

LESA

LANDELIJKE EERSTELIJS SAMENWERKINGS AFSpraak

# KINDERMISHANDELING

*Eerste herziening (juni 2016)*

*De Vries L, Allessie B, Kamphuis M, Klein Ikkink AJ,  
Lo Fo Wong S, Russel IMB, Schoonenberg J en Vriezen JA.*



nederlands huisartsen  
genootschap



nederlands huisartsen  
genootschap

## BELANGRIJKSTE VERANDERINGEN

- Uitgangspunt is de geactualiseerde KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld (2014) en de *kindcheck* daarin.
- De LESA *Kindermishandeling* voegt zich naar de fundamentele veranderingen in de organisatie van de jeugdzorg als gevolg van de Jeugdwet 2015.
- Om een breed draagvlak en continuïteit van zorg te creëren is samengewerkt met meer partijen dan bij de LESA *Kindermishandeling* uit 2010.

## KERNPUNTEN

- Een actieve houding en alertheid zijn geboden om ook bij volwassenen en kinderen zonder hulpvraag signalen van kindermishandeling op te vangen, zo nodig passende hulp te bieden en het KNMG-stappenplan kindermishandeling te volgen.
- Zorg voor een adequate informatie-uitwisseling bij (een vermoeden van) kindermishandeling.
- Vraag bij een vermoeden van kindermishandeling geanonimiseerd advies aan Veilig Thuis (stap 2 uit het *KNMG-stappenplan kindermishandeling*).
- Spreek met betrokken hulpverleners af wie de regie en zorgcoördinatie op zich neemt en wie welke taken en verantwoordelijkheden heeft en leg dit vast. Dit is essentieel om tot een goede signalering en aanpak van kindermishandeling te komen.
- Is een reële kans op schade voor het kind met passende hulpverlening niet (langer) af te wenden, doe dan zo spoedig mogelijk melding bij Veilig Thuis (stap 5b uit het *KNMG-stappenplan kindermishandeling*).
- Houd aandacht voor de eigen kennis, attitude en competenties om adequaat om te kunnen gaan met (vermoedens van) kindermishandeling.

### Inbreng van de cliënt

Stel waar mogelijk in samenspraak met de cliënt (ouder of kind) het beleid vast en houd daarbij rekening met diens specifieke omstandigheden. De veiligheid van het kind staat daarbij altijd centraal.

### Afweging door de hulpverlener

LESA's geven algemene aanbevelingen die de hulpverleners houvast bieden, maar het eigen professionele inzicht in afzonderlijke situaties blijft altijd van belang. Het is soms gerechtvaardigd om beargumenteerd van de aanbevelingen af te wijken.

### Taakdelegatie

Deze LESA geeft aanbevelingen voor samenwerking en werkafspraken tussen huisartsen, jeugdgezondheidszorg (jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen), kinderartsen, vertrouwensartsen en Veilig Thuis. Soms is taakdelegatie aan overige medewerkers van hulpverleningsorganisaties mogelijk; houd daarbij wel toezicht op de zorgkwaliteit en leg in duidelijke werkafspraken vast in welke situaties de eindverantwoordelijke hulpverlener moet worden geraadpleegd.

# 1. INLEIDING

Aanleiding tot de herziening van deze LESA was de aanpassing van de KNMG-meldcode<sup>1</sup> en de uitbreiding hiervan met de *kindcheck*, alsmede de invoering van de nieuwe Jeugdwet waardoor de gemeenten sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk zijn voor de Jeugdzorg.<sup>2</sup>

Naast de KNMG-meldcode ligt de Toolkit Aanpak kindermishandeling en huiselijk geweld in de huisartsenzorg van LHV, KNMG, InEen en NHG aan de basis van deze LESA.<sup>3,4</sup> Bovendien is de LESA afgestemd op de JGZ-richtlijn *Kindermishandeling* (april 2016) en de NVK-richtlijnen *Kindermishandeling*, *Blauwe plekken* en *Signalering kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg* (alle in ontwikkeling).

Deze LESA bevat afspraken over de samenwerking door ondergenoemde beroepsgroepen bij (vermoedens van) kindermishandeling. De LESA gaat niet in op huiselijk geweld, behalve als daarbij ook kinderen betrokken zijn.

De LESA uit 2010 beperkte zich tot de samenwerking tussen huisartsen en de jeugdgezondheidszorg, maar kindermishandeling is meestal een zaak van meer hulpverleners. Daarom zijn nu ook kinderartsen en vertrouwensartsen betrokken bij de herziening van de LESA, zodat de samenwerkingsafspraken breed gedragen en in een ruimere context afgestemd zijn. Andere, direct bij het onderwerp betrokken partijen participeerden in de herziening van de LESA door deelname aan een klankbordgroep of als meelezer.

De volgende beroepsgroepen waren vertegenwoordigd in de werkgroep:

- jeugdgezondheidszorg vertegenwoordigd door jeugdartsen (AJN Jeugdartsen Nederland) en jeugdverpleegkundigen (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), vakgroep Jeugd);
- huisartsen (Nederlands Huisartsen Genootschap, NHG);
- kinderartsen (Nederlandse Vereniging voor Kinderartsen, NVK);
- vertrouwensartsen (Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling, VVAK);
- Veilig Thuis (voorheen Advies- en Meldpunt Kindermishandeling), vertegenwoordigd door VVAK.

Patiëntenparticipatie heeft plaatsgevonden door een bijeenkomst met de Jongerentaskforce van Augeo en commentaar van Defence for Children (DFC) als referent.

## 1.1 Doel van de LESA

Het primaire doel van deze LESA is dat kinderen en hun ouders op het juiste moment de juiste hulp krijgen zodat (een vermoeden van) kindermishandeling tijdig wordt gesignaleerd en gestopt. Hier toe richt de afstemming en samenwerking tussen de betrokken partijen zich op de optimalisering van de preventie, signalering, aanpak en monitoring van kindermishandeling. De veiligheid van het kind staat altijd centraal; om praktische redenen staat dit niet overal expliciet vermeld. Hulpverleners hebben daarnaast aandacht voor het behoud van de continuïteit van zorg.

## 1.2 Achtergronden

### 1.2.1 Begrippen en definities

- **Kindermishandeling:** Deze LESA hanteert de definitie van kindermishandeling uit de Jeugdwet:<sup>5</sup> ‘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.’

- **Cliënt:** JGZ-medewerkers spreken van *cliënten* of *klanten*, huisartsen van *patiënten*. In deze LESA is gekozen voor de term *cliënten*, waarmee zowel het kind als de ouders kunnen worden bedoeld.

### 1.2.2 Vormen van kindermishandeling

In de literatuur zijn verschillende indelingen te vinden van vormen van kindermishandeling. In deze LESA is gekozen voor onderstaande indeling.<sup>6</sup>

- Verwaarlozing (affectief, lichamelijk of pedagogisch);
- Lichamelijke mishandeling;
- Psychische mishandeling;
- Risicogedrag tijdens zwangerschap;
- Eergerelateerd geweld;
- Seksueel misbruik;
- Vrouwelijke genitale verminking (VGV)<sup>7</sup>;
- Huwelijksdwang en achterlating;
- Pediatric condition falsification (Münchhausen 'by proxy')<sup>8</sup>;
- Getuige zijn van huiselijk geweld (partnergeweld, geweld tussen gezinsleden, ouderenmishandeling);
- Overige vormen van kindermishandeling.

### 1.2.3 Cijfers over kindermishandeling

Volgens de Nederlandse Prevalentiestudie Mishandeling (NPM) van 2010 hebben naar schatting 118.000 Nederlandse kinderen in 2010 met mishandeling te maken gehad. Omgerekend komt dit neer op 34 per 1000 kinderen per jaar. In 2005 was de prevalentie 107.000 kinderen, het aantal meldingen neemt dus toe.

Ook lijkt er een verschuiving te zijn van lichamelijke mishandeling en seksueel geweld enerzijds naar emotionele verwaarlozing anderzijds. Ongeveer 4% van de meldingen betreft seksueel misbruik.<sup>9</sup>

Een jaaroverzicht van **adviesvragen** en **meldingen** bij het voormalige AMK in 2013 laat zien dat deze afkomstig waren van iemand die kind en/of ouders beroepshalve kent (adviesvragen 55,7 % en meldingen 73,3%), waaronder:

- huisartsen (adviesvragen 2,7 en meldingen 1,6%);
- jeugdgezondheidszorg (adviesvragen 4,1 en meldingen 2,9%);
- ziekenhuizen (adviesvragen 11,7 en meldingen 8,5%);
- geestelijke gezondheidszorg (adviesvragen 3,4 en meldingen 2,2%, jeugd en volwassenen);
- politie (adviesvragen 2,2 en meldingen 33,9%).

De meest voorkomende vormen van gemelde kindermishandeling zijn pedagogische verwaarlozing en getuige zijn van huiselijk geweld.<sup>10</sup>

Sinds enkele jaren is er meer aandacht voor de risico's op mishandeling van het nog ongebooren kind bij verstandelijk beperkte ouders,<sup>11</sup> verslaafde aanstaande moeders en psychiatrische patiënten.

### 1.2.4 Gevolgen van kindermishandeling

Kindermishandeling heeft gevolgen voor het kind op korte en langere termijn (Van de Putte, 2013).<sup>12</sup> De ernst van de gevolgen is afhankelijk van meerdere factoren, zoals de vorm, ernst en duur van de kindermishandeling, de persoonlijkheid van het kind en de aanwezigheid van steun uit de omgeving. Naast de directe gevolgen voor de slachtoffers en de gevolgen tijdens de rest van hun jeugd en op volwassen leeftijd ondervindt ook de maatschappij gevolgen van kindermishandeling.

Een voorbeeld van gevolgen op korte termijn is lichamelijk letsel, waaraan in extreme gevallen, bij zware lichamelijke mishandeling of verwaarlozing, het kind kan overlijden. Verder kan kindermishandeling de ontwikkeling remmen en stoornissen veroorzaken in de hersenen. Gevolgen van kin-

dermishandeling op lange termijn zijn onder andere posttraumatische stressstoornissen, dissociatieve en psychische stoornissen en onverklaarde lichamelijke klachten. Verder is er sprake van een verslechtering van de ervaren gezondheid. Een volwassene die als kind is mishandeld, kan zijn toevlucht zoeken tot verslaving, zelfverwonding en suïcide. Dit heeft gevolgen voor de maatschappij, die dit als overlast en als bedreiging van de veiligheid ervaart, en brengt ook kosten voor behandeling met zich mee.

