zijn van een conflict van plichten.⁸ De arts zal, gelet op zijn beroepsgeheim, hiertoe pas kunnen overgaan als hij meent dat alleen dit zware middel (op eigen initiatief gegevens verstrekken aan de politie) zal leiden tot het doel dat hij beoogt: het afwenden van acuut gevaar voor de veiligheid van een kind. In alle andere gevallen ligt het doen van een melding bij het AMK meer voor de hand. Het AMK kan naar aanleiding van een melding besluiten om zelf met politie/justitie contact te zoeken, bijvoorbeeld om aangifte te doen.

Als politie of justitie de arts benaderen naar aanleiding van een melding of aangifte door het AMK of iemand anders, dient de arts zich - als hij geen toestemming voor informatieverstrekking kan krijgen - eveneens af te vragen of sprake is van een conflict van plichten. Waarheidsvinding als zodanig, is onvoldoende reden om informatie aan politie/justitie te verstrekken. Er kan wel sprake zijn van een conflict van plichten als met informatieverstrekking gevaar voor de veiligheid of het leven van een kind kan worden voorkomen. Zo kan de kans op herhaling, eventueel ook bij een ander kind uit hetzelfde gezin of bij een eventueel toekomstig kind, onder omstandigheden reden zijn voor medewerking aan een strafrechtelijk onderzoek en dus voor het verstrekken van informatie aan politie of justitie.

Strafrechtelijk ingrijpen wordt soms ook ingezet om een dader te bewegen tot behandeling. Als daderbehandeling kan bijdragen aan minimalisering van de kans op herhaling, waarheidsvinding noodzakelijk is voor het opleggen van een maatregel die (mede) tot daderbehandeling leidt en informatieverstrekking daadwerkelijk kan bijdragen aan waarheidsvinding, dan kan een arts besluiten om informatie te verstrekken. Zie over dit onderwerp ook de Richtlijn Beroepsgeheim arts jegens politie en justitie van de KNMG.⁹

⁸ Zie Bijlage 1 Zorgplicht, beroepsgeheim en melden.

⁹ KNMG, Utrecht 2005. Te downloaden via www.knmg.nl/vademecum, item IX Capita selecta, nr. 11.

Bijlage 1 Zorgplicht, beroepsgeheim en melden

Artsen hebben een zorgplicht voor hun patiënten. Die plicht is onder andere neergelegd in de WGBO. Deze wet verlangt van de arts dat hij bij zijn werkzaamheden 'de zorg van een goed hulpverlener' in acht neemt. Deze zorgplicht betekent onder meer dat de arts een kind dat aan zijn zorg is toevertrouwd, behoedt voor schade. Het opzettelijk verzaken van een zorgplicht is strafbaar. Art 255 Wetboek van Strafrecht bepaalt: *'hij die opzettelijk iemand tot wiens onderhoud, verpleging of verzorging hij krachtens wet of overeenkomst verplicht is, in een hulpeloze toestand brengt of laat, wordt gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste twee jaren of geldboete van de vierde categorie.'*

De zorgplicht van de arts brengt ook met zich mee dat hij actie onderneemt als hij kindermishandeling vermoedt. Die actie is erop gericht om vast te stellen of sprake is van kindermishandeling, wat daarvan de oorzaak is en als de arts vaststelt dat van kindermishandeling sprake is, hoe deze het beste kan worden gestopt. In sommige gevallen zal de arts de ouders zelf tot (vrijwillige) hulpverlening kunnen bewegen. In dat geval is het zaak dat de arts 'vinger aan de pols' houdt en bewaakt dat het risico afdoende wordt afgewend. Als de arts dat niet zelf kan doen, zal hij zich ervan moeten vergewissen dat deze verantwoordelijkheid elders is belegd.

Vaak zal de problematiek de eigen mogelijkheden van de arts overstijgen. In dat geval is overleg, samenwerking en afstemming met anderen aangewezen. Als dat zonder toestemming van de ouders moet gebeuren, kan het beroepsgeheim tot vragen leiden.

Het beroepsgeheim is er, opdat de patiënt zich vrij voelt de arts te bezoeken zonder vrees dat datgene wat hij hem toevertrouwt, aan anderen wordt doorverteld. In de rechtspraak is echter aanvaard dat de belangen die met beroepsgeheim zijn gediend, opzij mogen worden gezet als daarmee schade voor anderen kan worden voorkomen. De arts staat dan voor een 'conflict van plichten': de plicht om het beroepsgeheim te handhaven, komt in conflict met een andere plicht, namelijk om schade te voorkomen. Toegespitst op de problematiek van de kindermishandeling betekent de leer van het conflict van plichten dat de arts die (vermoedens van) kindermishandeling heeft, zijn beroepsgeheim opzij mag zetten als dat nodig is om het belang van het kind te kunnen behartigen. Het belang van het kind gaat vóór het beroepsgeheim en de arts kan besluiten om zonder toestemming van ouders of kind, met anderen te spreken als dat nodig is om het kind voor schade te behoeden.

De leer van het conflict van plichten is ontwikkeld voor gevallen waarin er een grote kans dat, indien de arts zijn beroepsgeheim niet schendt, de bedoelde schade zal optreden. Bij vermoedens van kindermishandeling is van zo'n situatie nog niet altijd sprake, bijvoorbeeld als de arts in de fase verkeert van stap 4 uit het Stappenplan (art. 4 Meldcode). Dan gaat het er vaak juist om te verifiëren of er sprake is van schade of de kans daarop. Strikt genomen zou dan kunnen worden gesteld dat van een conflict van plichten nog geen sprake is. Toch moet de arts, om aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen, zo nodig ook dan met anderen gegevens kunnen uitwisselen. Als de juridische basis hiervoor niet kan worden afgeleid uit het conflict van plichten zal deze moeten worden gevonden in de –op de specifieke context van kindermishandeling toegespitste– zorgplicht van de arts, zoals deze besloten ligt in de medische ethiek (gedragsregels voor artsen) en de wetgeving (art. 7:453 BW; art. 255 Sv).

Zou de (tucht)rechter achteraf gevraagd worden om een oordeel te geven over het optreden van de arts, dan wordt vooral de zorgvuldigheid beoordeeld van de totstandkoming van het besluit. Daarbij wordt o.a. gelet op collegiale consultatie, zorgvuldige verzameling van relevante feiten en een zorgvuldige en concrete afweging van belangen. Mede daarom is het ook zo belangrijk dat alle stappen en redenen die tot deze stappen hebben geleid, zorgvuldig worden vastgelegd in het dossier.

Zorgvuldigheid kan over het algemeen worden bereikt wanneer men zich de volgende vijf vragen stelt.

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

Voor beantwoording van deze vragen is een taxatie nodig van de risico's voor het kind of andere (toekomstige) kinderen uit het gezin. Die taxatie kan ook samen met anderen worden gemaakt, bij voorbeeld wanneer de arts het AMK benadert om advies. Zolang de casus anoniem wordt besproken is er geen sprake van problemen met het beroepsgeheim. Zoals hierboven uiteen gezet is het soms wel noodzakelijk, en te rechtvaardigen, om het beroepsgeheim te schenden. Het beroepsgeheim moet dan wel zo min mogelijk worden geschonden.

Voor melding aan het Bureau Jeugdzorg (en in het bijzonder het AMK) is in de Wet op de Jeugdzorg (WJZ) sinds enige jaren een meldrecht opgenomen voor geheimhouders (artikel 53 lid 3 WJZ). Dit recht houdt in dat personen met een beroepsgeheim zonder toestemming van degene die het betreft, aan het BJJ inlichtingen kan verstrekken 'als dit noodzakelijk kan worden geacht om een situatie van kindermishandeling te beëindigen of een redelijk vermoeden van kindermishandeling te onderzoeken'. Het meldrecht is een extra steun in de rug voor professionals met een beroepsgeheim. Een vergelijkbare bepaling is opgenomen in het Burgerlijk Wetboek (art. 1:240 BW) voor gegevensverstrekking aan de Raad voor de Kinderbescherming.

Bijlage 2 Het AMK

Een AMK is een op provinciaal niveau georganiseerde instantie die gedurende 24 uur per dag bereikbaar is voor iedereen die kindermishandeling vermoedt of constateert. De AMK's maken onderdeel uit van een Bureau Jeugdzorg, de instantie die zich bezig houdt met indicatiestelling voor jeugdhulpverlening en de jeugd-GGZ, de jeugdbescherming (gezinsvoogden) en de jeugdreclassering..

Het AMK is bereikbaar via het landelijk telefoonnummer (0900 1231230). Bij het AMK werken onder meer maatschappelijk werkers en vertrouwensartsen. De kerntaken van het AMK zijn advies- en consult geven, meldingen onderzoeken en beoordelen en zo nodig hulpverlening op gang brengen. Het AMK verleent zelf geen hulp. Het verwijst door en coördineert hulpverlening. Het AMK heeft na afsluiting van dossier en overdracht naar hulpverlening, de mogelijkheid om na 3 maanden of zoveel eerder als nodig is, te verifiëren of de ingezette hulpverlening op gang is gekomen en goed verloopt

Iedereen die zich zorgen maakt over de veiligheid van een kind, kan contact opnemen met het AMK. Dit betekent dat niet alleen personen uit de directe omgeving van het kind, zoals buren en familie, maar ook mensen die werken met ouders of kinderen en hulpverleners advies kunnen vragen of een melding kunnen doen.

Het werk van het AMK valt uiteen in twee onderscheiden functies: de advies- en consultfunctie en de meldingsfunctie. Er is sprake van een consult als een adviesaanvraag uitmondt in meerdere contacten. Hierbij kan de adviesvrager over een langere periode begeleid worden bij de aanpak van het probleem. Bij de advies- en consultfunctie ondersteunt het AMK de adviesvrager, waarbij laatstgenoemde de verantwoordelijkheid voor de aanpak van de (vermoedens van) kindermishandeling houdt. Kenmerkend voor de advies- en consultfunctie is dat in juridische zin geen gegevensverstrekking plaatsvindt. De arts presenteert zijn casus in geanonimiseerde vorm. Er wordt uitsluitend deskundig advies ingewonnen over de aanpak van het probleem. Bij nagenoeg alle AMK's beantwoorden vertrouwensartsen de advies- en consultvragen van artsen. Zij nemen ook de meldingen van artsen aan. Indien dit niet het geval is, kunnen artsen altijd om een vertrouwensarts vragen.

Bij een melding vindt wél overdracht van persoonsgegevens plaats. Het AMK kan meldingen in onderzoek nemen en stelt binnen 5 dagen na ontvangst van een melding vast of dat gebeurt of niet. Doorgaans start het onderzoek van het AMK met een gesprek met de ouders en eventueel hun kinderen. Daarvoor heeft het AMK informatie van de melder nodig over zijn zorgen en over de stappen die hij eventueel zelf al heeft ondernomen. In het eerste gesprek met de melder komt dit uitgebreid aan de orde. Het AMK doet een risicotaxatie aan het begin, gedurende en aan het einde van het onderzoek. Daarbij staat de veiligheid van het kind en de kans op herhaling centraal. Het AMK verzamelt gegevens over het hele gezin bij alle professionele instanties betrokken bij het gezin zoals scholen, huisarts, consultatiebureau, schoolarts, maatschappelijk werk, behandelaars, schuldhulpverlening et cetera.

Het AMK is in beginsel verplicht gezinnen te informeren over de herkomst van door professionals aan hen verstrekte gegevens. Onder voorwaarden kunnen professionele melders echter anoniem blijven ten opzichte van het gezin dat zij hebben gemeld. Anonimiteit kan door het AMK worden gewaarborgd als bekendmaking van de identiteit van de melder een bedreiging vormt of kan vormen voor het kind of voor de hulpverlener zelf, of zou leiden tot een verstoring van de vertrouwensrelatie met het gezin. Anonimiteit beperkt de mogelijkheden van het AMK om informatie te gebruiken wel. Om die reden moet terughoudend gebruik worden gemaakt van deze mogelijkheid.

Wanneer een vermoeden wordt bevestigd, probeert het AMK ouders te motiveren om hulp te aanvaarden en zich te laten doorverwijzen naar een daarvoor geschikte instelling. Lukt het niet om vrijwillige hulpverlening op gang te brengen, dan zal het AMK de zaak doorgeleiden naar de Raad voor de Kinderbescherming en - in uitzonderingssituaties - aangifte doen bij de politie. De taken en werkwijze van de AMK's zijn neergelegd in de Wet op de Jeugdzorg.

Bijlage 3 Tips voor gesprekken met ouders¹⁰

- Voer een gesprek met ouders over vermoedens van kindermishandeling eventueel samen met een collega.
- Maak het doel van het gesprek duidelijk.
- Vermijd een veroordelende houding, maak duidelijk dat u hulp wilt bieden.
 - Nodig de ouders uit om te praten door open vragen te stellen (wie, wat waar, hoe, wanneer...)
- Wees eerlijk en open, pas op voor vrijblijvendheid.
- Vermijd het woord kindermishandeling en benoem de signalen als zorgen.
- Vertel wat feitelijk is opgevallen en praat vanuit uzelf. Gebruik zinnen als:
 - 'Ik merk dat u behoefte heeft aan steun bij de opvoeding.'
 - 'Ik zag op het lichaam van uw kind blauwe plekken; dit soort blauwe plekken zie ik ook wel als een kind geslagen is.'
 - 'Ik denk dat u het beste met uw kind voor heeft maar hoor in uw verhaal ook dat u zich machteloos voelt om dat te bereiken.'
- Vraag of ouders de genoemde concrete waarnemingen herkennen en hoe zij deze verklaren.
- Vraag hoe ouders het kind thuis beleven.
- Respecteer de (ervaring)deskundigheid van ouders.
- Geef ook aan wat wel goed gaat met het kind.
- Spreek de ouders aan op hun verantwoordelijkheid als opvoeder.
- Vraag hoe ouders de geuite zorgen beleven.
- Leg afspraken en besluiten na afloop van het gesprek kort en zakelijk vast en geef ouders een kopie.
- Kies in het gesprek de invalshoek die aansluit bij de specifieke cultuur en gewoonten van een gezin.
- Laat een kind niet tolken voor zijn ouders.
- Doe geen toezeggingen die niet waargemaakt kunnen worden.
- Als ouders zich dreigend uitlaten (wat uitzonderlijk is), benoem dat dan en stop het gesprek.
- Wanneer de ouders helemaal opgaan in hun eigen emoties, haal hen dan terug naar het hier en nu, bijvoorbeeld door te vragen of er nog geld in de parkeermeter moet of suiker of melk in de koffie.

¹⁰ Bij het opstellen van deze lijst is gebruik gemaakt van het *Amsterdams Protocol Kindermishandeling, zorgsignalering en handelen bij (een vermoeden van) kindermishandeling voor beroepskrachten die werken met kinderen tot 18 jaar en/of hun (aankomende) ouders*, I. Leeuwenburgh, AMK Amsterdam (red.), Amsterdam 2005.

Bijlage 4 Nuttige adressen

Advies - en Meldpunt Kindermishandeling (0900-1231230, 5 eurocent per minuut, automatische doorschakeling naar eigen regio) www.amk-nederland.nl

Bureau Jeugdzorg (0900-2003004) www.bureaujeugdzorg.info

Alle aanmeldingen voor jeugdhulpverlening lopen via een Bureau Jeugdzorg. Ouders, verzorgers, kinderen en jongeren kunnen iedere werkdag terecht bij het Bureau Jeugdzorg voor informatie, advies en hulp.

Raad voor de Kinderbescherming

Geen landelijk telefoonnummer, contact kan worden gezocht met de dichtstbijzijnde vestiging, nadere gegevens te vinden via www.kinderbescherming.nl.

Nederlands Jeugdinstituut Nji (dagelijks van 9.00 – 13.00 uur, tel. 030-2306564), www.nji.nl.

Expertisecentrum over jeugd en opvoeding voor en met professionals in de jeugdsector. Het Nji wil beroepskrachten, overheden en beleidsmakers stimuleren en toerusten om kindermishandeling zoveel mogelijk te voorkomen - of anderszins tijdig te signaleren en effectieve hulp in te schakelen. Het Nji vervult zijn taak onder meer door informatievoorziening, kennisuitwisseling en beleidsadvies.

Helpdesk Privacy, Jeugd en Gezin (maandag, woensdag en vrijdag van 10.00 – 12.00 uur, tel.

070-3704569), www.justitie.nl. Is een gezamenlijke voorziening van de ministeries van Justitie, Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (programmaministerie Jeugd en Gezin). De Helpdesk geeft advies en informatie over privacy en gegevensuitwisseling aan instanties en beroepskrachten actief voor jeugd van 0 tot en met 23 jaar in de sectoren van justitie en politie, onderwijs, zorg en hulpverlening.

Bijlage 5 Risicofactoren en signalen¹¹

1. Risicofactoren

Er bestaat geen eenduidig profiel van een gezin waar kindermishandeling plaatsvindt. Het is een combinatie van uiteenlopende factoren die ertoe bijdragen dat het zover komt.

1.1 Mishandeling en verwaarlozing

Er zijn invloeden waarvan uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat zij de kans vergroten dat mishandeling of verwaarlozing zich in een gezin zal voordoen: de zogenaamde 'risicofactoren'. Daarnaast zijn er invloeden die tegenwicht kunnen bieden: de 'beschermende factoren'. De aanwezige risicofactoren worden tezamen ook wel 'draaglast' genoemd en de compenserende beschermende factoren de 'draagkracht'.

Een opeenstapeling van stressvolle omstandigheden kan ouders bijvoorbeeld teveel worden, waardoor ze de opvoeding niet meer aankunnen. Maar de veerkracht van de gezinsleden kan tegenwicht bieden en hulp van vrienden, familie of anderen kan het gezin ontlasten.

De factoren die tot kindermishandeling kunnen leiden, hangen samen met:

- De problemen en persoonlijkheid van de ouder;
- Kenmerken die het kind extra kwetsbaar maken;
- Leefomstandigheden.

1.1.1 Problemen en persoonlijkheid van de ouder

De risicofactoren die hieronder worden genoemd hoeven niet tot kindermishandeling te leiden. Als er meer factoren tegelijk spelen kan het misgaan. Ook wegen niet alle factoren even zwaar. Zo is uit onderzoek gebleken dat een groot gezin de kans op kindermishandeling 2 keer, werkloosheid van de ouders 5 keer en een laag opleidingsniveau van beide ouders de kans op kindermishandeling 7 keer verhoogt.

Persoonlijke problemen

Een verslaving maakt drank, drugs of gokken voor de ouder zo belangrijk dat hij het welzijn van zijn kind uit het oog verliest. Psychische problemen of een chronische ziekte kunnen ouders beperken in het geven van voldoende ouderlijke zorg. Ernstige relatieproblemen kunnen leiden tot spanningen waar de kinderen onder lijden.

Nare jeugdervaringen

De eigen jeugdervaringen zijn van grote invloed op de manier waarop ouders met hun kind omgaan. Wanneer de ouder zelf op een liefdevolle manier is opgevoed, kan hij daar emotioneel en praktisch veel steun uit putten. Wanneer die jeugd minder plezierig is geweest, heeft dat zijn weerslag op de opvoeding. Enerzijds kan de ouder zo geobsedeerd zijn om het beter te doen dan de eigen ouders, dat hij overdrijft in de bescherming van het kind of teveel begrip van het kind verwacht. Anderzijds kan het zijn dat de ouder niet beter weet of kan: hij kopieert het gedrag van zijn ouders.

¹¹ Mede ontleend aan: www.nji.nl

Dit betekent niet dat elke ouder die vroeger is mishandeld zijn eigen kind slecht behandelt. De meeste ouders weten die herhaling te vermijden. Het is daarvoor van belang in hoeverre de ouder de vervelende jeugdervaringen heeft weten te verwerken en hoe hij als volwassene staat tegenover dat wat vroeger gebeurd is.

Gebrek aan pedagogisch besef

De ouder heeft geen besef van wat het kind nodig heeft aan zorg, warmte en bescherming. De ouder mist de vaardigheid om de emoties en bedoelingen van het kind juist te interpreteren. De ouder weet zich dus niet in het kind in te leven en vindt daarnaast geen goede balans tussen de belangen van het kind en die van zichzelf.

1.1.2 Kenmerken die het kind extra kwetsbaar maken

Kindermishandeling is nooit de schuld van het kind, de verantwoordelijkheid voor het welzijn van het kind ligt bij de volwassene. Onderstaande risicofactoren zijn dus geen omstandigheden die het kind 'medeplichtig' maken; ze maken het kind extra kwetsbaar. Die omstandigheden maken dat de opvoeding de ouders zwaarder valt dan anders.

Te vroeg geboren

Bij te vroeg geboren baby's bestaat het risico dat, onder meer door verblijf in de couveuse, de hechting tussen moeder en kind een valse start maakt: de moeder heeft moeite het kind te accepteren en voelt te weinig liefde voor het kind.

Huilbaby

Een huilbaby vraagt veel geduld van de ouder. De huilbuien kunnen de ouder op een gegeven moment te veel worden.

Jonge kinderen

Kinderen onder de 5 jaar lopen een verhoogd risico op kindermishandeling.

Kind met een handicap

De opvoeding van het kind kan een ouder die toch al onder druk staat, nog zwaarder vallen als de zorg verhoudingsgewijs veel tijd en energie vraagt.

