

BIJLAGE A - VOORBEELD PROTOCOL

DIAGNOSTIEK BIJ (EEN VERMOEDEN VAN) SEKSUEEL MISBRUIK BIJ KINDEREN

Concept Bijlage A - Voorbeeld protocol “Diagnostiek bij (vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen”	1
1 Inleiding	4
2 Flow diagram	5
3 Definitie	7
4 Aanpak	8
4.1 Acute evaluatie noodzakelijk	8
4.2 Subacute evaluatie noodzakelijk	8
4.3 Risicotaxatie	8
5 Eerste (Telefonisch) Contact	9
5.1 Anamnese, door arts of (triage) verpleegkundige	9
5.2 Risicotaxatie	9
5.3 Adviezen acute situatie	9
5.4 Adviezen subacute situatie voor ouder(s)/ verzorger(s)	9
6 Vervolgstappen	10
6.1 Indien melding wordt gedaan bij of ouders/kind bereid zijn tot samenwerken met de politie 10	
6.2 Als ouder(s) géén politiecontact willen ondanks motiveren en er bestaat een sterk vermoeden op recent seksueel misbruik (acute situatie) (zie criteria 1.2.1).	10
7 Anamnese	12
7.1 Algemeen	12
7.1.1 Attitude	12
7.1.2 Ouders	12
7.1.3 Kind	12
7.2 Speciële anamneses	13
7.3 Gynaecologische anamnese	14
7.4 Medische voorgeschiedenis en ontwikkeling	14
7.5 Tractus anamneses	14
7.6 Psychosociale anamnese (ouders en kind)	14
7.7 Gedragssignalen (niet ingedeeld naar leeftijd of ontwikkelingsfase)	15
7.7.1 Betekenis signalen en symptomen	16
8 Lichamelijk Onderzoek	17
8.1 Algemeen	17
8.2 Vastleggen/documentatie	17
8.3 Betekenis bevindingen bij lichamelijk onderzoek	17

9	Aanvullend Onderzoek	19
9.1	<i>Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (incl. HIV en HepB)</i>	19
9.2	<i>Zwangerschap</i>	23
10	(Profylactische) Behandeling.....	24
10.1	<i>SOA.....</i>	24
10.2	<i>profylaxe</i>	24
11	Follow-up	25
11.1	<i>Medisch</i>	25
11.2	<i>Psychosociaal</i>	25
12	Expertise en kwaliteitscriteria.....	26
12.1	<i>Algemene criteria</i>	26
12.2	<i>Benodigde expertise</i>	26
12.2.1	<i>Forensische disciplines:</i>	26
12.2.2	<i>Medische disciplines:</i>	26
12.2.3	<i>Psychologische disciplines:</i>	27
13	Referenties	28

1 INLEIDING

Bij een verdenking van seksueel misbruik wordt aangeraden het kind voor evaluatie in te sturen naar een medisch specialist.

In de volgende situatie is acute evaluatie noodzakelijk:

- Tot en met de 7^e dag na het laatste seksuele contact
- Het kind meldt pijn in het genitaal gebied of er is mogelijk genitaal bloedverlies of een verwonding
- Het kind toont ernstige problemen in de mentale gezondheid (zelfbeschadiging, zelfmoordgedachten, - gedrag)

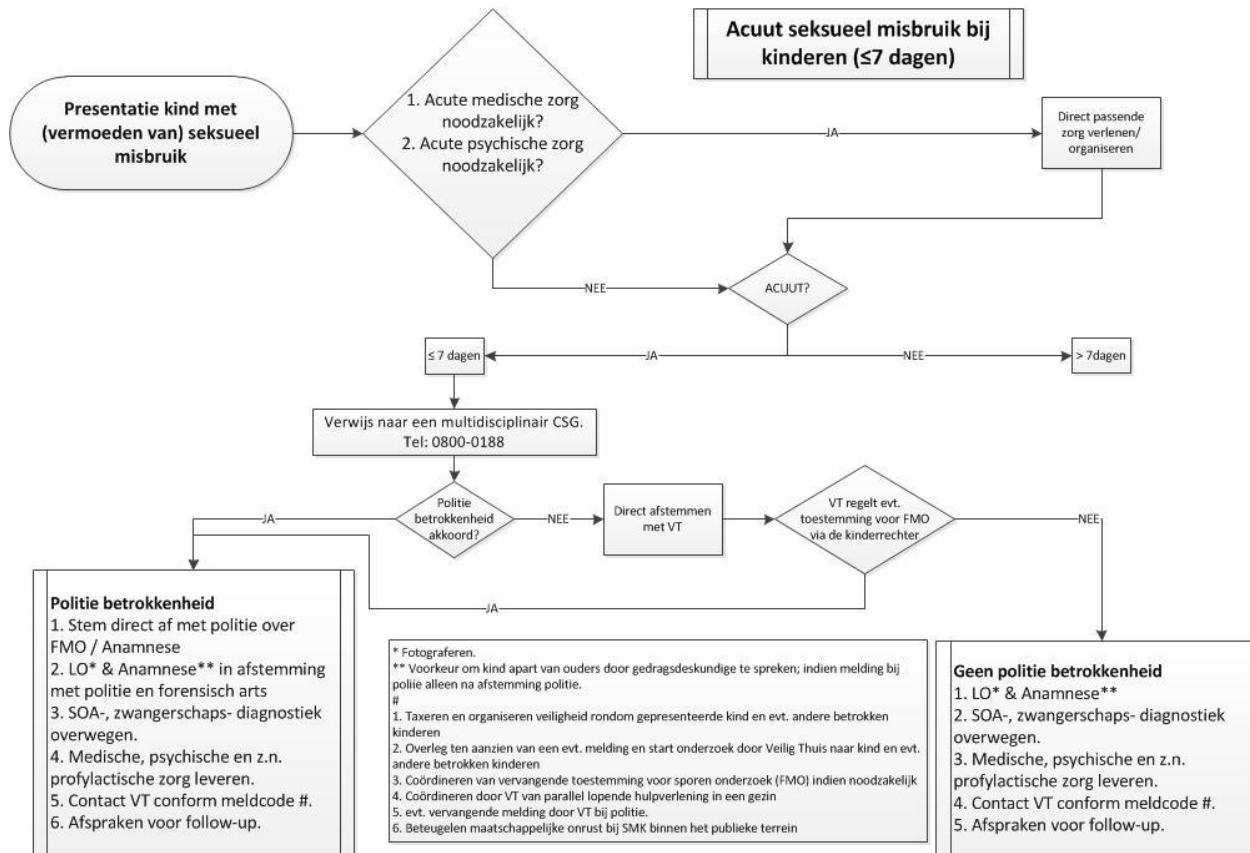
Bij acute evaluatie moet forensisch onderzoek (zie Hoofdstuk 12 – Forensisch medisch onderzoek, wat moet men doen en laten?) overwogen worden.