### 1.3 Inhoud

Deze LESA bevat informatie over de KNMG-meldcode, het beroepsgeheim, dossiervorming bij kindermishandeling en competenties en attitude van hulpverleners. De LESA geeft aanbevelingen voor:

- de afbakening van verantwoordelijkheden en taken bij kindermishandeling;
- de vorm en inhoud van consultatie;
- verwijzing en terugverwijzing;
- coördinatie en monitoring bij gedeelde zorg.

Op basis van deze aanbevelingen kunnen de betrokken hulpverleners regionale, gemeentelijke en lokale samenwerkingsafspraken maken.

## 2. UITGANGSPUNTEN

Uitgangspunten voor de samenwerking zijn de KNMG-meldcode en de kindcheck daarin. Voor de betrokken hulpverleners is van belang dat zij onderling kunnen rekenen op:

- een correct hanteren van het beroepsgeheim (zie § 2.3);
- adequate dossiervorming (zie § 2.4);
- de juiste competenties en attitudes (zie § 2.5).

### 2.1 KNMG-meldcode

De KNMG-meldcode is de professionele leidraad voor artsen en bevat het volgende stappenplan<sup>13</sup> voor de aanpak van (vermoedens van) kindermishandeling:

- *Stap 1.* Onderzoek de situatie. Verzamel daarbij aanwijzingen die het vermoeden of de constatering van kindermishandeling kunnen onderbouwen of ontkrachten en leg deze vast in het cliëntendossier. Bij oudersignalen doet de arts de zogenoemde kindcheck (zie § 2.2). Informatie kan worden ingewonnen bij collega-hulpverleners zoals de huisarts, de JGZ of een betrokken kinderarts.
- *Stap 2.* Vraag geanonimiseerd advies aan Veilig Thuis (bij voorkeur de vertrouwensarts) en aan collega's als het vermoeden niet wordt ontkracht. Schakel een deskundige op het gebied van letselduiding in wanneer bij een kind met letsel behoefte bestaat aan meer duidelijkheid (over de aard en oorzaak daarvan).
- *Stap 3.* Bespreek (zo mogelijk) signalen van kindermishandeling en mogelijke oplossingen met de betrokkenen. Het kind is één van de betrokkenen met wie, als dit kan, moet worden gesproken. In dit gesprek zijn hulpverleners zich bewust van de afhankelijkheidsrelatie die bestaat tussen kinderen en hun ouders.
- *Stap 4.* Overleg met andere betrokken hulpverleners.
- *Stap 5a.* Start hulpverlening en monitor het effect daarvan.
- *Stap 5b.* Doe melding bij Veilig Thuis bij een reële kans op schade die niet met hulpverlening kan worden afgewend. Veilig Thuis draagt dan zorg voor verder onderzoek en behandeling.

De volgorde van dit stappenplan is niet dwingend en hangt af van de (ernst van de) situatie.

Neem bij acuut gevaar **direct** contact op met Veilig Thuis of de Raad voor de Kinderbescherming. Ook is contact met de politie soms noodzakelijk om de dreiging zo snel mogelijk af te wenden.

### 2.2 De kindcheck; onderdeel van de KNMG-meldcode

De kindcheck is sinds 1 juli 2013 van kracht. Hiermee onderzoekt de hulpverlener bij volwassen cliënten of er risico's zijn op kindermishandeling. Maak een professionele inschatting wanneer een kindcheck noodzakelijk is. Dit houdt in dat de arts nagaat of cliënten met specifieke problematiek (bijvoorbeeld een psychiatrische aandoening, verslaving, tentamen suïcide) kinderen hebben die van hen afhankelijk zijn. Zo ja, leg dan het aantal en de leeftijd van de kinderen vast in het cliëntendossier, inclusief vermelding of alleen de cliënt de zorg heeft voor die kinderen of dat een partner of anderen die zorg delen.

Als de vrees bestaat dat de medische conditie of omstandigheden van de cliënt een risico vormen voor de veiligheid of ontwikkeling van kinderen, dan worden de opeenvolgende stappen van de KNMG-meldcode gezet.

Voor huisartsen is ter bevordering van de toepassing van de kindcheck een NHGDoc-alert gemaakt in het huisartsinformatiesysteem. Bij een (volgend) consult verschijnt een signaal via NHGDoc bij enkele risicovolle ICPC-codes dat de huisarts attendeert op het uitvoeren van de kindcheck.

Ook in de JGZ wordt gewerkt aan digitale ondersteuning van het volgen van de KNMG-meldcode.<sup>14</sup>

## 2.3 Beroepsgeheim

Het beroepsgeheim is een belangrijke voorwaarde voor de vrije toegang tot de zorg.<sup>15</sup> Het beroepsgeheim is echter niet absoluut. Belangrijke uitzonderingen op de geheimhoudingsplicht zijn:<sup>16</sup>

1. toestemming van de cliënt, óf
2. een wettelijke plicht tot spreken, óf
3. een conflict van plichten: met het vrijgeven van informatie kan (mogelijk) een acuut en direct gevaar voor de veiligheid of het leven van de patiënt of anderen worden voorkomen;
4. meldrechten.<sup>17</sup>

Er is geen toestemming nodig van de cliënt voor overleg met de waarnemend hulpverlener of met rechtstreeks bij de behandelingsovereenkomst betrokkenen. De vertrouwensarts van Veilig Thuis heeft geen behandelingsovereenkomst met cliënten. Bij een melding bij Veilig Thuis maakt de hulpverlener dus gebruik van zijn meldrecht (zie KNMG-meldcode). De gezinsvoogd heeft sinds 2015 een aparte positie waarbij deze een eigenstandig recht heeft op informatie. Artsen, en alle andere derden met een beroepsgeheim, hebben daarmee een spreekplicht tegenover de gezinsvoogd. Dit geldt alleen als de informatieverstrekking noodzakelijk is voor de uitvoering van de ondertoezichtstelling. Daarnaast maakt deze wetswijziging het mogelijk dat de arts uit eigen beweging de gezinsvoogd informeert.<sup>18</sup>

Bij (een vermoeden van) kindermishandeling staat de veiligheid van het kind centraal en vormt 'spreken, tenzij' het uitgangspunt. Aangezien de veiligheid van een kind in het geding is, moeten hulpverleners ervan op de hoogte zijn:

- wanneer zij informatie mogen of moeten delen (houd hierbij rekening met de leeftijd van de cliënt);<sup>19</sup>
- wanneer zij toestemming moeten vragen aan de cliënt of diens vertegenwoordigers;
- wat hun meldrecht inhoudt.

Stel bij de afweging het beroepsgeheim te doorbreken de volgende vragen:

- Welk doel wil ik bereiken door met een ander te spreken?
- Is er een andere mogelijkheid om ditzelfde doel te bereiken zonder dat ik mijn beroepsgeheim hoeft te doorbreken?
- Waarom is het niet mogelijk om toestemming te vragen of te krijgen?
- Zijn de belangen 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?
- Als ik besluit om te spreken, aan wie moet ik dan welke informatie verstrekken opdat het kind kan worden geholpen?

## 2.4 Dossiervorming

Adequate dossiervorming<sup>20</sup> is in het belang van de cliënt, de direct betrokkenen en de samenwerkende hulpverleners.

Registreer de relevante bevindingen (van wie), besprekingen (met wie) en onderzoeken (door wie) in het kader van kindermishandeling in het dossier van het kind. Registreer wie welke stappen van de KNMG-meldcode (eventueel met startmoment) heeft gezet en wie de eventuele coördinatie heeft. Noteer ook een positieve kindcheck (zie § 2.2) in het dossier van het kind als wordt gestart met de KNMG-meldcode. Vermeld verder bij het doorbreken van het beroepsgeheim de redenen daarvoor in het dossier.

Blijkt het vermoeden van kindermishandeling achteraf onterecht, vermeld dit dan in het dossier van het kind en de ouder(s).

## 2.5 Competenties en attitude

Het KNMG-Competentieprofiel Kindermishandeling en huiselijk geweld beschrijft de benodigde competenties van artsen op het gebied van medisch handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit bij (een vermoeden van) kindermishandeling.<sup>21</sup>

### 3. BETROKKEN BEROEPSGROEPEN EN INSTANTIES EN HUN ROL

#### 3.1 Jeugdgezondheidszorg (JGZ) 0-18 jaar

**Werkstructuur:** In het team-JGZ werken jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, doktersassistenten en soms ook verpleegkundig specialisten<sup>22</sup> samen. De GGD, een thuiszorginstelling of een zelfstandige JGZ-organisatie biedt de zorg aan. In deze LESA wordt met JGZ het team-JGZ aangeduid. Doelstelling van de JGZ is het bevorderen, beschermen en veiligstellen van de gezondheid, groei en lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van kinderen van 0 tot en met 18 jaar.<sup>23</sup> In sommige gemeenten biedt de JGZ ook prenatale zorg of zorg aan jongeren boven 18 jaar.

**Werkwijze:** De JGZ werkt programmatisch conform het *Basispakket Jeugdgezondheidszorg* (2015) vanuit de *Wet publieke gezondheid*. Kinderen worden voor gesprekken uitgenodigd; op vraag en indicatie is er ruimte voor aanvullende contacten, ook in de thuissituatie.

De JGZ verleent longitudinale zorg voor ieder kind, beheert het integrale Digitale Dossier JGZ 0-18 jaar, neemt in diverse regio's deel aan sociale wijk- en jeugdteams en werkt samen binnen diverse ketens zoals perinatale zorg, (voor)school en opvang, medische zorg en jeugdhulp.

**Bereik:** De JGZ werkt vanuit een laagdrempelige, vrijwillige basis. Het is een (gratis) voorziening voor alle jeugdigen in Nederland en bereikt meer dan 95% van hen.<sup>24</sup> De JGZ heeft de 5% jongeren die niet worden bereikt wel in beeld.

