

Richtlijn Signalering kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg



Ontwikkeld op initiatief van Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK).
Deze richtlijn is tot stand gekomen met financiële steun vanuit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

Op initiatief van:

NVK

Datum publicatie:

Oktober 2016

Status:

Geautoriseerd door het NVK bestuur: september 2016

Projectleider van de werkgroep: Mw. dr. E.M. van de Putte, kinderarts, sociale pediatrie.

Voorzitter van de werkgroep: Mw. dr. B. Flapper, kinderarts, sociale pediatrie.

Ondersteunende organisatie:

EBM

In samenwerking met:

AJN Jeugdartsen Nederland

Forensisch Medisch Genootschap

InEen

Nederlands Forensisch Instituut

Nederlands Huisartsen Genootschap

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde

Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulp Artsen

Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

Toehoorder: Inspectie voor de Gezondheidszorg

Inhoudsopgave

Samenstelling van de werkgroep	1
Introductie van de richtlijn en samenvatting	2
Overzicht van aanbevelingen voor professionals werkzaam in de spoedeisende medische zorg	3
Screening kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg (HAP en SEH)	3
Consult	4
Brandwonden	4
Fracturen	5
Blauwe plekken	5
Toegebracht schedelhersensletsel (TSHL)	5
Communicatie	6
Duiding van het letsel / de klacht	6
Veiligheid kind waarborgen	6
Verantwoordelijkheid	7
Onderzoeksprioriteiten	7
Inleiding	8
Aanleiding	8
Epidemiologie	8
Signalering kindermishandeling	8
Doel	9
Doelgroep	9
Definities	9
Werkwijze van de werkgroep	9
Uitgangsvragen en consensusvragen	9
Uitgangsvragen	10
Consensusvragen	10
Uitgangspunten voor de werkwijze	10
Opbouw van de richtlijn	10
Wetenschappelijke onderbouwing	10
Kwaliteit van de evidence	12
Consensus	12
Patiëntenperspectief	12
Totstandkoming van de aanbevelingen	12
Juridische betekenis richtlijnen	12
Implementatie	12
Herziening	13
Hoofdstuk 1. Screeningsinstrumenten	14
Uitgangsvraag	14
Achtergrond	14
Zoeken en selecteren literatuur	14
Wetenschappelijke onderbouwing	14
Conclusie	15
Referenties	15

Hoofdstuk 2. Validiteit screeningsinstrumenten	16
Uitgangsvraag	16
Achtergrond	16
Zoeken en selecteren literatuur	16
Wetenschappelijke onderbouwing	16
Kwaliteit van de evidence	18
Conclusie	18
Overige overwegingen	18
Aanbevelingen	19
Onderzoeksprioriteiten	20
Referenties	20
Hoofdstuk 3. Scholing	21
Uitgangsvraag	21
Achtergrond	21
Zoeken en selecteren literatuur	21
Wetenschappelijke onderbouwing	21
Kwaliteit van de evidence	22
Conclusie	23
Overige overwegingen	23
Aanbeveling	23
Referenties	23
Hoofdstuk 4. Vermoeden van kindermishandeling	24
Consensusvraag	24
Achtergrond	24
Zoeken en selecteren van literatuur	24
Onderbouwing	24
A. Het consult	24
Aanbeveling	25
B. Positieve uitkomst van een screeningsinstrument	25
C. Brandwonden	25
Aanbeveling	28
D. Fracturen	28
Aanbeveling	30
E. Hematomen	30
Aanbeveling	33
F. Onverklaarde apnoe en onverklaard bewustzijnsverlies	33
Aanbeveling	35
G. Symptomen waarbij aan verwaarlozing gedacht wordt	35
H. Klachten waarbij aan seksueel misbruik gedacht wordt	35
I. Ouderfactoren (de kindcheck)	35
Referenties	35
Hoofdstuk 5. Communicatie	36
Consensusvraag	36
Achtergrond	36
Zoeken en selecteren literatuur	36

Onderbouwing	36
A. Communicatie met ouders bij noodzaak tot inzetten van hulp en/of nadere letselduiding	36
B. Communicatie met ouders bij melding Veilig Thuis (VT)	37
C. Gesprek met kind (>4 jaar) naar aanleiding van vermoeden van kindermishandeling	39
D. Kwetsbare groep: kinderen van vluchtelingen	40
Aanbeveling	40
Referenties	41
Hoofdstuk 6. Duiding van het letsel / de klacht	42
Consensusvraag	42
Achtergrond	42
Zoeken en selecteren literatuur	42
Onderbouwing	42
Forensisch medische expertise voor kinderen (FMEK)	42
Triage door middel van flowdiagram	43
Welke expertise is waar te vinden?	46
Casuïstiek	47
Casus 1	47
Casus 2	47
Casus 3	47
Aanbeveling	48
Websites	48
Hoofdstuk 7. Veiligheid kind waarborgen	49
Consensusvraag	49
Achtergrond	49
Zoeken en selecteren literatuur	49
Onderbouwing	49
Meldcode	49
Contact met Veilig Thuis	50
Vanuit de spoedeisende medische zorg contact opnemen met Veilig Thuis	52
Nadere letselduiding	52
Verwaarlozing, andere bevindingen en contact met Veilig Thuis	52
Conclusie	52
Overwegingen	52
Aanbevelingen	52
Referenties	53
Hoofdstuk 8. Verantwoordelijkheid	54
Consensusvraag	54
Achtergrond	54
Zoeken en selecteren literatuur	54
Onderbouwing	54
Wettelijke eisen	54
Verantwoordelijkheid	54
Handelingsprotocol	55
Wet verplichte meldcode 2013	55
Aanbevelingen	56
Referenties	56

Referenties	57
Appendix 1 Zoektermen	59
1-1 Zoektermen uitgangsvraag 1 en 2	60
1-2 Zoektermen uitgangsvraag 3	61
Appendix 2 Critical appraisal form Richtlijn Signalering kindermishandeling	62
Appendix 3 Summary of included literature	81
3-1 Screening instruments	82
3-2 Validity screening instruments	84
3-3 Education	86
Appendix 4 Screeningsinstrumenten	88
4-1 Accident-SCAN	89
4-2 Afgeleide van het Bengier Flowdiagram	90
4-3 Bengier Flowdiagram	91
4-4 ESCAPE-formulier	92
4-5 SPUTOVAMO checklist	93
4-6 SPUTOVAMO-R checklist	94
4-7 SPUTOVAMO-R2 checklist	95
4-8 SPUTOVAMO-R3 checklist	96
Appendix 5 Stroomschema's primair huisartsenposten	97
Stroomschema signaleren kindermishandeling en huiselijk geweld voor triagisten	98
Stroomschema aanpak kindermishandeling voor huisartsen op de Hap	99
Stroomschema aanpak huiselijk geweld en kindcheck voor huisartsen op de Hap	100

Samenstelling van de werkgroep

- Dr. R. Bakx, kinderchirurg, Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
- Mw. drs. W. Berends, jeugdarts, AJN Jeugdartsen Nederland
- Mw. dr. R. del Canho, vertrouwensarts, Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling, vervangend lid
- Mw. dr. B. Flapper, kinderarts, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, voorzitter
- Mw. drs. M. van Gaalen-van Loon, SEH-arts, Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulp Artsen
- Mw. E. van der Gulik, kinderverpleegkundige, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- Mw. dr. M.W. Langendam, epidemioloog, AMC, Amsterdam, Afdeling Klinische Epidemiologie, Biostatistiek en Bioinformatica
- Drs. J.M. Kruyswijk, huisarts, Nederlands Huisartsen Genootschap, vertegenwoordiger InEen
- Mw. dr. E.M. van de Putte, kinderarts, UMCU, Utrecht, projectleider
- Mw. drs. H. Sachse, vertrouwensarts, Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling
- Mw. drs. M.C.M. Schouten, arts-onderzoeker, UMCU, Utrecht, secretaris
- Mw. drs. L.M. Spooren, forensisch arts, Forensisch Medisch Genootschap

Toehoorder

- Dr. F.J.M. van Leerdam, coördinerend specialistisch senior inspecteur jeugd en kindermishandeling, Inspectie voor de Gezondheidszorg

Introductie van de richtlijn en samenvatting

De spoedeisende medische zorg is een belangrijke plaats voor de signalering van kindermishandeling, vanwege de – relatieve – anonimiteit en het acute moment waarop de ouders de stap gezet hebben om zorg te vragen voor hun kind. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft sinds 2011 de signalering van kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg verplicht gesteld. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van verschillende screeningsinstrumenten. Maar welke screeningsinstrumenten staan nu eigenlijk tot onze beschikking? Signaleren deze instrumenten ook álle kinderen met mishandeling of worden kinderen gemist? Hoeveel kinderen worden ten onrechte gesignaleerd? Heeft scholing toegevoegde waarde? Wat zijn de vervolgstappen indien er een vermoeden is van kindermishandeling? Deze richtlijn beoogt (wetenschappelijk onderbouwd) antwoord te geven op bovenstaande vragen.

De richtlijn heeft als doelgroep de (zorg)professionals die werkzaam zijn in de spoedeisende medische zorg; hieronder vallen de huisartsenposten (HAP's) en de Spoedeisende Hulp (SEH) afdelingen. De richtlijn richt zich op alle kinderen die zich presenteren in de spoedeisende medische zorg. De beschreven vervolgstappen zijn uitsluitend voor die kinderen bij wie een vermoeden van kindermishandeling speelt (bijvoorbeeld bij een positieve screening). Het ouderprotocol valt buiten deze richtlijn. De aanbevelingen zijn het resultaat van de conclusie van de wetenschappelijke onderbouwing of van de consensusbespreking waarin overige overwegingen, zoals wettelijke eisen, zijn meegenomen.

Wetenschappelijk bewijs aangaande screeningsinstrumenten en scholing in relatie tot vermoedens van kindermishandeling is spaarzaam aanwezig. Tevens is de kwaliteit van het gevonden bewijs vaak laag. Het gebruik van screeningsinstrumenten verhoogt voornamelijk het bewustzijn van de mogelijkheid van kindermishandeling. Het gevonden bewijs laat een matige validiteit zien van alle beschikbare screeningsinstrumenten. Met laag voorspellende waarden van een positieve screening voor kindermishandeling, moet men zich realiseren dat een positieve screening voor kindermishandeling nog ver afstaat van de diagnose kindermishandeling en er daarom vervolgstappen nodig zijn bij een positieve screening, ofwel een vermoeden van kindermishandeling. Onder deze vervolgstappen valt bijvoorbeeld een top-teenonderzoek en, in het geval van letsel, letselduiding door overleg met forensisch-medische experts voor kinderen. Wanneer een vermoeden van kindermishandeling aanwezig is, is handelen volgens de meldcode voor alle professionals die werkzaam zijn binnen de spoedeisende medische zorg verplicht. 'Veilig Thuis' (VT) moet in alle gevallen van twijfel benaderd worden voor advies. Een vermoeden van kindermishandeling, alsook een melding bij VT, moeten met kind en ouder(s) worden besproken, behalve wanneer dat veiligheidshalve niet mogelijk is. In het gesprek met kind en ouder(s) moeten suggestieve vragen over de oorzaak van de klacht / het letsel vermeden worden. Wanneer zorgen omtrent – een vermoeden van – kindermishandeling overgedragen worden aan een andere zorgprofessional, moet dat in ieder geval mondeling gebeuren en bij voorkeur ook schriftelijk. Hierbij moet afgesproken worden wie verantwoordelijk is en blijft voor de veiligheid van het kind.