Druk kind

Drukke kinderen gunnen hun ouders haast geen moment rust, iets waar ze zelf niets aan kunnen doen. Dag en nacht hebben ouders hun handen vol aan het kind: telkens moeten zij ingaan op de aandacht die het kind vraagt, telkens moeten zij het kind terechtwijzen omdat het ongehoorzaam is.

Ongewenst kind

Wanneer het kind ongepland komt, is de geboorte een verandering die de ouder te zwaar kan vallen. Hobby's, uitgaan, contact met vrienden, het zal allemaal op een tweede plan komen te staan. Als een ouder daar niet aan toe is, ligt mishandeling of verwaarlozing op de loer. Vooral bij jonge ouders is er kans op problemen.

Stiefkind

Het komt voor dat een stiefouder een kind uit een eerdere relatie van de partner niet accepteert. Het kind wordt tot zondebok. Het kind krijgt het dubbel zwaar als ook de eigen ouder de ergernissen over de vroegere relatie uit in psychische of lichamelijke mishandeling of verwaarlozing van het kind.

1.1.3 Leefomstandigheden

De situaties die hierna geschetst worden, vragen nogal wat veerkracht van de ouders. Veel van hen weten zich te redden in die moeilijke omstandigheden, maar voor anderen is de misère te ingrijpend en wordt het kind aan zijn lot overgelaten of worden de problemen op het kind afgereageerd.

Sociaal-economische omstandigheden

Financiële problemen zetten een gezin onder druk. Slechte of te kleine huisvesting is een andere doorlopende bron van zorg. Als beide ouders werkloos zijn, is de kans groter dat irritaties escaleren tot hevige ruzies. Ook factoren als een groot gezin of een laag opleidingsniveau van (een van beide) ouders verhoogt de kans op kindermishandeling. Al deze omstandigheden hangen natuurlijk met elkaar samen en hebben ook verband met de persoonlijke problemen waar ouders mee worstelen. Een werkloze ouder die de verveling wegdrinkt, de relatieproblemen die daar het gevolg van zijn, weer verergerd door de weinige vierkante meters waarop ze moeten leven; het een versterkt het ander.

Sociaal isolement

Ouders die weinig contact hebben met familie, vrienden of buurtgenoten bevinden zich in een sociaal isolement. Alle zorg komt op de ouders neer en in moeilijke tijden is er niemand die bij kan springen of die praktische of morele steun biedt. Het gebrek aan sociale steun kan nog worden verstrekt als een van de ouders zich afzijdig houdt van de opvoeding. De andere ouder heeft dan een te grote last op de schouders, zeker als de partner wel commentaar geeft als iets in de opvoeding hem of haar niet zint.

Een alleenstaande ouder mist de steun van een partner sowieso en moet, bij het ontbreken van steun uit de omgeving, zelf alle problemen oplossen. Deze zware belasting betekent een extra risico op opvoedingsproblemen of erger.

Gezinnen die nieuw zijn in Nederland, moeten het hier zien te redden zonder steun van de familie die is achtergebleven in het land van herkomst. In vele culturen speelt die familie een grotere rol in de opvoeding van het kind dan we in Nederland gewend zijn. Het kost de ouders extra gewenning om de opvoeding nu zonder hulp van anderen te volbrengen.

Het sociale isolement gaat vaak hand in hand met slechte sociaaleconomische omstandigheden en persoonlijke problemen van de ouders. Een gezin met weinig geld waarvan de ouders schulden maken bij vrienden en daardoor hun kennissenkring zien afbrokkelen, de ouder die niemand meer thuis uitnodigt omdat de partner elke avond dronken is: het zijn voorbeelden waarin het isolement groeit en niemand ziet dat de ouder steeds verder in de problemen raakt.

Sommige ouders zoeken het sociale isolement juist op om op die manier te verbergen dat ze de opvoeding van hun kind niet onder controle hebben. Voor de buitenwereld blijft kindermishandeling daardoor onopgemerkt. Dit geldt zeker voor misstanden in gezinnen die regelmatig verhuizen.

1.2 Seksueel misbruik

Mishandeling en verwaarlozing zijn uitingen van uit de hand gelopen opvoedingsproblemen. Ook bij seksueel misbruik kunnen die een rol spelen, maar daarnaast zijn er andere kenmerken:

- Het gezin;
- De pleger;
- Het extra kwetsbare kind.

1.2.1 Het gezin

Net als bij de andere vormen van kindermishandeling is er voor seksueel misbruik geen prototype van een gezin waar het risico op misbruik groter is dan anders. De gezinsomstandigheden zijn op zich niet bepalend of seksueel misbruik plaatsvindt of niet. Hooguit bieden die omstandigheden te weinig bescherming voor het kind.

Er zijn gezinnen waar seksueel misbruik een van de uitingen van duidelijk verstoorde verhoudingen in het gezin is. Maar seksueel misbruik kan zich ook voordoen in een gezin waar verder niets aan de hand lijkt te zijn.

Als de ouders te weinig oog voor het wel en wee van het kind hebben, is er misschien een familied of kennis die daar misbruik van kan maken. Hij verwent het kind met zijn aandacht, wint zo het vertrouwen van het kind en creëert uiteindelijk situaties om het kind seksueel te misbruiken. Als de ouders wel oplettend zijn, is de pleger geraffineerd genoeg om ook het vertrouwen van de ouders te winnen.

Er zijn extreme situaties waarin beide ouders het kind misbruiken en zelfs personen van buiten het gezin aanzetten tot misbruik van hun eigen kind. Maar meestal is het een van de ouders die het misbruik pleegt en de momenten zo weet te kiezen dat de andere ouder niets door heeft. Het klinkt ongelooflijk dat de misbruikende ouder jaren door kan gaan zonder betrappt te worden. Maar geen enkele ouder verwacht of wil geloven dat zijn of haar partner tot zoiets in staat is.

In de literatuur over seksueel misbruik zijn ze niet vaak in beeld, maar ook oudere broers en zussen zijn mogelijke plegers van seksueel misbruik. Vaak is er dan sprake van verstoorde gezinsverhoudingen of is die broer of zus zelf slachtoffer van mishandeling, verwaarlozing of misbruik.

Seksueel misbruik in het gezin komt in alle lagen en gezindten van de bevolking voor. Het is hoogstens de schijn of verwachting dat het in bepaalde groepen niet gebeurt, bijvoorbeeld in kerkelijke kringen. Dat de bijbel naastenliefde voorschrijft betekent niet dat seksueel misbruik onder gelovigen niet voorkomt. Iemand die misbruik pleegt, kan bepaalde bijbelcitaties zo uitleggen dat deze zijn gedrag goedkeuren. Al is het maar om naderhand vergiffenis te verwachten

zonder dat hij tegenover het misbruikte kind spijt betuigt. Als het misbruik uitkomt, kunnen omstanders om diezelfde redenen geneigd zijn het gebeurde te bagatelliseren en het uit schaamte binnen de kerkgemeenschap te houden.

Schaamte is ook in veel niet-westerse culturen een essentieel onderdeel van de sociale leefwijze. De familie-eer staat zo hoog in aanzien dat over seksueel misbruik wordt gezwegen. Daarnaast geldt in sommige culturen dat een meisje later alleen huwbaar is als zij haar maagdelijkheid nog heeft. Dat maakt gedwongen geslachtsgemeenschap voor een meisje extra pijnlijk.

1.2.2 De pleger

Zowel mannen als vrouwen plegen seksueel misbruik. Volgens de statistieken zijn mannen echter veruit in de meerderheid.

Een eenduidige reden waarom iemand tot seksueel misbruik van een kind in staat is, is niet te geven. Wat opvalt is dat hun jeugd vaak gekenmerkt wordt door nare ervaringen: hij is bijvoorbeeld emotioneel verwaarloosd of zelf als kind misbruikt. De pleger zoekt bij zijn kind de aandacht en liefde die hij in zijn jeugd zo heeft gemist; hij compenseert het emotionele gemis met seksuele bevrediging.

Dat is anders dan het stereotype beeld van een vader die zijn dochter misbruikt omdat moeder niet aan zijn seksuele verlangens weet te voldoen. Als dat al een rol speelt, zijn er op zijn minst ook andere factoren aanwezig die hem tot misbruik van het kind aanzetten.

Duidelijk is dat iemand die een kind misbruikt zich niet of nauwelijks in dat kind kan inleven, hij heeft geen besef van wat het kind doormaakt. Integendeel, het misbruik wordt vaak door de pleger vergeoelikt met de goede bedoelingen die hij of zij met het kind zou hebben. Vaak gelooft de ouder dat het kind het ook zelf wilde.

1.2.3 Het extra kwetsbare kind

Geen enkel kind is bij machte om tegen een vertrouwde volwassene die misbruik pleegt, in te gaan. Maar extra kwetsbaar is een kind dat verstandelijk totaal niet in staat is om zich te verweren. Uiteraard geldt dit voor elk kind in zijn eerste levensjaren. Maar ook een ouder kind met een verstandelijke achterstand of handicap loopt extra risico. Voor hem is het nog moeilijker om te bevatten wat hem overkomt als een volwassene seksuele toenadering zoekt.

Een kind met een lichamelijke handicap loopt extra risico wanneer hij voor lichamelijke verzorging van anderen afhankelijk is. Wanneer het kind bijvoorbeeld niet in staat is om zichzelf te wassen, is lichamelijk contact onvermijdelijk. Een volwassene met verkeerde bedoelingen kan die momenten misbruiken om seksuele bevrediging te zoeken.

2 Signalen

Er zijn tientallen signalen die kunnen wijzen op kindermishandeling maar het voorkomen van één of enkele van die signalen hoeft zeker niet altijd kindermishandeling in te houden.

De hierna opgenomen lijsten geven een overzicht van signalen van kindermishandeling. Een signalenlijst is een hulpmiddel om een vermoeden van kindermishandeling te onderbouwen, niet om kindermishandeling te 'bewijzen'. Vrijwel alle genoemde signalen kunnen namelijk een andere oorzaak hebben.

Hoe meer van de genoemde signalen het kind uitzendt, hoe groter de kans dat er sprake is van kindermishandeling. Maar er zijn ook kinderen waaraan niet of nauwelijks valt op te merken dat ze worden mishandeld. In de praktijk worden drie signalenlijsten van kindermishandeling gehanteerd.

Signalen van kindermishandeling: 0 - 4 jaar

Signalen van kindermishandeling: 4 - 12 jaar

Signalen van kindermishandeling: 12 - 18 jaar

Deze lijsten zijn hierna opgenomen en overgenomen uit: Wolzak, A. (2001). Kindermishandeling: signaleren en handelen. Basisinformatie voor mensen die werken met kinderen. Utrecht: NIZW.

Signalen van kindermishandeling (0-4 jaar)

Deze lijst geeft een overzicht van signalen van kindermishandeling bij kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar. De signalenlijst is een hulpmiddel om een vermoeden van kindermishandeling te onderbouwen, niet om kindermishandeling te 'bewijzen'. Vrijwel alle genoemde signalen kunnen namelijk een andere oorzaak hebben.

Hoe meer van de genoemde signalen het kind uitzendt, hoe groter de kans dat er sprake is van kindermishandeling. Maar er zijn ook kinderen waaraan niet of nauwelijks valt op te merken dat ze worden mishandeld.

De signalen

Lichamelijk welzijn

- blauwe plekken, brandwonden, botbreuken, snij-, krab- en bijtwonden
- groeiachterstand
- voedingsproblemen
- ernstige luieruitslag
- slecht onderhouden gebit
- kind stinkt, heeft regelmatig smerige kleren aan
- oververmoeid
- vaak ziek
- ziektes herstellen slecht
- kind is hongerig
- achterblijvende motoriek
- niet zindelijk op leeftijd dat het hoort

Gedrag van het kind

- weinig spontaan
- passief, lusteloos, weinig interesse in spel
- apathisch, toont geen gevoelens of pijn
- in zichzelf gekeerd, leeft in fantasiewereld
- labiel
- erg nerveus
- hyperactief
- negatief zelfbeeld, weinig zelfvertrouwen, faalangst
- negatief lichaamsbeeld
- agressief, vernielzucht

tegenover andere kinderen:

- agressief
- speelt weinig met andere kinderen
- wantrouwend
- niet geliefd bij andere kinderen

tegenover ouders:

- angstig, schrikachtig, waakzaam
- meegaand, volgzzaam
- gedraagt zich in bijzijn van ouders anders dan zonder ouders

tegenover andere volwassenen:

- angst om uit te kleden
- angst voor lichamelijk onderzoek
- verstijft bij lichamelijk contact
- angstig, schrikachtig, waakzaam
- meegaand, volgzzaam
- agressief
- overdreven afhankelijk
- wantrouwend
- vermijdt oogcontact

overig:

- plotselinge gedragsverandering
- gedraagt zich niet naar zijn leeftijd
- taal- en spraakstoornissen

Gedrag van de ouder

- onverschillig over het welzijn van het kind
- laat zich regelmatig negatief uit over het kind
- troost het kind niet
- geeft aan het niet meer aan te kunnen
- is verlaafd
- is ernstig (psychisch) ziek
- kleedt het kind te warm of te koud aan
- zegt regelmatig afspraken af
- vergeet preventieve inenting
- houdt het kind vaak thuis van school
- heeft irreële verwachtingen van het kind
- zet het kind onder druk om te presteren

Gezinsituatie

- samengaan van stressvolle omstandigheden, zoals slechte huisvesting, financiële problemen en relatieproblemen
- sociaal isolement
- alleenstaande ouder
- partnermishandeling
- gezin verhuist regelmatig
- slechte algehele hygiëne

Signalen specifiek voor seksueel misbruik

Lichamelijk welzijn

- verwondingen aan geslachtsorganen
- vaginale infecties en afscheiding
- jeuk bij vagina of anus
- pijn in bovenbenen
- pijn bij lopen of zitten
- problemen bij plassen
- urineweginfecties
- seksueel overdraagbare aandoeningen

Gedrag van het kind

- drukt benen tegen elkaar bij lopen of oppakken
- afkeer van lichamelijk contact
- maakt afwezige indruk bij lichamelijk onderzoek
- extreem seksueel gekleurd gedrag en taalgebruik

Signalen van kindermishandeling (4-12 jaar)

Deze lijst geeft een overzicht van signalen van kindermishandeling bij kinderen in de leeftijd van 4-12 jaar. De signaallijst is een hulpmiddel om een vermoeden van kindermishandeling te onderbouwen, niet om kindermishandeling te 'bewijzen'. Vrijwel alle genoemde signalen kunnen namelijk een andere oorzaak hebben.

Hoe meer van de genoemde signalen het kind uitzendt, hoe groter de kans dat er sprake is van kindermishandeling. Maar er zijn ook kinderen waaraan niet of nauwelijks valt op te merken dat ze worden mishandeld.

De signalen

Lichamelijk welzijn

- blauwe plekken, brandwonden, botbreuken, snij-, krab- en bijtwonden
- groeiachterstand
- te dik
- slecht onderhouden gebit
- regelmatig buikpijn, hoofdpijn of flauwvallen
- kind stinkt, heeft regelmatig smerige kleren aan
- oververmoeid
- vaak ziek
- ziektes herstellen slecht
- kind is hongerig
- eetstoornissen
- achterblijvende motoriek
- niet zindelijk op leeftijd dat het hoort

Gedrag van het kind

- timide, depressief
- weinig spontaan
- passief, lusteloos, weinig interesse in spel
- apathisch, toont geen gevoelens of pijn
- in zichzelf gekeerd, leeft in fantasiewereld
- labiel
- erg nerveus
- hyperactief
- negatief zelfbeeld, weinig zelfvertrouwen, faalangst
- negatief lichaamsbeeld
- agressief, vernielzucht
- overmatige masturbatie

tegenover andere kinderen:

- agressief
- speelt weinig met andere kinderen
- wantrouwend
- niet geliefd bij andere kinderen

tegenover ouders:

- angstig, schrikachtig, waakzaam
- meegaand, volgzaam
- gedraagt zich in bijzijn van ouders anders dan zonder ouders

tegenover andere volwassenen:

- angst om zich uit te kleden
- angst voor lichamelijk onderzoek
- verstijft bij lichamelijk contact
- angstig, schrikachtig, waakzaam
- meegaand, volgzaam
- agressief
- overdreven afhankelijk
- wantrouwend
- vermijdt oogcontact

overig:

- plotselinge gedragsverandering
- gedraagt zich niet naar zijn leeftijd
- slechte leerprestaties
- rondhangen na school
- taal- en spraakstoornissen

Gedrag van de ouder

- onverschillig over het welzijn van het kind
- laat zich regelmatig negatief uit over het kind
- troost het kind niet
- geeft aan het niet meer aan te kunnen
- is verlaafd
- is ernstig (psychisch) ziek
- kleedt het kind te warm of te koud aan
- zegt regelmatig afspraken af
- houdt het kind vaak thuis van school
- heeft irreële verwachtingen van het kind
- zet het kind onder druk om te presteren

Gezinsituatie

- samengaan van stressvolle omstandigheden, zoals slechte huisvesting, financiële problemen en relatieproblemen
- sociaal isolement
- alleenstaande ouder
- partnermishandeling
- gezin verhuist regelmatig
- slechte algehele hygiëne

Signalen specifiek voor seksueel misbruik

Lichamelijk welzijn

- verwondingen aan geslachtsorganen
- vaginale infecties en afscheiding
- jeuk bij vagina of anus
- pijn in bovenbenen
- pijn bij lopen of zitten
- problemen bij plassen
- urineweginfecties
- seksueel overdraagbare aandoeningen

Gedrag van het kind

- drukt benen tegen elkaar bij lopen
- afkeer van lichamelijk contact
- maakt afwezige indruk bij lichamelijk onderzoek
- extreem seksueel gekleurd gedrag en taalgebruik
- zoekt seksuele toenadering tot volwassenen

Signalen van kindermishandeling (12-18 jaar)

Deze lijst geeft een overzicht van signalen van kindermishandeling bij kinderen in de leeftijd van 12-18 jaar. De signalenlijst is een hulpmiddel om een vermoeden van kindermishandeling te onderbouwen, niet om kindermishandeling te 'bewijzen'. Vrijwel alle genoemde signalen kunnen namelijk een andere oorzaak hebben.

Hoe meer van de genoemde signalen het kind uitzendt, hoe groter de kans dat er sprake is van kindermishandeling. Maar er zijn ook kinderen waaraan niet of nauwelijks valt op te merken dat ze worden mishandeld.

De signalen

Lichamelijk welzijn

- blauwe plekken, brandwonden, botbreuken, snij-, krab- en bijtwonden
- te dik
- slecht onderhouden gebit
- regelmatig buikpijn, hoofdpijn of flauwvallen
- kind stinkt, heeft regelmatig smerige kleren aan
- oververmoeid
- vaak ziek
- ziektes herstellen slecht
- kind is hongerig
- eetstoornissen
- achterblijvende motoriek

Gedrag van het kind

- timide, depressief
- weinig spontaan
- passief, lusteloos, weinig interesse in spel
- apathisch, toont geen gevoelens of pijn
- in zichzelf gekeerd, leeft in fantasiewereld
- labiel
- erg nerveus
- hyperactief
- negatief zelfbeeld, weinig zelfvertrouwen, faalangst
- negatief lichaamsbeeld
- agressief, vernielzucht
- overmatige masturbatie

tegenover andere kinderen:

- agressief
- speelt weinig met andere kinderen
- vluchtige vriendschappen
- wantrouwend
- niet geliefd bij andere kinderen

tegenover ouders:

- angstig, schrikachtig, waakzaam
- meegaand, volgzzaam
- gedraagt zich in bijzijn van ouders anders dan zonder ouders
- agressief

tegenover andere volwassenen:

- angst om zich uit te kleden
- angst voor lichamelijk onderzoek
- verstijft bij lichamelijk contact
- angstig, schrikachtig, waakzaam
- meegaand, volgzzaam
- agressief
- overdreven aanhankelijk
- wantrouwend
- vermijdt oogcontact

overig:

- plotselinge gedragsverandering
- gedraagt zich niet naar zijn leeftijd
- slechte leerprestaties
- rondhangen na school
- taal- en spraakstoornissen
- alcohol- of drugsmisbruik
- weglopen
- crimineel gedrag

Gedrag van de ouder

- onverschillig over het welzijn van het kind
- laat zich regelmatig negatief uit over het kind
- troost het kind niet
- geeft aan het niet meer aan te kunnen
- is verlaafd
- is ernstig (psychisch) ziek
- kleedt het kind te warm of te koud aan
- zegt regelmatig afspraken af
- houdt het kind vaak thuis van school
- heeft irreële verwachtingen van het kind
- zet het kind onder druk om te presteren

Gezinssituatie

- samengaan van stressvolle omstandigheden, zoals slechte huisvesting, financiële problemen en relatieproblemen
- sociaal isolement
- alleenstaande ouder
- partnermishandeling
- gezin verhuist regelmatig
- slechte algehele hygiëne

Signalen specifiek voor seksueel misbruik

Lichamelijk welzijn

- verwondingen aan geslachtsorganen
- vaginale infecties en afscheiding
- jeuk bij vagina of anus
- pijn in bovenbenen
- pijn bij lopen of zitten
- problemen bij plassen
- urineweginfecties
- seksueel overdraagbare aandoeningen
- (angst voor) zwangerschap

Gedrag van het kind

- drukt benen tegen elkaar bij lopen
- afkeer van lichamelijk contact
- maakt afwezige indruk bij lichamelijk onderzoek
- extreem seksueel gekleurd gedrag en taalgebruik
- veel wisselende seksuele contacten met leeftijdgenoten
- zoekt seksuele toenadering tot volwassenen
- prostitutie

Bijlage 6 Sputovamoformulier

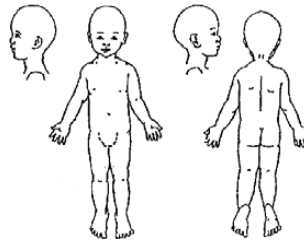
SIGNALERINGSPROTOCOL KINDERMISHANDELING VOOR DE ACUTE HULP

Naam invuller

Functie

Datum

Wie vergezelt het kind (relatie t.a.v. het kind)?
.....