**Rol bij kindermishandeling:** Door haar positie en werkwijze is de JGZ geïnformeerd over de groei en ontwikkeling van kinderen en ook over mogelijke problemen en risico's in de opvoedingssituatie. De JGZ heeft een rol in de preventie van kindermishandeling door het signaleren van (vroeg) symptomen daarvan, ook bij de 5% niet bereikte kinderen. De JGZ kent de overige kinderen binnen het gezin en heeft laagdrempelig contacten met bijvoorbeeld scholen en andere plaatsen waar jongeren komen. Ook via deze wegen kunnen signalen van kindermishandeling binnenkomen. Verder biedt de JGZ begeleiding en ondersteuning aan gezinnen met ernstige opvoedingsproblematiek of kindermishandeling. De JGZ werkt samen met vele partners, zoals de huisarts of het sociale wijkteam. Voor advies, consultatie en meldingen schakelt de JGZ Veilig Thuis in.

De JGZ stemt af met betrokkenen wie de zorgcoördinatie op zich neemt en monitort de voortgang. Alle JGZ-organisaties werken met een of meer *aandachtsfunctionarissen kindermishandeling*, met wie zowel intern als extern overleg mogelijk is.<sup>25</sup>

In veel gemeenten is de JGZ aangesloten bij de *Verwijsindex Risicjongeren (VIR)*, een landelijk digitaal systeem voor risicoregistratie over jongeren.<sup>26</sup>

#### 3.2 De huisarts

**Werkstructuur:** In het huisartsgeneeskundig team werken huisartsen, praktijkondersteuners, praktijkverpleegkundigen en doktersassistenten. In deze LESA wordt met 'de huisarts' het huisartsgeneeskundige team aangeduid.

**Werkwijze:** Vaak is de huisarts een eerste aanspreekpunt voor mensen met vragen over gezondheid en ziekte. De huisarts verleent zorg in het bredere kader van de leefomgeving en sociale context, met kennis van de levensloop van kind en gezin.

Door de vraaggerichte manier van werken ligt het accent van de huisartsenzorg op diagnostiek, begeleiding en behandeling. Ook vervult de huisarts in Nederland een poortwachtersrol als het

gaat om verwijzing naar andere zorgverleners. Tot slot beheren huisartsen de medische gegevens van hun patiënten in een huisarts-/ketenzorginformatiesysteem (HIS/KIS).

**Bereik:** De huisarts biedt laagdrempelige, voor iedereen toegankelijke, generalistische, persoonsgerichte en continue zorg. Een landelijk dekkend systeem van regionale huisartsenposten waarborgt dat de huisartsenzorg ook beschikbaar is buiten de openingstijden van de huisartsenpraktijk.

**Rol bij kindermishandeling:** De huisarts is meestal de behandelaar van het gehele gezin. Het eerste contact is veelal via de doktersassistente; ook zij kan soms kindermishandeling signaleren.

De medische kennis, gecombineerd met informatie over de leefsituatie (met eventuele risicofactoren) van het hele gezin, draagt bij om in een vroeg stadium kindermishandeling te herkennen en hulp te organiseren. Huisartsen hebben hierbij een zorgplicht jegens zowel de plegers van kindermishandeling als de kinderen. Dit geeft enerzijds een loyaliteitsprobleem en biedt anderzijds juist mogelijkheden. Kindermishandeling vindt vaak plaats door onmacht bij ouders. De huisarts kan vanuit zorgverleningsperspectief de hulp voor de ouder bespreekbaar maken en deze organiseren. De hulpverlening bij de aanpak van kindermishandeling bestaat, naast de zorg voor de veiligheid van het kind, vaak grotendeels uit hulp aan de ouders.

Op de huisartsenpost is de eigen huisarts meestal niet de behandelaar. De eigen huisarts krijgt bericht over het contact en de ingestelde behandeling. Vermoedens van kindermishandeling worden mondeling besproken met de eigen huisarts van het kind. Op veel huisartsenposten werkt een *aandachtsfunctionaris kindermishandeling* die als ‘brug’ met de eigen huisarts fungeert. De rol en achtergrond van deze aandachtsfunctionarissen verschillen per huisartsenpost.

### 3.3 De kinderarts

**Werkstructuur:** De kinderarts werkt vanuit het ziekenhuis zowel intern als extern samen met artsen uit verschillende specialismen, alsook met verpleegkundigen en paramedici (psychologen, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten et cetera).

**Werkwijze:** De primair curatief werkende kinderarts is gespecialiseerd in diagnostiek en behandeling van kinderen van 0 tot 18 jaar. De kinderarts heeft oog voor eventuele beperkingen die ziekten en klachten met zich meebrengen en het effect daarvan op de ontwikkeling van het kind binnen en buiten het gezin. Ook heeft de kinderarts een rol in de preventie van (schade en beperkingen door) ziekte.

**Bereik:** Een kind komt bij de kinderarts na verwijzing door de huisarts, jeugdarts, medisch specialist of de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) van een ziekenhuis.

**Rol bij kindermishandeling:** De kinderarts coördineert het team van de betrokken hulpverleners in het ziekenhuis. Hij bespreekt met hen de verantwoordelijkheden bij preventie, signalering, behandeling of overdracht rond kindermishandeling. Taken van de kinderarts zijn onder meer:

- Het *signaleren* van kindermishandeling. De speciaal getrainde kinderarts (bijvoorbeeld via Wetenschappelijk Onderwijs inzake Kindermishandeling voor Kinderartsen – WOKK) heeft expertise in het duiden van klachten en bevindingen die kunnen wijzen op kindermishandeling, zoals het verschil tussen toegebracht en accidenteel letsel.
- Het *starten van overleg* met hulpverleners om te komen tot een plan van aanpak, taakverdeling en afspraken over hulpverlening in het gezin.
- Het *behandelen* van eventueel letsel als gevolg van kindermishandeling. Daarbij kan een kind in het ziekenhuis worden opgenomen op sociale of medische indicatie.
- Het *overdragen* van eventuele follow-up naar bijvoorbeeld huisartsen, JGZ of Veilig Thuis.

Vrijwel elk ziekenhuis beschikt over een kinderarts met als aandachtsgebied kindermishandeling, alsook over een coördinator kindermishandeling.

### 3.4 Veilig Thuis

**Werkstructuur:** Sinds 2015 zijn de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK) en de Steunpunten Huiselijk Geweld (SHG) samengevoegd in Veilig Thuis. Dit zijn regionale organisaties waar slachtoffers, daders en omstanders terecht kunnen voor deskundige hulp en advies. Binnen Veilig Thuis werken de vertrouwensartsen nauw samen met maatschappelijk werkers, gedragsdeskundigen en soms ook sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Met Veilig Thuis wordt ook het gehele bovengenoemde team aangeduid.

**Doelen** van Veilig Thuis zijn het onderzoeken van vermoedens van kindermishandeling waaronder huiselijk geweld, het organiseren van een veiligheidsplan voor het kind, het bewerkstelligen van samenhang in de aanpak van kindermishandeling en huiselijk geweld en het organiseren van adequate hulp voor slachtoffers en plegers van kindermishandeling. De vertrouwensartsen van Veilig Thuis zijn het eerste aanspreekpunt voor medewerkers in de gezondheidszorg, met name artsen.

**Werkwijze:** Vertrouwensartsen van Veilig Thuis zijn verantwoordelijk voor het duiden van sociale, medische en psychiatrische aspecten van de meldingen van kindermishandeling. Hiertoe behoort ook het (laten) beoordelen van de invloed van psychiatrische, emotionele of andere ernstige problematiek bij ouders op kindermishandeling en de gevolgen hiervan voor de veiligheid van de opvoedingssituatie.

Vertrouwensartsen beoordelen op grond van sociaal-medische informatie de ernst van de kindermishandeling in de vorm van letsel, ontwikkelingsbedreiging of emotionele schade. De vertrouwensarts kan hiertoe bijvoorbeeld forensisch medisch onderzoek initiëren.

**Bereik:** De verschillende regionale Veilig Thuis-organisaties zijn via één landelijk telefoonnummer 24/7 bereikbaar. In een aantal regio's is de vertrouwensarts 24/7 bereikbaar.

**Rol bij kindermishandeling:** Iedere hulpverlener of cliënt kan bij Veilig Thuis terecht, zonder overdracht van persoonsgegevens, met vragen om advies en het melden van (vermoedens van) kindermishandeling.

- Bij een *adviesvraag* (stap 2 van de KNMG-meldcode) blijft de hulpverlener verantwoordelijk voor de aanpak van de (vermoedens van) kindermishandeling. Veilig Thuis beoordeelt dan mede welke actie nodig is. Een vervolcontact is altijd mogelijk. Veilig Thuis kan adviseren een melding te doen.
- Bij een *melding* neemt Veilig Thuis de verantwoordelijkheid voor de veiligheid van het kind over. Veilig Thuis zet dan direct in op het organiseren van veiligheid en op onderzoek naar de gemelde (vermoedens van) kindermishandeling. Bij de start van dit onderzoek verricht Veilig Thuis triage om de ernst van de onveiligheid en de problematiek in te schatten. Veilig Thuis baseert zich daarbij op de inhoud van de melding, eigen registratiegegevens, eventuele politiegegevens, de Gemeentelijke Basisadministratie Persoonsgegevens en gegevens van de Raad voor de Kinderbescherming.

Na aanneming van de melding beoordeelt Veilig Thuis of deze direct kan worden overgedragen aan hulpverlening of het sociale wijkteam (zie § 3.5), met oog voor veiligheid en herstel op korte en lange termijn. Ook kan Veilig Thuis besluiten om zelf onderzoek te gaan doen, meestal door in gesprek te gaan met ouder(s) en kind(eren). Daarna zal Veilig Thuis de voor het onderzoek relevante informatie verzamelen van bij het kind en gezin betrokken hulpverleners, zoals de huisarts en de JGZ. Veilig Thuis werkt hiertoe met een gestandaardiseerd veiligheidsplan en herstelplan. Bij bestaande hulpverlening in het gezin werkt Veilig Thuis hiermee nauw samen om het vermoeden van kindermishandeling te onderzoeken en de kindermishandeling te stoppen. Na afronding van het onderzoek draagt Veilig Thuis de regie en verantwoordelijkheid over aan de ingezette hulpverlening, maar monitort (in elk geval bij de regievoerder) nog minstens tweemaal het effect van de ingezette hulp en de situatie van het kind (na drie en twaalf maanden). Dit wordt teruggekoppeld naar het gezin.