De (wetenschappelijke) onderbouwing van de aanbevelingen is terug te vinden in de desbetreffende hoofdstukken.

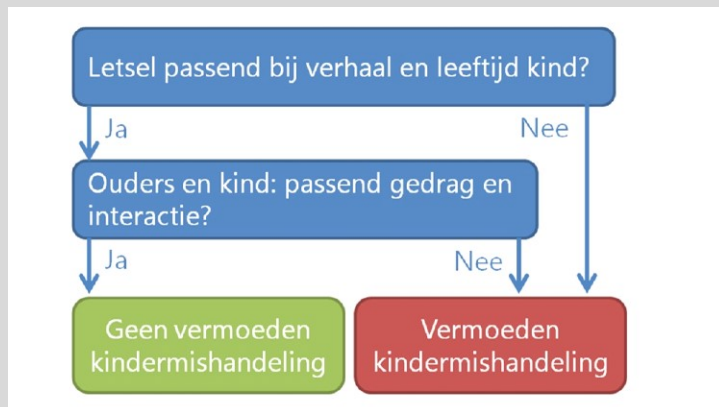
Overzicht van aanbevelingen voor professionals werkzaam in de spoedeisende medische zorg

Screening kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg (HAP en SEH)

Zie ook p. 19 en 23

Voor elk kind dat zich presenteert moet een screeningsinstrument voor kindermishandeling worden gebruikt om de alertheid op kindermishandeling te verhogen. De zorgprofessional dient zich bewust te zijn van de matige validiteit van elk instrument, met een lage positief voorspellende waarde.

Wanneer een screeningsinstrument wordt toegepast, kan screening op kindermishandeling plaatsvinden met het kortste instrument (SPUTOVAMO-R3) met dezelfde (matige) validiteit als uitgebreidere screeningsinstrumenten.



Screeningsinstrument SPUTOVAMO-R3. Bron: Project Effectiviteit van een signaleringsprocedure kindermishandeling op de huisartsenposten in Midden-Nederland, ZonMw.

Bij een positieve screening voor kindermishandeling moet een volledig top-teenonderzoek uitgevoerd worden, en, in geval van letsel, overleg plaatsvinden met een arts met deskundigheid in letselduiding bij kinderen.

Naast generieke screening op kindermishandeling zijn richtlijnen voor specifieke letsels en klachten noodzakelijk.

Zorgprofessionals in de spoedeisende medische zorg moeten zich scholen over signaleren en aanpak van kindermishandeling.

Consult

Zie ook p. 25

Bij de volgende punten in het consult moet een vermoeden van kindermishandeling overwogen worden:

- Geen passende verklaring voor het letsel
- Ontbrekende verklaring voor het letsel
- Vage, ongedetailleerde verklaring
- Wisselende verklaringen
- Ander kind wordt als schuldige aangewezen
- De verklaring past niet bij het ontwikkelingsniveau van het kind
- Zeer jong kind met ernstige letsels zonder directe verklaring
- Ongebruikelijke plaats van het letsel
- Vertraging in presentatie of het nemen van onvoldoende of inadequate maatregelen om pijn of het letsel aan te pakken
- Niet passend gedrag tussen ouder(s) en kind en zorgprofessional
- Onverklaard letsel/klacht in de voorgeschiedenis
- Herhaaldelijke presentaties in de (spoedeisende medische) zorg
- Directe verzorger van het kind komt niet mee naar het consult, terwijl die verzorger getuige was van het trauma dat tot letsel leidde

Brandwonden

Zie ook p. 28

Bij de volgende brandwonden moet toegebracht letsel worden uitgesloten door verder onderzoek en door overleg met een arts met deskundigheid in letselduiding bij:

- Meerdere brandwonden
- Een brandwond waarbij een duidelijke 'afdruk' van een voorwerp zichtbaar is
- Een contactbrandwond op een lichaamslocatie die niet past bij een kind dat accidenteel in contact kan komen met de gemelde warmtebron
- Circulaire brandwonden met diepe kraters overeenkomend (in grootte) met sigaretverbrandingen
- Verbrandingen in combinatie met andere letsels (bijvoorbeeld fracturen)
- Scherpe bovengrens natte brandwonden bij thermisch trauma (bijvoorbeeld onderdompeling)
- Symmetrie bij natte brandwonden
- Geïsoleerde brandwond(en) billen / perineum / onderste extremiteiten

Fracturen

Zie ook p. 30

Bij de volgende fracturen moet toegebracht letsel worden uitgesloten door verder onderzoek en door overleg met een arts met deskundigheid in letselduiding bij kinderen:

- Elke fractuur bij een kind jonger dan 2 jaar
- Metafysaire hoekfracturen
- Posterior gelokaliseerde ribfracturen
- Scapulafracturen
- Fracturen van de processus spinosus
- Sternumfracturen
- Multipele fracturen
- Fracturen van verschillende leeftijd

Blauwe plekken

Zie ook p. 33

Bij de volgende blauwe plekken moet toegebracht letsel worden uitgesloten door verder onderzoek en door overleg met een arts met deskundigheid in letselduiding bij kinderen:

- Aanwezigheid van één of meerdere blauwe plekken bij een premobiel kind
- Een herkenbaar patroon van een object of lichaamsdeel (bijvoorbeeld hand)
- Aanwezigheid van meerdere blauwe plekken op één of meerdere locaties, zonder verklarend ongeluk of ziekte

Toegebracht schedelhersensletsel (TSHL)

Zie ook p. 35

Toegebracht schedelhersensletsel moet worden uitgesloten door verder onderzoek en door overleg met een arts met deskundigheid in letselduiding bij kinderen met:

- Onverklaarde apnoe bij een kind jonger dan 4 jaar
- Onverklaard bewustzijnsverlies
- Retinabloedingen
- Ribfracturen

Communicatie

Zie ook p. 40

Een vermoeden van kindermishandeling behoort met de ouder(s) of verzorger(s) besproken te worden, behalve wanneer dit bedreigend/gevaarlijk is voor kind(eren) en/of hulpverleners. Hetzelfde geldt voor een melding bij Veilig Thuis.

Stel geen suggestieve vragen over de oorzaak van de klacht / het letsel in het gesprek met ouder(s) over mogelijke kindermishandeling bij hun kind.

Duiding van het letsel / de klacht

Zie ook p. 48

Elke zorgprofessional moet de klacht / het letsel beschrijven in het dossier. Als toegebracht letsel niet kan worden uitgesloten, moet het letsel ook fotografisch worden vastgelegd (zo nodig kan daarvoor verwezen worden). Zie hiervoor de kwaliteitsnormen voor richtlijnen van het Forensisch Medisch Genootschap (FMG; www.forgen.nl) en het Nederlands Forensisch Instituut (NFI; www.nederlandsforensischinstituut.nl).

(NB. Over het fotografisch vastleggen in deze aanbeveling is geen consensus bereikt met het Nederlands Huisartsen Genootschap)

Bij twijfel over toegebracht letsel, moet advies of consultatie van een arts met deskundigheid in letselduiding bij kinderen plaatsvinden (zie tabel 6.1). De vertrouwensarts van Veilig Thuis is het eerste aanspreekpunt, als deze niet beschikbaar is kan contact worden opgenomen met één van de andere organisaties met forensisch medische expertise voor kinderen.

Veiligheid kind waarborgen

Zie ook p. 52

Bij een vermoeden van kindermishandeling, moeten de stappen van de meldcode gevolgd worden.

Advies vragen aan Veilig Thuis moet bij iedere vorm van twijfel over de veiligheid van het kind.

Verantwoordelijkheid

Zie ook p. 55-56

De zorgprofessional en instelling stellen zich op de hoogte van interne en regionale afspraken rondom signalering, aanpak van (een vermoeden van) kindermishandeling en verantwoordelijkheid.

Een uitwerking van de meldcode in een handelingsprotocol kindermishandeling per werksituatie is verplicht.

Onderzoeksprioriteiten

Zie ook p. 20

Prospectief onderzoek naar de effectiviteit (opsporen en behandelen van kindermishandeling) in relatie tot de kosten van screening op kindermishandeling is noodzakelijk, inclusief de klinische en maatschappelijke consequenties van het gebruik van een screeningsinstrument.

Inleiding

Aanleiding

Kinderen kunnen voor spoedeisende medische zorg in Nederland terecht bij een huisartsenpost (HAP) en op de Spoedeisende Hulp (SEH) afdelingen. Dit zijn belangrijke locaties voor de signalering van kindermishandeling vanwege de – relatieve – anonimiteit en het gekozen moment waarop de ouders de stap gezet hebben om zorg te vragen voor hun kind, hetgeen een ‘window of opportunity’ creëert. Kinderen presenteren zich verhoudingsgewijs meer in de spoedzorg dan in de dagzorg (1). Tevens is de incidentie van fysieke kindermishandeling hoger op de SEH dan in de algemene populatie (kinderen in de thuissituatie), en ontstaat vanwege de acute medische (zorg)vraag een mogelijkheid tot een gesprek over wel of geen toegebracht letsel (2).

Tussen de twee settings waar patiënten terecht kunnen voor spoedeisende medische zorg zijn verschillen. Een HAP beschikt over minder middelen voor diagnostiek en behandeling in vergelijking tot een SEH-afdeling en de consulttijd is op een HAP korter dan op een SEH-afdeling. Daarnaast verschilt de patiëntenpopulatie; op een SEH-afdeling presenteren zich patiënten met vaak ernstiger klachten/letsels.

Verhoudingsgewijs presenteren meer kinderen zich op een SEH of HAP ten opzichte van de dagpraktijk bij de huisarts. In 2009 is een maand lang gemeten wie zich presenteerden in de spoedeisende medische zorg in verschillende regio's in Nederland. Een bezoek aan de HAP en de SEH betrof in 29% respectievelijk 19% van de gevallen een kind jonger dan 14 jaar (3). Kindermishandeling wordt vaak nog niet als zodanig herkend (4-6). Screeningsinstrumenten kunnen een bijdrage leveren aan de signalering van kindermishandeling (4;7). Sinds 2011 is toepassing van een screeningsprotocol met een screeningsinstrument voor kindermishandeling verplicht op elke SEH-afdeling en op elke HAP (8;9). Welke instrumenten professionals kiezen, wordt aan henzelf overgelaten. Deze richtlijn beoogt onder andere een wetenschappelijke onderbouwing te bieden bij de keuze van de screeningsinstrumenten voor de signalering van kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg.