De 9 W's van SPUTOVAMO

1. Welk Soort letsel(s)?
Kneus, steek, brand, snij, etc.
.....
.....

2. Welke Plaats (aangeven in de tekening)?
.....

Is dit een gebruikelijke plaats voor dit soort letsels?
 JA NEE

3. Welke zijn de Uiterlijke kenmerken?
Kleur, vorm, randen, etc.
.....

Ziet het letsel er gebruikelijk uit?
 JA NEE

4. Wanneer is het ongeluk gebeurd?
.....

Klopt uiterlijk letsel met opgegeven ouderdom?
 JA NEE

Hoeveel Tijd geleden? _____ uur geleden

5. Wat was de Oorzaak van het ongeval?
Welke verklaring wordt ervoor gegeven?
.....

Klopt deze verklaring met soort, plaats en uiterlijk van het letsel?
 JA NEE TWIJFELACHTIG

6. Wie was de Veroorzaker van het ongeval?
.....

Is de veroorzaker meegekomen naar het Centrum Eerste Hulp?
 JA NEE NVT

7. Waren er Anderen bij aanwezig? Wie?
.....

Zijn er getuigen meegekomen?
 JA NEE NVT

8. Welke Maatregelen werden genomen door de ouders, opvoeders, anderen? ➔ Was de ondernomen actie adequaat?

JA NEE

.....

Zo nee waarom niet?

.....

9. Welke Oude letsels zijn er te zien? ➔

Is er gekeken naar oude letsels? JA NEE
Waren er oude letsels te zien? JA NEE

Welke?

.....

Hebt u een vermoeden dat er sprake is van kindermishandeling?

JA NEE

Hebt u een vermoeden dat er sprake is van verwaarlozing?

JA NEE

Welke actie hebt u ondernomen?

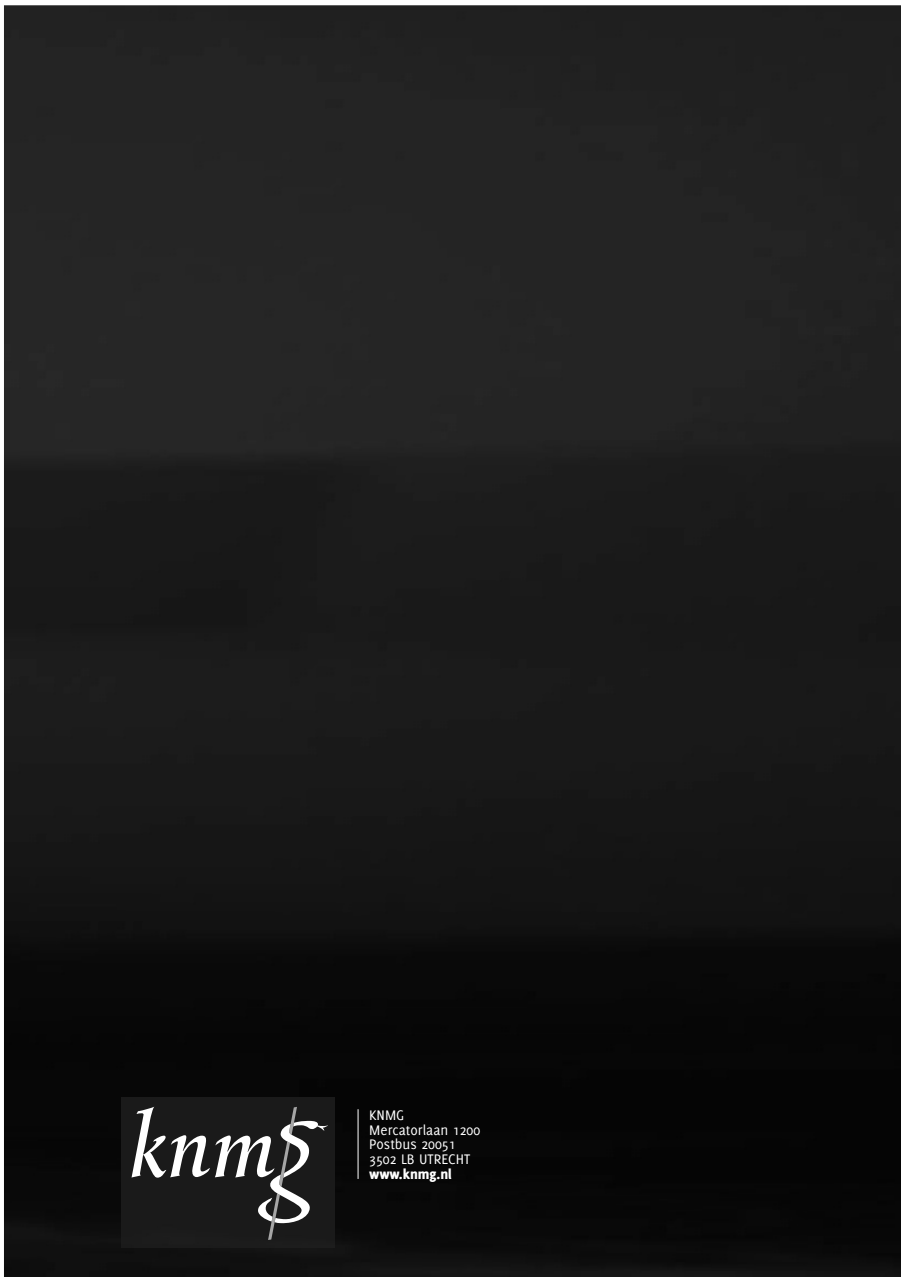
.....

.....

.....

.....

Appendix III : Meldcode en stappenplan



Appendix IV

BASISMODEL MELDCODE (VWS)

Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

Stappenplan voor het handelen bij signalen
van huiselijk geweld en kindermishandeling



Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

Stappenplan voor het handelen bij signalen
van huiselijk geweld en kindermishandeling



Inleiding

Dit basismodel is geschreven voor de functionarissen die binnen een instelling, organisatie of praktijk een meldcode op gaan stellen. Met behulp van dit basismodel kan de meldcode op maat worden gemaakt van de betreffende organisatie of praktijk. Aan dit basismodel is een voorbeeld van een meldcode toegevoegd om te laten zien hoe een meldcode er uit zou kunnen zien.

Leeswijzer bij het basismodel

Het basismodel bestaat uit vier delen.

- Deel 1 beschrijft het doel, de reikwijdte en de functies van het basismodel meldcode.
- Deel 2 beschrijft de stappen die in de code voor de eigen organisatie of praktijk dienen te worden opgenomen evenals de verantwoordelijkheden van de organisatie.
- Deel 3 biedt achtergrondinformatie over het beroepsgeheim en over de verhouding tussen het beroepsgeheim en het stappenplan in het basismodel.
- Deel 4 is een voorbeeld van een meldcode dat kan worden gebruikt bij het opstellen van een eigen meldcode.

I. Doel en functie van de meldcode en van het basismodel

1.1 Aanleiding voor het basismodel meldcode

In het najaar van 2008 kondigden staatssecretaris Bussemaker van VWS en de ministers Hirsch Ballin van Justitie en Rouvoet van Jeugd en Gezin een wetsvoorstel aan waarin aan organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren, in het kader van kwaliteitszorg, de plicht wordt opgelegd om een meldcode te hanteren voor huiselijk geweld en kindermishandeling, daaronder ook begrepen seksueel geweld vrouwelijke genitale verminking, eerge relateerd geweld en oudermishandeling¹.

De verplichting zal gaan gelden voor organisaties en zelfstandige beroepskrachten in de (jeugd)gezondheidszorg, het onderwijs, de kinderopvang, de jeugdzorg en de maatschappelijke ondersteuning en eveneens voor politie² en justitie.

Aan de voorgenomen wet wordt een basismodel meldcode toegevoegd als handreiking voor het opstellen van een code voor de eigen organisatie of praktijk. Omdat er op dit moment in veel regio's plannen worden ontwikkeld om te komen tot een gezamenlijke meldcode, hebben de betrokken bewindspersonen besloten om dit basismodel meldcode, vooruitlopend op de nieuwe wet, alvast bekend te maken zodat de praktijk daar zijn voordeel mee kan doen.

¹ Kenmerk van de brief aan de Tweede Kamer waarin de bewindspersonen hun voornemen bekend maken is Tweede Kamer, vergaderjaar 2008 - 2009, 28 345, nr. 72.

² De politie werkt al met een protocol huiselijk geweld dat de rol vervult van de meldcode. Nagegaan zal nog worden hoe dit protocol zich verhoudt tot de beoogde meldcode.

4 | Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

1.2 Functies van de meldcode

De beoogde verplichting voor organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren om een meldcode te hanteren, heeft tot doel beroepskrachten te ondersteunen in de omgang met signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling. Een meldcode bevat een stappenplan. Dit stappenplan leidt de beroepskracht stap voor stap door het proces vanaf het moment dat hij signaleert tot aan het moment dat hij eventueel een beslissing neemt over het doen van een melding. De stappen maken de beroepskracht duidelijk wat er van hem wordt verwacht bij signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling en hoe hij, rekening houdend met zijn beroepsgeheim, op een verantwoorde wijze komt tot een besluit over het doen van een melding. Deze ondersteuning van beroepskrachten in de vorm van het stappenplan, levert, zo mag worden verwacht, een bijdrage aan een effectieve aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling.

De organisatie zal, als zij aan toezicht door de inspectie is onderworpen, door de inspectie kunnen worden aangesproken op het beschikken over een meldcode én op het scheppen van de randvoorwaarden waardoor de beroepskrachten die binnen een organisatie werkzaam zijn, de meldcode in een veilig werkklimaat kunnen toepassen. Individuele beroepskrachten binnen de organisatie kunnen worden aangesproken op de feitelijke toepassing van het stappenplan in de meldcode bij signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling. Zo zal in een onderzoek naar aanleiding van een bepaalde casus op organisatieniveau worden bekeken of er een meldcode aanwezig is en of

‘De stappen maken de beroepskracht duidelijk wat er van hem wordt verwacht bij signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling’

de organisatie zich voldoende heeft ingespannen om de meldcode te laten ‘werken’. Het handelen van de betreffende beroepskrachten kan worden getoetst aan het stappenplan van de code.

1.3 Doel van het basismodel meldcode

Het basismodel meldcode is bedoeld als handreiking voor organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren bij het opstellen van een code voor de eigen organisatie of praktijk. Het basismodel is zo geschreven dat het met een aantal lichte ingrepen op maat kan worden gemaakt voor een organisatie of een praktijk van zelfstandige beroepsbeoefenaren. Bij het ontwikkelen van het basismodel is inhoudelijk zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij de meldcodes en protocollen die de laatste jaren in de verschillende beroepsgroepen en domeinen zijn ontwikkeld³. Daarmee sluit het basismodel meldcode naar verwachting goed aan bij inmiddels vertrouwde werkwijzen in het veld⁴.

Algemene termen

Vanwege het brede bereik van het basismodel meldcode zijn termen als: organisatie, beroepskracht en cliënt, zeer algemeen gehouden. De bedoeling is dat de code voor de eigen organisatie of praktijk veel concreter is, door de beroepskrachten en de doelgroep specifiek te omschrijven en door nauwkeurig aan te geven welke beroepskrachten geacht worden de stappen te zetten. Wordt dit op een school bijvoorbeeld van alle docenten verwacht, of wijst men daarvoor de intern begeleiders aan? En welke rol speelt het zorg- en adviesteam hierin? Gaan in een ziekenhuis alleen artsen de stappen zetten, of ligt hier ook een taak voor verpleegkundigen? En hoe is de taakverdeling geregeld in een justitiële inrichting? Ook zou de code voor de eigen organisatie of praktijk duidelijk moeten maken welke functionarissen kunnen worden geraadpleegd voor advies en ondersteuning bij het zetten van de stappen. Te denken valt bijvoorbeeld aan de aandachtsfunctionarissen huiselijk geweld en kindermishandeling die binnen de organisatie werkzaam zijn.

³ Zie voor een overzicht de lijst van protocollen en codes aan het slot van dit basismodel.

⁴ Meldcodes die al zijn ontwikkeld en geïmplementeerd, zoals de KNMG Meldcode Kindermishandeling voor artsen, blijven het uitgangspunt voor de handelwijze van de betreffende beroepsgroepen. De KNMG Meldcode is voor artsen en dus ook de beroepsgroep huisartsen (LHV) leidend.

Begripsomschrijving van huiselijk geweld en kindermishandeling

In het basismodel is voor het begrip kindermishandeling aansluiting gezocht bij de begripsomschrijving in de Wet op de jeugdzorg. We wijzen er daarbij op dat onder kindermishandeling ook wordt verstaan het als kind getuige zijn van huiselijk geweld tussen andere huisgenoten. Omdat het begrip huiselijk geweld (nog) niet wettelijk wordt omschreven is daarvoor aansluiting gezocht bij de omschrijving die de overheid al een aantal jaren hanteert.

Voor alle duidelijkheid worden seksueel geweld, genitale verminking, eerge relateerd geweld en oudermishandeling specifiek genoemd bij de omschrijving, om duidelijk te maken dat ook deze vormen van geweld onder huiselijk geweld of kindermishandeling vallen. Overigens vragen deze specifieke vormen van geweld ook specifieke kennis en vaardigheden van beroepskrachten. Ontbreekt deze specifieke deskundigheid, dan is het verstandig om bij signalen die mogelijk erwijs kunnen duiden op zo'n specifieke vorm van geweld, meteen een beroep te doen op externe expertise.

Huiselijk geweld en kindermishandeling door beroepskrachten vallen niet onder het bereik van het basismodel. Deze vormen van geweld vallen buiten het basismodel omdat dan andere stappen aan de orde zijn, zoals het informeren van de leidinggevende en/of de directie en het inschakelen van de betreffende inspectie.

Cliënt als slachtoffer, getuige of pleger

De cliënt, dit wil zeggen de persoon met wie de beroepskracht professionele contacten onderhoudt, zal niet altijd het slachtoffer zijn van het huiselijk geweld of de kindermishandeling. De cliënt kan ook als vermoedelijk pleger, of in geval van een jeugdige cliënt, als getuige, bij het huiselijk geweld of de kindermishandeling betrokken zijn.

‘Huiselijk geweld en kindermishandeling
gepleegd door beroepskrachten vallen
niet onder het bereik van het basismodel’



II. Een beschrijving van de stappen

2.1 Inleiding

Dit tweede deel van het basismodel beschrijft de stappen die de organisaties van hun beroepskrachten vragen als zij kindermishandeling of huiselijk geweld signaleren. Na de omschrijving van de verschillende stappen volgt kort een beschrijving van de verantwoordelijkheid van de organisatie om zorg te dragen voor de randvoorwaarden.

Drie opmerkingen vooraf.

Eenmalige contacten

In het stappenplan wordt er vanuit gegaan dat de beroepskracht en de cliënt regelmatig

contact met elkaar hebben. Dat ligt bijvoorbeeld bij de spoedeisende hulp van een ziekenhuis, bij politie-contacten, en bij een huisartsenpost (voor de avond en weekenddiensten) anders. Daar is vaak sprake van een eenmalig contact waardoor het niet mogelijk is alle stappen van het basismodel te zetten. In dat geval zou de code voor de eigen organisatie of praktijk de specifieke stappen moeten beschrijven bij signalen van geweld die ontstaan in een eenmalig contact. Zo doet de politie in dergelijke gevallen doorgaans een zorgmelding bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of bij het Steunpunt Huiselijk Geweld. Ambulance-diensten en de spoedeisende hulp van ziekenhuizen werken soms al met specifieke protocollen waarbij de zaak na het eerste contact zonnig in handen wordt gegeven van de huis- of kinderarts of van het Advies- en Meldpunt Kinder-mishandeling of het Steunpunt Huiselijk Geweld.

Strafrechtelijke aanpak

Als door de signalen een vermoeden ontstaat van een ernstig misdrijf is het verstandig om de te zetten stappen, al dan niet via het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of het Steunpunt Huiselijk Geweld, af te stemmen met de interventies van de politie. Gesprekken met slachtoffer en getuige kunnen het leveren van bewijs in de strafzaak namelijk belemmeren.

Verhouding tot de verwijfsindex risico's jeugdigen

In geval van een vermoeden van kindermishandeling zal de beroepskracht doorgaans niet alleen de stappen van de meldcode zetten, maar daarnaast ook moeten overwegen of een melding zou moeten worden gedaan in de verwijfsindex risico's jeugdigen. Deze verwijfsindex heeft tot doel om beroepskrachten die met dezelfde jongere te maken hebben met elkaar in contact te brengen. Dit doen zij als risico's worden gesignaleerd met betrekking tot de ontwikkeling naar de volwassenheid van de jongere. Doel daarvan is te komen tot een gezamenlijke aanpak van de problematiek van de jongere en zijn gezin. We wijzen er met nadruk op dat het niet gaat om een keuze tussen een melding in de verwijfsindex of de stappen van de meldcode, maar dat beide acties bij vermoedens van kindermishandeling aan de orde zijn omdat ze elkaar ondersteunen.

2.2 De stappen die beroepskrachten geacht worden te zetten

De stappen gaan in op het proces vanaf het moment dat er signalen zijn. Het signaleren zelf heeft in het model een andere plaats gekregen. Signaleren wordt gezien als een belangrijk onderdeel van de beroepshouding van de beroepskrachten die binnen de organisatie

werkzaam zijn. Zo bezien is signalering geen stap in het stappenplan, maar een grondhouding die in ieder contact met cliënten, leerlingen en patiënten wordt verondersteld. De stappen wijzen de beroepskracht de weg als hij meent dat er signalen zijn van huiselijk geweld of van kindermishandeling.

Volgorde van de stappen

De stappen die hieronder worden beschreven zijn in een bepaalde volgorde gerangschikt. Maar deze volgorde is niet dwingend. Waar het om gaat, is dat de beroepskracht op enig moment in het proces alle stappen heeft doorlopen, voordat hij besluit om een melding te doen. Zo zal het soms voor de hand liggen om meteen met de cliënt in gesprek te gaan over bepaalde signalen. In andere gevallen zal de beroepskracht eerst overleg willen plegen met een collega en met het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of met het Steunpunt Huiselijk Geweld voordat hij het gesprek met de cliënt aangaat. Ook zullen stappen soms twee of drie keer worden gezet.

Specifieke vormen van huiselijk geweld of kindermishandeling

Het stappenplan schetst in algemene zin de stappen die in geval van signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling dienen te worden gezet. Bij specifieke vormen van dit geweld moeten de stappen soms nader worden ingekleurd. Bijvoorbeeld in geval van signalen van seksueel geweld of van vrouwelijke genitale verminking. Voor dit laatste wordt verwezen naar het Gespreks-protocol Meisjesbesnijdenis van de AJN en het Handelingsprotocol Meisjesbesnijdenis van Pharos. Voor de omgang met signalen van eergeerelateerd geweld verwijzen we naar de Handleiding voor de aanpak van eergeerelateerd geweld van de Federatie Opvang en Movisie die binnenkort verschijnt.

Stap 1: In kaart brengen van signalen

Als een beroepskracht signalen opvangt van huiselijk geweld of kindermishandeling, wordt van hem gevraagd om deze signalen in kaart te brengen. Hij legt deze signalen vast, evenals (de uitkomsten van) de gesprekken die hij over de signalen voert, de stappen die hij zet en de besluiten die hij neemt.

Ook de gegevens die de signalen weerspreken worden vastgelegd. Bij het in kaart brengen van signalen volgt de beroepskracht de protocollen en aanwijzingen van zijn eigen organisatie of praktijk.

In veel organisaties wordt van iedere cliënt een dossier aangelegd. In dat geval worden de gegevens over de signalen en over de stappen die worden gezet in het dossier vastgelegd. Beschikt de organisatie niet over een cliënt-dossier, dan moet in de code voor de eigen organisatie of praktijk worden aangegeven op welke wijze en waar de beroepskracht de gegevens over de signalen en over de stappen vastlegt.

NB: Na iedere stap in het basismodel volgt een korte instructie. Deze instructie bevat praktische aanwijzingen voor de beroepskracht die hem helpen de betreffende stap zorgvuldig te zetten.

In de instructie bij de eerste stap worden aanwijzingen gegeven voor het zorgvuldig vastleggen van gegevens. Zo wordt o.a. van de beroepskracht gevraagd om feiten en signalen uit elkaar te houden, om de status te vermelden van hypothesen en veronderstellingen en om de bron te vermelden als er informatie wordt vastgelegd die afkomstig is van een ander.