- Zo nodig schakelt Veilig Thuis de Raad voor de Kinderbescherming in of doet aangifte bij de politie.

### 3.5 Overige betrokken hulpverleners en instanties

Per cliënt kunnen meerdere hulpverleners betrokken zijn bij (een vermoeden van) kindermishandeling, naast JGZ, huisarts en mogelijk ook kinderarts en Veilig Thuis. Gezien het belang van de forensisch arts en het sociale wijkteam bij dit onderwerp, worden deze nader toegelicht.

#### 3.5.1 De forensisch arts

Wanneer bij een kind met letsel behoefte bestaat aan meer duidelijkheid over de aard en oorzaak daarvan, dan kan een arts een deskundige op het gebied van letselduiding inschakelen (stap 2 van de KNMG-meldcode). Deze deskundige kan een jeugd- of huisarts met forensische expertise zijn, een kinderarts met veel expertise op het gebied van letsels of een forensisch arts.<sup>27</sup>

Een forensisch arts geeft in deze fase een advies aan de behandelaar; dit advies blijft een collegiaal consult in de hulpverlening.

Forensische expertise inschakelen in het strafrechtelijk kader, ten behoeve van waarheidsvinding, moet door de vertrouwensarts van Veilig Thuis gedaan worden, niet door een behandelend arts.

Forensische expertise is regionaal verschillend georganiseerd.<sup>28</sup>

#### 3.5.2 Sociaal wijkteam/buurtteam/jeugdteam/expertteam

Veel gemeenten hebben **sociale wijkteams**<sup>29</sup> ingericht, samengesteld uit professionals uit verschillende organisaties en disciplines. Ze werken samen om een integrale aanpak te realiseren en transmurale te kunnen werken.

Aan de hand van doel en opdracht van het team bepaalt de gemeente welke organisaties en disciplines hieraan deelnemen. De gemeente bepaalt ook de naam en werkwijze van het team. Tot de taak van een wijkteam behoort het signaleren van kindermishandeling en het zorgen voor passende zorg, liefst in de directe (veilige) omgeving. Aan dit team kunnen bijvoorbeeld maatschappelijk werkers, opbouwwerkers, Wmo-consulenten, wijkverpleegkundigen, poh's-ggz en ouderenadviseurs deelnemen. Ook een projectleider Gezonde Wijk of GGD-functionaris Gezondheidsbevordering kan zich aansluiten. Hulpverleners kunnen bovendien samenwerken met mantelzorgers, wijkagenten en vrijwilligers, waardoor een combinatie ontstaat van formele en informele zorg.

Diverse gemeenten werken ook met een specifiek **jeugdteam**, meestal bestaande uit vertegenwoordigers van jeugdhulpinstellingen, welzijnsorganisaties, schoolmaatschappelijk werk en het Centrum voor Jeugd en Gezin. Doel is een zo licht mogelijke ondersteuning in de directe omgeving te bieden, uitgaande van de eigen kracht van gezinnen.<sup>30</sup>

Het feit dat niet alleen beroepsuitoefenaars met een geheimhoudingsplicht of een BIG-registratie in een wijkteam vertegenwoordigd zijn, heeft gevolgen voor het uitwisselen van vertrouwelijke gegevens.

## 4. SIGNALERING

Signalen van kindermishandeling kunnen zich voordoen bij de ouders, het kind of in de leefsituatie. Deze signalen zijn vrijwel altijd specifiek (uiterlijk, gedrag of ontwikkeling) en kunnen dus ook duiden op andersoortige problemen. Het is belangrijker om de signalen te kunnen opvangen en interpreteren dan precies te weten welke signalen er zijn. Hulpverleners kunnen met hun handelen (in gesprek gaan met ouders en kinderen, hulpverlening organiseren of de stappen van de KNMG-meldcode doorlopen) erger voorkomen als zij (risico's op) kindermishandeling signaleren.

### 4.1 Risicofactoren

Om het risico op kindermishandeling te kunnen inschatten zijn risico- en beschermende factoren<sup>31</sup> van belang. Risico- en beschermende factoren kunnen bij het kind en bij de ouders liggen. Het risico op kindermishandeling is onder andere groter:

- in gezinnen met zeer laag opgeleide ouders;
- als beide ouders werkloos zijn;
- in eenoudergezinnen;
- in gezinnen met drie of meer kinderen;
- in stiefgezinnen.

Het risico is ook verhoogd in gezinnen met een vluchtelingenstatus; wellicht spelen trauma's hierbij een rol.<sup>9</sup>

Een verhoogd risico doet zich bijvoorbeeld ook voor bij:

- ouders met weinig steun van familie en omgeving (isolement);
- ouders met persoonlijkheidsstoornissen;
- kinderen uit ongewenste zwangerschappen;
- baby's die veel huilen;
- kinderen met een (meervoudige) handicap of chronische ziekte;
- zorgmijdende gezinnen (zie § 4.3).

Beschermende factoren doen zich bijvoorbeeld voor bij:

- ouders met een positief zelfbeeld;
- ouders met een flexibele instelling;
- sociaal vaardige kinderen.

Om kindermishandeling te voorkomen of te stoppen is het streven gericht op versterking van de beschermende factoren en het reduceren van de risico's.

Bij vermoedens van kindermishandeling bespreken hulpverleners niet alleen de actuele problematiek, maar ook de risico- en beschermende factoren (zie de meldcode, § 2.1). Het bundelen van deze informatie van de betrokken hulpverleners is belangrijk voor de risico-inschatting. Relevant zijn de voorgeschiedenis en risicofactoren van het kind zelf, alsook de risicofactoren bij de ouders (denk aan de kindcheck), de opvoedingssituatie en de verdere leefomgeving (zie ook § 5.2 Communicatie, verwijzing en rapportage).

Er is geen sterk bewijs voor de correlatie tussen risicofactoren en kindermishandeling, deels omdat onderzoek ontbreekt.<sup>32</sup> Wel is waarschijnlijk dat naarmate er meer risicofactoren zijn, de kans op kindermishandeling toeneemt.

De kennis van risico- en beschermende factoren uit de beschikbare meldcodes en richtlijnen<sup>33</sup> kunnen behulpzaam zijn bij het maken van een onderbouwde risicoschatting. Hiervoor worden ook specifieke risicotaxatie-instrumenten gebruikt, voornamelijk door Veilig Thuis.

## 4.2 Screeningsinstrumenten

Sinds 2011 zijn een screeningsinstrument en een protocol kindermishandeling op elke afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) en huisartsenpost (HAP) verplicht.<sup>34</sup> De keuze van de instrumenten is aan de zorgprofessionals. Veelgebruikt is het Sputovamo-formulier.<sup>35</sup> De validiteit ervan is onderzocht op de SEH bij kinderen jonger dan 7 jaar met letsel, maar nog niet op de HAP.<sup>36,37</sup>

Veel huisartsenposten en afdelingen SEH zijn overgegaan op nieuwe Sputovamo-R-formulieren met 3 of 5 vragen. Het kortste screeningsinstrument, de Sputovamo-R3, heeft dezelfde matige validiteit als uitgebreidere vragenlijsten. Weliswaar wordt met de Sputovamo-R nagenoeg geen kindermishandeling gemist (hoge sensitiviteit), maar er zijn veel fout-positieve uitslagen (lage specificiteit).

## 4.3 Culturele aspecten

Ook specifieke transculturele problematiek kan een rol spelen bij kindermishandeling, zoals bij vrouwelijke genitale verminking<sup>7</sup>, huwelijksdwang en achterlating<sup>38</sup> en eerwraak. Toch is de mening over wat kindermishandeling is in vrijwel alle landen gelijk. Dit is beschreven in het internationale verdrag *Rechten van het Kind*<sup>39</sup>, waarin onder andere de rechten en bescherming van kinderen zijn vastgelegd. Dit verdrag is door vrijwel alle landen ter wereld erkend en ondertekend.

Culturele achtergronden kunnen een rol spelen bij de aanpak van kindermishandeling en de benadering van het gezin. Dit onder meer omdat de beleving van kindermishandeling kan verschillen. Kennis van transculturele problematiek kan bijdragen aan het vinden van passende hulp door de hulpverlener bij kindermishandeling.<sup>40</sup>

## 4.4 Zorgmijdende gezinnen

Sommige gezinnen zoeken geen hulp terwijl ze die wel nodig hebben. Deze zorgmijdende gezinnen zijn moeilijk te benaderen en kunnen ongemerkt uit de hulpverlening verdwijnen, bijvoorbeeld door verhuizing naar andere gemeenten zonder overdracht van gegevens. Ze vormen een belangrijke risicogroep voor kindermishandeling.

Huisarts, JGZ en kinderarts stellen elkaar op de hoogte van zorgmijdend gedrag, bijvoorbeeld als kinderen zonder verklarende reden geen gebruikmaken van de JGZ of na verwijzing niet verschijnen bij de kinderarts. Dergelijke signalen kunnen aanleiding zijn om in onderling overleg actie te ondernemen om deze kinderen binnen de hulpverlening te houden. Lukt het niet om deze kinderen in beeld te houden, dan is dat reden voor een adviesvraag of melding bij Veilig Thuis (zie § 5.4 en 5.5).

## 5. GEDEELDE ZORG, VERWIJZING EN AFSTEMMING

Bij de aanpak van kindermishandeling staan de veiligheid en ontwikkeling van het kind centraal. Voor een effectieve aanpak van kindermishandeling is het essentieel dat hulpverleners:

- zich bewust zijn van hun rol bij het voorkómen van kindermishandeling;
- adequaat gesprekken voeren (met kinderen en volwassenen) bij vermoedens van kindermishandeling;
- de signalen en risicofactoren van kindermishandeling kennen;
- adequaat omgaan met (vermoedens van) kindermishandeling;
- de acute onveiligheid van het kind kunnen taxeren;
- een positieve houding jegens samenwerking hebben om vermoedens van kindermishandeling effectief te onderzoeken;
- bereid zijn om contact met elkaar te zoeken bij (vermoedens van) kindermishandeling en een wederzijds inzicht hebben in het belang daarvan.