Epidemiologie

Alink et al. berekenden de prevalentie van kindermishandeling in Nederland op 34/1000 (10). Onderzoek onder middelbare scholieren in Nederland liet zien dat ruim een derde van de jongeren ooit mishandeld is en dat één op de vijf jongeren in het jaar voorafgaand aan het onderzoek slachtoffer was van kindermishandeling (11). Meerdere onderzoeken toonden aan dat de prevalentie van bevestigde kindermishandeling op een SEH-afdeling varieert van 0,07-1,1% (2;7;12).

Signalering kindermishandeling

Voor de signalering van kindermishandeling kan gebruik worden gemaakt van het screeningsinstrument SPUTOVAMO (in 1997 ontwikkeld door Compennolle), maar kan ook worden gekozen voor andere screeningsinstrumenten (8;13). Tot nu toe is onduidelijk of detectie van kindermishandeling vaker plaatsvindt sinds screening voor kindermishandeling verplicht is gesteld. Daarnaast is sinds 2013 de *Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* van kracht (14). In het kader van deze wet hebben instellingen de plicht om: 1) te beschikken over een meldcode die ten minste de vijf stappen bevat uit het ‘Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling’ van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en 2) om de kennis en het gebruik van de meldcode binnen de organisatie te bevorderen. De meldcode heeft tot doel de signalering van kindermishandeling en huiselijk geweld te ondersteunen. De meldcode bevat tevens de kindcheck, wat inhoudt dat een professional in bepaalde gevallen de verplichting heeft om na te gaan of een volwassen patiënt/cliënt die zich presenteert, de zorg heeft voor kinderen. Meent de professional dat de medische conditie of de omstandigheden waarin de patiënt/cliënt verkeert, een risico vormt voor de veiligheid of de ontwikkeling van kinderen, of daarover twijfelt, dan worden de stappen van de meldcode doorlopen.

Voor alle artsen is de ‘Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld (2014)’ van de KNMG van toepassing. Op basis van deze KNMG-meldcode heeft de Landelijke Huisartsen Vereniging de Toolkit ‘Aanpak kindermishandeling en huiselijk geweld in de huisartsenzorg’ ontwikkeld, in samenwerking met het Nederlands Huisartsen Genootschap, Ineen en de KNMG.

Doel

Het doel van de richtlijn is professionals te ondersteunen in de signalering van kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg.

Doelgroep

De richtlijn richt zich op professionals die werkzaam zijn in spoedeisende medische zorg. Dit zijn huisartsen en triagisten die werkzaam zijn op de HAP's, SEH-artsen en medisch specialisten (o.a. kinderartsen, kinderchirurgen), en verpleegkundigen op SEH-afdelingen, en ieder andere professional die kinderen ziet binnen de spoedeisende medische zorg.

Definities

- In de richtlijn wordt de definitie van kindermishandeling gehanteerd zoals beschreven in de *Jeugdwet*: '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' (Jeugdwet 2015).'

Een eenvoudigere definitie kindermishandeling is de definitie 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' (15).

- Onder kinderen wordt in deze richtlijn verstaan: 'elke persoon tot de leeftijd van 18 jaar' (artikel 1 IVRK).
- In de richtlijn zal gesproken worden over ouders, waarmee gezaghebbende ouder(s) en/of verzorger(s) van het kind bedoeld worden. De ouder die gezag heeft, is (met inachtneming van de daarvoor geldende leeftijdsgrenzen) bevoegd om beslissingen te nemen ten aanzien van de zorg van een kind.
- Screeningsinstrumenten voor de signalering van kindermishandeling zijn gedefinieerd als meetinstrumenten die zich op kinderen richten, waarin door middel van het beantwoorden van vragen duidelijk wordt of sprake is van (mogelijke) kindermishandeling, en die toepasbaar zijn voor alle kinderen die zich presenteren in de spoedeisende medische zorg. Instrumenten die zijn gericht op specifieke letsels worden buiten beschouwing gelaten.
- Spoedeisende medische zorg omvat de SEH-afdelingen en de HAP's.

Werkwijze van de werkgroep

De werkgroep heeft gedurende een periode van twaalf maanden aan de richtlijn gewerkt, van september 2014 tot september 2015. In deze periode vonden vier bijeenkomsten plaats. Voorafgaand aan de eerste bijeenkomst zijn knelpunten geformuleerd vanuit de verschillende beroepsgroepen en op basis daarvan zijn uitgangsvragen en consensusvragen vastgesteld in de eerste bijeenkomst. In de periode daarna zijn de antwoorden op de consensusvragen geformuleerd, welke zijn besproken in de tweede bijeenkomst. In de derde bijeenkomst zijn de literatuursearch en de antwoorden op de uitgangsvragen besproken, en zijn aanbevelingen geformuleerd. In de vierde bijeenkomst is de richtlijn definitief vastgesteld.

Uitgangsvragen en consensusvragen

De volgende uitgangsvragen en consensusvragen zijn vastgesteld:

Uitgangsvragen

1. Welke screeningsinstrumenten voor de signalering van kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg zijn beschikbaar?
2. Wat is de validiteit van de screeningsinstrumenten voor signalering van kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg?
 - a. Wat is de toegevoegde waarde van een top-teenonderzoek?
 - b. Is de efficiëntie van screening te verbeteren?
3. Zijn er onderzoeken die de waarde van scholing aantonen in het herkennen van kindermishandeling door zorgprofessionals?

Consensusvragen

4. Wanneer ontstaat een vermoeden van kindermishandeling?
 - a. Het consult
 - b. Positieve uitkomst van een screeningsinstrument
 - c. Brandwonden
 - d. Fracturen
 - e. Hematomen
 - f. Apnoe en onverklaard bewustzijnsverlies
 - g. Symptomen waarbij aan verwaarlozing wordt gedacht
 - h. Klachten waarbij aan seksueel misbruik gedacht wordt
 - i. Ouderfactoren (de kindcheck)
5. Wanneer en hoe communiceren naar ouders en kinderen?
6. Wanneer is de inzet van forensisch medische expertise nodig en hoe?
7. Hoe de veiligheid van het kind te waarborgen?
 - a. Wanneer moet contact worden opgenomen met Veilig Thuis?
 - b. Wat te doen in acuut onveilige situaties?
8. Wie heeft verantwoordelijkheid bij een vermoeden van kindermishandeling?

Uitgangspunten voor de werkwijze

- De richtlijn is gebaseerd op het beoordeelde bewijs, gevonden uit de zoekactie.
- Bij de zoekactie is gebruikgemaakt van de termen voor kindermishandeling zoals beschreven door Maguire en Mann (16), van termen uit de filter voor meetinstrumenten die is ontwikkeld door de Vrije Universiteit Amsterdam (17) en van zelf toegevoegde termen (appendix 1).
- Specifiek is gezocht naar studies over screeningsinstrumenten waarvan bekend is dat ze in Nederland worden gebruikt voor de signalering van kindermishandeling, aan de hand van een systematische evaluatie van Hoytema van Konijnenburg et al. uit 2014 (18).

Opbouw van de richtlijn

De hoofdstukken in de richtlijn zijn opgebouwd volgens dezelfde structuur.

De antwoorden op de uitgangsvragen zijn, voor zover mogelijk, gebaseerd op gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek.

Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de eerste en tweede uitgangsvraag is een brede zoekactie uitgevoerd naar systematische reviews over screeningsinstrumenten met termen voor kindermishandeling, spoedeisende medische zorg en termen uit een filter voor meetinstrumenten. Daarnaast vond een specifieke zoekactie plaats naar studies over de in Nederland

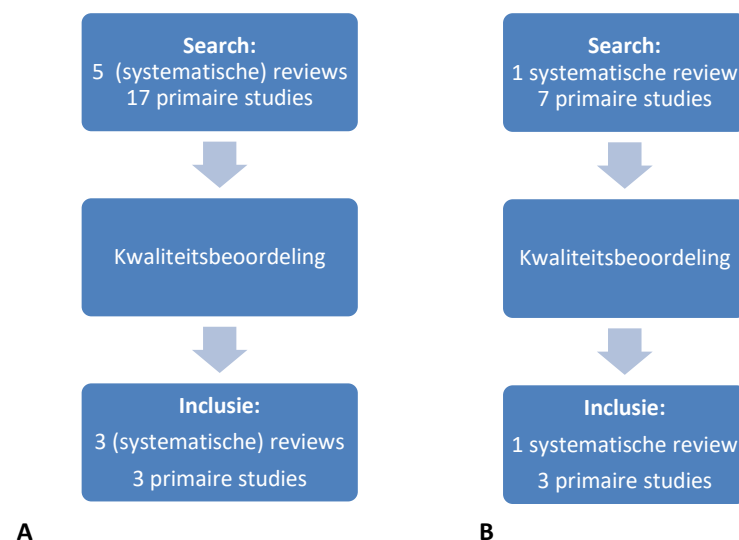
gebruikte instrumenten uit het artikel van Hoytema van Konijnenburg et al. uit 2014 (18) en vanuit het *Medisch handboek kindermishandeling* (19) (SPUTOVAMO, SPUTOVAMO-revised, Bengier Pediatric Flow Chart, ESCAPE) (appendix 1).

Voor de derde uitgangsvraag werd een zoekactie uitgevoerd met termen voor kindermishandeling, spoedeisende medische zorg en scholing (appendix 1).

Gezocht werd in de database van Medline en Embase (tot maart 2015). Tevens werd gezocht in de database van ZonMw naar lopende projecten (ZonMw database 2015: www.zonmw.nl).

Alle gevonden studies werden eerst op titel en abstract beoordeeld door twee reviewers, om te controleren of ze inderdaad informatie bevatten aangaande onze uitgangsvragen. Voor uitgangsvraag 1 en 2 werden 22 studies (waarvan vijf reviews) geïncludeerd op basis van titel en abstract. Voor uitgangsvraag 3 werden acht studies (waarvan één review) geïncludeerd.

Van deze studies werden eerst de systematische reviews gelezen en op kwaliteit beoordeeld door twee reviewers. Primaire studies die niet in de systematische reviews naar voren kwamen, werden apart doorgenomen. Indien deze studies screeningsinstrumenten of scholing bevatten welke nog niet waren genoemd in een systematische review, werd van die studie de kwaliteit beoordeeld. Op basis van de kwaliteitsbeoordeling werd besloten of de studie geïncludeerd kon worden voor een uitgangsvraag. Vanuit de ZonMw database werden twee projecten geïncludeerd. Uiteindelijk werden zes studies geïncludeerd voor uitgangsvraag 1 en 2, en vier studies voor uitgangsvraag 3 (appendix 3).



Flowdiagram inclusies voor uitgangsvraag 1 en 2 (A) en uitgangsvraag 3 (B).