Signalen in verband met de kinderen van een cliënt

Een beroepskracht kan ook zorgen hebben over kinderen of andere gezinsleden van zijn cliënt met wie hij zelf geen contact heeft. Zo kunnen er bijvoorbeeld bij een beroepskracht in de geestelijke gezondheidszorg of in het maatschappelijk werk zorgen zijn over de veiligheid van de kinderen van een cliënt, omdat de cliënt bij vlagen zeer agressief is of door zijn overmatig middelengebruik niet in staat is om voor zijn kinderen te zorgen. Ook al kan de beroepskracht geen uitspraak doen over de feitelijke situatie waarin de kinderen zich bevinden omdat hij geen contact met hen heeft, er is in dergelijke gevallen wel aanleiding voor nader onderzoek naar de omstandigheden waarin de kinderen verkeren.

Stap 2: Collegiale consultatie en zonodig raadplegen van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of het Steunpunt Huiselijk Geweld

De tweede stap is het overleg over de signalen. Om de signalen die in kaart zijn gebracht goed te kunnen duiden, is overleg met een deskundige collega noodzakelijk. Te denken valt bijvoorbeeld aan de aandachtsfunctionaris huiselijk geweld of kindermishandeling binnen de eigen organisatie, of aan het zorg- en adviesteam van de school. Zo kan op basis van anonieme cliëntgegevens (daarnaast) ook het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of het Steunpunt Huiselijk Geweld worden geraadpleegd. Bij een vermoeden van (dreigende) vrouwelijke genitale verminking of eengerelateerd geweld zal doorgaans een beroep moeten worden gedaan op specifieke expertise.

Steunpunt Huiselijk Geweld en Advies- en Meldpunt Kindermishandeling

Advies

Bij iedere stap van de meldcode geldt dat er altijd contact op kan worden genomen met het Steunpunt Huiselijk Geweld of het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling; deze laatste maakt deel uit van het Bureau Jeugdzorg. Bij het Steunpunt en het Meldpunt is veel kennis aanwezig over mogelijke signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling. De medewerkers kunnen ook adviseren over de te zetten stappen en over het voeren van gesprekken met cliënten over de signalen. Bij het vragen van advies zet het Meldpunt of het Steunpunt zelf geen stappen in de richting van de cliënt of die van anderen. Het advies is dus uitsluitend gericht tot de adviesvrager. Alle melders van een vermoeden van kindermishandeling worden door het AMK geïnformeerd over hetgeen er met hun informatie is gedaan

NB: Adviesgesprekken vinden plaats op basis van anonieme cliëntgegevens, voor een adviesgesprek heeft u uw beroepsgeheim dus niet te verbreken.

Melden

Als er bij het volgen van de stappen wordt besloten tot het doen van een melding, neemt het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of het Steunpunt Huiselijk Geweld het onderzoek naar het huiselijk geweld of de kindermishandeling over. Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en het Steunpunt Huiselijk Geweld houden melders op de hoogte van de uitkomsten van het onderzoek en van de acties die in gang worden gezet.

NB: Bij een melding moeten cliëntgegevens worden verstrekt omdat het Meldpunt of het Steunpunt anders geen acties in gang kan zetten naar aanleiding van de melding.

Gaat het om huiselijk geweld waarbij meerderjarigen zijn betrokken, dan kan de melding worden gedaan bij het Steunpunt Huiselijk Geweld telefoon 0900 126 26 26. Betreft het vermoeden mishandeling van kinderen of jongeren tot 18 jaar, dus ook als een kind getuige is van huiselijk geweld tussen andere huisgenoten, dan kan contact worden gezocht met het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling telefoon 0900 123 123 0.

Voor meer informatie over de werkwijze van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling wordt verwezen naar het Protocol van handelen Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (juni 2009).



Vermoedt het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of het Steunpunt Huiselijk Geweld eermotieven achter het (dreigende) geweld dan kunnen zij zich onder andere over de veiligheidsrisico's laten adviseren door het Landelijk Expertise Centrum Eer Gerelateerd Geweld dat als zelfstandige eenheid is ondergebracht bij de politie Haaglanden.

NB: In dit basismodel is er voor gekozen om naast de collegiale consultatie zonodig ook advies in te winnen bij het Steunpunt Huiselijk Geweld of het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. De KNMG meldcode kindermishandeling vraagt van artsen, bij deze tweede stap, om naast collegiale consultatie, altijd advies te vragen aan het Steunpunt Huiselijk Geweld of het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling.

Stap 3: Gesprek met de cliënt

Na het collegiaal overleg en eventueel het advies-gesprek met het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of het Steunpunt Huiselijk Geweld, volgt een gesprek met de cliënt. Omdat openheid een belangrijke grondhouding is in de verschillende vormen van dienstverlening aan de cliënt, wordt in het stappenplan zo snel mogelijk contact gezocht met de cliënt (of met zijn ouders) om de signalen te bespreken. Soms zal het vermoeden door het gesprek worden weggenomen, dan zijn de volgende stappen van het stappenplan niet nodig. Worden de zorgen over de signalen door het gesprek niet weggenomen, dan worden ook de volgende stappen gezet.

Heeft een beroepskracht behoefte aan ondersteuning bij deze stap, dan kan hij ook daarover advies vragen aan een collega of aan een aandachtsfunctionaris binnen de eigen organisatie of praktijk en/of aan het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of het Steunpunt Huiselijk Geweld.

In het gesprek met de cliënt gaat het er om dat de beroepskracht:

1. het doel van het gesprek uitlegt;
2. de signalen, dit wil zeggen de feiten die hij heeft vastgesteld en de waarnemingen die hij heeft gedaan, bespreekt;
3. de cliënt uitnodigt om daarop te reageren;
4. en pas na deze reactie zonodig komt tot een interpretatie van wat hij heeft gezien en gehoord en wat hem in reactie daarop verteld is.

Geen gesprek met de cliënt

In de instructie bij deze stap wordt aangegeven in welke gevallen er kan worden afgezien van een gesprek met de cliënt. Het gaat om situaties waarin door het voeren van het gesprek de veiligheid van een van de betrokkenen in het geding zou kunnen komen. Zo is het denkbaar dat een beroepskracht besluit om zijn vermoeden van seksueel misbruik of eengerelateerd geweld nog niet met de dader te bespreken omdat hij het risico aanwezig acht dat de dader zich, na dit gesprek, op het slachtoffer af zal reageren. Ook kan worden afgezien van een gesprek als er goede redenen zijn om aan te nemen dat de cliënt daardoor de contacten met de beroepskracht zal verbreken waardoor de cliënt uit het zicht raakt.

Gesprek met kinderen

Ook als een cliënt nog jong is, is het van belang dat de beroepskracht het gesprek met hem aangaat, tenzij dat vanwege zijn jeugdige leeftijd echt niet mogelijk of te belastend voor hem is. De beroepskracht beoordeelt zelf of een gesprek zinvol en mogelijk is, zonodig in overleg met een collega of met het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling.

NB: Het kan van belang zijn om een kind even alleen te spreken, zonder dat zijn ouders daarbij aanwezig zijn zodat het kind zich vrij kan uiten. De beroepskracht hanteert hiervoor de regels die op zijn eigen sector van toepassing zijn. Zo zal een docent zonder veel omhaal gewoon een gesprek met een van zijn leerlingen aan kunnen knopen. Maar bij een uitnodiging aan een kind van 10 jaar voor een gesprek met de jeugdarts ligt dit anders. Als uitgangspunt geldt dat de ouders hierover vooraf behoren te worden geïnformeerd. Maar in verband met de veiligheid van het kind, van de beroepskracht, of die van anderen, kan ook in deze sector worden besloten om toch een eerste gesprek met het kind te voeren zonder dat de ouders hierover van te voren worden geïnformeerd.

Gesprek met de ouder(s)

Normaal gesproken zal er, als het om een minderjarige cliënt gaat, ook een gesprek over de signalen worden gevoerd met de ouder(s). Dit is niet alleen van belang als de ouders mogelijkerwijs betrokken zijn bij het huiselijk geweld of de mishandeling, maar ook als dit niet aan de orde is. Want de ouders behoren, zeker als zij het gezag uitoefenen, als regel te worden geïnformeerd over wat er bij hun kind speelt.

NB: Een gesprek met (een van) de ouders kan achterwege blijven in verband met de veiligheid van het kind of die van anderen. Bijvoorbeeld als de beroepskracht redenen heeft om aan te nemen dat hij het kind dan uit het oog zal verliezen omdat de ouders het kind van school zullen halen, of niet meer naar de kinderopvang zullen brengen, of dat het eerge relateerd geweld zal escaleren.

Stap 4: Wegen van het geweld of de kindermishandeling

Na de eerste drie stappen beschikt de beroepskracht al over redelijk veel informatie: de beschrijving van de signalen die hij heeft vastgelegd, de uitkomsten van het gesprek

met de cliënt en het advies van deskundigen. In stap 4 komt het er op aan dat de beroepskracht deze informatie weegt. Deze stap vraagt van de beroepskracht dat hij het risico op huiselijk geweld of kindermishandeling inschat, evenals de aard en de ernst van dit geweld.

Beschikt de organisatie of beroepsgroep over een risicotaxatie-instrument, dan gebruikt de beroepskracht dit instrument bij zijn weging. Vanzelfsprekend kan ook bij deze stap advies worden ingewonnen bij deskundigen zoals de aandachtsfunctionaris, het zorg- en adviesteam of het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of het Steunpunt Huiselijk Geweld.

NB: In de KNMG Meldcode voor artsen is deze stap bij stap 5 inbegrepen. De KNMG Meldcode adviseert artsen om, als extra stap, zo nodig informatie in te winnen bij andere professionals die zijn betrokken bij het gezin. Zie: Artsen en Kindermishandeling, Meldcode en Stappenplan, Utrecht, september 2008, p.17 ev. (stap 4) en p. 24 ev. (artikel 9). www.knmg.nl/publicaties

Stap 5: Beslissen: Hulp organiseren of melden

Na de weging van stap 4 komt de beroepskracht, zonodig ondersteund door deskundigen, tot een besluit: zelf hulp organiseren of een melding doen. Waar het bij deze afweging om gaat is dat de beroepskracht beoordeelt of hij zelf, gelet op zijn competenties, zijn verantwoordelijkheden en zijn professionele grenzen, in voldoende mate effectieve hulp kan bieden of kan organiseren. In alle gevallen waarin hij meent dat dit niet of maar gedeeltelijk het geval is, doet hij een melding.

Hulp organiseren en effecten volgen

Meent de beroepskracht dat hij met zijn organisatie of praktijk de cliënt voldoende kan beschermen tegen het risico op huiselijk geweld of op kinder-mishandeling, dan biedt of



organiseert hij de hulp die daarvoor nodig is. Hij volgt de effecten van deze hulp en doet alsnog een melding als het geweld niet blijkt te stoppen of opnieuw oplaat.

Melden

Meent de beroepskracht dat hij met zijn organisatie of praktijk niet in staat is om de cliënt voldoende te beschermen tegen het risico op huiselijk geweld of kindermishandeling, dan doet hij een melding zodat de signalen nader kunnen worden onderzocht en acties in gang kunnen worden gezet die de cliënt en zijn gezinsleden voldoende beschermen.

Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling doet na een melding onderzoek naar de signalen. Dit wil zeggen dat de medewerkers in gesprek gaan met de ouders en met beroepskrachten die met het kind te maken hebben. Op basis van de resultaten van dit onderzoek besluit men wat er moet gebeuren. Vaak zal vrijwillige hulp in

gang worden gezet, maar het Advies- en Meldpunt kan ook beslissen om een melding te doen bij de Raad voor de Kinderbescherming en/of om aangifte van mishandeling te doen bij de politie.

Het Steunpunt zal na een melding contact zoeken met de cliënt om te beoordelen welke hulp noodzakelijk is, om vervolgens deze hulp voor het slachtoffer en de pleger (in het kader van Wet tijdelijk huisverbod) te organiseren en hen daarvoor zonnodig te motiveren.

Sluit in de melding aan bij de feiten

Bij een melding dient de melder zoveel mogelijk zijn signalen te melden, dit wil zeggen de feiten en gebeurtenissen die zijn waargenomen. Meldt de melder ook feiten en gebeurtenissen die anderen hebben gezien of gehoord, dan moet hij deze 'andere bron' duidelijk in de melding noemen.



‘Een melding is geen eindpunt. Het stappenplan geeft aan wat de beroepskracht, na zijn melding, kan doen om de cliënt of zijn gezinsleden te beschermen en te ondersteunen’

Contact met de cliënt of zijn ouder(s) over de melding en de inspanning om toestemming voor de melding te krijgen

Als hoofdregel geldt dat de beroepskracht, voordat hij een melding doet, contact zoekt met de cliënt over de melding. Hij legt hem uit dat hij een melding wil doen, wat een melding voor de cliënt betekent en wat het doel van de melding is. Vervolgens vraagt de beroepskracht de cliënt om een reactie hierop. Laat de cliënt merken dat hij bezwaar heeft tegen de melding, dan gaat de beroepskracht over deze bezwaren met de cliënt in gesprek en bekijkt hij hoe hij aan deze bezwaren tegemoet kan komen.

Blijven de bezwaren van de cliënt desondanks overeind, dan maakt de beroepskracht een afweging. Hij weegt de aangevoerde bezwaren af tegen de noodzaak om de cliënt of een ander tegen het geweld of de mishandeling te beschermen door een melding te doen. Daarbij betreft hij in ieder geval de aard en de ernst van het geweld en de noodzaak om de cliënt of een ander daartegen te beschermen.

Op deze manier spant de beroepskracht zich in om toestemming van de cliënt te krijgen. Alleen in die gevallen waarin dit hem niet lukt, ook niet nadat hij in gesprek is gegaan over

de bezwaren van de cliënt, komt het doen van een melding zonder toestemming van de cliënt in beeld. Voor meer informatie hierover wordt verwezen naar deel III van dit basismodel.

Positie van de jeugdige cliënt en zijn ouder(s)

Is de cliënt nog geen 12 jaar oud, dan voert de beroepskracht het gesprek zoals hierboven beschreven met de ouder(s) van de cliënt. Is de cliënt 12 jaar en nog geen 16 dan wordt het gesprek gevoerd met de cliënt en of met de ouder.

Melding zonder gesprek met de cliënt of zijn ouders

In de instructie bij de vijfde stap wordt aangegeven in welke gevallen er kan worden afgezien van contacten met de cliënt (en of zijn ouders) over de melding. Het gaat om situaties waarin de veiligheid van een van de betrokkenen in het geding zou kunnen komen. Ook kan van een gesprek worden afgezien als er goede redenen zijn om aan te nemen dat de cliënt de contacten met de beroepskracht zal verbreken waardoor de cliënt uit het zicht raakt.

Bekendmaken van de identiteit van de melder bij vermoedens van kindermishandeling

Artikel 55 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg geeft als hoofdregel dat de identiteit van de melder door het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling aan het gezin bekend wordt gemaakt.

Een melder kan echter ten opzichte van het gezin anoniem blijven als de melding:

1. een bedreiging vormt of kan vormen voor de jeugdige, voor andere jeugdigen of voor de beroepskracht of zijn medewerkers; of
2. de vertrouwensrelatie zou kunnen verstoren tussen de beroepskracht en de cliënt of zijn gezin.

NB: Het Steunpunt Huiselijk Geweld kent (nog) geen specifieke regeling op dit punt. In het algemeen kan worden gezegd dat ook hier openheid over meldingen de hoofdregel is en dat, bij wijze van uitzondering, met name op grond van overwegingen in verband met de veiligheid de identiteit van de melder voor de betrokkenen kan worden afgeschermd.

Inspanningen na de melding

Een melding is geen eindpunt. Als een beroepskracht een melding doet, geeft het stappenplan daarom aan dat de beroepskracht in zijn contact met het Steunpunt Huiselijk Geweld of het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling ook bespreekt wat hij zelf, na zijn melding, binnen de grenzen van zijn gebruikelijke taakuitoefening- kan doen om de cliënt of zijn gezinsleden te beschermen en te ondersteunen. Dit is uitdrukkelijk in stap 5 bij de melding opgenomen om duidelijk te maken dat de betrokkenheid van de beroepskracht bij de cliënt na de melding niet ophoudt. Van hem wordt verwacht dat hij, naar de mate van zijn mogelijk-heden, de cliënt blijft ondersteunen en beschermen. Uiteraard gebeurt dit in overleg met het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of het Steunpunt Huiselijk Geweld om zo tot een gemeenschappelijke aanpak te komen.

Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en het Steunpunt Huiselijk Geweld houden melders op de hoogte van de uitkomsten van het onderzoek en van de acties die in gang worden gezet.

2.3 Verantwoordelijkheid van de organisaties om randvoorwaarden te scheppen voor een veilig werk- en meldklimaat

Voor het signaleren en het zetten van de stappen zijn een goede implementatie van de code en een veilig werkklimaat noodzakelijk. Daarom werkt dit basismodel ook de verantwoordelijkheden van de organisaties nader uit. Het gaat dan met name om de implementatie van het stappenplan en om het scheppen van een veilig meldklimaat.

Concreet moet worden gedacht aan:

- het informeren van beroepskrachten en cliënten over de meldcode die wordt gehanteerd en het doel daarvan;
- het aanbieden van voldoende en regelmatig terugkerende opleidingen en trainingen voor de beroepskrachten;
- het regelmatig evalueren van het gebruik van de meldcode op basis van de casuïstiek. Dit draagt bij aan de verbetering van de kwaliteit van de meldcode en van de bewustwording van de handelswijze van de professionals bij signalering van huiselijk geweld en kindermishandeling.
- het zorgen voor de beschikbaarheid van deskundigen die kunnen worden geraadpleegd;
- het zicht houden op de effecten van de meldcode;
- het maken van afspraken met de beroepskrachten (bijvoorbeeld in de ondernemingsraad) op welke wijze zijn organisatie hen zal ondersteunen als cliënten hen, in of buiten rechte, aanspreken op het zetten van de stappen van de meldcode.

Deze afspraken zijn belangrijk voor een veilig werk- en meldklimaat en maken de beroepskracht duidelijk dat het handelen volgens de code geen individuele keuze is maar (door de overheid opgelegd) beleid.

III. Beroepsgeheim, meldcode en meldrecht

3.1 Inleiding

In dit derde deel van het basismodel meldcode wordt enige achtergrondinformatie gegeven, met name over het beroepsgeheim, het wettelijk meldrecht en de verhouding tussen het beroepsgeheim en het meldrecht.

3.2 Inhoud en doel van het beroepsgeheim

Algemene zwijgplicht

Iedere beroepskracht die individuele cliënten hulp, zorg, steun of een andere vorm van begeleiding biedt heeft een beroepsgeheim. Deze zwijgplicht, zoals het beroepsgeheim ook wel wordt genoemd, verplicht de beroepskracht om, kort gezegd, geen informatie over de cliënt aan derden te verstrekken, tenzij de cliënt hem daarvoor toestemming heeft gegeven.

Doel van het beroepsgeheim is de drempel voor de toegang tot de hulpverlening zo laag mogelijk te maken en de cliënt het vertrouwen te geven dat hij vrijuit kan spreken.

‘Al met al is de omgang met het beroepsgeheim een vorm van evenwichtskunst: geheimhouding waar mogelijk, zorgvuldige doorbreking van het geheim waar nodig’

De zwijgplicht geldt bijvoorbeeld voor maatschappelijk werkers, intern begeleiders, ouderenwerkers, jeugdhulpverleners, medisch hulpverleners, medewerkers in de kinderopvang en in peuterspeelzalen. Het beroepsgeheim geldt ook voor begeleiders en hulpverleners van de reclassering en van justitiële (jeugd) inrichtingen, al maakt het gedwongen kader van het strafrecht in sommige gevallen een zekere inbreuk op de zwijgplicht.

De hierboven beschreven algemene zwijgplicht voor hulpverleners en begeleiders is niet specifiek opgenomen in een bepaalde wet, maar wordt afgeleid uit de privacybepalingen uit het Europees Verdrag voor de Rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (artikel 8) en uit de Grondwet (artikel 10). Deze bepalingen worden nog eens ondersteund door artikel 272 Wetboek van Strafrecht dat een verbod bevat op het verbreken van geheimen die aan de beroepskracht zijn toevertrouwd.

Specifieke zwijgplicht

Een aantal beroepsgroepen kent een specifieke zwijgplicht die is geregeld in een ‘eigen’ wet. Dit geldt bijvoorbeeld voor medisch hulpverleners, zoals artsen en verpleegkundigen. Zij vinden hun zwijgplicht in artikel 88 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg en in artikel 7:457 Burgerlijk Wetboek. Voor beroepskrachten in de jeugdzorg is de zwijgplicht specifiek geregeld in artikel 53 van de Wet op de jeugdzorg. Vertrouwens-

inspecteurs in het onderwijs kennen een eigen bepaling over de omgang met hun zwijgplicht in artikel 6 van de Wet op het onderwijstoezicht.

Paradox van de geheimhoudingsplicht

Er doet zich bij de omgang met de zwijgplicht een zekere paradox voor. De zwijgplicht is hét instrument bij uitstek om er voor te zorgen dat mensen naar de beroepskracht toe komen en ook bereid zijn om open over hun zorgen te spreken. Ze mogen er immers op vertrouwen dat hun verhaal niet zomaar elders terecht komt. Maar een te rigide omgang met het beroepsgeheim kan tot gevolg hebben dat een cliënt die dringend hulp nodig heeft juist niet geholpen wordt omdat de beroepskracht meent dat hij vanwege zijn beroepsgeheim niet in mag grijpen. Al met al is de omgang met het beroepsgeheim een vorm van evenwichtskunst: geheimhouding waar mogelijk, zorgvuldige doorbreking van het geheim waar nodig. Het basismodel meldcode wil daarin een handreiking bieden voor zover het gaat om signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling.