De kennis en ervaring van huisarts, JGZ (jeugdarts, jeugdverpleegkundige), kinderarts en Veilig Thuis (vertrouwensarts) vullen elkaar aan. Daarnaast kan samenwerking met andere hulpverleners van belang zijn, zoals verloskundigen, kraamverpleegkundigen, het wijk- of buurtteam, de thuiszorg, paramedici (bijvoorbeeld fysiotherapeut, logopediste, psycholoog en (ortho)pedagoog), maar ook (kinder)psychiaters, forensisch artsen en scholen.

De hulp bij kindermishandeling richt zich op het organiseren van veiligheid voor het kind en herstel van letsel of schade (psychotrauma, ontwikkelingsachterstand, emotionele problematiek). Het organiseren van veiligheid is zowel praktisch (maatregelen in en rond het gezin) alsook gericht op oorzaken bij de ouder(s), gezinspatronen en gezinscontext.

### 5.1 Coördinatie, verantwoordelijkheden en afstemming

Elke hulpverlener met een vermoeden van kindermishandeling is verantwoordelijk voor de veiligheid van het kind en voor het volgen van de **KNMG-meldcode**.<sup>41</sup>

Bespreek zo mogelijk vermoedens van kindermishandeling met de ouders en/of het kind (bijvoorbeeld: 'Deze verwondingen kan ik niet verklaren door het ongeval.') en vraag toestemming om hierover met andere hulpverleners te overleggen.

Bepaal in onderling overleg welke hulpverlener de aanpak van de vermoedens van kindermishandeling coördineert en wie welke stappen van de KNMG-meldcode zet. Dit kan de (medische) hoofdbehandelaar van het kind zijn, maar dat hoeft niet.

De verantwoordelijkheid voor een vermoeden van kindermishandeling is pas overgedragen als een andere hulpverlener deze daadwerkelijk overneemt. Noodzakelijke afspraken zijn:

- hoe het contact wordt onderhouden over het verdere verloop van de hulpverlening;
- wie de coördinatie en regie heeft;
- wie het effect van de hulpverlening monitort;
- wie welke stappen van de KNMG-meldcode zet, inclusief de melding bij Veilig Thuis;
- wie de ouders (zo mogelijk) informeert.

Na melding is de verantwoordelijkheid voor de veiligheid van het kind overgedragen aan Veilig Thuis. De hulpverlener die gemeld heeft, blijft verantwoordelijk voor de zorg, tenzij dit anders wordt afgesproken. Een hulpverlener moet zich hierbij realiseren dat een aanzienlijk deel van de meldingen bij Veilig Thuis her-meldingen zijn; dit vraagt alertheid van hulpverleners na een melding.

In de praktijk worden verschillende situaties onderscheiden met een bijzondere aanpak:

- In de huisartsenzorg en de JGZ zijn aandachtsfunctionarissen aangesteld. Voor huisartsen is bovendien een netwerk van ambassadeurs in ontwikkeling<sup>42</sup>, die een rol kunnen spelen bij (vermoedens van) kindermishandeling.
- Huisartsenposten bieden cliënten de mogelijkheid om hulp te vragen buiten de eigen huisarts om en in een betrekkelijk anonieme omgeving. Daarom wordt aangenomen dat hier in verhouding meer mishandelde kinderen komen dan bij de eigen huisarts. Extra alertheid op signalen van kindermishandeling is gewenst op huisartsenposten, evenals op de afdelingen Spoedeisende Hulp van ziekenhuizen.
- Op de meeste afdelingen Spoedeisende Hulp melden zorgverleners volgens protocol een cliënt bij Veilig Thuis in geval van een positieve kindcheck bij (huiselijk) geweld, een suïdepoging, automutilatie of een intoxicatie door drugs of alcohol.
- In ziekenhuizen geldt de *Veldnorm Kindermishandeling en huiselijk geweld voor ziekenhuizen*. Hier is de Raad van Bestuur eindverantwoordelijk voor het beleid bij (vermoedens van) kindermishandeling en moeten afspraken over verantwoordelijkheid schriftelijk zijn vastgelegd.

## 5.2 Communicatie, verwijzing en rapportage

Een efficiënte communicatie tussen de verschillende hulpverleners is essentieel voor de continuïteit van zorg, bijvoorbeeld bij het onderzoeken van een vermoeden van kindermishandeling, verwijzen en terugverwijzen. In eerste instantie richt de hulpverlening zich op de veiligheid van het kind, zo nodig door verwijzing binnen de eerste lijn of naar een medisch specialist. Spreek dan onderling af wie de zorg coördineert. De verwijzing moet in ieder geval mondeling plaatsvinden om de vermoedens zorgvuldig over te dragen, zorg af te stemmen en af te spreken wie de zorg coördineert. Dit geldt ook voor de overdracht op de huisartsenpost: bespreek de (vermoedens van) kindermishandeling in elk geval mondeling met de eigen huisarts van het kind en maak afspraken over het vervolg.

Als vermoedens van kindermishandeling leiden tot verwijzing, informeer dan ook de andere betrokken hulpverleners (huisarts, JGZ, kinderarts) hierover.

Vermeld bij (vermoedens van) kindermishandeling in de (schriftelijke) communicatie:

- een voorstel voor de samenwerking (bijvoorbeeld eenmalig advies, overname behandeling), contactgegevens en eventueel de zorgcoördinatie;
- problematiek, diagnose en vraagstelling;
- wie het ouderlijk gezag<sup>43</sup> heeft;
- wat is besproken met cliënt en naastbetrokkenen, inclusief hun visie;
- toestemming (verleend of niet) van (beide) ouders en indien van toepassing van cliënt over gegevensuitwisseling met welke hulpverleners;
- de inhoud van het advies van Veilig Thuis;
- personalia van kind(eren) en ouder(s), behalve wanneer het een geanonimiseerde adviesvraag betreft;
- indien van toepassing: voorgeschiedenis, behandelingsplan, betrokken hulpverleners, afspraken over follow-up, controlebeleid, medicatieadvies, advies voor doorverwijzing of vervolgebehandeling, crisisplan.

## 5.3 Onderzoek van vermoedens

Een hulpverlener die kindermishandeling vermoedt, neemt contact op met de huisarts, de JGZ, de betrokken kinderarts en overige betrokken hulpverleners om de vermoedens te onderzoeken en signalen in kaart te brengen. Uitgangspunt is dat de cliënt toestemming geeft voor het contact tussen hulpverleners, maar bij conflicterende plichten of belangen kan dit ook zonder toestemming.

## 5.4 Adviesvraag aan Veilig Thuis

In het onderzoek van vermoedens van kindermishandeling neemt de hulpverlener contact op met Veilig Thuis (stap 2 van de KNMG-meldcode). Bij behoefte aan meer duidelijkheid over aard en oorzaak van letsel kan een deskundige op het gebied van letselduiding worden ingeschakeld.

De advisering door Veilig Thuis is laagdrempelig: dit kan direct door de vertrouwensarts worden gedaan of door een andere medewerker van Veilig Thuis. Presenteer de casus geanonimiseerd. Als meerdere hulpverleners zijn betrokken, spreek dan af wie het advies vraagt en vervolgactie inzet.

Als hulp naar verwachting de kindermishandeling kan voorkomen of stoppen, dan doet de op dat moment meest geschikte hulpverlener een passend hulpaanbod in overleg met de andere hulpverleners en na advies van Veilig Thuis. Het hulpaanbod houdt rekening met de draagkracht en -last van de opvoeders en het kind.

Eenduidigheid in de aanpak en een gezamenlijk optreden bij het betrokken gezin zijn belangrijk voor een effectieve hulpverlening. Daarom is een actieve afstemming in deze fase wenselijk en moet er helderheid zijn over wie waarvoor verantwoordelijkheid draagt.

## 5.5 Melding bij Veilig Thuis

De veiligheid van het kind is leidend bij het afwegen van melding bij Veilig Thuis (stap 5b van de KNMG-meldcode). Beoordeel, zo mogelijk in overleg met andere betrokken hulpverleners en met advies van Veilig Thuis, of hulpverlening de kindermishandeling kan stoppen. Betrek waar mogelijk de cliënt bij de besluitvorming. Verleen, bij afwendbaar risico, zelf hulp of verwijst de cliënt hiervoor. Monitor zelf de voortgang en effectiviteit van deze hulp of vraag dit in overleg aan een andere hulpverlener (stap 5a van de KNMG-meldcode).

Melding bij Veilig Thuis volgt als met passende hulp de veiligheid van het kind niet (voldoende) is gegarandeerd of als hulp niet mogelijk is, wordt afgewezen of ineffectief blijkt. Na melding blijven de betreffende zorgverleners betrokken bij het gezin.

## 5.6 Voorlichting

Om kindermishandeling te voorkomen of stoppen kan (specifieke) voorlichting aan de ouders preventief werken; denk bijvoorbeeld aan het 'shaken baby'-syndroom.<sup>44</sup> Goede voorlichting is gericht op vermindering van de risicofactoren en versterking van de beschermende factoren in een gezin of omgeving. Overleg met de betrokken hulpverleners over de inhoud van de voorlichting en over wie welke voorlichting geeft.

Stem de vorm en presentatie van de voorlichting af op onder andere het opleidingsniveau en de taal- en leesvaardigheid van ouders en kind.

Denk ook aan de (specifieke) voorlichting die bijvoorbeeld verloskundigen en kraamverpleegkundigen kunnen geven tijdens zwangerschap en kraamtijd.

Verwijs aansluitend bij de gegeven mondelinge voorlichting de cliënt naar schriftelijke informatie over kindermishandeling, bijvoorbeeld op [Thuisarts.nl](https://thuisarts.nl). Deze patiënteninformatie is gebaseerd op de LESA *Kindermishandeling*.