De overige studies werden geëxcludeerd op basis van: genoemd in (systematische) review of andere studie ($n=6$), geen screeningsinstrument voor alle kinderen maar alleen voor specifiek letsel of een specifieke situatie ($n=12$), alleen abstract beschikbaar ($n=2$), alleen methode omschrijving ($n=1$), studie met een lage kwaliteit zonder heldere weergave van de data ($n=1$).

Voor iedere studie werd de kwaliteit beoordeeld met behulp van eigen ontworpen kwaliteitsformulieren aangaande: definitie van kindermishandeling, methodologie, en de CASP-checklist (Critical Appraisal Skills Programme; een checklist met tien vragen over kwaliteit die is gebaseerd op studieopzet) (appendix 2). Tevens werd voor de systematische reviews gebruikgemaakt van de AMSTAR-checklist (een meetinstrument om systematische reviews te beoordelen) voor het beoordelen van de kwaliteit.

Kwaliteit van de evidence

Voor het bepalen van de kwaliteit van de evidence is de GRADE-systematiek de aangewezen methode. Hoewel GRADE voor diagnostische tests in ontwikkeling is, is formele toepassing van GRADE voor het type uitgangsvragen in dit hoofdstuk nog niet mogelijk. Om toch een uitspraak te kunnen doen over de kwaliteit van de evidence, wordt per instrument een oordeel gegeven dat is gebaseerd op de GRADE-principes. Dat wil zeggen dat de kwaliteit van de evidence wordt bepaald door de validiteit van de studieopzet, de precisie van de geschatte validiteitsparameters, de consistentie van de onderzoeksresultaten en de mate waarin het onderzoek naar het instrument aansluit bij de spoedeisende medische zorg. De laatste factor is het vermoeden van publicatiebias, maar publicatiebias werd niet van toepassing geacht. Als er geen beperkingen in deze factoren zijn, is de kwaliteit van de evidence hoog. Afhankelijk van de aanwezigheid van een of meer beperkende factoren kan de kwaliteit van de evidence uitkomen op matig, laag of zeer laag. Overwegingen die zijn meegenomen in het beoordelen van de kwaliteit van de evidence zijn opgenomen in appendix 2. De conclusie over de kwaliteit van de evidence is per hoofdstuk omschreven.

Consensus

Om consensus te bereiken, werd gebruikgemaakt van de Delphi-methode. Hiertoe werden de consensusvragen voorgelegd aan de werkgroepleden. Werkgroepleden kregen de kans antwoorden op deze consensusvragen te formuleren in door henzelf samengestelde groepen. De antwoorden werden door twee werkgroepleden gebundeld en aangepast en vervolgens besproken in de eerstvolgende bijeenkomst, op grond waarvan beide werkgroepleden de antwoorden op de consensusvragen opnieuw formuleerden, welke weer in de daaropvolgende bijeenkomst werden besproken om zo tot consensus te komen.

Bij iedere consensusvraag is een aanbeveling geformuleerd, maar niet altijd een conclusie. Een conclusie is alleen geformuleerd als de uitwerking van de vraag grotendeels op wetenschappelijk gepubliceerd bewijs gebaseerd is. Overige overwegingen zijn toegevoegd, indien nodig, zoals wanneer sprake is van wetgeving, waaraan men immers gehouden is.

Patiëntenperspectief

De *Jongerentaskforce, aanpak van geweld tegen kinderen* heeft meegewerkt aan deze richtlijn. Zij hebben meegelezen en zich voornamelijk gericht op de hoofdstukken 4, 5 en 7. De feedback op deze hoofdstukken is meegenomen in de richtlijn.

Totstandkoming van de aanbevelingen

De aanbevelingen zijn het resultaat van de conclusie van de wetenschappelijke onderbouwing of van de consensus waarin ook de overige overwegingen zijn meegewogen. De werkgroep is van mening dat geen enkel mishandeld kind gemist mag worden, waardoor er stellige aanbevelingen geformuleerd zijn, ondanks het vaak laaggradige bewijs.

Juridische betekenis richtlijnen

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar op 'evidence' gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. Aangezien deze aanbevelingen hoofdzakelijk gebaseerd zijn op de 'gemiddelde patiënt', kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie zo nodig afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie van de patiënt dat vereist, soms zelfs noodzakelijk. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, moet dit beargumenteerd en gedocumenteerd worden.

Implementatie

Implementatie zal per beroepsgroep plaatsvinden. In scholingsprogramma's over kindermishandeling kan per beroepsgroep de richtlijn worden opgenomen. In ziekenhuizen wordt geadviseerd om via een presentatie tijdens centrale besprekingen de richtlijn onder de aandacht te brengen.

Verder zal de richtlijn onder de aandacht worden gebracht via presentaties op congressen. Ook zal aandacht komen voor de richtlijn in relevante tijdschriften. Voorts wordt met de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde overlegd of er nog financiële mogelijkheden zijn voor bredere implementatie van de richtlijn.

Herziening

Herziening van de richtlijn zal plaats vinden drie jaar na verschijnen van deze versie.

Hoofdstuk 1. Screeningsinstrumenten

Uitgangsvraag

Welke screeningsinstrumenten voor de signalering van kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg zijn beschikbaar?

Achtergrond

Een screeningsinstrument zou kunnen helpen in het tijdig signaleren van kindermishandeling. Op dit moment zijn verschillende screeningsinstrumenten in gebruik in de spoedeisende medische zorg in Nederland. De vraag is tussen welke screeningsinstrumenten er gekozen kan worden en hoe de instrumenten eruit zien.

Zoeken en selecteren literatuur

Er werden één systematische review, één narratieve review, één systematische evaluatie en twee primaire studies geïncorporeerd voor het beantwoorden van de uitgangsvraag (appendix 3). Tevens werd het *Medisch handboek kindermishandeling* nageslagen (19).

Wetenschappelijke onderbouwing

In de systematische evaluatie van Hoytema van Konijnenburg et al. wordt een overzicht gegeven van de verschillende screeningsinstrumenten voor kindermishandeling die in gebruik zijn op de Spoedeisende Hulp (SEH) afdelingen in Nederland (18). Voor de inventarisatie zijn eerst alle ziekenhuizen met een SEH-afdeling ($n=85$) gevraagd deel te nemen. De respons was hoog (94%), waardoor verwacht mag worden dat alle screeningsinstrumenten die in Nederland gebruikt worden, gevonden zijn. Aan alle geïncorporeerde ziekenhuizen ($n=80$) is een vragenlijst toegezonden waarin werd nagegaan welk screeningsinstrument in hun ziekenhuis toegepast wordt. Alle ziekenhuizen gebruiken een screeningsinstrument op de SEH (100%). De SPUTOVAMO-checklist wordt in 15% van de ziekenhuizen gebruikt, het ESCAPE-formulier in 8% en de SPUTOVAMO-R2 in 4% van de ziekenhuizen. De overige ziekenhuizen (73%) gebruiken afgeleide screeningsinstrumenten, welke niet genoemd worden in de literatuur, zoals een afgeleide van het Benger Flowdiagram (Benger & Pearce. BMJ. 2002). In 35% van de ziekenhuizen wordt op de SEH gebruikgemaakt van een tweetrapsscreening. Dit houdt in dat eerst een gelimiteerde prescreeningstest wordt afgenomen, waarna een uitgebreide screeningslijst wordt ingevuld als deze prescreeningstest positief is.

Louwers et al. voerden een uitgebreide systematische review uit om te onderzoeken of er een effectieve interventie bestaat op de SEH, welke leidt tot een significante toename van signalering van kindermishandeling (12). Na kwaliteitsbeoordeling werden vier studies geïncorporeerd, waarin verschillende screeningsinstrumenten beschreven worden. Eén studie beschrijft de Accident-SCAN, een checklist met tien vragen die ingevuld worden door getrainde verpleegkundigen. De tweede studie beschrijft als screeningsinstrument 'triage door verpleegkundigen'. Deze triage bestaat uit het controleren van het kindbeschermsregister en het bepalen van vijf risicofactoren voor kindermishandeling. De derde studie maakt gebruik van een flowchart, met vier vragen (Benger Flowdiagram). In de laatste studie wordt gebruikgemaakt van de SPUTOVAMO-checklist, die bestaat uit negen vragen.

Teeuw et al. beschreven in hun review zes verschillende screeningsmethoden, die ze mede definieerden op grond van de setting waarin de screening plaatsvond (20). Duidelijke inclusiecriteria werden niet gegeven. Bij de eerste methode wordt een checklist gebruikt. Hierbij kan gedacht worden aan de SPUTOVAMO-checklist, of een variant hiervan, maar ook aan een checklist met risicofactoren, zoals leeftijd, herhaalde presentatie op de SEH of het soort letsel. De tweede methode bestaat uit het routinematig reviewen van SEH-dossiers. Bij deze methode worden de dossiers van de kinderen met zorgen over kindermishandeling wekelijks besproken in een bijeenkomst met verschillende (zorg)professionals. De derde methode bestaat uit het controleren van een register om te checken of het kind dat zich presenteert eerder in contact is geweest met een bepaalde instelling, denk aan Bureau Jeugdzorg, psychiatrische zorg en de Kinderbescherming. Bij de vierde methode wordt gebruikgemaakt van een checklist in combinatie met een volledig lichamelijk onderzoek, waarbij gelet wordt op blauwe plekken, brand- en snijwonden. De vijfde methode bestaat uit het beoordelen van alle kinderen van ouders die de SEH-afdeling

bezoeken die voldoen aan bepaalde factoren, zoals letsels die zijn gerelateerd aan huiselijk geweld, alcohol- of drugsintoxicatie, of een ernstige psychiatrische stoornis. De laatste methode bestaat uit het identificeren en beoordelen van alle zwangere vrouwen die voldoen aan helder gedefinieerde psychosociale risicocriteria, gerelateerd aan drugsverslaving, mentale beperking en bepaalde sociale omstandigheden die mogelijk relevant zijn voor problemen gedurende zwangerschap of vroege kindertijd.

Sittig et al. onderzochten de diagnostische waarde van de SPUTOVAMO-R, een aangepaste versie van de SPUTOVAMO (2). De SPUTOVAMO-R bestaat uit zes vragen met ja-nee-opties om vast te stellen of bij kinderen met letsel sprake is van kindermishandeling.

Een nog lopende studie CHAIN-EL (ZonMw), onderzocht de diagnostische waarde van de SPUTOVAMO-R2 op huisartsenposten (HAP's) (21). De SPUTOVAMO-R2 is een aangepaste versie van de SPUTOVAMO-R, met vijf vragen om tot wel/geen vermoeden van kindermishandeling te komen.

In het *Medisch handboek kindermishandeling* wordt in het hoofdstuk over de signalering van kindermishandeling op de SEH-afdeling de screeningsinstrumenten SPUTOVAMO (en afgeleide daarvan) genoemd (19). Voor gebruik op de HAP's wordt de SPUTOVAMO beschreven, alsook de SPUTOVAMO-R2 uit het CHAIN-EL-onderzoek.