Vragen van toestemming

Bij het verstrekken van gegevens van een cliënt aan een ander, dus ook bij het doen van een melding aan het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of aan het Steunpunt Huiselijk Geweld, geldt als hoofdregel dat de beroepskracht zich inspant om toestemming voor zijn melding te krijgen. Het basismodel schetst daarvoor de werkwijze. Geeft de cliënt zijn

toestemming, dan kan een melding worden gedaan. Weigert de cliënt ondanks de inspanning van de beroepskracht zijn toestemming, dan houdt het niet op maar maakt de beroepskracht een nieuwe afweging, zie daarover paragraaf 3.3.

NB1: De Wet bescherming persoonsgegevens bepaalt dat een cliënt vanaf zijn 16e jaar zelf toestemming geeft aan een beroepskracht voor het verstrekken van zijn gegevens aan een ander (al dan niet in de vorm van het doen van een melding). De Wet op de jeugdzorg en de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst geven een cliënt dit recht zelfs al vanaf zijn 12e jaar. Toch moet over een melding, als het gaat om een cliënt vanaf 12 of 16 jaar die nog thuis woont, ook gesproken worden met zijn ouders. Want bij de melding worden doorgaans niet alleen gegevens over de jongere verstrekt maar ook over zijn ouder(s).

NB2: Van het vragen van toestemming kan worden afgezien in verband met de veiligheid van de cliënt, van de beroepskracht of die van anderen.

3.3 Conflict van plichten

Zo oud als de zwijgplicht is ook de notie dat een beroepskracht door zijn beroepsgeheim in de knel kan komen. Er kunnen zich situaties voordoen waarin de beroepskracht alleen door te spreken zijn cliënt kan helpen, terwijl hij voor dit spreken geen toestemming krijgt. Er kan in dat geval sprake zijn van een conflict van plichten. De plicht om te zwijgen vanwege het beroepsgeheim botst met de plicht om de cliënt te helpen juist door met een ander over hem te spreken. Het gaat dan altijd om een cliënt die zich in een ernstige situatie bevindt en die alleen kan worden geholpen door een ander bij de aanpak te betrekken.

In de (tucht)rechtspraak wordt in geval van een conflict van plichten erkend dat een beroepskracht ook zonder toestemming van de cliënt over hem mag spreken. Uiteraard moet een dergelijk besluit om de zwijgplicht te doorbreken zorgvuldig worden genomen.

Als hulpmiddel bij de besluitvorming over het verbreken van de geheimhoudingsplicht wordt verwezen naar de website www.huiselijkgeweld.nl/cgi-bin/beroepsgeheim.cgi

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

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

Positie van de cliënt

Bij het besluit om de geheimhouding te doorbreken, speelt de positie van de cliënt een belangrijke rol. Bij cliënten die zich in een afhankelijke positie bevinden waardoor ze minder goed in staat zijn zelf op te treden tegen mishandeling of geweld, zal een beroepskracht eerder dan 'gemiddeld' kunnen besluiten dat hij zijn zwijgplicht verbreekt. Te denken valt op de eerste plaats aan kinderen en jongeren. Het kan dan gaan om kinderen die zelf cliënt zijn van de beroepskracht of om de kinderen van de cliënt.

Meerderjarigen beslissen in beginsel zelf over de wijze waarop ze hun leven inrichten en of ze daarin hulp of andere inmenging wensen. Dit zelfbeschikkingsrecht is een belangrijk uitgangspunt bij het bieden van hulp aan cliënten. Maar dit uitgangspunt is niet absoluut.

Er zijn situaties waarin een inbreuk op de zelfbeschikking noodzakelijk kan zijn omdat de cliënt in een zeer ernstige situatie verkeert. In geval van huiselijk geweld kan dit zeker aan de orde zijn. Uit onderzoek is gebleken hoezeer slachtoffers gevangen kunnen zitten in hun situatie, zodanig dat ze daar op eigen kracht niet uit komen. De beroepskracht zal zich eerst tot het uiterste in moeten spannen om de toestemming van zijn cliënt te krijgen. Maar krijgt hij deze niet, dan kan hij zich daar niet zondermeer bij neerleggen. Hij dient de ernst van de situatie waarin de cliënt zich bevindt af te wegen tegen het gegeven dat de cliënt hem geen toestemming geeft voor het doen van een melding. Komt hij tot de slotsom dat de cliënt, vanwege de ernst van het huiselijk geweld, tegen dit geweld moet worden beschermd, dan doet hij een melding, ook al heeft hij daarvoor geen toestemming. Hij komt dan in feite tot de conclusie dat het zware belang van zijn geheimhoudingsplicht in deze specifieke situatie moet wijken voor het nog zwaardere belang van het beschermen van zijn cliënt tegen zwaar en/of structureel geweld.

NB: Voor een zorgvuldige besluitvorming is het noodzakelijk dat de beroepskracht de situatie, voordat hij zijn besluit neemt, bespreekt met een deskundige collega en zonodig ook (op basis van anonieme cliëntgegevens) advies vraagt aan het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of het Steunpunt Huiselijk Geweld.

Beoordeling van een besluit over het doorbreken van het beroepsgeheim

Zou achteraf een toetsende organisatie gevraagd worden om een oordeel te geven over het optreden van de beroepskracht, dan wordt vooral de zorg-vuldigheid beoordeeld waarmee het besluit om de geheimhouding te verbreken

tot stand is gekomen. Daarbij wordt onder andere gelet op:

- collegiale consultatie;
- raadpleging van het Steunpunt Huiselijk Geweld of het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling;
- aanwezigheid van voldoende relevante feiten of signalen en zorgvuldige verzameling van deze feiten en signalen;
- zorgvuldige en concrete afweging van belangen;
- de contacten die er met de cliënt zijn geweest over de melding. Concreet gaat het er dan om of de beroepskracht zich, gelet op zijn mogelijkheden en op de omstandigheden waarin de cliënt verkeert, heeft ingespannen om de cliënt toestemming te vragen of om hem te informeren, indien het verkrijgen van toestemming niet mogelijk bleek.

Als hulpmiddel bij de besluitvorming over het verbreken van de geheimhoudingsplicht en het doen van een melding, wordt verwezen naar de website van de privacy helpdesk van het Ministerie van Justitie, www.huiselijkgeweld.nl/cgi-bin/beroepsgeheim.cgi

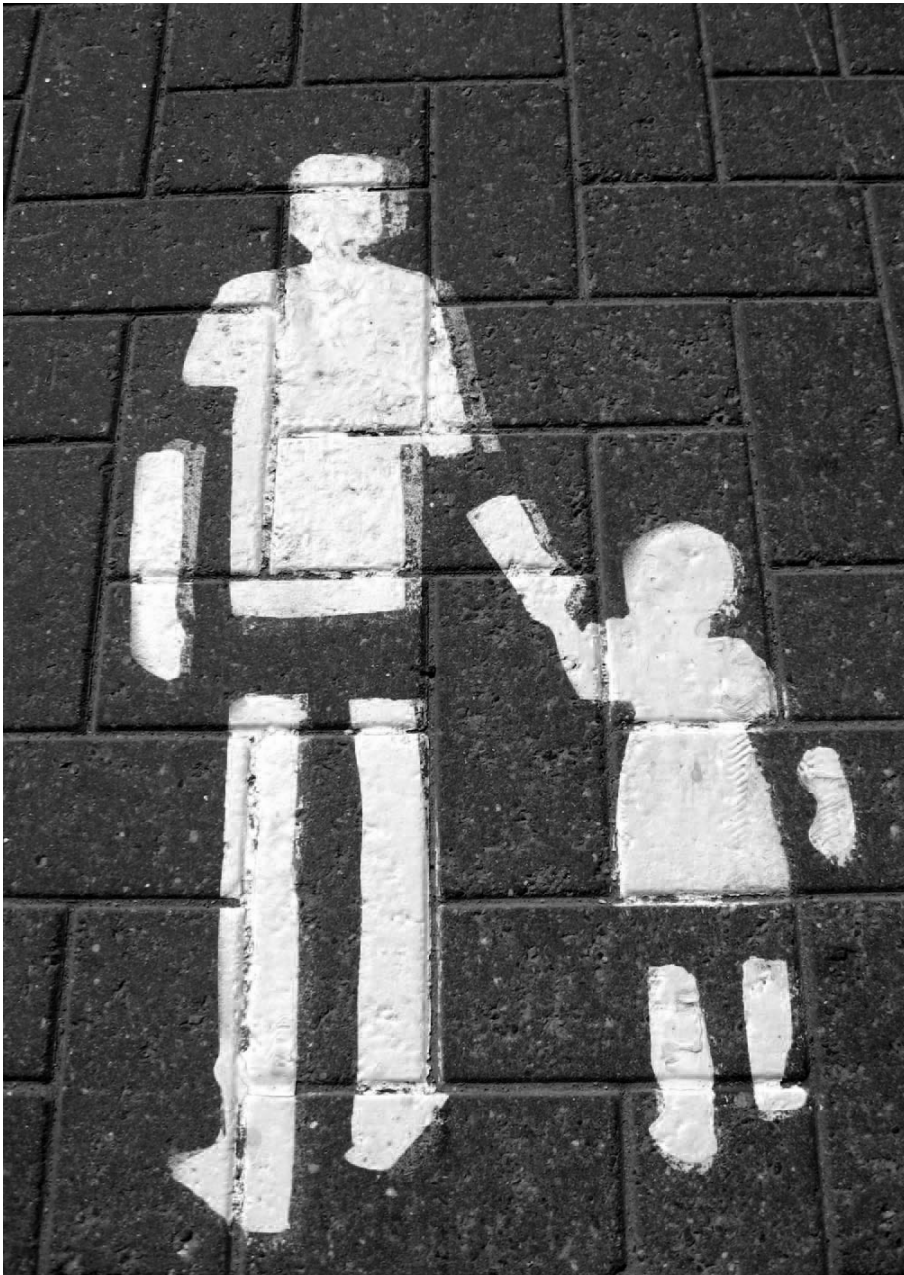
NB: Het is, ook in verband met de toetsbaarheid van het besluit achteraf, belangrijk om een besluit over het melden van een cliënt zonder dat hij daarvoor zijn toestemming heeft gegeven zorgvuldig vast te leggen. Niet alleen de melding dient te worden vastgelegd, ook de belangen die zijn afgewogen en de personen die van te voren over het besluit zijn geraadpleegd.

22 | Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

3.4 Wettelijk meldrecht

Voor vermoedens van kindermishandeling is het leerstuk van het conflict van plichten nog eens bevestigd in artikel 53 lid 3 van de Wet op de jeugdzorg dat een uitdrukkelijk meldrecht bevat. Iedere beroepskracht met een beroepsgeheim of een andere zwijgplicht heeft op basis van dit wettelijk meldrecht het recht om vermoedens van kindermishandeling, zonodig zonder toestemming van het kind en/of de ouder, bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling te melden. Daarnaast omvat het meldrecht het recht voor de beroepskracht om op verzoek van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling informatie over het kind en/of zijn ouders te verstrekken, eveneens zonodig zonder toestemming van het kind en/of de ouder.

Voor vermoedens van huiselijk geweld waarbij alleen meerderjarigen zijn betrokken, zal de voorgenomen wet meldcode een vergelijkbaar wettelijk meldrecht gaan bevatten. Zolang deze wet en het daarin opgenomen meldrecht er nog niet zijn, biedt het conflict van plichten uitkomst in die gevallen waarin geen toestemming wordt verkregen - of kan worden gevraagd - en een melding toch noodzakelijk is om het geweld te stoppen en de cliënt tegen dit geweld te beschermen.



IV. Voorbeeld meldcode bij signalen van huiselijk geweld en kinder mishandeling

Het bevoegd gezag van

[naam van de organisatie waarvoor de meldcode
wordt vastgesteld]

Overwegende

- dat [naam organisatie of praktijk] verantwoordelijk is voor een goede kwaliteit van de dienstverlening aan zijn cliënten en dat deze verantwoordelijkheid zeker ook aan de orde is in geval van dienstverlening aan cliënten die (vermoedelijk) te maken hebben met huiselijk geweld of kindermishandeling;
- dat van de beroepskrachten die werkzaam zijn bij [naam organisatie] op basis van deze verantwoordelijkheid wordt verwacht dat zij in alle contacten met cliënten attent zijn op signalen die kunnen duiden op huiselijk geweld of kindermishandeling en dat zij effectief reageren op deze signalen;

- dat [naam organisatie] een meldcode wenst vast te stellen zodat de beroepskrachten die binnen [naam organisatie] werkzaam zijn weten welke stappen van hen worden verwacht bij signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling;
- dat [naam organisatie] in deze code ook vastlegt op welke wijze zij de beroepskrachten bij deze stappen ondersteunt;
- dat onder huiselijk geweld wordt verstaan: (dreigen met) geweld, op enigerlei locatie, door iemand uit de huiselijke kring, waarbij onder geweld wordt verstaan: de fysieke, seksuele of psychische aantasting van de persoonlijke integriteit van het slachtoffer, daaronder ook begrepen ouderenmishandeling en eergeerelateerd geweld. Tot de huiselijke kring van het slachtoffer behoren: (ex) partners, gezinsleden, familieleden en huisgenoten;
- dat onder kindermishandeling wordt verstaan: iedere vorm van een 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, daaronder ook begrepen eergeerelateerd geweld en vrouwelijke genitale verminking;
- dat onder beroepskracht in deze code wordt verstaan: de beroepskracht die voor [naam organisatie] werkzaam is en die in dit verband aan cliënten van de organisatie zorg, begeleiding, onderwijs, of een andere wijze van ondersteuning biedt;
- dat onder cliënt in deze code wordt verstaan: iedere persoon aan wie de beroepskracht zijn professionele diensten verleent.

In aanmerking nemende

- de Wet bescherming persoonsgegevens;
- de Wet op de jeugdzorg;
- de Wet maatschappelijke ondersteuning [naam van overige wetten die in verband met de omgang met persoonsgegevens op de betreffende organisatie van toepassing zijn]; het privacyreglement van [naam organisatie].

Stelt de volgende Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling vast.

Noodsituaties

Bij signalen die wijzen op acuut en zodanig ernstig geweld dat uw cliënt of zijn gezinslid daartegen onmiddellijk moet worden beschermd, kunt u meteen advies vragen aan het Advies- en Meldpunt Kinder mishandeling of aan het Steunpunt Huiselijk Geweld. Komt men daar, op basis van de signalen, tot het oordeel dat onmiddellijke actie is geboden, dan kunt u zonodig in hetzelfde gesprek een melding doen zodat op korte termijn de noodzakelijke acties in gang kunnen worden gezet.

In noodsituaties kunt u overigens ook contact zoeken met de Raad voor de Kinderbescherming of met de crisisdienst van het Bureau Jeugdzorg en/of de politie vragen om hulp te bieden.

IVa. Stappenplan bij signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling

Stap 1: In kaart brengen van signalen

Breng de signalen die een vermoeden van huiselijk geweld of kindermishandeling bevestigen of ontcrachten in kaart en leg deze vast. Leg ook de contacten over de signalen vast, evenals de stappen die worden gezet en de besluiten die worden genomen.

Maak bij het signaleren van huiselijk geweld of kindermishandeling gebruik van een signalerings-instrument als uw organisatie daarover beschikt.

Hebt u zelf geen contact met de kinderen van uw cliënt, dan kunt u toch signalen vastleggen over de situatie waarin deze kinderen zich mogelijk bevestigen, als de toestand van uw cliënt daar aanleiding toe geeft.

Betreffen de signalen huiselijk geweld of kindermishandeling gepleegd door een beroepskracht, meld de signalen dan bij de leidinggevende of de directie, conform de interne richtlijnen. In dat geval is dit stappenplan niet van toepassing.

Beschrijf uw signalen zo feitelijk mogelijk. Worden ook hypothesen en veronderstellingen vastgelegd, vermeld dan uitdrukkelijk dat het gaat om een hypothese of veronderstelling. Maak een vervolgaantekening als een hypothese of veronderstelling later wordt bevestigd of ontcracht. Vermeld de bron als er informatie van derden wordt vastgelegd. Leg diagnoses alleen vast als ze zijn gesteld door een bevoegde beroepskracht.

Stap 2: Collegiale consultatie en zonodig raadplegen van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of het Steunpunt Huiselijk Geweld

Bespreek de signalen met een deskundige collega. Vraag zo nodig⁵ ook advies aan het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of aan het Steunpunt Huiselijk Geweld.

Stap 3: Gesprek met de cliënt

Bespreek de signalen met de cliënt. Hebt u ondersteuning nodig bij het voorbereiden of het voeren van het gesprek met de cliënt, raadpleeg dan een deskundige collega en/of het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of het Steunpunt Huiselijk Geweld.

1. leg de cliënt het doel uit van het gesprek;
2. beschrijf de feiten die u hebt vastgesteld en de waarnemingen die u hebt gedaan;
3. nodig de cliënt uit om een reactie hierop te geven;
4. kom pas na deze reactie zonodig en zo mogelijk met een interpretatie van hetgeen u hebt gezien, gehoord en waargenomen. In geval van vrouwelijke genitale verminking kunt u daarbij de Verklaring tegen meisjesbesnijdenis gebruiken.

Het doen van een melding zonder dat de signalen zijn besproken met de cliënt, is alleen mogelijk als:

- de veiligheid van de cliënt, die van u zelf, of die van een ander in het geding is;
- als u goede redenen hebt om te veronderstellen dat de cliënt door dit gesprek het contact met u zal verbreken.

5 De KNMG Meldcode Kindermishandeling vraagt van artsen om altijd ook advies in te winnen van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of het Steunpunt Huiselijk Geweld

28 | Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

Stap 4: Weeg de aard en de ernst van het huiselijk geweld of de kindermishandeling

Weeg op basis van de signalen, van het ingewonnen advies en van het gesprek met de cliënt het risico op huiselijk geweld of kindermishandeling. Weeg eveneens de aard en de ernst van het huiselijk geweld of de kindermishandeling. Maak bij het inschatten van het risico op huiselijk geweld of op kindermishandeling gebruik van een risicotaxatie-instrument als een dergelijk instrument binnen uw organisatie of praktijk beschikbaar is.

NB: In de KNMG Meldcode voor artsen is deze stap bij stap 5 inbegrepen. De KNMG Meldcode adviseert artsen om, als extra stap, zo nodig informatie in te winnen bij andere professionals die zijn betrokken bij het gezin. Zie: Artsen en Kinder-mishandeling, Meldcode en Stappenplan, Utrecht, september 2008, p.17 ev. (stap 4) en p. 24 ev. (artikel 9). www.knmg.nl/publicaties

Stap 5: Beslissen: zelf hulp organiseren of melden

Hulp organiseren en effecten volgen

Meent u, op basis van uw afweging in stap 4, dat u uw cliënt en zijn gezin redelijkerwijs voldoende tegen het risico op huiselijk geweld of op kindermishandeling kunt beschermen:

- organiseer dan de noodzakelijke hulp;
- volg de effecten van deze hulp;
- doe alsnog een melding als er signalen zijn dat het huiselijk geweld of de kindermishandeling niet stopt of opnieuw begint.

‘Bij signalen die wijzen op acuut en zodanig ernstig geweld kunt u meteen advies vragen aan het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of aan het Steunpunt Huiselijk Geweld’

Melden en bespreken met de cliënt

Kunt u uw cliënt niet voldoende tegen het risico op huiselijk geweld of op kindermishandeling beschermen of twijfelt u er aan of u voldoende bescherming hiertegen kunt bieden:

- meld uw vermoeden bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of bij het Steunpunt Huiselijk Geweld;
- sluit bij uw melding zoveel mogelijk aan bij feiten en gebeurtenissen en geef duidelijk aan indien de informatie die u meldt (ook) van anderen afkomstig is;
- overleg bij uw melding met het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of het Steunpunt Huiselijk Geweld wat u na de melding, binnen de grenzen van uw gebruikelijke werkzaamheden, zelf nog kunt doen om uw cliënt en zijn gezinsleden tegen het risico op huiselijk geweld of op mishandeling te beschermen.

Bespreek uw melding vooraf met uw cliënt (vanaf 12 jaar) en of met de ouder (als de cliënt nog geen 16 jaar oud is).

1. leg uit waarom u van plan bent een melding te gaan doen en wat het doel daarvan is;
2. vraag de cliënt uitdrukkelijk om een reactie;
3. in geval van bezwaren van de cliënt, overleg op welke wijze u tegemoet kunt komen aan deze bezwaren;
4. is dat niet mogelijk, weeg de bezwaren dan af tegen de noodzaak om uw cliënt of zijn gezinslid te beschermen tegen het geweld of de kindermishandeling. Betrek in uw afweging de aard en de ernst van het geweld en de noodzaak om de cliënt of zijn gezinslid door het doen van een melding daartegen te beschermen;
5. doe een melding indien naar uw oordeel de bescherming van de cliënt of zijn gezinslid de doorslag moet geven.

Van contacten met de cliënt over de melding kunt u afzien:

- als de veiligheid van de cliënt, die van u zelf, of die van een ander in het geding is;
- als u goede redenen hebt om te veronderstellen dat de cliënt daardoor het contact met u zal verbreken.