De evaluatie moet plaatsvinden in het dichtstbijzijnde centrum met voldoende expertise, deze gegevens zijn op te vragen bij het Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling (LECK).

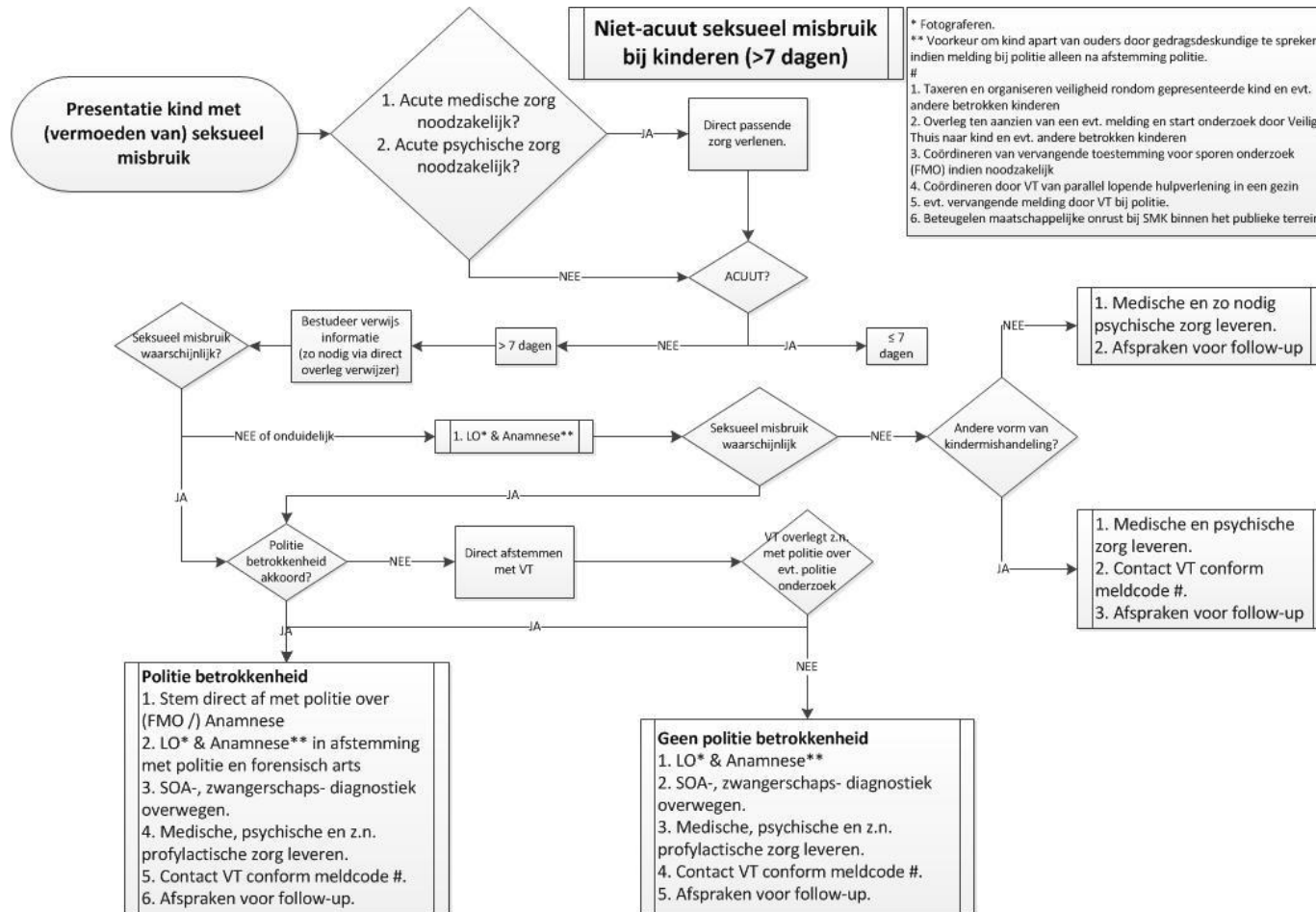
Indien er geen indicatie is voor acute evaluatie moet het kind onderzocht worden in een kindvriendelijk centrum met de meeste expertise, zie bijlage deze gegevens zijn op te vragen bij het Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling (LECK)[1, 2].

Dit protocol is tot stand gekomen op basis van de beantwoording van de uitgangsvragen uit de richtlijn (combinatie van literatuur onderzoek en consensus). Het bestaande AMC protocol is gebruikt als uitgangspunt en aangepast in overleg met de werkgroep 'Richtlijn diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen'. Dit protocol kan als basis dienen voor lokale ziekenhuis protocollen. Wij raden aan per ziekenhuis te bekijken of het protocol aangepast moet worden aan de lokale situatie.

2 FLOW DIAGRAM



Figuur 2-1 Stroomdiagram acuut seksueel misbruik



Figuur 2-2 Stroomdiagram niet acuut seksueel misbruik

3 DEFINITIE

(op basis van de definitie van het Medisch Handboek Kindermishandeling [3] en consensus werkgroep)

Seksueel misbruik van kinderen is aan de orde in de volgende gevallen:

- Kind tot 12 jaar: elk seksueel contact, zowel seksueel binnendringen als betasten, al dan niet gepaard gaande met dwang of geweld (met uitzondering van seksueel spel tussen kinderen onder de twaalf jaar van dezelfde leeftijd (minder dan 3 jaar verschil) en ontwikkelingsniveau).
- Kind tussen 12-16 jaar: elk seksueel contact, zowel binnendringen als betasten in beginsel al dan niet gepaard gaande met dwang of geweld, tenzij het een vrijwillige relatie tussen gelijkwaardige seksuele partners van ongeveer gelijke leeftijd betreft.
- Kind tussen 16-18 jaar: elk seksueel contact, zowel binnendringen als betasten, waarbij sprake is van:
 - dwang/geweld
 - giften van geld of goederen
 - als de pleger een bijzondere hoedanigheid heeft (ouders, verzorgers, leerkrachten, hulpverleners etc.)
 - als de minderjarige zich prostitueert of in spelshows werkt
 - als de minderjarige door een derde wordt gedwongen om seks met iemand te hebben
- Kind onder de 16 jaar: indien pornografische afbeeldingen worden getoond of als het kind aanwezig is geweest bij seks tussen anderen, of als er een afspraak met het kind gemaakt wordt met het doel om seks te hebben.
- Kind onder de 18 jaar: als er van hen kinderpornografische afbeeldingen worden vervaardigd of een andere vorm van seksuele uitbating zoals kinderprostitutie plaatsvindt.