De screeningsinstrumenten waarvan een voorbeeld is weergegeven, zijn opgenomen in appendix 4.

Conclusie

Door de uitgebreide inventarisatie van Hoytema van Konijnenburg et al., in combinatie met de andere reviews en studies, kan verondersteld worden dat alle mogelijke screeningsinstrumenten die in en buiten Nederland gebruikt worden, opgespoord zijn. Daarnaast is het Nederlandstalige *Medisch handboek kindermishandeling* een belangrijke bron geweest.

Voor de signalering van kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg zijn de volgende screeningsinstrumenten beschikbaar:

- Accident-SCAN;
- Benger Flowdiagram, afgeleide;
- Benger Flowdiagram;
- ESCAPE-formulier;
- SPUTOVAMO;
- SPUTOVAMO-R;
- SPUTOVAMO-R2;
- 'Triage door verpleegkundigen'.

Referenties

Putte et al. 2015 (21)

Hoytema van Konijnenburg et al. 2014 (18)

Louwers et al. 2010 (12)

Medisch handboek kindermishandeling, 2013 (19)

Sittig et al. 2015 (2)

Teeuw et al. 2012 (20)

Hoofdstuk 2. Validiteit screeningsinstrumenten

Uitgangsvraag

Wat is de validiteit van de screeningsinstrumenten voor signalering van kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg?

1. *Wat is de toegevoegde waarde van een top-teenonderzoek?*
2. *Is de efficiëntie van screening te verbeteren?*

Achtergrond

In hoofdstuk 1 zijn de beschikbare screeningsinstrumenten besproken. Om een zo goed mogelijke aanbeveling te kunnen doen over screeningsinstrumenten voor kindermishandeling binnen de spoedeisende medische zorg, is het van belang te weten wat de validiteit van deze instrumenten is. In dit hoofdstuk zal de validiteit per screeningsinstrument besproken worden.

Zoeken en selecteren literatuur

Er werden één systematische review en drie primaire studies (prospectieve cohorten) geïnccludeerd voor het beantwoorden van de uitgangsvraag (appendix 3).

Wetenschappelijke onderbouwing

Accident-SCAN. De studie van Pless et al. (Child Abuse Negl. 1987) in de systematische review van Louwers et al. onderzocht de Accident-SCAN; dit is een checklist met tien vragen die ingevuld worden door getrainde verpleegkundigen (12). Het onderzoek vond plaats onder de 4422 traumapatiënten in de leeftijd van 0-5 jaar, die zich gedurende de achttien maanden dat het onderzoek duurde presenteerden op de Spoedeisende Hulp (SEH) afdeling. Kinderen werden alleen geïnccludeerd wanneer sprake was van fracturen, brandwonden, hoofdletsel, dislocatie, laceratie, uitgebreide of niet normale blauwe plekken of ernstige en herhaaldelijke vergiftiging. Van 2211 kinderen was de Accident-SCAN ingevuld, van de overige kinderen werden de dossiers beoordeeld. Het gebruik van de Accident-SCAN leidde tot een niet-significante toename van het aantal bevestigde casussen kindermishandeling door de kinderbescherming van 0,86% voor de invoering van de Accident-SCAN naar 1,13% na de invoering (toename van 0,27%; odds ratio (OR): 1,3, 95%-CI: 0,7-2,4). Na de invoering bestond bij 36 kinderen een vermoeden van kindermishandeling, waarvan 25 terecht positief (70%; positief voorspellende waarde (PVW): 0,69). Hoe precies tot de conclusie kindermishandeling was gekomen, is echter onduidelijk beschreven. Prevalentie van kindermishandeling kan worden berekend op 1,1%. In het jaar voorafgaand aan het onderzoek waren op de SEH-afdeling 6352 kinderen gezien die jonger waren dan 6 jaar. Bij 92 van deze kinderen bestond een vermoeden van mishandeling. Dit vermoeden werd bij 35 kinderen bevestigd (38%).

Benger Flowdiagram. Eén studie in de systematische review van Louwers et al., die van Benger en Pearce (BMJ. 2002), onderzocht een flowchart met vier vragen (12). Er werden 2000 patiënten in de leeftijd van 0-6 jaar geïnccludeerd die zich met een trauma presenteerden op de SEH-afdeling gedurende twee studieperioden. In de eerste studieperiode werden duizend kinderen geïnccludeerd. Voorafgaand aan de tweede studieperiode werd de flowchart geïntroduceerd. In de tweede studieperiode werden weer duizend kinderen geïnccludeerd en werd de flowchart bij 72% van de kinderen ingevuld. In de tweede studieperiode werd significant vaker toegebracht letsel overwogen en de overweging genoteerd in het dossier, ook als de flowchart niet was toegevoegd (1,6% naar 71,1%; $p < 0,0001$). Het aantal casussen met een vermoeden van kindermishandeling dat voor beoordeling naar een senior werd verwezen bleek niet significant te zijn toegenomen (0,6% naar 1,4%; OR: 2,3); evenmin werd onderzocht of de vermoedens terecht waren.

ESCAPE-formulier. Louwers et al. bepaalden de validiteit van het ESCAPE-formulier op drie SEH-locaties. Kindermishandeling werd vastgesteld aan de hand van een helder omschreven definitie met inclusie- en exclusiecriteria (7). Elke casus werd door een expertpanel beoordeeld. Was bij binnenkomst op de SEH-afdeling al duidelijk dat het om kindermishandeling ging (bijvoorbeeld: de dader meldde zich), dan kon het kind niet meer

deelnemen aan de studie. In totaal presenteerden zich 38.136 kinderen in de leeftijd jonger dan 18 jaar. Invullen van het ESCAPE-formulier was echter niet verplicht en uiteindelijk konden 18.275 kinderen worden geïnccludeerd (48%). Dit heeft mogelijk voor een selectiebias gezorgd. Het ESCAPE-formulier was bij 420 kinderen (2,3%) positief. Bij een positieve uitkomst werd de casus met een kinderarts besproken, die daarna besloot of het kind doorverwezen werd naar het team kindermishandeling. De verantwoordelijke kinderarts verwees uiteindelijk 89 kinderen (met positief en negatief ESCAPE-formulier). Het team kindermishandeling concludeerde dat er sprake was van kindermishandeling bij 55 kinderen, van wie 44 (80%) een positief ESCAPE-formulier hadden. De sensitiviteit van het ESCAPE-formulier is 0,80 (96%-CI: 0,67-0,89), de specificiteit is 0,98 (0,98-0,99), de PVW is 0,10 (0,08-0,14) en de negatief voorspellende waarde (NVW) is 0,99 (0,99-0,99). Per item op het ESCAPE-formulier werd ook de diagnostische waarde berekend. De sensitiviteit van het item top-teenonderzoek op het ESCAPE-formulier bleek laag (0,17 (95%-CI: 0,09-0,30), als ook de PVW (0,17 (95%-CI: 0,08-0,30), met de conclusie dat verder onderzoek naar de waarde van het top-teenonderzoek gewenst is.

SPUTOVAMO. Louwers et al. beschreven een studie van Bleeker et al. (Ned Tijdschr Geneesk. 2005) waarin de SPUTOVAMO-checklist werd onderzocht in een periode van drie jaar tijd (12). De SPUTOVAMO-checklist, met negen vragen, werd onderzocht onder kinderen in de leeftijd van 0-17 jaar. Het aantal gesignaleerde casussen voor de invoering van de SPUTOVAMO was niet geregistreerd. Na de invoering van de checklist werd kindermishandeling gesignaleerd bij 0,1% van alle kinderen die zich presenteerden op de SEH. Er waren 220 vermoedens van kindermishandeling, waarvan 58 casussen (26%) door de werkgroep werden bevestigd. Deze 58 bevestigde casussen waren meldingen binnengekomen vanuit de SEH (n=28) of via de kliniek of polikliniek (n=30).

SPUTOVAMO-R. Sittig et al. onderzochten op de SEH-afdeling de diagnostische waarde van de SPUTOVAMO-R bij kinderen in de leeftijd van 0-7 jaar (2). SPUTOVAMO-R is een aangepaste versie van de SPUTOVAMO om kindermishandeling te identificeren bij kinderen met letsel. Of daadwerkelijk toegebracht letsel bestond, werd bepaald door een expertpanel. Er werden 4253 kinderen geïnccludeerd; bij drie van hen stelde het expertpanel toegebracht letsel vast. Er werden 49 kinderen met een positieve screening beoordeeld door een kinderarts met de expertise kindermishandeling. In alle gevallen (100%) kwam de diagnose overeen met die van het expertpanel. Dit betekent dat de inzet van forensisch medische expertise in aansluiting op een positieve screening het aantal fout-positieven aanzienlijk kan reduceren. De SPUTOVAMO-R heeft een hoge negatief voorspellende waarde (NVW: 1,00; 95%-CI: 0,99-1,00), maar een lage positief-voorspellende waarde (PVW: 0,03; 95%-CI: 0,01-0,09).

SPUTOVAMO-R2. Een nog lopende studie CHAIN-EL onderzocht op huisartsenposten (HAP's) de diagnostische waarde van de SPUTOVAMO-R2 voor elke vorm van kindermishandeling (21). Er werden 50671 kinderen jonger dan 18 jaar geïnccludeerd, waaronder 108 kinderen met een vermoeden van kindermishandeling (positieve SPUTOVAMO-R2). Kindermishandeling werd in deze studie gedefinieerd als een melding bij het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) binnen tien maanden follow-up na de komst op de HAP. Alle vormen van kindermishandeling werden in de uitkomstmaat betrokken. Gegevens van alle kinderen met een positieve screening en een sample van 5484 kinderen met een negatieve screening werden meegenomen in de data analyse (dataset: 5592 kinderen). Een melding bij het AMK bij vermoeden van kindermishandeling is in Nederland niet verplicht. Bij negen van de 108 kinderen bij wie een vermoeden van kindermishandeling bestond, werd mishandeling bevestigd (PVW: 8,3%). In totaal werd bij 61 van de dataset met 5592 kinderen kindermishandeling vastgesteld. Dit betekent dat 52 (85%) van de mishandelde kinderen waren gemist met de SPUTOVAMO-R2. De SPUTOVAMO-R2 heeft een hoge NVW (0,99; 95%-CI: 0,99-0,99), en een lage PVW (0,08; 95%-CI: 0,04-0,15). In dezelfde studiepopulatie werd de diagnostische waarde van een aangepaste SPUTOVAMO-R2 onderzocht (SPUTOVAMO-R3). De SPUTOVAMO-R3 bestaat uit twee vragen: een vraag over of het letsel overeenkomt met het verhaal en de leeftijd van het kind, en een vraag over de interactie met ouders en kind. Is een van beide vragen afwijkend, dan is het screeningsinstrument positief. De diagnostische waarde van de SPUTOVAMO-R3 is bijna gelijk aan die van de SPUTOVAMO-R2, met een NVW van 0,99 (95%-CI: 0,99-0,99) en een PVW van 0,09 (95%-CI: 0,04-0,18). De winst is gelegen in de geringe omvang van de vragenlijst, die slechts uit twee vragen bestaat (zie appendix 4). Dit laat zien dat de efficiëntie van screening te verbeteren is door te kiezen voor een korter screeningsinstrument, met behoud van de diagnostische waarde.