IVb. Verantwoordelijkheden van [naam organisatie] voor het scheppen van een randvoorwaarden voor een veilig werk- en meldklimaat

Om het voor beroepskrachten mogelijk te maken om in een veilig werkklimaat huiselijk geweld en kindermishandeling te signaleren en om de stappen van de meldcode te zetten, draagt [naam organisatie] er zorg voor dat:

- binnen de organisatie en in de kring van cliënten bekendheid wordt gegeven aan het doel en de inhoud van de meldcode;
- regelmatig een aanbod wordt gedaan van trainingen en andere vormen van deskundigheidsbevordering zodat beroepskrachten voldoende kennis en vaardigheden ontwikkelen en ook op peil houden voor het signaleren van huiselijk geweld en kindermishandeling en voor het zetten van de stappen van de code;
- er voldoende deskundigen beschikbaar zijn die de beroepskrachten kunnen ondersteunen bij het signaleren en het zetten van de stappen van de code;
- de meldcode aansluit op de werkprocessen binnen de organisatie;
- de werking van de meldcode regelmatig wordt geëvalueerd en dat zonodig acties in gang worden gezet om de toepassing van de meldcode te optimaliseren;
- afspraken worden gemaakt over de wijze waarop [naam organisatie] zijn beroepskrachten zal ondersteunen als zij door cliënten in of buiten rechte worden aangesproken op de wijze waarop zij de meldcode toepassen.



Protocollen, meldcodes en overige stukken die bij het opstellen van dit basismodel zijn gebruikt

- Brief van de Staatssecretaris van VWS, de Minister voor Jeugd en Gezin en de Minister van Justitie aan de Tweede Kamer m.b.t. een verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling kenmerk Tweede Kamer, vergaderjaar 2008 - 2009, 28 345, nr. 72, november 2008.
- Inhoudelijk overzicht meldcodes kindermishandeling Nji, Utrecht 2008.
- Amsterdams Protocol Kindermishandeling.
- Conceptrichtlijn JGZ secundaire preventie kinder-mishandeling, 2007.
- Gespreksprotocol Meisjesbesnijdenis AJN, 2005.
- Handelingsprotocol Meisjesbesnijdenis Pharos 2007.
- KNMG Meldcode en Stappenplan, september 2008.
- KNOV Meldcode kindermishandeling, februari 2007.
- Meldcode kindermishandeling, NIZW 2002.
- Protocol melden kindermishandeling ambulancediensten Haaglanden, april 2009.
- Protocol melden kindermishandeling SEH Medisch Centrum Haaglanden, maart 2009.
- Rotterdamse Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.
- Voorbeeld Protocol primair onderwijs en voorbeeld Protocol voortgezet onderwijs, ontwikkeld door dienst OCenW Gemeente Den Haag, GGD Zuid-Holland West en JSO expertisecentrum.
- Zicht op de Rotterdamse meldcode, evaluatie meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, K. Lünemann, Verwey Jonker instituut maart 2009.



Dit is een uitgave van
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres
Parnassusplein 5 | 2511 vx Den Haag

Postadres
Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag
Telefoon 070 340 79 11
Telefax 070 340 78 34
www.minvws.nl

Publicatienummer
DVC 90487

Redactie: VWS/DMO/SSO
Ontwerp: Optima Forma
Drukwerk: Chevalier

december 2009

Appendix V

RICHTLIJN PCF/FDP (VVAK)



VVAK Richtlijn voor de aanpak van:

**Pediatric Condition Falsification (PCF)
en Factitious Disorder by Proxy (FDP)**
(Munchausen By Proxy Syndroom, MBPS)

Maart 2007

Inhoudsopgave

	Blz.
1. Inleiding	3
2. Doelstelling	3
3. Definities	3
4. Epidemiologie	5
5. Signalering	5
6. Pediatric Condition Falsification (PCF)	6
6.1 Presentatie	
6.2 Diagnostiek	
7. Factitious Disorder by Proxy (FDP)	10
8. Behandelaar(s)	11
9. AMK aanpak en onderzoek en samenwerking met behandelaars	12
9.1 Aanpak en onderzoek	
9.2 Verborgen videocamerabewaking/covert video registration (CVR)	
9.3 Taken en verantwoordelijkheden behandelaar(s) en vertrouwensarts/AMK	
10. Verwijzen en overdragen	16
11. Juridische aspecten	17
12. Nawoord	18
Literatuur referenties	20
Bijlage 1 DSM IV TR , criteria nagebootste stoornis NAO	21
Bijlage 2 Risicotaxatie: Tabel van Jones	22
Bijlage 3 Voorbeeld contract	23

1. Inleiding

Pediatric Condition Falsification (PCF) en Factitious Disorder by Proxy (FDP), beter bekend als het Munchausen By Proxy Syndroom (MBPS) wordt als vorm van kindermishandeling regelmatig gemeld bij het Advies en Meldpunt Kindermishandeling. Deze complexe en moeilijk herkenbare vorm van kindermishandeling wijkt qua duur en aanpak nogal af van de overige meldingen betreffende kindermishandeling. Vanwege die complexiteit hebben de leden van de Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling (VVAK) de vereniging verzocht een richtlijn op te stellen aangaande hoe te handelen bij een vermoeden van MBPS.

De MBPS werkgroep heeft een concept richtlijn opgesteld. Deze richtlijn is vervolgens op constructieve wijze becommentarieerd door onderstaande vakgroepen, die wij hierbij van harte willen bedanken voor hun positieve inbreng.

- Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN)
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Sectie Kinder- en jeugdpsychiatrie van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVvP)
- Raad voor de Kinderbescherming (RvKB)
- Gezondheidsrecht KNMG

2. Doelstelling

Deze richtlijn is bedoeld voor het onderzoek en de interventies door vertrouwensartsen en maatschappelijk werkers werkzaam bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) als onderdeel van Bureau Jeugdzorg ten behoeve van het zuiver stellen van de diagnose en het maken van een plan van aanpak.

3. Definities

In 1977 beschreef Meadow (1) voor de eerste keer het Munchausen By Proxy Syndroom aan de hand van onderstaande criteria:

- Aandoening/problematiek bij een kind die wordt gesimuleerd, geïnduceerd en/of verergerd door een ouder of iemand in 'loco parentis'.
- Het kind wordt herhaaldelijk voor medische diagnostiek en behandeling gepresenteerd, hetgeen vaak in vele behandelingen resulteert.
- De dader ontkent te weten wat de oorzaak is van de aandoening/problematiek van het kind.
- De (acute) symptomen houden op wanneer het kind van de dader wordt gescheiden.

Sindsdien zijn er veel beschrijvingen van dit syndroom gegeven vanuit pediatrie en (kinder-)psychiatrische invalshoek. We zullen in het kort de belangrijkste noemen. In 2002 pleitte Rosenberg voor een diagnose gesteld bij het kind, daar men als buitenstaander geen inzicht kan hebben in de motivationele aspecten van de dader. In 2002 beschreef Rosenberg criteria voor het stellen van een pediatrie diagnose 'Pediatric Condition Falsification (PCF)', waarbij belangrijk is dat die zo feitelijk mogelijk wordt vastgesteld (2).

In de Britse literatuur is in 2002 gekozen voor de term Fabricated or Induced Illness by Carers (FI). Deze term wordt beschreven door de Royal College of Paediatrics and Child Health 2002 (3). Het college heeft gekozen voor de term 'Fabricated or Induced Illness by Carers' (FI), omdat MBPS niet kan worden gediagnosticeerd volgens de criteria van een medisch syndroom zoals de naamgeving suggereert.

MBPS wordt ook in de DSM IV (bijlage I) geclassificeerd, maar dan wel vanuit het perspectief van de pleger 300.19 'De nagebootste stoornis NAO'. De nagebootste stoornis bij volmacht / by proxy valt hieronder. De classificatie bij het kind valt onder de code mishandeling van het kind welke volgens de DSM verder wordt uitgesplitst.

Schreier (4,5) beschrijft het voorstel van de American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC) om de diagnose MBPS te verdelen in twee subdiagnoses:

1. de medische diagnose bij het kind: Pediatric Condition Falsification (PCF) en
2. de diagnose bij de ouder/verzorger: Factitious Disorder by Proxy (FDP)

Het Munchausen By Proxy Syndroom is dan de resultante van PCF bij het kind en FDP bij de ouder.

Met betrekking tot de definiëring en terminologie heeft de werkgroep gekozen om het voorstel van APSAC te volgen zoals beschreven door Schreier.

Wat betreft de diagnostiek adviseert de werkgroep de diagnostische criteria voor het onderzoek van PCF te hanteren zoals die door Rosenberg zijn beschreven (blz. 7 en 8). Wat betreft de diagnostiek bij de pleger zijn dergelijke diagnostische criteria nooit in de literatuur beschreven. Uit de literatuur blijkt dat de diagnostiek bij de pleger minder eenduidig en feitelijk is uit te voeren.

Bij de keuze van de definitie en de terminologie hebben de volgende redenen een rol gespeeld:

- Juist in de combinatie van PCF en FDP komt de specifieke dynamiek naar voren hetgeen eigen is aan de Munchausen By Proxy problematiek:
- Het is zowel van belang voor de risicotaxatie, het op te stellen beleid, alsmede voor de prognose dat er behalve een diagnose bij het kind zo mogelijk ook een diagnose FDP bij de ouder/verzorger gesteld wordt. De diagnose bij de pleger kan echter nooit de diagnose bij het kind vervangen (3).

Definitie MBPS=PCF+FDP

Het Munchausen By Proxy Syndroom is een gefalsificeerde/geïnduceerde aandoening bij het kind (PCF) die wordt toegebracht door de ouder / verzorger die een ziekelijke behoefte heeft aan aandacht van artsen en hulpverleners en die aandacht op manipulatieve wijze probeert te verkrijgen (FDP).

Hieronder vallen zowel de acute als de meer chronisch verlopende ziektebeelden.

4. Epidemiologie

- Incidentie: Er zijn geen werkelijke incidentie cijfers bekend vanwege de slechte herkenning van MBPS/PCF en de onderrapportage. Grote onderzoeken in Engeland en de Verenigde Staten hebben aangetoond dat de incidentie ligt tussen de 0,5 /100.000 kinderen voor kinderen beneden de 16 jaar en op 3 /100.000 kinderen jonger dan 1 jaar. Deze incidentie lijkt alleen de 'bewezen' klassieke MBP gevallen te betreffen waarbij het gaat om verstikking en vergiftiging (6)
- Mortaliteit 6 – 9%, waarvan 33% door verstikking
- Gemiddelde tijd om te komen tot de diagnose is 21,8 maand.
- Gemiddelde leeftijd kind is 39,8 maand
- De aanwezigheid van een daadwerkelijke ziekte sluit MBPS / PCF niet uit (in 30% is er tevens een somatische diagnose)
- Meisjes even vaak als jongens
- Van de geïnduceerde symptomen vindt 50% in het ziekenhuis plaats
- Pleger is in 90-95 % de moeder
- Groot risico voor andere kinderen: 61,3% heeft soortgelijke dubieuze symptomen

5. Signalering

Uit de literatuur (7,8) komen opvallende kenmerken naar voren. Deze kunnen als eye-openers worden gebruikt om MBPS/PCF vroeg op het spoor te komen

Eye-openers bij de presentatie van het ziektebeeld

- Anamnese varieert en komt niet overeen met het lichamelijk onderzoek, noch met de laboratorium uitslagen
- Onverklaard, langdurig, niet op behandeling reagerend ziektebeeld
- Ziektebeeld verandert door aanwezigheid / afwezigheid dader
- Ziektebeeld komt terug na goed nieuws / ontslaggesprek
- In ziektegeschiedenis van kind komen meerdere vermoedens van MBPS/PCF voor
- Onverklaarde ziekte en overlijden binnen het gezin

Eye-openers in de ouder – kind relatie

- Ouder is overbezorgd, beperkt de activiteiten en sociale contacten van het kind
- In het ziekenhuis dringt de ouder aan om zoveel mogelijk zelf het kind te verzorgen
- De symptomen bij het kind nemen af als de ouder afwezig is
- De ouder accepteert gemakkelijk ingrijpende onderzoeken bij het kind
- De ouder is minder bezorgd dan de professional

Eye-openers bij de plegers

- Veelvuldig contact met het ziekenhuispersoneel, zeer geïnteresseerd in details ook van ziektebeelden van andere patiënten.
- Ogenschijnlijk de voorbeeldige ouder,
- Lijkt zelf veel aandacht nodig te hebben
- Geen opluchting bij goed nieuws
- Sterke neiging tot vereren en diskwalificeren van de behandelaar
- Deskundig op medisch gebied, 14 % is werkzaam in de gezondheidszorg
- Onwillig bij haar kind weg te gaan
- Verzet tegen ontslag
- Heeft vaak zelf een uitgebreide (niet altijd consistente) medische voorgeschiedenis
- Pathologisch liegen, manipuleren, emotionele labiliteit en grote overtuigingskracht
- De vader is als partner weinig betrokken bij dit proces, vaak is er sprake van een 'afwezige' vader.

6. Pediatric Condition Falsification (PCF)

6.1 Presentatie

In meer dan 60% van de gevallen worden multipele klachten gepresenteerd.

De progressieve ontwikkeling van mildere vormen naar ernstige vormen komt voor maar is niet vanzelfsprekend. Over de risicofactoren is weinig bekend. In bijlage 2 is een overzicht opgenomen van signalen met een slechte prognose en die met een wat betere prognose uit een casestudie van Jones et al UK 2002 (3). PCF kan ook voorkomen in combinatie met een bestaande aandoening (30%). De verschillende presentaties van PCF zijn als volgt:

*** Medisch-somatische presentaties**

Acute vormen:

- ALTE's (Apparent Life Threatening Event)
- Vergiftiging met ernstige symptomen zoals hypoglycemie door insuline, zoutvergiftiging, een en ander met tot gevolg coma, aanvallen, ademhalingsmoeilijkheden, ataxie en bloedingen (peper, barbituraten, antidepressiva, anticoagulantia, chloor, diazepam, e.d.)

Chronische vormen:

- Verzinnen en aanpraten van symptomen (verbal fabrication): bloedingen, ademstilstand, insulten, suikerziekte, overgeven, infecties e.d.
- Onthouden van voeding(smiddelen)
- Produceren van symptomen en signalen bij het kind: koorts, huiduitslag, bloedingen, nierstenen e.d.
- Vergiftiging met milde symptomen: diarree, overgeven, uitdroging, Failure to thrive ten gevolge van laxeremiddelen, diuretica en braakmiddelen

*** Psychiatrische presentaties en psychologische problematiek (4,9)**

Uiteenlopende psychologische en psychiatrische klachten kunnen worden gefalsificeerd en deze hebben veelal een chronisch verloop. In de literatuur worden genoemd;

- Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD),
- Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified (PDD-NOS)
- Verschillende psychologische symptomen die geassocieerd worden met (voedsel)allergieën.
- Leerproblemen in de vorm van dyslexie worden ook als vorm van PCF beschreven. Deze komen voor binnen het onderwijs en schoolbegeleidingsdiensten.
- Multiple persoonlijkheidsstoornissen
- Bipolaire stoornissen
- Psychoses
- Chronic fatigue syndrome,

*** Gefalsificeerde signalen van seksueel misbruik (4,5)**

Deze kinderen worden veelvuldig gepresenteerd met mictieproblemen en/of vaginale of anale klachten als zijnde gevolg van seksueel misbruik. Ook hierbij wordt aangedrongen op herhaald onderzoek en wordt niet positief gereageerd op geruststellende uitkomsten. Deze moeten worden onderscheiden van valse beschuldigingen uit wraak tegen de aangeklaagde 'dader' (ex-partners). eigenlijk is dit een differentiaal diagnostisch item

6.2 Diagnostiek PCF

Bij de diagnostiek van PCF worden de door Rosenberg in 2002 beschreven diagnostische criteria (2) als uitgangspunt aanbevolen. PCF is een pediatrische diagnose die door de behandelende artsen gesteld kan worden volgens onderstaande criteria in nauwe samenwerking met de vertrouwensarts.

*** Criteria zekere of definitieve PCF:**

Bij deze groep van zekere of definitieve gefalsificeerde aandoeningen is het fabriceren en/of induceren feitelijk vast te stellen. De kindergeneeskundige diagnostiek verloopt volgens de door Rosenberg beschreven *diagnose per inclusionem* of *diagnose per exclusionem*.

Beide vormen zijn hierna beschreven en leiden tot een zekere of definitieve diagnose van PCF.

Diagnose per inclusionem houdt in dat er onomstreden bewijs is geleverd bijvoorbeeld wanneer een incident is vastgelegd door een getuige of door middel van geheime video registratie. Het betreft vaak acuut verlopende en levensbedreigende vormen van PCF (bijvoorbeeld een ALTE: Apparent Life Threatening Event, intoxicaties e.d.). Vaak wordt eerst diagnostiek per exclusionem gedaan voordat de diagnostiek per inclusionem wordt ingezet.

De medisch-diagnostische criteria zijn als volgt omschreven:

1. Kind is bij herhaling gepresenteerd voor medische zorg EN
2. Test of gebeurtenis is positief voor het falsificeren van de medische conditie van het kind EN
3. Het is onwaarschijnlijk dat de uitkomst van het onderzoek of de test het gevolg is van een foutieve test of een verkeerde interpretatie, EN
4. Geen andere verklaring van de positieve test of gebeurtenis dan een gefalsificeerde ziekte is medisch mogelijk EN
5. Er zijn geen bevindingen die een gefalsificeerde ziekte geloofwaardig uitsluiten.

Jongetje van 4 maanden is opgenomen met cyanotische incidenten. De ALTE's komen voor gedurende enkele minuten. Er valt op dat de incidenten niet voorkomen wanneer moeder afwezig is en zolang er intensieve zorg is op de kinder-IC. Er zijn na zorgvuldig pediatrisch onderzoek geen lichamelijke afwijkingen vastgesteld. Na installatie van een geheime videocamera wordt gezien dat de moeder haar hand op de mond van haar zoon legt.

Diagnose per exclusionem houdt in dat alle mogelijke verklaringen en relevante oorzaken voor de aandoening van het kind in beschouwing zijn geweest en differentiaal diagnostisch vervolgens zijn uitgesloten. Een diagnose door uitsluiting is te stellen na zorgvuldig pediatrisch onderzoek. Geheel of gedeeltelijke scheiding van het kind van de ouders gedurende een periode kan noodzakelijk zijn. Bij oudere kinderen is dit een moeilijk uitvoerbaar onderzoek omdat deze kinderen het gefalsificeerde ziektegedrag hebben geïnternaliseerd.

In deze groep kunnen zowel acute als chronisch verlopende vormen van PCF voorkomen.

De medisch- diagnostische criteria zijn als volgt omschreven:

1. Kind is bij herhaling gepresenteerd voor medische zorg EN
2. Alle relevante diagnoses anders dan gefalsificeerde ziekte zijn geloofwaardig uitgesloten, waarbij geldt:
 - a) dat, indien het kind in leven is, de differentiaal diagnose bestaat uit volledige differentiaal diagnostiek en voldoende specifiek, objectief en verifieerbaar is **OF**

b) dat, als het kind in leven is, scheiding van het kind van de dader resulteert in verdwijning van de symptomen van het kind, in overeenstemming met de mate en snelheid van omkeerbaarheid van de gefalsificeerde ziekte.

Geen andere variabele dan de scheiding kan logisch en volledig de verbetering van de conditie van het kind verklaren. **OF**

c) dat, indien het kind overleden is, autopsie geen geloofwaardige doodsoorzaak aan het licht brengt zoals ongeval, natuurlijke dood of zelfmoord **EN**

er zijn geen bevindingen die de gefalsificeerde ziekte geloofwaardig uitsluiten.

Een meisje van 7 jaar is ernstig geïnvaleerd door aanhoudende periodes met koorts, moeheid, onbegrepen pijnen en obstipatie. De veronderstelde zeldzame immuunstoornis blijkt haar klachtenpatroon niet te verklaren. Tijdens opname worden de klachten zelden tot nooit geobjectiveerd. Het meisje zelf vertelt nooit over lichamelijke klachten en maakt tijdens de opnames een vrolijke indruk. Andere lichamelijke oorzaken zijn na zorgvuldig pediatrisch onderzoek inclusief second opinion uitgesloten.

*** Criteria mogelijke PCF:**

In deze groep komen vooral de meer chronische vormen voor van PCF variërend van gefalsificeerde somatische ziekten, gefalsificeerde psychische problematiek en gefalsificeerd seksueel misbruik.

Het betreft gefalsificeerde aandoeningen waarbij de diagnose PCF nog niet met zekerheid is vast te stellen.