## 6. AANDACHTSPUNTEN VOOR NADERE UITWERKING IN DE REGIO

Deze landelijke samenwerkingsafspraken kunnen als basis dienen voor nadere uitwerking in lokale en regionale werkafspraken. Aandachtspunten daarbij zijn:

- **Bereikbaarheid:** Een goede bereikbaarheid is essentieel voor de samenwerking. Persoonlijk contact is een voorwaarde voor effectief intercollegiaal overleg.  
Zorg ervoor dat (mobiele) telefoonnummers en e-mailadressen bekend zijn en gemakkelijk zijn te achterhalen. Zorg ook voor bekendheid van het directe telefoonnummer van de regionale Veilig Thuis, naast het landelijke nummer.
- **Aanspreekpunt en aandachtsfunctionaris:** De huisartsenvoorziening, het JGZ-team, de kinderarts, de vertrouwensarts en Veilig Thuis zorgen ieder voor een duidelijk aanspreekpunt. Dit is bij voorkeur een deskundige binnen de organisatie, bijvoorbeeld de aandachtsfunctionaris kindermishandeling met wie veel huisartsenposten, de JGZ en ziekenhuisartsen vaak werken of het ambassadeursnetwerk van huisartsen. Maak duidelijke afspraken over de taken en verantwoordelijkheden van aandachtsfunctionarissen en ambassadeurs.
- **Coördinatie en monitoring van hulp:** Maak duidelijke afspraken over de rolverdeling in de coördinatie en monitoring van de hulp en de communicatie tussen de hulpverleners. Stel per casus vast welke werkafspraken gelden en hoe alle betrokken hulpverleners op de hoogte blijven van het verloop. Spreek ook af wie eindverantwoordelijk is voor de coördinatie en de behandeling en hoe een en ander op een eenduidige en toegankelijke manier wordt vastgelegd.
- **Sociale kaart:** Het hulpaanbod verschilt per regio of gemeente. Spreek af wie hiervan een overzicht<sup>45</sup> opstelt en bijhoudt opdat alle betrokken hulpverleners toegang hebben tot het lokale aanbod. Het hulpaanbod moet snel en gemakkelijk inzichtelijk zijn wat betreft zowel de inhoud als de procedures en wachttijden.
- **Periodiek overleg:** Maak afspraken over periodiek overleg tussen regionaal betrokken hulpverleners: huisartsen, JGZ (of hun aandachtsfunctionarissen) en - op indicatie - Veilig Thuis. Dit stimuleert vroegtijdige signalering en continuïteit van zorg. Ook aansluiting bij eventueel al bestaande casuïstiekbesprekingen, bijvoorbeeld tussen vertrouwensartsen en kinderartsen, kan functioneel zijn. Maak verder afspraken over de communicatie over kindermishandeling tussen huisartsenposten, afdelingen SEH, aandachtsfunctionarissen, ambassadeurs, eigen huisartsen, kinderartsen en andere hulpverleners.
- **Zorgmijdende gezinnen:** Spreek af hoe deze moeilijk te begeleiden gezinnen in beeld blijven bij hulpverleners en hoe hen te benaderen en behandelen. Spreek af welke hulpverlener het initiatief neemt, wanneer dit gebeurt en hoe te handelen.
- **Verwijsindex Risicjongeren (VIR):** Maak afspraken over de toegankelijkheid van hulpverleners in de VIR en hoe deze inzetbaar is, rekening houdend met de regionale status en ontwikkeling van de VIR.
- **Huisartsenposten en afdelingen Spoedeisende Hulp:** Gezien hun bijzondere positie is het goed om de huisartsenposten en SEH te betrekken bij het maken van afspraken. Belangrijk hierbij is *wie wanneer* op welke *manier* actie moet ondernemen bij (vermoedens van) kindermishandeling op de huisartsenpost. Denk hierbij aan acute en niet-acute situaties, zorgmijders en aan de mondelinge en digitale overdracht van en naar de eigen huisarts.
- **JGZ-organisatie:** Zorg voor de noodzakelijke randvoorwaarden, zoals het aanstellen van een aandachtsfunctionaris kindermishandeling.
- **Overige hulpverleners:** Zorg ervoor dat overige hulpverleners weet hebben van de rolverdeling bij kindermishandeling en betrek hen zo nodig bij het maken van lokale afspraken. Bespreek in hoeverre hulpverleners in de regio deelnemen aan een sociaal wijkteam, of zij forensisch artsen kunnen inschakelen en hoe deze bereikbaar zijn.
- **Uitwisselen van gegevens:** Gebruik informatie over het beroepsgeheim, zoals het document 'Beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden' van de KNMG, voor het maken van afspraken over het uitwisselen van gegevens.

- Voorlichting: Zorg ervoor dat de verschillende beroepsgroepen hun voorlichting op elkaar afstemmen.
- Competenties: Bied hulpverleners mogelijkheden om de juiste competenties en attitude te ontwikkelen om adequaat te kunnen omgaan met (vermoedens van) kindermishandeling.

## 7. TOTSTANDKOMING

In december 2014 ging een werkgroep van start, bestaande uit vertegenwoordigers van AJN Jeugdartsen Nederland (AJN), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN, vakgroep Jeugd), Nederlandse Vereniging van Kinderartsen (NVK), Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling (VVAK) en Veilig Thuis.

In deze werkgroep hadden zitting: dr. M. Kamphuis, jeugdarts KNMG, namens AJN; B. Allesie, jeugdverpleegkundige, namens V&VN vakgroep Jeugd; I.M.B. Russel, sociaal pediatr, namens de NVK; N.J. Schoonenberg, vertrouwensarts, namens VVAK en Veilig Thuis; A.J. Klein Ikkink en dr. S.H. Lo Fo Wong, beiden huisarts, L. de Vries, niet-praktiserend huisarts en dr. J.A. Vriezen, medisch antropoloog, allen namens het NHG.

In de klankbordgroep hadden zitting: A.M.C. Raat namens Veilig Thuis, P.P.M. Bender namens het Forensisch Medisch Genootschap (FMG), J.M. Heinen namens het Netwerk van de Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en), B.L.J. Looman namens Pharos en T. Stikker namens GGZ-NL.

Als meelezers namen deel: J. Sax van der Weijden (tot september 2015) en S. van Gunst (vanaf 1 januari 2016) namens de Nederlandse Vereniging van Dokters Assistenten (NVDA) en G.M.M. Uijterwaal, M.H.C.M. Laan en M.J. van Hoof namens de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVvP).

In december 2015 is een conceptversie van de LESA ter becommentariëring voorgelegd aan een steekproef van vijftig huisartsen (NHG-leden). Commentaar is ontvangen van huisartsen, jeugdartsen (AJN-leden) en jeugdverpleegkundigen (V&VN-leden), kinderartsen (NVK-leden), vertrouwensartsen en Veilig Thuis.

Met de klankbordgroep is twee keer een bijeenkomst geweest. Daarnaast is de LESA ter becommentariëring aan de klankbordgroepleden aangeboden.

Het patiëntenperspectief is in een bijeenkomst met de Jongerentaskforce van Augeo besproken.

De LESA is ter becommentariëring aangeboden aan een aantal referenten, te weten: P.M. Leusink, huisarts en seksuoloog NVVS; prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts en emeritus hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Radboudumc Nijmegen; M. van Oppenraay, apotheker, adviseur/redacteur Farmacotherapeutisch Kompas, namens ZINL; D. Beens, arts M&G, namens ZN; L.J. Meijer, huisarts, en H. van Bavel, transmuraal coördinator Catharina Ziekenhuis Eindhoven, beiden namens de FMCC; M. ten Horn, MSc, beleidsadviseur, namens de NPCF; L. van der Es, beleidsmedewerker, namens InEen; M. Hogenes, MSc, namens ExpertDoc; dr.mr. Y.M. Drewes, arts M&G, namens de KNMG; Mr. Y.M. Hokwerda en Mr. A. Barendsen, beiden jurist, namens Defence for Children; T. Hol, namens de LVAK; J. van Capelleveen, klinisch verloskundige, MSc, namens de KNOV; C.M. Salvatore, gynaecoloog/seksuoloog, namens de NVOG-commissie Kwaliteitsdocumenten; M. van Hagen, psycholoog, namens NVO; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur Huisarts & Wetenschap; J. Hogendorp, senior beleidsmedewerker LHV.

Vermelding als referent betekent niet dat deze de LESA inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

Na verwerking van het commentaar door de werkgroep is de LESA in het voorjaar van 2016 bestuurlijk vastgesteld door NHG, AJN, V&VN, NVK, VVAK en Veilig Thuis.

De coördinatie was in handen van L. de Vries namens het NHG. E.H. Jansen verrichtte namens het NHG ondersteunende taken. Dr. J.A. Vriezen, teamleider/senior wetenschappelijk medewerker van het NHG, was als projectleider betrokken bij het realiseren van deze LESA.

De totstandkoming van de LESA Kindermishandeling is mogelijk gemaakt als onderdeel van een publiek private samenwerking (PPS) tussen het NHG, de Landelijke Huisartsen Vereniging, InEen,

Augeo en het ministerie van VWS. Zij vormden de stuurgroep van de PPS, aan wie de LESA ook ter becommentariëring is aangeboden. Augeo en het ministerie van VWS hebben bijgedragen in de vorm van een subsidie.

© 2016 Nederlands Huisartsen Genootschap, AJN Jeugdartsen Nederland, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Nederlandse Vereniging van Kinderartsen, Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling en Veilig Thuis.