NB/ Met dwang wordt ook bedoeld de psychologische dwang ten gevolge van een afhankelijkheidsrelatie van de minderjarige ten opzichte van een volwassene.

4 AANPAK

4.1 ACUTE EVALUATIE NOODZAKELIJK

In de volgende situatie is acute evaluatie noodzakelijk:

- Tot en met de 7^e dag na het laatste seksuele contact.
- Het kind meldt pijn in het genitaal gebied en/of er is mogelijk een verwondingen en/of mogelijk genitaal bloedverlies.
- Het kind toont ernstige problemen in de mentale gezondheid (zelfbeschadiging, zelfmoordgedachten, - gedrag, psychose).

Bij acute evaluatie moet forensisch onderzoek overwogen worden.

Acute evaluatie moet plaatsvinden in een geschikt centrum dat voldoende ervaring heeft in het onderzoek van acute slachtoffers van seksueel misbruik op de kinderleeftijd en dat tevens in staat is forensisch onderzoek te (laten) verrichten indien geïndiceerd. Bij het LECK is een overzicht van deze centra beschikbaar.

In geval van ernstige mentale gezondheidsproblemen zal de psychologische/psychiatrische hulpverlening op de voorgrond staan en zal daarnaast indien mogelijk medisch en forensische zorg geboden dienen te worden.

4.2 SUBACUTE EVALUATIE NOODZAKELIJK

Indien er geen sprake is van een indicatie voor acute presentatie moet het kind onderzocht worden in een kindvriendelijk centrum met voldoende expertise in onderzoek naar seksueel misbruik bij kinderen, deze gegevens zijn op te vragen bij het Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling (LECK), in principe binnen 1 -2 weken.

De voorkeur heeft om een vermoeden van seksueel misbruik te laten onderzoeken in een gespecialiseerd centrum en in ieder geval wanneer sprake is van:

- Afwijkende bevindingen bij reeds elders verricht genitaal onderzoek.
- Disclosure van een kind over mogelijk seksueel misbruik (met of zonder lichamelijk contact).
- Klachten van genitale of anale afscheiding, - bloedingen of – pijnklachten.
- Gedragsveranderingen en/ of lichamelijke symptomen die kunnen passen bij seksueel misbruik
- Ongerustheid van ouder/verzorger.
- Ander kind in het gezin of omgeving met een SOA.
- Ander kind in het gezin dat seksueel misbruik rapporteert.
- Verdachte werkzaam op een school/ KDV waar het kind verblijft

4.3 RISICOTAXATIE

Risico taxatie behoort niet toe aan de kinderartsen. Er moet daarom in geval van verdenking van seksueel misbruik altijd (anoniem) overlegd worden met Veilig Thuis (VT), zij doen de risico taxatie.

5 EERSTE (TELEFONISCH) CONTACT

5.1 ANAMNESE, DOOR ARTS OF (TRIAGE) VERPLEEGKUNDIGE

- Aard van het incident? Is er informatie over de mogelijke pleger?
- Laatste seksuele contact? (Is er sprake van een acute* situatie?)
- Is er al contact met de politie geweest of is er bereidheid in contact te komen met de politie? Is er bereidheid tot aangifte of melding bij politie? Bij twijfel bespreek de mogelijkheid wel samen te werken met de politie en sporenonderzoek door een forensisch arts te laten verrichten. Veiliggestelde sporen kunnen dan worden bewaard en zo nodig, als later alsnog strafrechtelijk onderzoek wordt gedaan, alsnog onderzocht worden.
- Leeftijd van het kind? Wie heeft er gezag? Zijn gezagdrager(s) akkoord met onderzoek?
- Is er behoefte aan acute psychische zorg? (ernstige automutilatie, psychose of suïcidaliteit)
- Zijn er ernstige lichamelijke symptomen die acute medische zorg vereisen (ernstig bloedverlies, tekenen van shock etc.)

*Er is sprake van een acute situatie tot en met de 7^e dag na het laatste seksuele contact, zie criteria 1.2.1.

5.2 RISICOTAXATIE

Risico taxatie behoort niet toe aan de kinderartsen. Er moet daarom in geval van verdenking van seksueel misbruik altijd (anoniem) overlegd worden met VT, zij doen de risico taxatie.

5.3 ADVIEZEN ACUTE SITUATIE

Verzoek het slachtoffer, voor zover mogelijk:

- Niet te eten en te drinken
- Toiletbezoek te vermijden
- Zich niet te wassen of te douchen
- Alles op de plaats waar de seksuele handelingen hebben plaatsgehad zoveel mogelijk onaangetast te laten
- De gedragen kleding niet in de wasmand of wasmachine te stoppen
- De gedragen kleding los te laten liggen en niet mee te nemen.
- Een extra voor het kind vertrouwde persoon mee te nemen die bij het kind in de wachtkamer kan blijven terwijl ouders apart met arts praten, indien dit mogelijk is. Een set schone kleren mee te nemen, voor het geval de politie de gedragen kleding in beslag wil nemen

5.4 ADVIEZEN SUBACUTE SITUATIE VOOR OUDER(S)/ VERZORGER(S)

- Geen sturende vragen stellen, geen woorden in de mond leggen, geen mogelijke scenario's bespreken, niet confronteren met mogelijke discrepanties

6 VERVOLGSTAPPEN

6.1 INDIEN MELDING WORDT GEDAAN BIJ OF OUDERS/KIND BEREID ZIJN TOT SAMENWERKEN MET DE POLITIE

- Medische Directie inlichten (op de hoogte brengen dat een externe instantie in huis komt, afhankelijk per ziekenhuis of dit noodzakelijk is)
- Frontoffice Zedenpolitie bellen voor het inschakelen van zedenrechercheur en forensisch arts. Indien er een CSG actief is in de regio wordt geadviseerd met hen contact op te nemen.
- Indien een politieonderzoek start (omdat VT vervangende toestemming voor Forensisch medisch onderzoek (FMO) heeft geregeld), kan, met toestemming van de gezagdragers, anamnese, LO en aanvullende diagnostiek incl. forensische diagnostiek in aanwezigheid forensisch arts en de zedenrechercheur plaatsvinden. De politie is verantwoordelijk voor logistiek rondom zeden-kit: neemt deze in ontvangst en verzegelt deze onverwijld. Houd rekening met je beroepsgeheim. Deel geen onnodige medische informatie die niet in direct verband staat met het seksueel misbruik met de Zedenpolitie en vice versa.