De medisch- diagnostische criteria zijn als volgt:

Het kind is bij herhaling gepresenteerd voor medische zorg **EN**

1. Test/gebeurtenis is vermoedelijk positief voor het falsificeren van aandoeningen bij het kind. Geen andere verklaring is erg waarschijnlijk. Geen enkele bevinding blijkt gefalsificeerde ziekte uit te sluiten **OF**
2. Kind verkeert in een toestand, die niet volledig medisch verklaard kan worden, ondanks een degelijke evaluatie. Overtuigende hypothese suggereert een gefalsificeerde medische toestand. Geen enkele bevinding blijkt gefalsificeerde ziekte uit te sluiten

Een baby van 8 maanden is opgenomen in de kinderkliniek vanwege forse groeiproblemen terwijl ze een maagsonde heeft. De problemen zijn ontstaan na een RS virusinfectie toen de baby 3 maanden oud was. Er zijn geen lichamelijke oorzaken gevonden voor de voedingsproblemen; de maagsonde functioneert prima. Als moeder voor de baby zorgt, dan drinkt en groeit de baby niet goed. Moeder is graag en veel op de afdeling; zij is een steun voor andere ouders. De verpleging kan de baby prima per fles voeden evenals de vader die af en toe kortdurend voor de baby zorgt. De ouders zijn voor haar geboorte gescheiden. Moeder accepteert na confrontatie het verwijderen van de maagsonde, zij gaat flesvoeding geven en de baby groeit dan goed.

7. Factitious Disorder by Proxy (FDP)

Zoals bij de definities al is genoemd, is het voor het zuiver stellen van de diagnose Munchausen by Proxy tevens van belang dat er een diagnose bij de pleger wordt gesteld. Voor het kind kan dit richting gevend zijn met betrekking tot de risicotaxatie. Voor de pleger is een uitgebreid psychiatrisch onderzoek nodig voor de differentiaal diagnose en om de prognose en behandelbaarheid vast te stellen. Onderzoek naar motivatie en psychodynamiek kan aanknopingspunten opleveren voor de behandeling. Vanwege de complexiteit van de problematiek en het meestal ontbreken aan ziekte-inzicht is dit vaak niet eenvoudig.

Wat betreft de diagnostiek van de pleger is er nog onvoldoende bekend om met een 100% zekerheid de diagnose MBPS te kunnen stellen. De werkgroep is van mening dat het AMK het kind voldoende bescherming kan bieden door zich te richten op de diagnose bij het kind en door het in kaart brengen van de bedreigde ontwikkeling van het kind.

Psychiatrische aandoeningen en FDP

- Een pleger handelt niet vanuit een psychose, roes of bewustzijnsvernauwing
- Geen enkele psychiatrische stoornis leidt onvermijdelijk tot FDP
- Er kunnen diverse as I aandoeningen aanwezig zijn, zoals verslavingsproblematiek, somatisatiestoornis, eetstoornis en dwangstoornis
- Er kan (cluster B) persoonlijkheidsproblematiek aanwezig zijn (borderline, antisociaal, narcistisch en theatraal)
- In het DSM IV classificatiesysteem kan de pleger geclassificeerd worden onder 300.19 nagebootste stoornis NOS.

De vader als pleger vertoont een ander beeld dan de moeder. De FDP vader als pleger is overheersend, veeleisend en onredelijk. Hij zoekt minder het contact met de medische staf (10).

Psychiatrische aandoeningen die FDP uitsluiten

Deze categorie aandoeningen lijkt sterk op FDP en kunnen leiden tot PCF. Het kind wordt 'ziek' gepresenteerd, waarbij na volledig onderzoek van het kind de diagnose PCF gesteld kan worden, maar waarbij de motivatie van de ouder / verzorger een andere is dan het bevredigen van de behoefte aan aandacht en manipulatie van de professional zoals bij MBPS (4,5).

- Psychose/ waan bij de ouder/verzorger waarin ouder/verzorger echt denkt dat het kind ziek is
- Hypochondrie bij de ouder/verzorger, overgebracht op het kind 'hypochondrie by proxy'
- OCD: Obsessieve Compulsieve stoornis bij de ouder/verzorger
- Vulnerable child syndrome
- Secundaire winst voor de ouder/verzorger (gezag, geld)
- Mothering to death, zeer sterke symbiose tussen ouder en kind, waarbij de dokter eerder afgehouden wordt.

Overige motieven die FDP uitsluiten

- Hulpzoekend gedrag, ouder/verzorger die via ziekte bij het kind eigenlijk hulp voor zichzelf zoekt
- Overbezorgde ouder/verzorger/ doctor shopping
- Echtscheidingsconflicten onder andere bij gefingeerd seksueel misbruik.

8. Behandelaar(s)

"Not only pathological parenting but also problematic doctoring" (11).

De behandelaar is geen onschuldige toeschouwer, maar is ongewild mede-mishandelaar. Onze gezondheidszorg en hulpverlening is sterk diagnostisch-curatief gericht en supergespecialiseerd. Angst om een diagnose te missen of de wens een zeldzame diagnose te stellen, kunnen leiden tot veel diagnostisch onderzoek, waarin het overall beeld uit het oog verloren raakt en koker denken een valkuil wordt. Dit kan nog versterkt worden doordat de FDP ouder een sterk appel doet op het ego van de arts/behandelaar en hem of haar uitdaagt in een spel van 'verleiden en diskwalificeren'. In de tegenoverdracht van de arts kunnen emoties als ongelooft, krenking, schaamte en trots, naarmate de arts meer ingezogen raakt in het gezinssysteem, een objectieve beoordeling in de weg gaan staan. Regelmatig werpt een nieuwe arts/behandelaar zich op als redder in de wens het beter te doen dan zijn/haar voorgangers.

In een behandelteam kan splitsing ontstaan tussen de betrokken hulpverleners en behandelaren als onderdeel van de dynamiek in de interactie met de FDP ouder. Deze 'scheiding der geesten' treedt op als gevolg van enerzijds loyaliteit aan en bewondering voor de FDP ouder, anderzijds het voelen van boosheid en walging bij de vermoedens wat een FDP ouder haar/zijn kind kan aandoen.

Het is dan ook van belang bij vermoedens van MBPS/PCF dat artsen en behandelaren in teamverband en door middel van intercollegiale toetsing of intervisie hun casuïstiek delen en stilstaan bij hun wegenen, keuzes en emoties

Naast de rol van de medisch specialisten moet de rol van de huisarts, jeugdarts of algemeen kinderarts niet onderschat worden. Zij kunnen een centrale rol spelen in afstemming, coördinatie, bewaking en continuïteit.

Ook het zich te strikt houden aan de regels van de privacyregeling werpt een drempel op in de informatie-uitwisseling tussen de betrokken artsen en behandelaren, waardoor zicht op diagnostiek, behandeling en de voorgeschreven medicatie verdwijnt. Hierdoor kan het proces van signalering en diagnostiek ernstig worden vertraagd.

9. AMK aanpak en onderzoek in samenwerking met behandelaars

9.1 Aanpak en onderzoek

In het plan van aanpak bij een vermoeden van MBPS/PCF moet steeds de veiligheid van het kind op de korte en lange termijn centraal staan. Diagnostiek is een continu proces mede doordat feitelijkheid lang niet altijd te verkrijgen is. Wat betreft de veiligheid van het kind zal bij elke wijziging in de situatie opnieuw een risicotaxatie met betrekking tot de bedreiging van het kind gedaan moeten worden. Deze beoordeling en de mate van zekerheid ten aanzien van de diagnose zijn bepalend voor de route waarin het plan van aanpak wordt uitgewerkt, dat wil zeggen in een vrijwillig of gedwongen kader. De risicotaxatie bepaalt eveneens of ouders/verzorgers kunnen worden ingelicht en op welk moment. Voor de risicotaxatie zijn de aard, ernst en eventueel levensbedreiging van de gefalsificeerde aandoening en de leeftijd / kwetsbaarheid van het kind bepalend.

Het MBPS vormt een bedreiging voor een gezonde ontwikkeling van het kind en daarom zal er onderzoek gedaan moeten worden naar de volgende gebieden;

- Lichamelijke conditie
- Persoonlijkheidsontwikkeling kind
- Sociale en cognitieve ontwikkeling
- Interactie/hechting

Het uitgangspunt bij het onderzoek is het landelijke AMK-protocol (12) zoveel mogelijk te volgen. De onderzoeksfases zoals vastgelegd in het AMK-protocol, lopen echter bij MBPS/PCF nogal eens door elkaar en op de volgende punten moet er soms afgeweken worden

- **Advies / consult:** vaak is het zo dat degene die MBPS/PCF vermoedt eerst alleen een advies of consult wil vragen. Het toewerken naar een melding bij het AMK is in bijna alle gevallen noodzakelijk, omdat het onderzoek en/ of de coördinerende rol van het AMK een meerwaarde heeft.
- **Het onderzoek** wordt door een vertrouwensarts gedaan in nauwe samenwerking met een collega-arts of een maatschappelijk werker. Dit is niet meer de standaard werkwijze op veel AMK's, maar bij een vermoeden van MBPS/PCF is dit wel aan te raden. Dit is belangrijk om een betere inschatting te kunnen maken, manipulatie te voorkomen en om beter gedekt te zijn als woorden worden verdraaid door de ouders.
- **Een groot overleg** kan op korte termijn worden georganiseerd als tijdens het vooronderzoek blijkt dat de situatie voor het kind levensbedreigend is. De kennisgeving aan de ouders wordt in deze situatie even uitgesteld.
- **Kennisgeving ouders:** de werkgroep adviseert om de term Munchausen niet te gebruiken, maar te kiezen voor de beschrijving van de conditie van het kind waarvoor geen medische oorzaak is gevonden. Op het moment van benoemen en confronteren moet de veiligheid van het kind gegarandeerd zijn.
- **Doorlooptijd:** door de aard van deze specifieke problematiek duurt het onderzoek meestal langer dan de vastgestelde 13 weken.
- **Afsluiten:** het dossier kan afgesloten worden op het moment dat de zorg / de symptomen zijn afgenomen en de coördinatie op gang is gekomen.

- **Rappelfunctie** van het AMK na het afsluiten van het dossier is onontbeerlijk en vaak uitgebreider vanwege de langdurige coördinatie die noodzakelijk is en de kans op recidive.

Als **bijzondere middelen** in het onderzoek kunnen gebruikt worden;

- groot overleg met betrokken artsen en hulpverleners en in ernstige situaties met het Openbaar ministerie (OM) en/of de Raad voor de Kinderbescherming (RvKB) gericht op verzamelen van onderzoeksinformatie, vaststellen en afstemmen op de aanpak en verantwoordelijkheden. Dit kan noodzakelijk zijn in het vooronderzoek of binnen een voorafgaand consult.
- verborgen videocamerabewaking (zie 9.2)
- diagnostische scheiding van het kind van de ouder(s) door middel van opname en observatie in een klinische setting.
- dossieronderzoek (opvragen dossiers/brieven bij voormalige en huidige behandelaars), hetero-anamnese en anamnese ouders apart
- gericht onderzoek door kinderpsychiater, -psycholoog, kinderarts/subspecialisme, psychiater volwassenzorg, systeem therapeut, apotheek en ziekenhuislaboratorium

Aangifte doen

Het doen van aangifte bij de politie is aan te bevelen als de ware toedracht van ernstige kindermishandeling onduidelijk blijft en waarheidsvinding nodig is. Het kind kan namelijk pas dan goed beschermd worden als bekend is wie verantwoordelijk is voor de mishandeling. Tevens biedt het strafrecht de mogelijkheid gedwongen hulpverlening op te leggen aan de dader.

Strafrecht: het samenwerken met OM/ politie zoals bij andere ernstige mishandelingzaken dient te gebeuren conform het landelijke AMK aangifte beleid

9.2 Verborgene Videocamerabewaking / Covert Video Registration (CVR) (13,14)

Doel: het aantonen of uitsluiten van levensbedreigende vormen van PCF

Criteria voor indicatie:

- Er is een sterk vermoeden van PCF met levensbedreigend aspect zoals onbegrepen ALTE's / apnoe's, convulsies, intoxicaties en sepsis
- De diagnostiek per exclusionem is ver gevorderd en het vermoeden PCF is hierdoor versterkt.
- Er is geen andere manier om de diagnose PCF vast te stellen.
- Het is mogelijk de (vermoedelijke) handeling die tot PCF leidt door middel van CVR vast te leggen.
- Het kind is opgenomen in een hiertoe uitgerust ziekenhuis: technisch, personeel en financieel.
- Het AMK is in het kader van een melding betrokken en medeverantwoordelijk voor het besluit tot CVR.

Er zijn **drie varianten** mogelijk om de videoregistratie te laten plaatsvinden:

1. CVR zonder medeweten ouders/kind onder verantwoordelijkheid van de ziekenhuisdirectie / behandelend arts zonder informed consent (WGBO).

CVR vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de ziekenhuisdirectie / behandelend arts in het kader van diagnostiek. Nadat de behandelaar PCF heeft vastgesteld, wordt de uitkomst van de diagnostiek (verslagen en videomateriaal) conform de Meldcode kindermishandeling van de KNMG aan het AMK overgedragen. Het AMK heeft dan de verantwoordelijkheid om het materiaal te beoordelen en de bevoegdheid om het materiaal over te dragen aan Raad voor de Kinderbescherming (RvKB) en/of politie als de veiligheid van het kind dat vereist en hulpverlening aan de pleger alleen kan plaatsvinden in een gedwongen kader. Een ziekenhuis/arts die tot deze variant van CVR besluit met als doel mishandeling aan te tonen, is in principe strafbaar. Het kan leiden tot een klacht, een tuchtzaak of tot strafrechtelijke vervolging. Alleen wanneer de arts achteraf kan aantonen dat de registratie noodzakelijk was, omdat er vermoedelijk sprake was van een levensbedreigende mishandeling, kan hij/zij een beroep doen op een noodtoestand en wordt hij/zij niet vervolgd voor een strafbaar feit.

De videoregistratie is onderdeel van het medisch dossier, maar is geen geschrift en kan om die reden door justitie in beslag genomen worden ten behoeve van het onderzoek door justitie.

2. CVR onder verantwoordelijkheid van OM/ politie:

Voorafgaand aan de start van deze CVR-variant is het noodzakelijk een overleg te hebben, waarbij behalve de verantwoordelijken van het ziekenhuis en het AMK ook OM, politie en eventueel op verzoek van het AMK, de Raad voor de Kinderbescherming aanwezig zijn. Bij dit overleg is het belangrijk de casus eerst anoniem te bespreken. Het risico van vrijgeven van persoonsgegevens is, dat het OM uiteindelijk ongevraagd en zonder instemming van de arts een onderzoek kan starten. Het probleem van anoniem casuïstiek bespreken is in de praktijk echter dat sommige OM-leden en sommige Raadsmedewerkers hiertoe wel bereid zijn en andere niet. Dit is vaak persoonsgebonden en per regio verschillend. Als in het overleg besloten wordt tot videoregistratie over te gaan, dan is de video-opname eigendom van justitie en is justitie verantwoordelijk voor wat er met die band moet gebeuren.

3. Videoregistratie in het kader van gebruikelijke beveiligingscamera's met medeweten van ouder(s) en kind conform de WGBO:

In feite wordt of is in het verleden door de ziekenhuisdirectie al tot deze vorm van bewaking van bijvoorbeeld de kinderafdeling besloten. De ouder(s)/kind moeten hierover worden inlicht door een bord bij de ingang van de kinderafdeling of een uitgereikte brochure. Deze variant zal in juridische zin de minste problemen opleveren. Er zijn echter verschillende nadelen bij deze variant die deze feitelijk ongeschikt maken. Deze zijn

- De openheid over de videoregistratie kan in het geval van PCF leiden tot het midden van het betreffende ziekenhuis.
- De ernst van het vermoeden PCF vraagt om een veel uitgebreidere en nauwkeurigere registratie, zowel vanuit technisch oogpunt als vanuit de verantwoordelijkheid het kind te beschermen (zie uitvoering video registratie).

Uitvoering van videoregistratie in ziekenhuis bij PCF

De veiligheid van het kind is de eerste prioriteit. De CVR wordt 24 uur per dag gedurende gemiddeld 3 dagen geïnstalleerd op een vaste kamer (bed, stoel en monitor). Belangrijk is dat gelijktijdig monitorbewaking (ECG, respiratie, saturatie e.d.) aanwezig is om de impact van het vastgelegde incident voor de vitale functies van het kind te kunnen beoordelen. De observator staat in direct contact met de op de afdeling aanwezige verantwoordelijke verpleegkundige die direct kan ingrijpen. Er dient onmiddellijk door de behandelend arts beoordeeld te worden of het incident een natuurlijke of onnatuurlijke oorzaak heeft. Indien er daadwerkelijk sprake is van een vermoedelijke PCF handeling moet direct een aantal stappen worden gezet:

- Het kind wordt veilig gesteld door het kind en de pleger direct van elkaar te scheiden
- AMK / RvKB wordt direct ingelicht.
Vooraf dient met het AMK (en RvKB) te zijn besproken en schriftelijk vastgelegd hoe het kind in veiligheid wordt gesteld.
- De pleger wordt geconfronteerd door de behandelaar en/of het AMK met de diagnose, zo mogelijk in aanwezigheid van (of met een op afroep aanwezige) volwassenenpsychiater, die hulpverlening c.q. opname aanbiedt / adviseert.
- Het is noodzakelijk dat de videobanden en verslagen in het kader van de melding aan het AMK worden overgedragen.
- CVR is voor alle betrokkenen en vooral medewerkers van een ziekenhuis een emotioneel belastende en tegennatuurlijke situatie. Wanneer de feitelijke handeling is vastgelegd is dit een schokkende ervaring voor professionals waarvoor aandacht moet zijn.

De uitvoering van videoregistratie behoort zowel bij variant één als variant twee op gelijke wijze plaats te hebben. Heeft er video registratie plaats onder verantwoordelijkheid van ziekenhuis/arts dan zal de videoband zo nodig overgedragen moeten worden aan het OM / politie. Heeft deze plaats onder verantwoordelijkheid van OM / politie dan is die band al in het bezit van OM / politie. Het AMK(RvKB) dient te allen tijde geïnformeerd te worden om het civielrechtelijk traject te kunnen inzetten.

Wanneer er na een redelijke periode (gemiddeld 3 dagen) geen handelingen zijn geregistreerd die op PCF wijzen, is en blijft de diagnostiek op de andere aspecten van PCF/MBPS van belang. Het is te overwegen om de ouders te confronteren met de grond van de vermoedens.

Het is belangrijk dat de monitorbewaking geïnstalleerd is en van start gaat vanaf het moment dat het kind van de IC naar de afdeling wordt overgeplaatst.

9.3 Taken en verantwoordelijkheden behandelaar(s) en vertrouwensarts / AMK

Het is primair de taak en de verantwoordelijkheid van de (hoofd)behandelaar PCF differentiaal diagnostisch aan te tonen. Er is sprake van een ziektebeeld dat **niet** het gevolg is van een bestaande medische aandoening.

Het vaststellen van een ziekte of aandoening hoeft PCF nog niet uit te sluiten. In 30% komt PCF voor naast een bestaande aandoening. De diagnose moet, met het oog op de eventuele juridische consequenties van de diagnose, zo zeker en feitelijk als mogelijk is, gesteld worden. Daarbij kunnen de criteria van Rosenberg (zie hoofdstuk 6.2) gebruikt worden.

Het onderzoek door de vertrouwensarts in samenwerking met een collega arts of maatschappelijk werker wordt gedaan volgens het protocol van handelen van het AMK. PCF als vorm van kindermishandeling is een conclusie, die door het AMK pas wordt getrokken nadat het gehele onderzoek is afgerond. Het AMK is in geval van een melding eindverantwoordelijke voor het onderzoeksproces en het plan van aanpak dat hieruit voortkomt.

De artsen spreken onderling aan de hand van de ernst van de problematiek ijkpunten af waarop de risicotaxatie met betrekking tot de veiligheid van het kind plaatsheeft. Hierbij wordt rekening gehouden met het stadium en de volledigheid waarin het onderzoek zich op dat moment bevindt.

10. Verwijzen en overdragen

Doel is het kind en de ouders over te dragen aan instellingen die zorg dragen voor nader onderzoek, diagnostiek, ondersteuning, hulpverlening en/of bescherming` (12). Er zijn verschillende scenario's mogelijk, welke echter ook naast of achter elkaar plaats kunnen hebben.

Voor de bescherming van het kind kan bij een levensbedreigende situatie een (directe) overdracht naar de Raad voor de Kinderbescherming (RvKB) noodzakelijk zijn. Maar ook bij een bedreigde ontwikkeling van het kind en het niet op gang komen van vrijwillige hulpverlening / diagnostiek kan er aanleiding zijn tot een raads melding. De betrokkenheid van het AMK kan vanwege de medische aspecten in de MBPS/PCF zaken langer voortduren, ondanks dat de RvKB de zaak in onderzoek neemt. Het AMK kan dan vanuit de consultatieve functie, een schakel vormen tussen de medische behandelaars en de RvKB en/of een adviesrol vervullen voor de RvKB. Het is belangrijk in deze laatstgenoemde situaties helder te houden dat de Raad eindverantwoordelijke is. In de praktijk is het zinvol gebleken om bij overdracht aan de RvKB MBPS/PCF informatie mee te sturen in de vorm van een artikel of deze richtlijn.

Nader onderzoek en diagnostiek zijn in MBPS/PCF zaken altijd wenselijk voor zowel ouder(s) als het kind. Het is van belang het kind psychodiagnostisch te laten onderzoeken om zo de ontwikkeling in kaart te brengen. Indien er aanwijzingen zijn van

kinderpsychiatrische / trauma problematiek is een kinderpsychiatrisch onderzoek noodzakelijk.

Daarnaast kan een diagnostisch traject voor de ouder(s) nodig zijn om motivatie, intenties, psychiatrische, dan wel persoonlijkheidsproblematiek van de ouder(s) in kaart te brengen, om zo behandel(on)mogelijkheden en prognose te verkennen.