# NOTEN

- <sup>1</sup> Sinds 1 juli 2013 moeten organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren ingevolge de vernieuwde *Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* een meldcode hantieren. In 2014 is de *KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld* uitgebracht ter ondersteuning van de afwegingen rond kindermishandeling. Daarbij heeft de KNMG een *Stappenplan kindermishandeling* ontwikkeld, dat de stappen beschrijft die een arts kan of moet zetten als deze signalen van kindermishandeling krijgt.  
Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). *KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld* (2014; bijgewerkt 2015).  
De Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) gaat uit van een andere meldcode dan die van de KNMG. Inhoudelijk zijn deze meldcodes hetzelfde.  
V&VN. *V&VN Meldcode Kindermishandeling en Huiselijk Geweld* (februari 2011).
- <sup>2</sup> LHV. *Jeugdwet-transitie jeugdzorg* (2015; bijgewerkt 2016).  
[www.lhv.nl/actueel/dossiers/jeugdwet-transitie-jeugdzorg](http://www.lhv.nl/actueel/dossiers/jeugdwet-transitie-jeugdzorg); [www.nji.nl/Jeugdwet](http://www.nji.nl/Jeugdwet).
- <sup>3</sup> Overige geraadpleegde documenten:
  - KNMG. *Competentieprofiel Kindermishandeling en huiselijk geweld* (2014).
  - LHV. *Handreiking samenwerking huisarts jeugdgezondheidszorg* (2008).
  - Van de Putte EM, Lukkassen IMA, Russel IMB, Teeuw AH. *Medisch Handboek Kindermishandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2013.
  - NHG-Standpunt *Huisartsenzorg en jeugd* (2008).
  - LHV. *Praktijkaart privacy* (2014).
  - LHV, AJN. *Praktijkaart huisarts & jeugdarts* (2015).
  - KNMG, GGZ Nederland, AJN, LHV, NIP, NVvP, SVG, V&VN en VVAK. Het beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden. *Een Wegwijzer voor zorgprofessionals* (2014).
- <sup>4</sup> LHV, InEen, NHG en KNMG. *Toolkit Aanpak kindermishandeling en huiselijk geweld in de huisartsenzorg* (2014).
- <sup>5</sup> De NVK-richtlijnen hanteren de definitie van kindermishandeling van Baartman: 'Kindermishandeling is het doen of laten van ouders, of anderen in soortgelijke positie ten opzichte van een kind, dat een ernstige aantasting of bedreiging vormt voor de veiligheid en het welzijn van het kind'.  
Baartman, H. *Nieuwe definitie kindermishandeling* (2010).
- <sup>6</sup> De website van het NJI geeft uitleg en enkele voorbeelden bij de verschillende vormen van kindermishandeling. *NJI. Kindermishandeling. Vormen* (geraadpleegd april 2016).  
Zie verder de KNMG-meldcode (zie noot 1) en het Medisch Handboek Kindergeneeskunde (Van de Putte, 2013) (zie noot 3).
- <sup>7</sup> VGV en jongensbesnijdenis  
Vrouwelijke genitale verminking (VGV) is de gedeeltelijke of volledige verwijdering, of elke andere beschadiging van de vrouwelijke genitaliën, omwille van culturele of niet-therapeutische redenen. VGV komt vooral voor onder Afrikaanse migranten en is in Nederland, in tegenstelling tot jongensbesnijdenis, strafbaar als vorm van (kinder)mishandeling.  
KNMG. *Vrouwelijke genitale verminking* (geraadpleegd april 2016).  
De KNMG draagt in haar standpunt *Niet-therapeutische circumcisie bij minderjarige jongens* uit om deze ingreep zoveel mogelijk te beperken. De KNMG beschrijft uitgebreid de overwegingen bij en specificatie van het standpunt.  
KNMG. *Niet-therapeutische circumcisie bij minderjarige jongens* (2010).  
Aanvullende informatie over VGV van NHG en NCJ is te vinden via het NHG.  
NHG. *NHG-standpunt Huisartsenzorg en jeugd* (2008).  
RIVM. *Standpunt Preventie vrouwelijke genitale verminking (VGV)* (2010).  
Informatie van Pharos over VGV.  
Pharos. *Handelingsprotocol VGV bij minderjarigen* (2013).

- 8 Het Münchhausen-‘by-proxy’-syndroom (MBPS) is een vorm van fysieke en/of psychische (kinder)mishandeling, waarbij iemand herhaaldelijk medische hulp zoekt voor bewust gefingeerde stoornissen of ziekten bij een derde. De diagnose Münchhausen ‘by proxy’ is een combinatie van de diagnoses *Factitious Disorder by proxy* bij de pleger en *Pediatric Condition Falsification* bij het kind.
- 9 Sinds 2005 wordt iedere vijf jaar de omvang van kindermishandeling in ons land gemonitord met de Nederlandse Prevalentiestudie Mishandeling (NPM). In 2010 is dit onderzoek uitgebreid met een scholierenstudie.  
Alink L, Van IJzendoorn R, Bakermans-Kranenburg M, Pannebakker F, Vogels T, Euser S. Kindermishandeling in Nederland Anno 2010: de Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM-2010). Leiden: Casimir, 2012. Leiden Attachment Research Program TNO Child Health.
- 10 Jeugdzorg Nederland. Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK) in cijfers 2013 (2014).  
11 JSO. LVB-ouders en het risico op kindermishandeling en huiselijk geweld-factsheet (2014).  
12 Wolzak A, Ten Berge I, NJI. Gevolgen van kindermishandeling (juli 2008).  
13 Het stroomschema van het stappenplan van de KNMG-meldcode. KNMG. Stappenplan kindermishandeling (2014).  
14 Momenteel is in één regio een systeem in het Digitale Dossier JGZ in gebruik om de meldcode beter te kunnen opvolgen.  
Universiteit Twente. Ontwikkeling en evaluatie van een digitaal instrument bij richtlijnen kindermishandeling (2013).
- 15 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. KNMG. KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld (editie 2015, pagina 45).  
Aanvullende informatie over het beroepsgeheim (bij kindermishandeling) van VWS en KNMG is te vinden onder:
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Factsheet Medisch beroepsgeheim (2015).
  - KNMG. Wegwijzer beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden (2014).
  - KNMG, LHV, NHG, NVK en VVAK. Factsheet Kindermishandeling: de verantwoordelijkheid en rol van de arts (oktober 2014).
- 16 Redenen om het beroepsgeheim te doorbreken zijn:
- Ad 1: Toestemming van de cliënt.  
Als de cliënt of zijn vertegenwoordiger toestemming geeft voor het openbaar maken van zijn gegevens aan politie/justitie, is de arts niet gehouden aan zijn beroepsgeheim. Dat betekent echter niet dat hij dan verplicht is te spreken. Wel moet hij goede redenen hebben om dan toch informatie geheim te houden.
  - Ad 2: Wettelijke plicht tot spreken.  
Voorbeelden zijn bepalingen in de Wet op de lijkbezorging (1991) en de Wet publieke gezondheid (die op 1 december 2008 in werking getreden is, voorheen: de Infectieziektenwet). Vanaf 1 januari 2010 mag de behandelend arts bij minderjarigen geen verklaring van overlijden meer afgeven zonder overleg met de gemeentelijk lijkschouwer.
  - Ad 3: Conflict van plichten.  
Heeft de arts informatie over een cliënt die hij vanwege zijn beroepsgeheim niet mag prijsgeven maar komt hierdoor een ander zwaarwegend belang in gevaar, dan kan hij in een conflict van plichten komen. De arts staat dan voor de keuze tussen zijn beroepsgeheim en dat andere belang.

- 17 Het *meldrecht* is gebaseerd op de gedachte dat om kindermishandeling te stoppen of een redelijk vermoeden daarvan te laten onderzoeken, het belang van het kind vóór het beroepsgeheim gaat. Beroepsbeoefenaren met een beroepsgeheim mogen in die gevallen op grond van art. 5.2.6 Wmo 2015 zonder toestemming gegevens verstrekken aan Veilig Thuis. In Nederland heeft de wetgever bewust gekozen voor dit meldrecht en niet voor een wettelijke meldplicht. Bij een meldrecht blijft de afweging bij de arts.
- Geen meldrecht geldt voor gegevensverstrekking aan anderen dan Veilig Thuis en de Raad voor de Kinderbescherming, zoals niet bij de handelingsovereenkomst betrokken hulpverleners en beroepskrachten en politie of justitie. Kindermishandeling kan echter een goede reden vormen om onder omstandigheden (bij een 'conflict van plichten') ook hun zonder toestemming gegevens te verstrekken. (Zie KNMG-meldcode) (zie noot 1)
- 18 KNMG. Gezinsvoogd krijgt recht op noodzakelijke informatie (30 december 2014).
- 19 Rechten minderjarigen. Wie de arts moet informeren en om toestemming vragen voor een medische behandeling, hangt af van de leeftijd van de minderjarige patiënt. De volgende leeftijdsgroepen worden onderscheiden:
- *Kinderen tot 12 jaar*: toestemming van de ouders/voogden is vereist. Toestemming van het kind is niet nodig, maar dit heeft wel recht op informatie.
  - *Jongeren van 12 tot 16 jaar*: toestemming van de ouders/voogden en van de jongere zelf zijn vereist. In twee uitzonderingsgevallen is de toestemming van alleen de jongere voldoende:
    - als het niet behandelen van de jongere voor hem ernstig nadeel oplevert (denk aan soa, vaccinatie) hoeven de ouders over de behandeling niet te worden ingelicht;
    - als de behandeling de weloverwogen wens is van de jongere (denk aan abortus, vaccinatie).
- In deze gevallen moet de arts in principe wel met de ouders/voogden overleggen, maar goed hulpverlenerschap kan met zich meebrengen dat zij over de behandeling niet worden geïnformeerd. Ook in deze leeftijdscategorie moeten de jongeren naar hun bevattingsvermogen worden geïnformeerd over de behandeling.
- *Jongeren vanaf 16 jaar*: zij beslissen zelfstandig en hebben een zelfstandig recht op informatie.
- KNMG. Rechten minderjarigen (geraadpleegd 2016).
- 20 KNMG. KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld, Artikel 3 Dossiervoering, pagina 23 (2014, bijgewerkt 2015).
- 21 KNMG. Competentieprofiel Kindermishandeling en huiselijk geweld (2014).
- 22 De Verpleegkundig specialist (VS) *preventieve zorg* is een verpleegkundige met een BIG-geregistreerde masteropleiding die werkzaamheden van het medisch domein combineert met die van het verpleegkundig domein binnen het eigen deskundigheidsgebied en zij werkt op expertniveau. Zij is binnen dit expertisegebied onder meer bevoegd om zelfstandig te werken, diagnoses te stellen en te verwijzen. De VS is lid van het JGZ-team; zij maakt net als de andere teamleden gebruik van de expertise van collega's en in het bijzonder van de jeugdarts als het gaat om complexe medische problematiek. Daar waar 'jeugdarts' in de LESA staat, kan ook 'verpleegkundig specialist' worden gelezen.
- 23 Boudewijnse HB, Van Lokven E, Oskam E. Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2005.
- 24 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De jeugdgezondheidszorg beter in positie (november 2014).
- 25 Universiteit Twente. Onderzoek aandachtfunctionarissen - juli 2015 (2015).
- 26 De Verwijsindex Risicjongeren (VIR) is een landelijk digitaal systeem waarin hulpverleners risico's kunnen registreren van kinderen en jongeren (tot 23 jaar) met problemen die hun persoonlijke ontwikkeling bedreigen. In de VIR staat geregistreerd dat er een melding is gedaan. De aard van de melding en de behandeling worden niet bijgehouden. Die informatie blijft in het dossier bij de betreffende hulpverlener. Een melding omvat alleen:
- identificatiegegevens van de jongere (aan de hand van het Burgerservicenummer);
  - identificatiegegevens van de meldende instantie;
  - datum van de melding;
  - contactgegevens van de meldende instantie.
- Als twee verschillende hulpverleners een registratie doen over een jongere, dan krijgen beide een bericht. Zo weten hulpverleners of een kind ook bekend is bij een collega, zodat zij kunnen