6.2 ALS OUDER(S) GEËEN POLITIECONTACT WILLEN ONDANKS MOTIVEREN EN ER BESTAAT EEN STERK VERMOEDEN OP RECENT SEKSUEEL MISBRUIK (ACUTE SITUATIE) (ZIE CRITERIA 1.2.1).

- Wacht met LO en aanvullende diagnostiek (behoudens acuut noodzakelijke medische zorg);
- VT bellen voor advies;
 - o Bespreek je zorgen met VT. Zij kunnen besluiten vervangende toestemming aan te vragen voor FMO door de forensisch arts en de politie. Medische informatie wordt door ons in principe nooit zonder toestemming van ouders met de politie gedeeld, maar kan wel via VT gedeeld worden.
- Melding VT (indien geadviseerd):
 - o Overweeg te overleggen met de medische directie.
 - o VT overlegt in het geval van vermoedens van strafbare feiten met de politie en kan zelf melding en/of aangifte doen.
 - Indien een politieonderzoek start (omdat VT vervangende toestemming heeft geregeld voor FMO):
 - met toestemming van de gezagdragers, anamnese, LO en aanvullende diagnostiek incl. forensische diagnostiek in aanwezigheid forensisch arts en de zedenrechercheur.

- De politie is verantwoordelijk voor logistiek rondom zeden-kit: neemt deze in ontvangst en verzegelt deze onverwijld. Houd rekening met je beroepsgeheim.
- Deel geen onnodige medische informatie die niet in direct verband staat met het seksueel misbruik met de Zedenpolitie en vice versa.
- Indien door VT een melding wordt geadviseerd en er geen sprake is van politieonderzoek
 - LO en aanvullende diagnostiek verrichten. Evt. letsel wordt fotografisch vastgelegd en beschreven en indien nodig wordt behandeling gestart.
 - Veiligheidsplan wordt gemaakt door VT.

7 ANAMNESE

Anamnese vindt plaats in een ruimte buiten gehoorsafstand van andere patiënten. Het is belangrijk de anamnese in detail vast te leggen en eventuele uitspraken 'letterlijk' te documenteren. Vraag de aanleiding en gebeurtenissen gedetailleerd en chronologisch in de tijd uit, zodat het als het ware als een soort film voor de ogen van de arts verschijnt. Behalve als dit al gedaan is door een ander.

7.1 ALGEMEEN

- Indien er sprake is van een politieonderzoek neem de anamnese af samen met forensisch arts en zedenpolitie.
- Probeer kind en ouders ieder apart te spreken bij kind > 3 jaar, geef dit van te voren aan. Ook wordt geadviseerd beide ouders/verzorgers apart van elkaar te spreken.
- Besluit tot al dan niet direct stellen van vragen aan het kind (afhankelijk van leeftijd en situatie). Een kind dat zelf wil praten, kan zich later weer terugtrekken (bijvoorbeeld uit bescherming van de dader of uit angst); vooroverleg met de zedenrechercheur is hierbij belangrijk (in geval van betrokkenheid van de politie)
- Herhaaldelijk anamnese afnemen kan schadelijk zijn voor het kind en de betrouwbaarheid van het verhaal.
- Indien er sprake is van een politieonderzoek neem de anamnese af samen met de politie.

NB/ In een subacute setting moet overwogen worden om het kind apart te laten praten met een kind-deskundige, bijvoorbeeld een orthopedagogisch specialist kindermishandeling.

7.1.1 ATTITUDE

Blijf vriendelijk, rustig en professioneel, probeer eigen emoties (woede, verdriet) niet te tonen (zie anamnese en gedragssignalen).

7.1.2 OUDERS

Probeer ook ouders apart van elkaar te spreken. Vermeld nauwkeurig van wie de anamnestiche gegevens afkomstig zijn (naam, relatie met kind, kind zelf). Alle uitspraken liefst woordelijk vastleggen (tussen aanhalingstekens plaatsen: ".....").

NB/ Let op discrepanties, documenteer deze goed! Maar deel deze niet met ouders.

7.1.3 KIND

Niet alle vragen zijn van toepassing op het kind. Pas de vragen aan op de leeftijd en ontwikkelingsniveau van het kind. Overweeg goed welke vragen noodzakelijk zijn aan het slachtoffer zelf te stellen en welke door de ouders beantwoord kunnen worden, of beide. Vermeld nauwkeurig van wie de anamnestiche gegevens afkomstig zijn (naam, relatie met kind, kind zelf). Alle uitspraken van het kind liefst woordelijk vastleggen (tussen aanhalingstekens plaatsen: ".....").

- Kind moet zich comfortabel voelen en controle hebben over de situatie;
- Ontspannen sfeer, niet intimideren;

Voorbeeld protocol – Richtlijn 'Diagnostiek bij (vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen' van de Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde, 2016

- Open vragen passend bij ontwikkelingsniveau; bijv. "Vertel eens wat";
- Tijdens lichamelijk onderzoek GEEN informatie meer verzamelen;
- Richt je vooral op de beleving van het kind ten aanzien van het gebeurde. Zo nodig wordt het gesprek met het kind door anderen voortgezet, namelijk door het VT, door een psycholoog, pedagoog, door een hulpverlenende instantie of door de studioverhoorder van de Zedenpolitie.

7.2 SPECIËLE ANAMNESES

Wie heeft het ouderlijk gezag?

Is er toestemming voor het onderzoek?

Door wie werd de patiënt verwezen?

Is de patiënt al elders gezien? Zo ja door wie?

Beschrijving van het incident: aard/datum/tijd/plaats.

Aard incident/verdenking (verteld door patiënt/vertelt door ...vertelt aan ...):

- Genitaal contact (met een voorwerp of een lichaamsdeel zoals vinger of penis)
- Anaal contact (met een voorwerp of een lichaamsdeel zoals vinger of penis)
- Oraal contact genitalia (slachtoffer bij pleger, pleger bij slachtoffer)
- Oraal contact anus (slachtoffer bij pleger, pleger bij slachtoffer)
- Manueel contact (slachtoffer bij pleger, pleger bij slachtoffer, pleger bij zichzelf)
- Ejaculatie waargenomen.
- Condoom gebruik.
- Overig:
 - o gebruik van schuim, gel, glijmiddel
 - o betasten
 - o likken
 - o kussen
- Aan het slachtoffer werden seksueel getinte foto's/video's getoond
- Slachtoffer Aanwezigheid bij seks van anderen.
- Slachtoffer werd gefotografeerd/gefilmd.