Bij de ondersteuning en hulpverlening moet de hulp gericht zijn op het volgen en het stimuleren van de ontwikkeling van het kind en zo nodig en mogelijk op het verwerken van de doorgemaakte trauma's. Naast individuele ondersteuning dan wel behandeling van het kind, is een systeemgerichte gezinsbehandeling wenselijk. De inzet hiervan zal echter afhankelijk zijn van de erkenning (van delen) van de PCF/FPD problematiek en behandel mogelijkheden van de ouder(s). Dit laatste geldt ook voor behandeling van de ouder(s) zelf.

Coördinatie is in de meer chronische MBPS/PCF zaken onontbeerlijk. Vaak is er geen overzicht en overleg over het totaal (medische) beeld en het gebruik van medicatie vanwege de vele (medische) behandelaren en instanties, het ontbreken van kennis over elkaars betrokkenheid en een communicatie die vaak via de ouders loopt. Een coördinator of medisch casemanager kan hier overzicht in houden en afstemming tussen de betrokken behandelaren en instanties bevorderen. Er zal duidelijk afgesproken moeten worden wie van de behandelaars de coördinatie op zich neemt.

In de beginfase van de coördinatie zal dit vaak in samenwerking met of door de vertrouwensarts moeten gebeuren. In ieder geval zal de vertrouwensarts via de rappels betrokken blijven, maar kan ook tussentijds een rol spelen. In een multidisciplinair overleg moeten afspraken gemaakt worden over wie wat doet.

Verder is het aan te bevelen om taken en bevoegdheden van de coördinator en plichten van ouders schriftelijk in de vorm van een contract vast te leggen (bijlage 3 voorbeeld contract)

11. Juridische aspecten

Juridisering en klachtgevoeligheid zijn standaard bij MBPS/PCF en vraagt verhoogde procedurele zorgvuldigheid. Het volgen van bijvoorbeeld de meldcode KNMG is zeer belangrijk aangezien 'procedurefouten' de hele zaak onderuit kunnen halen met alle negatieve gevolgen voor het kind van dien. Een goede beroepsaansprakelijkheid - verzekering is belangrijk voor alle betrokkenen (consultvrager, melder, informant, behandelaar en AMK-medewerker).

Dossievorming en informatieoverdracht zijn zeer belangrijk. Dit moet zoveel mogelijk in openheid, met wederzijdse instemming (melder/ informant/ AMK) over de formulering gebeuren en zoveel mogelijk met medeweten/ toestemming van de ouders zolang de veiligheid van het kind dit toestaat.

In alle gevallen moeten de afwegingen ten aanzien van de besluitvorming met argumenten omkleed vastgelegd te worden in het AMK dossier.

12. Nawoord

In de zomer 2004 is de Werkgroep op verzoek van de VVAK van start gegaan om een richtlijn op te stellen voor het geven van advies / consult en het doen van onderzoek bij vermoedens van het Munchausen by Proxy Syndroom (MBPS)

Deze richtlijn is de uitkomst. Een richtlijn onderscheidt zich van een protocol doordat deze meestal aangeeft hoe een probleem aangepakt dient te worden. Een richtlijn is een document met aanbevelingen en adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van professionals berustend op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig medisch handelen (Haamstede-definitie van richtlijnen NHG 2004)

Een richtlijn beschrijft zo concreet mogelijk wat er het beste gedaan kan worden en geeft specifieke aanbevelingen voor beleid. Een richtlijn geeft zelden een absolute opdracht hoe er gehandeld moet worden. Er blijft altijd ruimte voor individuele variatie.

Wanneer de richtlijn door de erkende beroepsgroep is ontwikkeld is de toepassing ervan geen vrijblijvende zaak meer.

De werkwijze van de Werkgroep bestond uit discussie en het verkrijgen van consensus op basis van eigen werkervaring en bestaande literatuur. Deze fase werd gevolgd door het verwerken van de commentaren van de in de inleiding genoemde beroepsgroepen en organisaties.

Gezien de complexiteit van de problematiek is de richtlijn meer dan een stapsgewijs plan van aanpak gebaseerd op de protocollaire werkwijze van de AMK's. Er is gekozen voor het opnemen van relevante kennis met literatuurverwijzingen en aanbevelingen voor de verschillende fasen van het advies/consult- of onderzoeksproces. De richtlijn is bewust niet chronologisch geschreven. De verschillende hoofdstukken van de richtlijn kunnen door en na elkaar worden gelezen en toegepast. (Kalverdiijk: signalering, onderzoek en diagnostiek van MBPS is een continu proces).

De verschillende hoofdstukken zijn specifiek voor het onderwerp MBPS uitgewerkt. Vooral is aandacht besteed aan de specifieke aanpak, waar deze verschilt van de algemene aanpak door het AMK bij vermoedens van kindermishandeling. Bij het schrijven van de richtlijn is uitgegaan van kennis en ervaring met de algemene aanpak door het AMK.

De 'Signalering (eye-openers)' is met opzet in een afzonderlijk hoofdstuk beschreven zoals gebruikelijk bij kindermishandeling met de bedoeling om vroegsignalering te bevorderen. Betreffende de diagnostiek van de pleger is er nog onvoldoende bekend om met een 100 % zekerheid de diagnose MBPS te kunnen stellen. De Werkgroep is echter wel van mening dat het AMK door zich te richten op de diagnose bij het kind en op het in kaart brengen van de bedreigde ontwikkeling van het kind, dit kind voldoende bescherming kan bieden.

De samenwerking met de verschillende betrokken instanties zal per regio verschillen. Hierdoor zal de aanpak nauw met de behandelaars moeten worden afgestemd. Dit geldt in het bijzonder voor de samenwerking tussen Justitie / het Openbaar Ministerie en AMK's en de ziekenhuizen.

Tot slot spreekt de werkgroep de wens uit tot een pool van mensen te komen die als aandachtspersonen MBPS fungeren. De Werkgroep stelt zich hiervoor beschikbaar: Alice Theuvenet (AMK Gelderland) en Jolande Schoonenberg (AMK Amsterdam) stellen zich beschikbaar voor overleg en het verzamelen van PCF/MBPS-zaken waar Covert Video Registration aan de orde komt.

De werkgroep streeft naar een evaluatie van de richtlijn elke vijf jaar en zonodig eerder. Jolande Schoonenberg stelt zich beschikbaar om tussentijds commentaar/ reacties te ontvangen en te verzamelen via emailadres jschoonenberg@xs4all.nl

Marja Kleiberg, vertrouwensarts AMK Friesland
Gerrit van Leeuwen, vertrouwensarts AMK Drente
Jolande Schoonenberg, vertrouwensarts AMK Amsterdam
Alice Theuvenet - Schutte, vertrouwensarts AMK Gelderland

Literatuur referenties:

1. Meadow R. Munchausen Syndrome by Proxy, the hinterland of child abuse. *Lancet* 1977;310(2): 343-345
2. Rosenberg DA. Munchausen Syndrome by Proxy; medical diagnostic criteria. *Child abuse Neglect* 2003;27:421-430
3. Working Party of the Royal College of Paediatrics and Child Health. *Fabricated or Induced Illness By Carers*. London: RCPCH, February 2002
4. Schreier HA. Munchausen by Proxy Defined. *Pediatrics* 2002;110(5):985-988
5. Schreier HA. Munchausen by Proxy. Current problems in Pediatric and Adolescent Health Care 2004;34:126-143
6. McClure RJ, Davis PM, Meadow SR, Sibert JR. Epidemiology of Munchausen Syndrome by Proxy. Non-accidental poisoning, and Non-accidental Suffocation. *Arch Dis Childhood* 1996;75:57-61
7. Barber MA, Davis PM. Fits, faints, or fatal fantasy? Fabricated seizures and child abuse. *Arch Dis Childhood* 2002;86:230-233
8. Meadow R. Munchausen Syndrome by Proxy. *Arch Dis Childhood* 1982;57:92-98
9. Conway Rand D. MSBP; Integration of classic and contemporary types. IPT-forensics 1990
10. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy abuse perpetrated by men. *Arch Dis Childhood* 1998;78:210-216
11. Jureidini JN, Shafer AT, Donald TG. Munchausen by proxy syndrome: not only pathological parenting but also problematic doctoring? *Med J Aus* 2003;178(3):130-132
12. Baeten P et al.. Definitief protocol van handelen AMK's. Utrecht: NIZW, 2004
13. Southall DP. Covert Video Recordings of life-threatening child abuse; lessons for child protection. *Pediatrics* 1997;735-750
14. Hall DE. Evaluation of Covert Video Surveillance in the Diagnosis of MSBP; lessons from 41 cases; *Pediatrics* 2000;105(6):1305-1312

Bijlage 1

**DSM IV TR
Nagebootste stoornis**

- A. Opzettelijk veroorzaken of voorwenden van lichamelijke of psychische verschijnselen of klachten
- B. De motivatie voor het gedrag is de rol van "zieke" op zich nemen
- C. Externe bekrachtiging voor het gedrag (zoals geldelijk gewin, uit de weg gaan van wettelijke verplichtingen of verbeteren van het lichamelijke welzijn, zoals bij simulatie) is afwezig

300.19 Nagebootste stoornis Niet Anderszins Omschreven

(Factitious Disorder Not Otherwise Specified)

Deze categorie omvat de stoornissen met nagebootste symptomen die niet voldoen aan de criteria van de nagebootste stoornis. Een voorbeeld is de nagebootste stoornis 'bij volmacht' ('by proxy'): het opzettelijk veroorzaken of voorwenden van lichamelijke of psychische verschijnselen of klachten bij een ander persoon die onder de zorg van betrokkene staat, met het doel de rol van 'zieke' indirect op zich te nemen.

Bijlage 2

TABLE (from Jones *et al*)

Domain	Poor prognosis	Better prognosis
Abuse	Induced harm Sadistic element Accompanying child sexual abuse or physical abuse Deaths of earlier children Harm to animals	Fabrication Shorter duration of MSBP abuse
Child	Development delay Physical sequelae of MSBP abuse Development of somatizing behaviour	Absence of delay or sequelae of abuse
Parent	Personality disorder Denial Lack of compliance Alcohol/substance abuse Abuse in childhood – unresolved.	Personality strengths Acknowledgement of abuse Compliance Treatment-responsive mental illness Adapted to childhood abuse
Parenting and parent-child interaction	Disordered attachment Lack of empathy for child Own needs before child	Normal attachment Empathy for child
Family	Domestic violence Multi-generational abuse	Non-abusive partner Supportive extended family
Professional	Lack of informed resources	Partnership with parents Long-term psychological treatment and social casework
Social setting	Violent, unsupportive neighbourhood Isolation	Local child support facilities Social support.

Bijlage 3

Voorbeeld van een contract:

Dit contract is mede geschreven door een jurist en is ook in onderdelen te gebruiken bij de overdracht aan de coördinerend (kinder) arts en de hulpverlening.

Taakomschrijving coördinator

Reden van het coördinatorschap

- Naar aanleiding van de melding vanwaarin gesproken werd van.....heeft het AMK een onderzoek ingesteld.
Conclusie uit dit onderzoek:
In het AMK onderzoek is gebleken dat coördinatie tussen de vele medici en instanties ontbreekt en communicatie via de ouders loopt. Er is geen overzicht en overleg over het totaal (medische) beeld en het gebruik van medicatie van ... Hierdoor ontstaat ruis met als gevolg vragen en onduidelijkheden. Gezien het bovenstaande acht het AMK het noodzakelijk dat er een coördinator/medische casemanager wordt aangesteld."

Doel van het coördinatorschap:

- De zorg rondom .. te optimaliseren;
- Overzicht te krijgen en te houden over het totale beeld van de ontwikkeling van ...;
- Bevorderen van de samenwerking en de afstemming van de betrokken (medische) hulpverleners, onderwijsinstellingen en instanties rondom ... en zijn ouders.

Taakomschrijving van de coördinator:

- De coördinator stimuleert, bewaakt en stemt de samenwerking tussen de betrokken hulpverleners, onderwijsinstellingen en instanties onderling af;
- De coördinator volgt de ontwikkeling van ..., in principe passief, aan de hand van de hem/haar aangeleverde rapportages;
- Indien de coördinator hiertoe op rationele gronden aanleiding ziet volgt de coördinator de ontwikkeling van ... actief;
- De coördinator gaat wanneer dit voor de uitoefening van het coördinatorschap noodzakelijk wordt geacht in overleg met betrokken hulpverleners, onderwijsinstellingen en instanties;
- De coördinator zal in ieder geval overleg plegen met de betrokken hulpverleners, onderwijsinstellingen en instanties indien er zich onduidelijkheden en/of vragen voordoen naar aanleiding van de inhoud van de rapportages;
- De coördinator bewaakt (actief) de voorgeschreven medicatie;
- Als de coördinator niet de vertrouwensarts is, rapporteert de coördinator regelmatig (minimaal eens per 3 maanden) zijn/haar bevindingen aan het AMK en in ieder geval indien het AMK hierom verzoekt of indien hiertoe enigerlei aanleiding bestaat;
- Wijziging van adres, woonplaats of gezinssituatie van ... zal in ieder geval direct worden gerapporteerd aan het AMK.

Bevoegdheden:

- De coördinator krijgt van alle betrokken hulpverleners, onderwijsinstellingen en instanties een afschrift van de brieven/documenten die verstuurd worden naar de ouders en/of één van de betrokken hulpverleners, onderwijsinstellingen of instanties.
- Bij alle wijzigingen in het (medische) hulpverleningsbeleid, voorgeschreven medicatie en/of enige andere interventie van welke aard of hoedanigheid dan ook wordt de coördinator per direct of in ieder geval zo spoedig mogelijk door de betrokken hulpverlener, onderwijsinstelling of instantie op de hoogte gesteld.
- De coördinator kan indien noodzakelijk of gewenst telefonisch en/of persoonlijk overleg plegen met één of meer betrokken (medische) hulpverleners, onderwijsinstellingen en instanties.
- Ouders worden van het plegen van overleg vooraf en van de resultaten ervan achteraf, zo spoedig mogelijk schriftelijk op de hoogte gesteld.

Plichten:

- Zowel de ouders als de reeds betrokken (medische) hulpverleners inclusief de huisarts, onderwijsinstellingen en instanties, allen in het kader van hun eigen specifieke verantwoordelijkheid, stellen de coördinator per direct op de hoogte wanneer er een verwijzing naar een nog niet betrokken (medische) hulpverlener, onderwijsinstelling en/of instantie plaats zal (gaan) vinden. Van deze plicht worden alle betrokkenen door de coördinator op de hoogte gesteld.
- De ouders zijn, in het belang van het kind, verplicht om zonder enig voorbehoud hun volledige medewerking te geven aan de coördinator in diens uitoefening van het coördinatorschap;
- De ouders zijn verplicht om de coördinator te machtigen om alle gewenste en noodzakelijke (medische) informatie van welke aard of hoedanigheid dan ook te verkrijgen of te verschaffen aan welke hulpverlener, onderwijsinstelling of instantie dan ook, voor zover dit passend of noodzakelijk wordt geacht in het kader van dit protocol.
- De coördinator heeft de plicht om zijn/haar taak zonder enige vooringenomenheid te verrichten. Het belang van .. en ouders op een zorgvuldige behandeling dient hierbij voorop te staan;
- De coördinator heeft de plicht om de ouders maandelijks schriftelijk op de hoogte te stellen van zijn/haar activiteiten in de voorgaande maand.

Geschillen:

- Bij enig geschil tussen de coördinator en de ouders over de taakuitoefening is het AMK bij uitsluiting van ieder ander bevoegd om aanwijzingen te geven hoe de coördinator zijn/haar taak dient uit te voeren of dient te interpreteren. Zowel de ouders als de coördinator zullen zich hieraan dienen te conformeren.

Datum

Voor Akkoord

De ouders:

De coördinator:

REGISTER

- Aandachtsfunctionaris 85, 121
Aangifte doen 44, 60, 114, 121
Acceleratie-decelaratietrauma 40
Adamsindeling 29
Advies vragen 48, 97, 114, 121
Advies- en steunpunt huiselijk geweld
113
Adviesvraag 57
AMK 21, 48, 57, 67, 82
Anamnese 22
Anoniem melden 103, 114
Basismodel meldcode 10, 19, 85, 111,
189
Belang van het kind 49, 69, 95, 101, 103
Bemoeizorg 102
Bijtverwonding 37
Biologischeouderperspectief 102
Blauwe plekken 32
Brandwonden 37
Buiktrauma 39
Bureau Jeugdzorg 66, 74
Centrum voor Jeugd en Gezin 66
Chlamydia 47
Circumcisie 122
Clitoridectomie 116
Cognitieve gedragstherapie 76
Computertomografie 43
Consult 48
Contextuele behandeling en leergroepen
na seksueel misbruik 75
Dierenmishandeling 112
Differentialdiagnose 32
Donut burn 37
Doodsoorzaak 40, 91
Dossiervoering 87
Echografie 43
EMDR 76
Emoties 53, 59, 105, 106
“En nu ik...!” 76
Ethische aspecten 100
Europees verdrag voor de rechten van de
mens 101
Excisie clitoris 117
Extramurale hulp 74
*Eye movement desensitization and
reprocessing* 76
Factitious disorder by proxy 54
Failure to thrive 40
Fingerprinting 36
Formulieren 83, 89
Fotografische verslaglegging 27
Fracturen 38
Fysieke straffen 105
Golden window of opportunity 54
Gonorroe 47
Grensoverschrijdend gedrag 111
Gripmark 36
Groeivertraging 40
Handelingprotocol meisjesbesnijdenis
120
Hematomen 32
Hepatitis B 47
Hiv 47
Horizonmethode 75
Huisarts 65
Huiselijk geweld 111

- Hulpverleningsplan 87
 Indeling volgens Adams 29
 Infectiepreventie 47
 Infibulatie 117
Infllicted traumatic brain injury 36, 40
 Internationaal verdrag voor de rechten van het kind 101
 Interventiegesprek 51
 Jeugd- en zedenpolitie 114
 Jeugd-GGZ 68
 Jeugdgezondheidszorg 66
 Jeugdzorg 74
 Jongensbesnijdenis 122
 Juridische aspecten 95
 Ketenzorg 65, 113
 Kids Club 76
 Kinderbeschadiging 51
 Kinderbeschermingsperspectief 102
 Kinderen van ouders met psychiatrische problematiek 76
 Kindermishandeling
 definitie 17
 vormen 19
 Kindertehuis 70
 Kindspoor 115
 KNMG-meldcode 10, 18, 19, 48, 60, 89, 96, 104, 135
 Let op de kleintjes 76
 Lichamelijk onderzoek 24
 Literatuur 131
 Maatschappelijk werk 75
 Medisch beroepsgeheim 44, 59, 67, 95, 103
 MEE 68
 Meisjesbesnijdenis 116
 Melding 57, 59, 97
 Melding van een delict 114
 Mijn baby en ik 72
 Moeder-peutergroep 73
 Morning-afterpil 47
 Motivatiemodel van Prochaska en DiClemente 56
 Motiverend gesprek 51
 Natuurlijk overlijden 90
 Nidos 69
 Niet-natuurlijk overlijden 90
 NODO-procedure 91
Nurse-Family Partnership 71
 Ondertoezichtstelling 69
 Ontheffing uit het ouderlijk gezag 70
 Ontmoedigingsbeleid 122
 Ontzetting uit het ouderlijk gezag 70
 Opname-indicaties 73
 Ouderenmishandeling 111
 Overleg 49
 Partnermishandeling 111
Pediatric condition falsification 54
 Persoonlijke normen 106
 Pharos 120
 Pleeggezin 70
 Preventieve hulp 71
 Privacy 100
 Probleemverkenkend gesprek 51
 Protocol kindermishandeling 85
 Psychotraumacentra 75
 Raad voor de Kinderbescherming 69
 Radiologisch onderzoek 42
 Recht op informatieverstrekking 98
 Reflectie- en actiegroep aanpak kindermishandeling 77
 Risicofactoren 18, 118
 Schorsing van het ouderlijk gezag 70
 Secundaire traumatisering 107
 Seksueel contact 44
 Seksueel misbruik 24, 29, 45, 54, 75, 112
 Seksueel overdraagbare aandoeningen 44
Shaken baby syndrome 40
 Signalering 18
 Skeletstatus 42
 Sporenonderzoek 46, 82
 SPUTOVAMO-formulier 83, 185
 Stappenplan 19
 STEPS 76
 Stevig Ouderschap 72
 Stollingsonderzoek 42

- Stroomschema 82
Taakopvatting 106
Team kindermishandeling 81
Toestemming 59
Top-teenonderzoek 24
Tramline bruising 36
Triple P 72
Tuchtrechter 98
Veilig, sterk en verder 77
Verkrachting 47
Verminking van de vrouwelijke genitalia 116
Vertrouwensarts 48, 57, 81
Vervolgtraject 60
Verwijsindex risicojongeren 49, 67
Voogdijinstelling 70
Voorlopige ondertoezichtstelling 69
VoorZorg 71
Vrouwenbesnijdenis 116
Websites 127
Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst 51
Wet op de Jeugdzorg 66, 96
Wet op de lijkbezorging 92
Wetboek van Strafrecht 116
Wettelijk meldrecht 96
William Schrikker Stichting 69
Ziekenhuisprotocol 81
Zorgadviesteams 68
Zorgketen 65
Zuigzoenen 38
Zwangerschapspreventie 47