- overleggen over de beste aanpak. Het gaat om ‘risicosignalen’, dus er moeten aanwijzingen zijn dat er echt iets aan de hand is. De regeling van de VIR is opgenomen in de nieuwe Jeugdwet. Huisartsen nemen op dit moment geen deel aan de VIR. Het standpunt van het NHG sluit aan bij dat van de KNMG, wat inhoudt dat door artsen een registratie in de VIR alleen als sluitstuk van de zorgverlening gedaan wordt, vooral in verband met het bewaren van beroepsgeheim. KNMG. Verwijsindex risicojongeren (2010) (geraadpleegd april 2016).
- KNMG. Artsen en de Verwijsindex risicojongeren: alleen als sluitstuk zorgverlening (2009).
- De precieze invulling van het gebruik van de VIR verschilt per regio en per beroepsgroep. Het recente proefschrift van Inge Lecluijze stelt dat het voorschrijven van samenwerking in het jeugddomein via een ICT-systeem een complexe zaak is. ‘De implementatie is geen succes gebleken en volgens mij is het opnieuw ter discussie stellen van de Verwijsindex gerechtvaardigd.’ Universiteit Maastricht. Verwijsindex Risicojongeren geen succes (2015).
- 27 Werkgroep FME voor kinderen. Inzet FME voor Kinderen (2014).
- 28 Forensisch medische expertise (FME) voor kinderen is voor artsen 24/7 als volgt beschikbaar:
- Elke GGD heeft een coördinerend forensisch arts die weet welke regionale eerstelijns forensisch artsen kindermishandeling als aandachtsgebied hebben.
  - In de meeste ziekenhuizen is een getrainde (bijvoorbeeld WOKK) kinderarts met kindermishandeling als aandachtsgebied aanwezig binnen kantooruren (zie § 3.3, Rol bij kindermishandeling)
  - De (landelijke) Forensische Polikliniek Kindermishandeling komt zo nodig op locatie.
  - Het (landelijk) Nederlands Forensisch Instituut is binnen kantooruren bereikbaar en op andere tijden te bereiken via het Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling en de landelijke Centra voor Seksueel Geweld.
  - Het Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling (LECK) is een samenwerkingsverband tussen drie academische ziekenhuizen (AMC, EMC en UMCU) en het Nederlands Forensisch Instituut, met als doel kindergeneeskundige kennis en forensisch medische expertise te bundelen. Artsen kunnen het LECK raadplegen voor duiding van letsels door een geanonimiseerde adviesaanvraag of een consultatie. Een kinderarts en een forensisch arts beoordelen elke casus voordat een uitspraak wordt gedaan.
- De vertrouwensarts kent doorgaans de forensisch-diagnostische mogelijkheden binnen de regio en kan adviseren welke mogelijkheid in een (geanonimiseerde) casus het meest passend is.
- 29 Sociaal Werk in de Wijk. Samenwerken in de wijk (2013).
- 30 RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) en partners. Sociale wijkteams, samenstelling wijkteams (2015).
- 31 KNMG. KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld. Bijlage 4 Risicofactoren en signalen, pagina 54 (editie 2015).
- 32 LHV, InEen, NHG en KNMG. Toolkit Aanpak kindermishandeling en huiselijk geweld in de huisartsenzorg (2014).
- 33 Kennis over signalen, risico- en beschermende factoren voor kindermishandeling bij kinderen en volwassenen is te vinden in ondergenoemde verwijzingen:
- De KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld verwijst naar twee bijlagen met risicofactoren en signalen die kunnen wijzen op kindermishandeling (zie noot 1): Bijlage 2 Risicofactoren en signalen van kindermishandeling. Bijlage 4 Risicofactoren en signalen van kindermishandeling onderdeel volwassenengeweld.
  - In de JGZ-richtlijn Kindermishandeling (april 2016) worden in hoofdstuk 2 risico- en beschermende factoren en signalen van kindermishandeling inhoudelijk beschreven. Meer kennis over medische forensische signalen (lichamelijk letsel) is te vinden in het Medisch handboek kindergeneeskunde (Van de Putte, 2013) (zie noot 3) en via het Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling (LECK).
  - In de Toolkit Aanpak kindermishandeling en huiselijk geweld in de huisartsenzorg is een door het NHG uitgevoerde literatuursearch opgenomen naar risicofactoren voor kindermishandeling.
- LHV. Toolkit Aanpak kindermishandeling en huiselijk geweld in de huisartsenzorg (2014).
- 34 Huisartsenposten onvoldoende alert op kindermishandeling. Inventariserend onderzoek naar de kwaliteit van de signalering van kindermishandeling op huisartsenposten. Den Haag: Inspectie voor de gezondheidszorg, 2010.

- 35 Bij het oorspronkelijke Sputovamo-formulier is de naam een acroniem voor de te stellen vragen: **S**oort letsel, **P**laats, **U**iterlijke kenmerken, **T**ijd ongeluk, **O**orzaak, **V**eroorzaker, **A**nderen aanwezig, **M**aatregelen getroffen door ouders, **O**ude letsels zichtbaar? De antwoorden kunnen aanleiding geven om advies van een kinderarts of collega in te winnen en contact op te nemen met Veilig Thuis. Het Sputovamo-formulier is in 1996 ontwikkeld door psychiater T. Comper-nolle samen met de afdeling Spoedeisende Hulp van het VUmc. Het is als bijlage toegevoegd aan de KNMG-meldcode en de JGZ-richtlijn.
- Het Sputovamo-R(evised) bestaat uit een stroomdiagram van 6 vragen met als uitkomst wel of geen vermoeden van kindermishandeling. Er bestaan ook versies met 5 en met 3 vragen.
- 36 Het Sputovamo-formulier is gevalideerd voor kinderen tot 7 jaar op de SEH. Voor de uitkomst 'fysieke mishandeling' is de negatief voorspellende waarde (NVW) van Sputovamo-R 100% en de positief voorspellende waarde (PVW) 3%. Voor de uitkomst 'nalatigheid' is de NVW ook 100% en de PVW 5%. Voor de uitkomst 'noodzaak tot hulpverlening' is de NVW 89% en de PVW 33%. Het formulier geeft een goede screening, waarbij weinig fout-negatieve maar wel veel fout-positieve uitkomsten te verwachten zijn.
- Sittig JS, Uiterwaal CS, Moons KG, Russel IM, Nievelstein RA, Nieuwenhuis EE, et al. Value of systematic detection of physical child abuse at emergency rooms: A cross-sectional diagnostic accuracy study. *BMJ Open* 2016;6:e010788.
- 37 Momenteel loopt een ZonMw-onderzoek naar het signaleren van kindermishandeling op een huisartsenpost. Hierbij wordt gebruik van de Sputovamo-R op de huisartsenpost onderzocht. Dit onderzoek maakt deel uit van het project Zorg voor jeugd.
- Van de Putte EM. Effectiviteit van een signaleringsprocedure kindermishandeling op de huis-artsenposten in Midden-Nederland 2015.
- 38 Landelijk Knooppunt Huwelijksdwang en Achterlating. Wat is achterlating (geraadpleegd 2016)?
- 39 Verenigde Naties. Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK) (20 november 1989).
- 40 Zie:
- NJI. Kindermishandeling. Culturele aspecten.
  - Pharos. Feiten en cijfers.
  - Pharos. Kennisdossier kindermishandeling.
- 41 In de factsheet *Kindermishandeling* worden enkele belangrijke uitgangspunten over de verantwoordelijkheid en rol van de arts bij kindermishandeling op een rij gezet.
- KNMG, LHV, NHG en NVK. Factsheet Kindermishandeling: de verantwoordelijkheid en rol van de arts (2014).
- 42 Dit betreft een netwerk van huisartsen die 'ambassadeur' zijn op het gebied van kindermishandeling. Zij fungeren als vraagbaak voor collega's die mishandeling vermoeden of signaleren en brengen het onderwerp bij hun (regionale) collega's meer onder de aandacht.
- LHV. Kindermishandeling hoger op de agenda (10 december 2015).
- 43 In de KNMG-wegwijzer *Dubbele toestemming gezagdragende ouders voor behandeling van minderjarige kinderen* geeft de KNMG antwoord op de vraag of een arts, voorafgaand aan een medische behandeling van een minderjarig kind, toestemming moet hebben van beide met gezag belaste ouders.
- KNMG. Wegwijzer dubbele toestemming minderjarige (2011).
- In het gezagsregister van de rechtbank staat wie het gezag heeft over minderjarige kinderen. Een uittreksel uit het centraal gezagsregister is schriftelijk aan te vragen bij alle rechtbanken in Nederland. Hiervoor moeten de volgende gegevens vermeld worden: de naam, de geboortedatum en de geboorteplaats van de minderjarige.
- De rechtspraak. Rechtbanken (geraadpleegd 2016).
- 44 Het 'shaken baby'-syndroom (SBS) is hersenletsel als direct gevolg van ernstig schudden, dat soms zelfs leidt tot de dood van het kind. Voorlichting helpt SBS te voorkomen.
- TNO, Kraamzorg en PROK. Aanbod voorlichting en training Shaken Baby Syndroom (2016).
- 45 DiSK staat voor Digitale Sociale Kaart en is de wegwijzer naar werk, wonen, welzijn en zorg in een gemeente en regio.
- DiSK. Zoekfunctie zorginstellingen (geraadpleegd 2016).

Samenwerkingen

Afspraken