Betrokken perso(o)n(en)?

(Vermoedelijke) pleger; leeftijd; geslacht.

Relatie (vermoedelijke) pleger t.o.v. kind:

Karakteristieken vermoedelijke pleger (bekend, herkomst, risico gedrag voor SOA?

SOA-diagnostiek mogelijk?):

Waren er getuigen?

Na het incident heeft het slachtoffer:

- zich verkleed
- geplast
- ontlasting gehad
- genitalia schoon gemaakt/afgeveegd
- gedoucht, in bad geweest
- tanden gepoetst
- mond gespoeld
- tampon ingebracht, verwijderd, verwisseld
- gegeten
- gedronken

Waren er (mogelijk) andere kinderen betrokken bij het incident?

7.3 GYNAECOLOGISCHE ANAMNESE

Is patiënt seksueel actief?

Laatste gewenste gemeenschap (indien van toepassing):

Menstruatie: datum 1^{ste} dag laatste menstruatie:

Leeftijd menarche:

Voorgeschiedenis van SOA:

Voorgeschiedenis van zwangerschap:

Anticonceptie:

Condoom gebruik: ja/nee

Morning after pil: ja/nee

Vaccinatie Hepatitis B (in verleden): ja/nee (evt. leeftijd van vaccinatieschema aanpassing vermelden,)

7.4 MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS EN ONTWIKKELING

Zwangerschapsanamnese (gewenst, prematuriteit), neonatale periode

Algemene voorgeschiedenis

Gynaecologische voorgeschiedenis

Psychologische voorgeschiedenis

Eerder seksueel geweld? (ouder(s)/verzorger(s) en kind)

Eerder seksueel contact?

7.5 TRACTUS ANAMNESES

(Lichamelijke) klachten? (o.a. pijnklachten tijdens misbruik, pijn bij plassen, bloedverlies/bloed in ondergoed, buikklachten, defecatie klachten, slikklachten en eetproblemen (oraal misbruik))

Algemene pediatrische anamnese

7.6 PSYCHOSOCIALE ANAMNESE (OUDERS EN KIND)

Gezinssamenstelling:

Woonsituatie:

Kinderdagverblijf/peuterspeelzaal/school/oppas:

Wie zorgen er voor de kinderen:

Is er sprake van een beschermende voogdijregeling, een gezinsvoogd, een (V)OTS, ouderlijk gezag ontnomen/uit huisplaatsing?

Is het gezin, kind of ouder(s) bekend bij jeugdzorg, jeugdgezondheidszorg (GGD, jeugdbescherming (gezinsmanager), maatschappelijk werk, schuldhulp sanering, SamenDoen, Ouder Kind Team (OKT), Jeugd GGZ, VT, Raad voor de Kinderbescherming of een andere hulpverleningsinstantie?

Bekend bij politie?

Moeder: naam/opleiding/werkstatus/geboorte datum/gezag

Vader: naam/opleiding/werkstatus/geboorte datum/gezag

Zijn er stressoren (financieel, huisvesting, verblijfsvergunning, trauma) in het gezin?

Een van de ouders voorgeschiedenis met:

- alcohol misbruik
- drugs gebruik
- andere verslaving, namelijk:
- psychiatrie (AS II problematiek)
- betrokkenheid van hulpverlening
- slachtoffer van seksueel misbruik
- slachtoffer van fysieke mishandeling
- slachtoffer van huiselijk geweld

Voorbeeld protocol – Richtlijn 'Diagnostiek bij (vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen' van de Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde, 2016

- slachtoffer van andere vorm van mishandeling of geweld namelijk:
- chronische ziekte

Zijn er risicofactoren (zie hieronder) voor kindermishandeling in het gezin?

Ouder

- eerdere kindermishandeling geconstateerd
- jong/weinig ervaring
- alleenstaand
- verstandelijke beperking
- lage opleiding
- suïcidale gedachten
- moorddadige gedachten
- minimalisering KM
- ontkenning KM
- geweld ouders onderling

Gezin

- nieuwe migranten
- lage SES/ armoede
- sociaal isolement
- extreme principes
- irreële verwachtingen
- groot gezin (vanaf 3 kinderen)

Kind

- Prematuur
- Dysmatuur
- Tweeling
- gehandicapt kind
- huilbaby
- pleegkind
- ongewenst kind
- gedragsstoornis
- chronisch ziek kind
- tegenvallend kind

7.7 GEDRAGSSIGNALLEN (NIET INGEDEELD NAAR LEEFTIJD OF ONTWIKKELINGSFASE)

Zijn er problemen in de ontwikkeling geconstateerd?

- achterstand of regressie op gebied van grove motoriek, fijne motoriek, spraak-taal, continëntie, cognitie en/of zintuigen.

Heeft het kind last van onderstaande klachten?

- Slaapproblemen (in- of doorslapen, nachtmerries)
- Posttraumatische stressklachten: herbelevingen, angstig, onzeker, concentratieproblemen, vermijding, hyperalert
- Minder interesse deelname activiteiten, somberheid
- Gedragsproblemen, namelijk: druk, ongeorganiseerd gedrag, woede uitbarstingen, stil en teruggetrokken.
- Eet problemen, slik problemen (oraal misbruik)
- Een veranderde stemming, namelijk: somber, euforisch, prikkelbaar, agressief.
- Suïcidaliteit (gedachten en plannen uitvragen)
- Tekenen van psychose (wanen, hallucinaties)
- Promiscuïteit
- Zelf beschadiging/automutilatie

Voorbeeld protocol – Richtlijn 'Diagnostiek bij (vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen' van de Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde, 2016

- Eetproblemen.
- School verzuim
- Achteruitgang schoolprestaties
- Alcohol
- Drugs
- Betrokkenheid van justitie
- Weglopen
- Brandstichting
- Anders, namelijk:

Is er sprake van seksueel gedrag of kennis niet passend bij de leeftijd?

- excessieve masturbatie
- seksueel spel
- seksuele uitspraken
- seksueel appellerend naar volwassenen/ andere kinderen
- maakt tekeningen met piemels, bloed, rood, heftige krassen door het kruis
- anders, namelijk:

Zijn er specifieke angsten?