Triage door verpleegkundigen. De vierde studie die werd beschreven door Louwers et al. in 2010, onderzocht het screeningsinstrument ‘triage door verpleegkundigen’ (Sidebotham & Pearce. BMJ. 1997). Deze triage betreft het controleren van het kinderbeschermingsregister en het bepalen van vijf risicofactoren voor kindermishandeling. Het onderzoek vond plaats onder 2345 kinderen in de leeftijd van 0-18 jaar, die zich presenteerden op de SEH-afdeling. Het onderzoek vond plaats gedurende twee perioden; na de eerste studieperiode werd training en feedback gegeven. Tevens werd de checklist met vijf risicofactoren aangepast. Tijdens de tweede studieperiode werd een significante toename gevonden van het aantal vermoedens van kindermishandeling (0,22% naar 1,32%; OR: 6; 95%-CI: 1,7-21,2). Niet nagegaan is of deze vermoedens van kindermishandeling ook bevestigd werden.

Kwaliteit van de evidence

Er is geen gouden standaard voor het vaststellen van kindermishandeling. In de hier beschreven onderzoeken is langs verschillende wegen geprobeerd zo dicht mogelijk bij de ‘waarheid’ te komen, namelijk wel of geen sprake van kindermishandeling. Dit is een beperking in de onderzoeken naar de waarde van screeningsinstrumenten voor de opsporing van kindermishandeling. Tevens is geen enkel screeningsinstrument in meer dan één studie onderzocht en zijn met name de betrouwbaarheidsintervallen rond de PVW breed (dat wil zeggen, geen precies resultaat). Tevens is niet van alle screeningsinstrumenten onderzocht of de vermoedens van kindermishandeling ook bevestigd konden worden. De kwaliteit van de evidence voor de hier gepresenteerde instrumenten is daardoor laag tot zeer laag.

Conclusie

<p>Toepassing van screening op kindermishandeling met een screeningsinstrument in de spoedeisende medische zorg leidt tot een toename van het aantal vermoedens van kindermishandeling. <i>Louwers et al. 2010</i></p>
<p>Alle onderzoeken naar de validiteit van screeningsinstrumenten laten een zeer lage tot lage PVW (0,03-0,69) voor kindermishandeling zien. <i>Louwers et al. 2010, Louwers et al. 2014, Sittig et al. 2015, CHAIN-EL 2015</i></p>
<p>Alle onderzoeken naar de validiteit van screeningsinstrumenten laten een hoge NVW (0,99-1,00) voor kindermishandeling zien. <i>Louwers et al. 2010, Louwers et al. 2014, Sittig et al. 2015, CHAIN-EL 2015</i></p>
<p>De sensitiviteit van het onderdeel top-teenonderzoek voor de screening op kindermishandeling is laag. <i>Louwers et al. 2014</i></p>

Overige overwegingen

Kindermishandeling kan grote gevolgen hebben voor het kind, zowel op de korte als op de lange termijn. Vroege opsporing is daarom van essentieel belang. Daarmee wordt hopelijk verdere schade voorkomen. De validiteit van de screeningsinstrumenten is zeer laag. Om die reden wordt screening op kindermishandeling in geen enkel land toegepast. In Nederland is screening als norm gesteld door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) sinds 2011, nadat uit inspectieonderzoek bleek dat de signalering van kindermishandeling op de spoedeisende medische zorg achterbleef en de beroepsgroepen geen richtlijn hierover in voorbereiding hadden. Dit vraagt om herbezinning van de zinvolheid van screening op kindermishandeling door een prospectief onderzoek uit te voeren met een kosteneffectiviteitsanalyse. De klinische en de maatschappelijke effecten van screening dienen daarin meegenomen te worden. In afwachting van de uitkomsten van een dergelijk onderzoek is het advies screening te continueren met een zo kort mogelijk screeningsinstrument met behoud van de diagnostische waarde

van het instrument (validiteit). Het gaat immers vooral om het verhogen van de aandacht voor kindermishandeling en bewustwording bij de professionals dat kindermishandeling bij elk kind, onafhankelijk van het letsel of de klacht, een rol kan spelen. Het gebrek aan een valide uitkomstmaat voor kindermishandeling en het gebruik van verschillende uitkomstmaten bij diagnostisch onderzoek naar de waarde van screeningsinstrumenten voor kindermishandeling, maakt het vergelijken van de verschillende instrumenten op basis van validiteit onmogelijk. Omdat Nederland geen verplichting kent voor de melding bij Veilig Thuis (VT) op het moment dat een vermoeden van kindermishandeling bestaat, is ook de waarde van deze uitkomstmaat beperkt. Daarom is de keuze voor het kortste instrument te rechtvaardigen, zeker gezien de tijdsdruk in de spoedeisende medische zorg en de korte contacttijd op de HAP's.

Omdat de screeningsinstrumenten zo'n lage PVW laten zien, moet elke professional zich realiseren dat een positieve screening nog ver afstaat van de diagnose kindermishandeling. Om de diagnose te onderbouwen of te verwerpen, is vrijwel altijd nader onderzoek nodig. Met de lage prevalentie van positieve screeningsinstrumenten en het hoge percentage fout positieven, is verder onderzoek gerechtvaardigd. Dergelijk onderzoek moet, in geval van letsel, ten minste overleg met een professional met expertise op het gebied van letselduiding bij kinderen (forensisch medische expertise voor kinderen, FMEK) bevatten (zie verder hoofdstuk 6). De bevindingen uit het onderzoek van Sittig et al. bevestigen dat inzet van FMEK leidt tot een reductie van het aantal fout-positieven. Louwers et al. (2014) lieten zien dat de sensitiviteit van top-teenonderzoek als onderdeel van een screeningsinstrument laag is. Hoytema van Konijnenburg et al. geven in een systematische review aan dat het onmogelijk is om een conclusie te trekken over de diagnostische waarde van een volledig lichamelijk onderzoek bij kinderen met een vermoeden van kindermishandeling (22). Op dit moment vindt in het Academisch Medisch Centrum Amsterdam onderzoek plaats naar de waarde van het top-teenonderzoek. Zolang er onvoldoende bewijs is voor de toegevoegde waarde van top-teenonderzoek, adviseren wij om in ieder geval 'een top-teenonderzoek uit te voeren als onderdeel van het onderzoek dat zal plaatsvinden ná een positieve screening op kindermishandeling.

Omdat de NVW geen 100% is en er altijd kinderen gemist zullen worden met de generieke screening op kindermishandeling, zullen naast deze richtlijn Signalering kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg, richtlijnen nodig blijven voor specifieke letsels. Deze richtlijnen worden beschreven in hoofdstuk 4.

Gebaseerd op de conclusies en de overige overwegingen, zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd.

Aanbevelingen

Voor elk kind dat zich presenteert moet een screeningsinstrument voor kindermishandeling worden gebruikt om de alertheid op kindermishandeling te verhogen. De zorgprofessional dient zich bewust te zijn van de matige validiteit van elk instrument, met een lage positief voorspellende waarde.

Wanneer een screeningsinstrument wordt toegepast, kan screening op kindermishandeling plaatsvinden met het kortste instrument (SPUTOVAMO-R3) met dezelfde (matige) validiteit als uitgebreidere screeningsinstrumenten.

Bij een positieve screening voor kindermishandeling moet een volledig top-teenonderzoek uitgevoerd worden, en, in geval van letsel, overleg plaatsvinden met een arts met deskundigheid in letselduiding bij kinderen.

Naast generieke screening op kindermishandeling zijn richtlijnen voor specifieke letsels en klachten noodzakelijk.

Onderzoeksprioriteiten

Prospectief onderzoek naar de effectiviteit (opsporen en behandelen van kindermishandeling) in relatie tot de kosten van screening op kindermishandeling is noodzakelijk, inclusief de klinische en maatschappelijke consequenties van het gebruik van een screeningsinstrument.

Referenties

Putte et al. 2015 (21)
Louwers et al. 2010 (12)
Louwers et al. 2014 (7)
Sittig et al. 2015 (2)

Hoofdstuk 3. Scholing

Uitgangsvraag

Zijn er onderzoeken die de waarde van scholing aantonen in het herkennen van kindermishandeling door zorgprofessionals?

Achtergrond

In hoofdstuk 1 en 2 is aandacht besteed aan screeningsinstrumenten voor kindermishandeling. De vraag is of scholing een bijdrage kan leveren aan herkenning van kindermishandeling. Dit hoofdstuk richt zich daarop.

Zoeken en selecteren literatuur

Er werden vier studies geïncludeerd voor het beantwoorden van de uitgangsvraag: één systematische review (23), één *randomized controlled trial* (RCT) (24) en twee *uncontrolled before and after studies* (25;26) (appendix 3).

Wetenschappelijke onderbouwing

Zelfinstructie kit. Newton et al. beschrijven in hun systematische review de toegevoegde waarde van scholing en organisatorische veranderingen in de zorg voor kinderen met een vermoeden van kindermishandeling op de Spoedeisende Hulp (SEH) afdeling (23). Er konden zes studies worden geïncludeerd. Van deze zes studies beschrijven vijf studies een interventie waarin scholing in ieder geval onderdeel uitmaakt. Eén studie (Showers et al. *Pediatr Emerg Care*. 1991) onderzocht de kennis van zorgprofessionals na een zelfinstructiekit over fysieke (groep 1) en seksuele (groep 2) kindermishandeling. Kennis werd bepaald met behulp van scores voor en na introductie van de zelfinstructiekit. In beide groepen was de kennis over herkenning en het gedrag ten aanzien van kindermishandeling significant toegenomen (groep 1: 18 vs. 13, groep 2: 18 vs. 10; $p < 0,001$).

Herinneringsflowdiagram. Een andere studie (Benger & Pearce. *BMJ*. 2002) in de systematische review van Newton et al. onderzocht het effect van een flowdiagram en scholing op het in het dossier vastleggen van een vermoeden van toegebracht letsel bij fysieke mishandeling (23). De interventie vond plaats bij kinderen in de leeftijd van 0-5 jaar. Voorafgaand aan de interventie legde de zorgprofessional een vermoeden vast in het dossier bij 16/1000 kinderen; achteraf bij 711/1000 kinderen ($p < 0,001$).