- voor lichamelijk contact.
- niet invoelbare angst voor zwangerschap.
- voor bepaalde ruimten: slaapkamer/ toilet/ anders namelijk.
- Anders:

7.7.1 BETEKENIS SIGNALLEN EN SYMPTOMEN

Zie hoofdstuk 2 en 3 uit de richtlijn.

8 LICHAMELIJK ONDERZOEK

8.1 ALGEMEEN

Leg rustig en goed uit wat je gaat doen. Geef het kind de regie, het kind bepaalt wie er naast de kinderarts (en bij aangifte forensisch arts) bij het lichamelijk onderzoek aanwezig is. Bij fors bloedverlies overweeg het onderzoek samen met de gynaecoloog te verrichten. Indien het kind blijft weigeren nooit doorzetten! Overleg dan met gespecialiseerde **kinderarts**, kindergynaecoloog, kinderuuroloog of kinderchirurg. Onderzoek onder narcose moet zo veel mogelijk vermeden worden, en is slechts geïndiceerd zijn bij (heftig) bloedverlies en bij absolute hysterie. Verricht het LO van top tot teen, probeer niet te eindigen met het genitaal onderzoek. Bij jonge kinderen kan het onderzoek geheel op schoot van een vertrouwde volwassene plaatsvinden.

Voor een goede inspectie van het hymen dient een pre puberaal meisje in rugligging en in knie-ellebooghouding onderzocht te worden.

Labia worden eerst licht gespreid, gevolgd door tractie naar jezelf toe (posterolateraal) en richting de anus om de anatomische structuren goed in beeld te krijgen.

Kinderarts en forensisch arts verrichten het lichamelijk onderzoek samen opdat het kind niet tweemaal hoeft te worden nagekeken. Indien de forensisch arts voldoende expertise heeft in het onderzoeken van jonge kinderen kan deze het onderzoek ook alleen verrichten. De forensisch arts verzamelt forensisch bewijsmateriaal.

8.2 VASTLEGGEN/DOCUMENTATIE

De forensisch arts, een rechercheur van politie of een medisch fotograaf maakt van alle afwijkingen foto's. Deze zijn op verzoek eventueel beschikbaar voor het medisch dossier. Ook wanneer er geen aangifte word gedaan moeten foto's gemaakt worden door de kinderarts of medisch fotograaf.

Bevindingen en letsel moeten in detail beschreven worden volgens de PROVOKE methode. (Plaats, Rangschikking, Ordening, Vorm, Omvang, Kleur, Elders.) en met gebruik van de juiste terminologie. (zie hoofdstuk 9 uit de richtlijn)

8.3 BETEKENIS BEVINDINGEN BIJ LICHAMELIJK ONDERZOEK

Zie hoofdstuk 9 uit de richtlijn.

Onderstaande aanbevelingen zijn merendeels gebaseerd op de RCPCH-richtlijn [4].

Onderzoek een kind zo vroeg mogelijk (liefst <24 uur) na doorgemaakt seksueel misbruik, de kans om acute (anogenitale) letsels te vinden neemt hierdoor toe. Een normaal lichamelijk (genitaal) onderzoek sluit SMK nooit uit.

Maak bij elke bevinding bij het lichamelijk onderzoek een differentiaal diagnose.

Vervolg acute afwijkingen gevonden bij lichamelijk onderzoek in de tijd.

Gebruik de aanbevolen terminologie om (anogenitale) afwijkingen en normaal varianten waargenomen bij het lichamelijk onderzoek te beschrijven.

Voorbeeld protocol – Richtlijn 'Diagnostiek bij (vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen' van de Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde, 2016

Diepte	Terminologie te gebruiken in het acute stadium	Terminologie te gebruiken in het niet-acute stadium
Partieel	Laceratie	Inkeping/ Notch *
Compleet tot aan de basis van het hymen	Laceratie	Transsectie

* Kan diep of oppervlakkig zijn

Externe dilatatie	Een opening van de anus waarbij het anale kanaal zichtbaar is.
Complete dilatatie	Een opening van de anus waarbij ook het rectum zichtbaar is.
Statische anale dilatatie	De omvang varieert niet tijdens de eerste 30 seconden van de observatie, gefixeerd.
Dynamische anale dilatatie	De omvang varieert tijdens de eerste 30 seconden van de observatie.
'Gapende' anus Reflex anale dilatatie Laxiciteit van de anus Trechtersvorming van de anus (funneling) Zichtbaar gerelaxeerde anus Een 'knipogende' anus (winking) Spiertrekkingen van de anus (twitching) Intermitterende anale dilatatie	Terminologie die niet gebruikt dient te worden.

Onderneem geen pogingen de opening van het hymen of de breedte van het hymen op te meten, dit is niet betrouwbaar en heeft geen betekenis in de diagnostiek.

Bij elk vermoedelijk accidenteel letsel waarbij een verklaring ontbreekt of een verklaring niet past bij het letsel dat wordt waargenomen moet seksueel misbruik worden overwogen.

Als er petechiën zijn, gebruik deze om het letsel te dateren, overige bevindingen zijn slechts in geringe mate te gebruiken om het letsel te dateren.

Alle bevindingen van het lichamelijk onderzoek moeten in de volledige context worden geïnterpreteerd.

9 AANVULLEND ONDERZOEK

Zie hoofdstuk 11 uit de richtlijn.

9.1 SEKSUEEL OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN (INCL. HIV EN HEPB)

SMK bij kinderen moet overwogen worden indien er sprake is van een seksueel overdraagbare aandoening en, een andere manier van transmissie en consensuele seks bij een ouder kind, zijn uitgesloten.

Gonorroe	Zeer hoge verdenking	Positieve genitale en/of anale en/of nasofaryngeale NAAT, op kweek, en perinatale of intra-uteriene overdracht is uitgesloten.	Melden bij jeugd-beschermingsinstantie
Syfilis	Zeer hoge verdenking	Positieve serologie, en perinatale of hematogene overdracht is uitgesloten.	Melden bij jeugd-beschermingsinstantie
HIV	Zeer hoge verdenking	Positieve serologie, en perinatale of hematogene overdracht is uitgesloten.	Melden bij jeugd-beschermingsinstantiestaat
Chlamydia	Zeer hoge verdenking	Positieve NAAT/kweek van urine, anogenitale gebied, en perinatale of intra-uteriene overdracht is uitgesloten.	Melden bij jeugd-beschermingsinstantie
Trichomonas vaginalis	Hoge verdenking	Mits aangetoond door NAAT, kweek of direct preparaat van exsudaat, fluor vaginals of urine, als perinatale of intra-uteriene overdracht is uitgesloten.	Melden bij jeugd-beschermingsinstantie
Genitale herpes	Hoge verdenking	Tenzij er een aannemelijke verklaring voor auto-inoculatie bestaat.	Melden bij jeugd-beschermingsinstantie
Condylomata acuminata	Verdacht	Bij oudere kinderen (meestal niet-seksuele overdracht), als perinatale of intra-uteriene overdracht si uitgesloten. Bij niemand bewijzend.	Overweeg melden bij jeugd-beschermingsinstantie
Bacteriële vaginose	Geen uitsluitel mogelijk		Follow-up

Denk bij het afnemen van SOA diagnostiek, zwangerschapstest en profylactische behandeling altijd aan de privacy van de patiënt. Op verzoek van de patiënt mag worden afgezien van informed consent bij de gezaghebber indien 12-15 jaar, in uitzonderingen indien < 12 jaar oud. Overleg met medisch jurist en ethicus indien noodzakelijk. Stem met de bedrijfsvoering af over de facturatie.

Indien mogelijk gaat de voorkeur uit naar het testen van verdachte/pleger boven het testen van het kind.

Indien SOA testen geïndiceerd zijn moeten monsters laagdrempelig van meerdere locaties, genitaal (vestibulair – meisjes, urine – jongens), oro-pharyngeaal en anaal, afgenomen worden.

Tabel 9-1 Aanbevolen SOA diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik

Groep	Criteria voor SOA diagnostiek	Direct	2 weken	4-6 weken	8 weken	3 maanden
Pre puberale en puberale meisjes intolerant voor speculum	SOA diagnostiek moet worden overwogen bij alle kinderen met: - een vermoeden van of bewezen seksueel misbruik - symptomen of klachten van een SOA - onbeschermd consensueel seksueel contact - anogenitaal letsel	Vestibulaire uitstrijk en/of eerste straal urine (20 ml): - NAAT op CT, Ng (sommige laboratoria hebben >1 uitstrijk nodig) - Kweek TV Op indicatie: - Orale uitstrijk: NAAT op CT, Ng (sommige laboratoria hebben >1 uitstrijk nodig) - Anale uitstrijk: NAAT op CT, Ng (sommige laboratoria hebben >1 uitstrijk nodig) Open zweer/blaar/ulcera - uitstrijk – NAAT HSV en syfilis en serologie syfilisIndien hoog risico: - Serologie: Nieuwe generatie test HIV, HBV, HCV, syfilis.	Herhaling uitstrijken zoals beschreven bij 'Direct'	Nieuwe generatie test HIV en serologie voor syfilis indien hoog risico en onbehandeld.	Nieuwe generatie test HIV, HBV en HCV indien hoog risico en onbehandeld.	Nieuwe generatie test HIV indien hoog risico.
Puberale meisjes (eventueel tolerant voor speculum)		Vulvovaginale of vestibulaire uitstrijk: - NAAT op CT, Ng (sommige laboratoria hebben >1 uitstrijk nodig) - Kweek TV Op indicatie: - Orale uitstrijk: NAAT op CT, Ng (sommige laboratoria hebben >1 uitstrijk nodig) - Anale uitstrijk: NAAT op CT, Ng (sommige laboratoria hebben >1 uitstrijk nodig) - Open zweer/blaar/ulcera - uitstrijk – NAAT HSV en syfilis en serologie syfilis - Afscheiding: hoog vaginale uitstrijk	Herhaling uitstrijken zoals beschreven bij 'Direct'			

		(indien speculum onderzoek wordt verricht dan cervicaal)				
		Indien hoog risico: Serologie: Nieuwe generatie test HIV, HBV, HCV, syfilis.				
Pre puberale en puberale jongens		Eerste straal urine (20 ml): - NAAT: CT en Ng Op indicatie: - Orale uitstrijk: NAAT op CT, Ng (sommige laboratoria hebben >1 uitstrijk nodig) - Anale uitstrijk: NAAT op CT, Ng (sommige laboratoria hebben >1 uitstrijk nodig) - Open zweer/blaar/ulcera - uitstrijk – NAAT HSV en syfilis en serologie syfilis - Afscheiding meatale uitstrijk (pre puberaal) of tip urethra uitstrijk (puberaal) – NAAT op CT en Ng	Herhaling uitstrijken zoals beschreven bij 'Direct'			
Algemeen: - Indien NAAT positief voor CT en/of Ng tweede NAAT met een andere sequentie inzetten (liefst uit hetzelfde monster) en kweek afnemen voor resistentie bepaling van gonokokken. Op indicatie na tenminste 4 weken herhalen. - Er is geen indicatie voor speculum onderzoek met primair doel afnemen van SOA diagnostiek Speculum onderzoek is nooit bij pre puberale meisjes geïndiceerd. Overleg met lokale arts-microbioloog over de beschikbare laboratorium testen en het lokale laboratorium over afname medium en transport voor lokale protocollen.						

9.2 ZWANGERSCHAP

Zwangerschap kan worden uitgesloten/aangetoond middels urine bèta hCG. Zwangerschapspreventie moet overwogen worden bij risico op zwangerschap in overleg met (kinder)gynaecoloog:

1. levonorgestrol indien seksueel contact <72 uur na incident, (evt. tot max. 96 uur geleden, echter niet bewezen effectief);
2. ulpristalacetate indien seksueel contact tussen 72 en 120 uur geleden heeft plaatsgevonden;
3. IUD is mogelijk indien tijdstip ovulatie <120 uur geleden heeft plaatsgevonden.

10 (PROFYLACTISCHE) BEHANDELING

10.1 SOA

- Enerzijds: Profylactisch behandelen is goedkoop, heeft nauwelijks bijwerkingen en voorkomt onderbehandeling als het kind uit beeld zou blijven.
- Anderzijds: Profylactisch behandelen betekent een grote overbehandeling, en ontnemt de mogelijkheid om een infectie aan te tonen of te bevestigen. Bij kinderen (met een zeer lage kans op opstijgende infecties) is 14 dagen wachten medisch gezien geen probleem.

Gezien het feit dat profylactisch behandelen een veroordeling in de weg zou kunnen staan en veel overbehandeling levert, wordt geadviseerd om de drempel voor profylactisch behandelen hoog te leggen.