Scholing en een herinneringsflowdiagram. Een derde studie (Guenther et al. *Acad Emerg Med*. 2009) in de review van Newton et al. had ook als uitkomst het vastleggen in het dossier van fysieke kindermishandeling, waaronder het vastleggen van een verwijzing naar de kindbescherming (23). Het onderzoek vond plaats onder kinderen jonger dan 36 maanden. Scholing bestond uit drie keer een uur onderwijs en een checklist. Deze interventie werd vergeleken met geen interventie of één keer een uur onderwijs in een gerandomiseerde studieopzet. Geconcludeerd werd dat er geen significant verschil was in het vastleggen in het dossier tussen groepen die wel en geen (uitgebreid) onderwijs hadden gekregen ($p > 0,2$).

Scholing en checklist. Een vierde studie (Benger & McCabe. *Emerg Med J*. 2001) in de systematische review van Newton et al. onderzocht met voor- en nameting het effect van scholing in de vorm van een scholingsprogramma gecombineerd met een checklist in het dossier (23). De interventie vond plaats bij kinderen in de leeftijd van 0-6 jaar. De scholing in combinatie met een checklist leidde tot een toename van 97% in het vastleggen in het dossier door de zorgprofessional; het vermoeden van toegebracht letsel steeg met 59%. Het ging hierbij om fysieke kindermishandeling.

Kindermishandelingsteam en training. Een andere studie (Limbos & Berkowitz. *Pediatrics*. 1998) in de systematische review van Newton et al. betrof het vastleggen in het dossier – met voor- en nameting – nadat de standaardpraktijk gecombineerd was met een kindermishandelingsteam, een kindercrisiscentrum en training voor arts-assistenten (23). Het ging in dit onderzoek om fysieke kindermishandeling bij kinderen jonger dan 18 jaar. Zorgprofessionals legden na invoering van de interventie significant vaker een verwijzing naar het

kindermishandelingsteam vast in het dossier, een stijging van 77% naar 100% ($p < 0,005$). Tevens steeg het aantal keren dat de status van het kind in het dossier werd vastgelegd van 66% naar 90% ($p < 0,02$). In het vastleggen in het dossier van het letsel of het verhaal werd geen verbetering gezien.

E-learning programma. Smeekens et al. voerden een RCT uit om de waarde van e-learning op de herkenning van kindermishandeling vast te stellen (24). De onderzochte e-learning had drie verschillende modules over herkenning, acties en communicatie. De focus van de studie lag bij de eerste module: herkenning van kindermishandeling. In de e-learning waren simulaties van casussen, video's en interactieve elementen opgenomen. Alle 38 spoedeisende-hulp-verpleegkundigen met een vast contract werden geïnccludeerd. De drop-out was 36%, waardoor 25 verpleegkundigen werden meegenomen in de analyse: dertien kregen scholing, twaalf niet. De waarde van scholing werd vastgesteld met behulp van pre-posttest simulatiecasussen die gebaseerd waren op een klinische casus. De uitvoering van de simulatiecasussen door de verpleegkundigen werd gefilmd, waarna een geblindeerd expertpanel de prestaties van de verpleegkundigen op het invullen van de checklist SPUTOVAMOR scoorde. Ook werd de zelfwerkzaamheid vastgesteld door VAS-scores op acht stellingen. Voorafgaand aan de scholing werden de prestaties door het expertpanel gescoord op 71 (range: 18) punten (minimaal 0, maximaal 114), en na de scholing op 89 (range: 19). Dit was een significante toename ($p = 0,022$). De zelfwerkzaamheid was niet significant verschillend (502 na scholing vs. 447 voor scholing).

Onderwijsprogramma. Jordan et al. onderzochten hoe ze kennis en vaardigheden van kinderverpleegkundigen ten aanzien van identificatie en interventie van kindermishandeling konden verbeteren (25). De verpleegkundigen kregen uitgebreid onderwijs over kindermishandeling, met speciale aandacht voor incidentie, prevalentie, hoogrisicoletsels, screening voor risicofactoren en interventieopties. De hoogrisicoletsels waren: skeletletsel bij kinderen jonger dan 36 maanden, schedelhersenletsel bij kinderen jonger dan 12 maanden, brandwonden of wonden gerelateerd aan verbranding, vermeende seksuele of fysieke mishandeling en *pediatric condition falsification* (voorheen bekend als: Münchausen-by-proxy). Om het effect van scholing te meten, werd een pre-postmethode met vragenlijsten gebruikt. In totaal namen 31 verpleegkundigen deel aan de scholing, van wie 49% meer dan zes jaar ervaring had. Alle verpleegkundigen (100%) gaven aan dat de scholing had bijgedragen aan hun vermogen om kindermishandeling te herkennen. Ook gaven ze allemaal (100%) aan dat hun kennis, vaardigheden en vertrouwen in het identificeren van kindermishandeling na de scholing was toegenomen. Vóór de scholing werd 76% van de aan kennis gerelateerde vragen goed beantwoord; na de scholing was dat 90%. Over het percentage correcte signalering voor en na het onderwijsprogramma is echter geen informatie beschikbaar.

Virtuele patiënt. McEvoy et al. ontwikkelden een virtuele patiënt voor scholing in kindermishandeling. De virtuele patiënt is gebaseerd op een casus met een vermoeden van kindermishandeling (26). Gedurende het interactieve computerprogramma moeten verschillende acties worden gekozen (reflectie, klinische kennistesten et cetera). De virtuele patiënt is voorgelegd aan 25 basisartsen binnen de kindergeneeskunde, in combinatie met daarbij een vragenlijst. Na het volbrengen van de scholing gaf 23 van hen (92%) aan dat hun zelfvertrouwen in het herkennen van kindermishandeling was toegenomen. Daarnaast gaven 24 (96%) deelnemers aan dat ze meer zelfvertrouwen hadden in het melden van vermoedens. Na de virtuele patiënt volgde een interactieve groepsdiscussie. Deze groepsdiscussie vonden de deelnemers een toegevoegde waarde hebben op de virtuele patiënt. De deelnemers gaven echter tijdens de discussie ook aan dat zij de discussie leerzamer vonden dan het individueel doorlopen van de virtuele patiënt.

Kwaliteit van de evidence

De vraag of scholing additionele waarde heeft in de herkenning van kindermishandeling werd in het merendeel van de studies onderzocht in een *uncontrolled before and after studieopzet*. Slechts twee studies (Guenther et al., Smeekens et al.) voerden een RCT uit. Per interventie is maar één studie beschikbaar, en de uitkomsten zijn verschillend (kennis, vastleggen in dossier, verwijzing naar kinderbescherming, prestatie op het invullen van de vragenlijst, zelfvertrouwen, gerapporteerd vermogen van herkenning). Geen enkele studie onderzocht de uitkomst van terechte constatering van kindermishandeling, waardoor het allemaal intermediaire uitkomsten betreft (*indirectness*). De kwaliteit van de evidence voor de hier gepresenteerde instrumenten is daardoor zeer laag.

Conclusie

Scholing over kindermishandeling in de vorm van bijvoorbeeld een zelfinstructiekit, herinneringsflowdiagram, checklist, e-learning of onderwijs, leidt tot toename van klinische uitvoering, zelfredzaamheid en zelfvertrouwen, het vastleggen in het dossier en kennis ten aanzien van vermoedens van kindermishandeling.

Jordan et al. 2014, McEvoy et al. 2011, Newton et al. 2010, Smeekens et al. 2011

Onderzoek naar de waarde van scholing, met als uitkomstmaat een terechte signalering van kindermishandeling, is niet gedaan.

Jordan et al. 2014, McEvoy et al. 2011, Newton et al. 2010, Smeekens et al. 2011

Overige overwegingen

Verschillende scholingsmogelijkheden voor de herkenning van kindermishandeling zijn onderzocht. Echter, geen enkele studie onderzocht of er een verschil is in terechte signalering van kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg vóór en na scholing. Hierdoor kan alleen een aanbeveling worden gedaan over de toegevoegde waarde van scholing op andere vlakken (bijvoorbeeld zelfvertrouwen).

De wetgever heeft in de *Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*, scholing verplicht gesteld. De Inspectie controleert en handhaaft op deze verplichting.

Verplichte scholing die bij ons bekend is anno 2016:

- SEH-artsen in opleiding krijgen één dag onderwijs over kindermishandeling in de opleiding
- De sectie Kindermishandeling en Huiselijk Geweld van de NVSHA organiseert ieder jaar op het Nederlandse congres voor SEH-artsen een facultatieve workshop over kindermishandeling.
- Huisartsen in opleiding krijgen een halve dag onderwijs over kindermishandeling in de opleiding
- Kinderartsen in opleiding zijn verplicht tot het volgen van de tweedaagse WOKK (Wetenschappelijk Onderwijs inzake Kindermishandeling voor Kinderartsen) te volgen.

Onderwijsprogramma's kindermishandeling zijn beschikbaar via The Next Page (Augeo)

Aanbeveling

Zorgprofessionals in de spoedeisende medische zorg moeten zich scholen over signaleren en aanpak van kindermishandeling.

Referenties

Jordan et al. 2014 (25)

McEvoy et al. 2011 (26)

Newton et al. 2010 (23)

Smeekens et al. 2011 (24)

Hoofdstuk 4. Vermoeden van kindermishandeling

Consensusvraag

Wanneer ontstaat een vermoeden van kindermishandeling?

- a. Het consult
- b. Positieve uitkomst van een screeningsinstrument
- c. Brandwonden
- d. Fracturen
- e. Hematomen
- f. Apnoe en onverklaard bewustzijnsverlies
- g. Klachten waarbij aan seksueel misbruik gedacht wordt
- h. Symptomen waarbij aan verwaarlozing wordt gedacht
- i. Ouderfactoren (de kindcheck)

Achtergrond

Bij elk kind dat zich in de spoedeisende medische zorg presenteert, moet gedacht worden aan kindermishandeling. Maar hoe komt een arts nu van alle kinderen die zich jaarlijks in de spoedeisende medische zorg presenteren, tot een onderbouwd vermoeden van kindermishandeling waarbij verdere acties nodig zijn?

Het eerste deel van deze richtlijn heeft laten zien dat de validiteit van screeningsinstrumenten zeer beperkt is. Het aantal fout-positieven is groot, maar kinderen bij wie sprake is van kindermishandeling worden ook gemist. Het inzetten van een screeningsinstrument is dus niet voldoende om alle vermoedens van kindermishandeling op te sporen.

Daarom wordt in dit hoofdstuk aandacht besteed aan anamnestiche punten en een aantal specifieke, veel voorkomende letsels die zijn gerelateerd aan kindermishandeling. Steeds zal worden aangegeven welk aanvullend onderzoek nodig is om een vermoeden te onderbouwen en/of andere letsels op te sporen die verband kunnen houden met kindermishandeling. Aanbevelingen zijn per paragraaf geformuleerd.