10.2 PROFYLAXE

Profylactische behandeling moet overwogen worden:

1. Neisseria gonorrhoea en Chlamydia trachomatis alleen op indicatie, niet routinematig;
2. Syfilis indien de vermoedelijke pleger bekend is met besmettelijke syfilis;
3. Hepatitis B vaccinatie overwegen indien het kind niet eerder is gevaccineerd en <6 weken na het laatste vermoedelijke misbruik wordt gepresenteerd; Hepatitis B immunoglobulinen overwegen indien de vermoedelijke pleger Hepatitis B e Ag/sAg positief is en het kind liefst zien <48-72 uur, maar in ieder geval t/m 7 dagen na het incident;

HIV-PEP overwegen wanneer er onbeschermd anale of vaginale penetratie met een penis heeft plaatsgevonden. Risicofactoren moeten meegewogen worden. Altijd in overleg met SOA specialist of (kinder) infectioloog.

11 FOLLOW-UP

11.1 MEDISCH

Plan afspraken in expertise centrum 2 weken, 3 en 6 maanden na incident voor:

- Controle van eventueel letsel (zo nodig eerder)
- SOA diagnostiek
- Zwangerschapstest
- Ondersteuning en begeleiding door

11.2 PSYCHOSOCIAAL

- Slachtoffers van seksueel misbruik moeten worden gescreend op PTSS en worden verwezen voor psychologische follow-up, bijvoorbeeld bij een kind-jeugd trauma centrum.
- Voor het screenen op PTSS kan gebruik worden gemaakt van de CRIES-13.

12 EXPERTISE EN KWALITEITSCRITERIA

Dit is gebaseerd op de kwaliteitscriteria opgesteld door het centrum voor seksueel geweld. Zie ook www.centrumseksueelgeweld.nl.

** kwaliteitscriteria enkel van toepassing op acute situatie.*

12.1 ALGEMENE CRITERIA

- Het behoeft de voorkeur dat het slachtoffer het gehele traject wordt bijgestaan door een (forensisch) verpleegkundige*.
- Forensische*, medische en psychologische disciplines worden geacht nauw samen te werken.
- Zorg en forensisch* – en medisch onderzoek worden door bevoegd en bekwaam personeel uitgevoerd, dat deze zorg tot haar/zijn dagelijkse taken heeft of regelmatig uitvoert
- Zorg wordt door zo min mogelijk verschillende personen en disciplines uitgevoerd
- Zorg wordt gecoördineerd door 1 persoon (casemanager of zorg-coördinator)
- Zorg wordt onder minimale belasting uitgevoerd; het vertellen van de gebeurtenis en het ontkleden gebeurt zo min mogelijk, niet vaker dan nodig om adequate zorg te kunnen bieden
- Medisch behandelen enerzijds en onderzoek in het medisch-forensisch kader anderzijds impliceert gescheiden verantwoordelijkheden, maar de uitvoering is in principe gezamenlijk*
- Communicatie tussen disciplines vindt plaats met instemming en in het belang van het slachtoffer
- Zorg is integraal, multidisciplinair en intersectoraal
- Zorg is gericht op slachtoffer en eventueel ouders/verzorgers/partner
- Het personeel beschikt over op de situatie toegesneden communicatieve vaardigheden; bejegening is belangrijker dan geslacht
- Waarborg de overgang van de subacute fase naar nazorg en heb aandacht voor sociale, juridische en financiële zaken

12.2 BENODIGDE EXPERTISE

Anamnese, lichamelijk -, forensisch - en psychologisch onderzoek en behandeling moet worden uitgevoerd door bevoegd en bekwaam personeel dat deze zorg tot haar/zijn dagelijkse taken heeft of regelmatig uitvoert.

12.2.1 FORENSISCHE DISCIPLINES:

- zedenrechercheurs – gespecialiseerd in het verhoren van kinderen 4-16 jaar
- forensisch rechercheurs, geschoold in het afnemen van sporen
- forensisch artsen – gespecialiseerd in hun vakgebied van forensisch onderzoek bij kinderen en minderjarigen (pre- en post puberaal)

12.2.2 MEDISCHE DISCIPLINES:

Artsen – (kinder)artsen bevoegd en bekwaam in het verrichten van lichamelijk – en genitaal onderzoek en in het afnemen van (medische) anamnese bij kinderen (0-18) en met actuele kennis van:

Voorbeeld protocol – Richtlijn 'Diagnostiek bij (vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen' van de Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde, 2016

- seksueel geweld bij kinderen
- voorkomen bij kinderen
- medische (lichamelijke) en psychosociale gevolgen bij kinderen
- preventieve en curatieve (diagnostiek e behandeling) SOA-zorg en – counseling bij kinderen
- infectiebestrijding, HIV-profylaxe (PEP) en vaccinatie van hepatitis B en tetanus bij kinderen
- zwangerschapspreventie, anticonceptie en morning-after behandeling en counseling bij kinderen
- psychologische en psychosomatische gevolgen van seksueel geweld en de invloed hiervan op kinderen
- de mogelijke negatieve impact va medische zorg en onderzoek op het slachtoffer

12.2.3 PSYCHOLOGISCHE DISCIPLINES:

- De psychologische zorgverlener is op tenminste WO-niveau geschoold als diagnosticus en BIG geregistreerd.
- De psychologische zorgverlener is bevoegd en bekwaam in het diagnosticeren van seksueel geweldsproblematiek bij kinderen.
- De psychologische zorgverlener heeft kennis over de belangrijkste aspecten van seksueel geweld (kwantitatieve gegevens over plegers en slachtoffers, veroorzakende en in stand houdende factoren, gezinsdynamiek en gevolgen) bij kinderen.
- De psychologische zorgverlener is in staat om (specialistische) diagnostiek te verrichten bij kinderen, met als doelen: inschatten van de ernst van de klachten en van het effect van het seksueel geweld op de ontwikkeling en het functioneren, differentiaal diagnostisch inschatten van eventuele co-morbiditeit, inschatten van draagkracht en draaglast van het systeem en van de kwetsbaarheid van het slachtoffer.

Bij twijfel over de veiligheid van een kind moet VT in consult worden gevraagd.

13 REFERENTIES

1. CHAMP, M., *Child Maltreatment Medical Consultation - Referral Guidelines (long version)*, C.M.C.R. Guidelines, Editor. 2011, Maryland Child Abuse Medical Professionals.
2. CHAMP, M., *Child Maltreatment Medical Consultation – Abridged Referral Guidelines*, C.M.C.A.R. Guidelines, Editor. 2012, Maryland Child Abuse Medical Professionals.
3. Putte, E.M.v.d.L., I.M.A; Russel, I.M.B; Teeuw, A.H., *Medisch handboek kindermishandeling*. 2013: Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media BV.
4. RCPCH, *The Physical Signs of Child Sexual Abuse*, in *An evidence-based review and guidance for best practice*. 2015, Royal College of Paediatrics and Child Health: London.