Zoeken en selecteren van literatuur

Er is gebruikgemaakt van de reviews die zijn beschreven op de website van Core-Info (www.core-info.cardiff.ac.uk). Sinds 2002 bevat deze website systematische reviews aangaande wereldliteratuur over kindermishandeling. Zo nodig is aanvullende informatie gebruikt uit de richtlijn 'Blauwe plekken bij kinderen. Beoordeling van blauwe plekken in relatie tot een vermoeden van kindermishandeling', het *Medisch handboek kindermishandeling* (19), het boek *Forensische aspecten van fracturen op de kinderleeftijd* en de *Standards for radiological investigations of suspected non-accidental injury*, de richtlijn van *The Royal College of Radiologists* en de *Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH)* (27).

Vanuit Core-Info zijn twee reviews over brandwonden, zes reviews over fracturen, één review over blauwe plekken en vier reviews over hersenletsel beschikbaar.

Onderbouwing

A. Het consult

Afhankelijk van het letsel of de klacht waarmee een kind zich presenteert in de spoedeisende medische zorg zullen specifieke vragen aan de orde zijn in de anamnese. Raadpleeg hiervoor het *Medisch handboek kindermishandeling* (19).

Een aantal aspecten verdient ook aandacht in het consult, aangezien bij voorkomen hiervan kindermishandeling overwogen moet worden, namelijk:

- geen passende verklaring voor het letsel;
- ontbrekende verklaring voor het letsel;
- vage, ongedetailleerde verklaring;
- wisselende verklaringen;

- ander kind wordt als schuldige aangewezen;
- de verklaring past niet bij het ontwikkelingsniveau van het kind;
- zeer jong kind met ernstige letsels zonder directe verklaring;
- ongebruikelijke plaats van het letsel;
- vertraging in presentatie of het nemen van onvoldoende of inadequate maatregelen om pijn of het letsel aan te pakken;
- niet passend gedrag tussen ouder(s) en kind en zorgprofessional (bijvoorbeeld overdreven agressieve reactie van ouders op arts, geen aandacht voor het kind, kind niet troosten wanneer het daarom vraagt et cetera);
- onverklaard(e) letsel (klacht) in de voorgeschiedenis;
- herhaaldelijke presentaties in de (spoedeisende medische) zorg;
- directe verzorger van het kind komt niet mee naar het consult, terwijl die verzorger getuige was van het trauma dat tot letsel leidde (bijvoorbeeld vader valt van trap met kind, maar komt zelf niet mee naar de SEH).

Vraag altijd naar wat er precies is gebeurd en breng de ontwikkeling van het kind in kaart. In beginsel vindt dit gesprek waar mogelijk (ook) met het kind plaats. Indien sprake is van een ongeval, vraag of er getuigen waren en of die beschikbaar zijn om het incident toe te lichten.

Aanbeveling

Bij de volgende punten in het consult moet een vermoeden van kindermishandeling overwogen worden:

- Geen passende verklaring voor het letsel
- Ontbrekende verklaring voor het letsel
- Vage, ongedetailleerde verklaring
- Wisselende verklaringen
- Ander kind wordt als schuldige aangewezen
- De verklaring past niet bij het ontwikkelingsniveau van het kind
- Zeer jong kind met ernstige letsels zonder directe verklaring
- Ongebruikelijke plaats van het letsel
- Vertraging in presentatie of het nemen van onvoldoende of inadequate maatregelen om pijn of het letsel aan te pakken
- Niet passend gedrag tussen ouder(s) en kind en zorgprofessional
- Onverklaard letsel/klacht in de voorgeschiedenis
- Herhaaldelijke presentaties in de (spoedeisende medische) zorg
- Directe verzorger van het kind komt niet mee naar het consult, terwijl die verzorger getuige was van het trauma dat tot letsel leidde.

B. Positieve uitkomst van een screeningsinstrument

Zie voor het gebruik van screeningsinstrumenten voor het opsporen van kindermishandeling hoofdstuk 1 en 2 in deze richtlijn.

C. Brandwonden

Brandwonden kunnen ontstaan door blootstelling aan warmte, elektriciteit, koude of door de blootstelling aan chemische stoffen. Bij blootstelling aan warmte (thermisch trauma) kan een onderscheid gemaakt worden tussen natte en droge brandwonden. Natte brandwonden zijn verbrandingen door hete vloeistoffen (bijvoorbeeld koffie, thee, vet) en verbrandingen door andere vloeistoffen. Droge brandwonden zijn verbrandingen die ontstaan door vuur (bijvoorbeeld sigaretten, open vuur) en door contactverbrandingen (bijvoorbeeld strijkijzer of kookplaat). De andere oorzaken – verbranding door elektriciteit, bevriezing of chemische stoffen – worden hier buiten beschouwing gelaten.

Brandwonden kunnen accidenteel of toegebracht zijn. Accidentele brandwonden kunnen ontstaan als gevolg van verwaarlozing; ook dan kan sprake zijn van kindermishandeling.

Natte brandwonden

Tussen toegebrachte en accidentele natte brandwonden bestaan kenmerkende verschillen. In tabel 4.1 zijn de kenmerken van deze wonden gekoppeld aan de actie die moet worden ondernomen: Kenmerken waarbij een toegebrachte brandwond(en) moet(en) worden uitgesloten of overwogen en kenmerken waarbij toegebrachte brandwond(en) door hete vloeistoffen onwaarschijnlijk zijn (28).

Tabel 4.1 Triage-instrument voor de diagnose van toegebrachte natte brandwond(en). Bron: Maguire et al. 2008 (28).

Een toegebrachte thermische brandwond moet worden uitgesloten	Een toegebrachte thermische brandwond moet worden overwogen	Een toegebrachte thermische brandwond is onwaarschijnlijk
<p>Fysieke kenmerken</p> <p>Mechanisme</p> <ul style="list-style-type: none"> o onderdompeling <p>Agens</p> <ul style="list-style-type: none"> o heet kraanwater <p>Patroon</p> <ul style="list-style-type: none"> o scherpe bovengrens o brandwond symmetrie (extremiteiten) <p>Distributie</p> <ul style="list-style-type: none"> o geïsoleerde brandwond billen/perineum o +/- onderste extremiteiten o geïsoleerde brandwond onderste extremiteiten <p>Klinische kenmerken</p> <ul style="list-style-type: none"> o Geassocieerd niet-gerelateerd letsel o Verhaal incompatibel met bevindingen o Ernaast bestaande fracturen <p>Voorgeschiedenis/sociale kenmerken</p> <ul style="list-style-type: none"> o passief, introvert, angstig kind o eerdere kindermishandeling o huiselijke geweld o verscheidende eerdere accidentele letsels o broertje/zusje schuldige van oplopen brandwond 	<p>Fysieke kenmerken</p> <p>Patroon</p> <ul style="list-style-type: none"> o uniforme diepte brandwond o huidplooiën bespaard gebleven o centrale besparing billen (donut-fenomeen) <p>Distributie</p> <ul style="list-style-type: none"> o handschoen- en sokdistributie o één ledemaat handschoen-/sokdistributie <p>Klinische kenmerken</p> <ul style="list-style-type: none"> o eerder brandwondenletsel o verwaarlozing/afbuigende groei o verhaal inconsistent met ontwikkelingsniveau <p>Voorgeschiedenis/sociale kenmerken trigger, zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> o bevuild, bedplassen, misdraagt zich o verschillende eerdere bezoeken o tekort aan ouderlijke bezorgdheid o niet-gerelateerde volwassene die het kind vergezelt o kind al bekend bij Veilig Thuis 	<p>Fysieke kenmerken</p> <p>Mechanisme</p> <ul style="list-style-type: none"> o door morsen/knoeien o vloeiend water letsel <p>Agens</p> <ul style="list-style-type: none"> o geen kraanwater (warme drank) <p>Patroon</p> <ul style="list-style-type: none"> o irreguliere rand en diepte brandwond o geen sokdistributie <p>Distributie</p> <ul style="list-style-type: none"> o asymmetrische betrokkenheid onderste extremiteiten o hoofd, nek, borst of gezicht en bovenste lichaamshelft

Bij één of meerdere natte brandwonden bij een kind, moet een gedetailleerde beschrijving worden afgenomen over de gebeurtenis, de bezigheden net voor de gebeurtenis en de plaats waar het letsel werd opgelopen. Bij twijfel over de toedracht, moet forensisch medische expertise worden geraadpleegd. Let op dat bij het beoordelen van de toedracht, het essentieel is om na te gaan of het letsel overeenkomt met het ontwikkelingsstadium van het kind. Denk bijvoorbeeld ook aan watertemperatuur en graad van de brandwond.

Droge brandwonden

In tabel 4.2 zijn de 'rode vlaggen' weergegeven die moeten leiden tot een vermoeden van kindermishandeling bij een kind met een droge brandwond. Bij een 'rode vlag' moet toegebracht letsel worden uitgesloten (29). Brandwonden door sigaretten op de handen, voeten en billen zijn vermoedelijk de meest voorkomende brandwonden bij mishandeling (19). Maar denk ook aan huishoudelijke apparatuur zoals strijkijzers of föhns.

Tabel 4.2 'Rode vlaggen' bij droge brandwonden die tot een vermoeden van fysieke mishandeling bij een kind moeten leiden. Bron: Kemp et al., tabel vertaald met toestemming van de uitgever/auteur (29).

Elke onverklaarde brandwond

Een brandwond die niet past bij de gemelde toedracht

Een brandwond waarbij een duidelijke 'afdruk' van het agens zichtbaar is

Een contactbrandwond op een lichaamslocatie die niet past bij een kind dat accidenteel in contact kan komen met de gemelde warmtebron (bijvoorbeeld borst, rug) (accidentele verbrandingen zitten karakteristiek ter plaatse van de handpalmen of vingers)

Enkele of multipele circulaire brandwonden met diepe kraters overeenkomend met sigaretverbrandingen

Meerdere droge brandwonden

Verbrandingen in combinatie met andere letsels

Anamnese. In het algemeen moet de anamnese bij een kind met een brandwond de volgende vragen bevatten:

- Zou een reconstructie van het verhaal hetzelfde letsel geven?
- Past het verhaal bij het ontwikkelingsstadium van het kind?
- Past de opgegeven temperatuur van de vloeistof of het voorwerp bij het letsel?
- Past de duur van de blootstelling bij het letsel?
- Was de reactie van de ouders adequaat?
- Zijn getuigen beschikbaar?

Onderzoek. Bij een kind met brandwonden en een vermoeden op fysieke kindermishandeling moet altijd een top-teenonderzoek uitgevoerd worden. Het verrichten van een aanvullend röntgenonderzoek is geïndiceerd, zeker indien het kind jonger is dan 3 jaar, om met kindermishandeling geassocieerde botbreuken op te sporen.

Toegebrachte brandwonden

Toegebrachte brandwonden moeten worden uitgesloten door verder onderzoek en door overleg met een arts met deskundigheid in letselduiding bij kinderen bij:

- elke onverklaarde brandwond;
- meerdere brandwonden;
- een brandwond die niet past bij de gemelde toedracht;
- een brandwond waarbij een duidelijke 'afdruk' van een voorwerp zichtbaar is;
- een contact brandwond op een lichaamslocatie die niet past bij een kind dat accidenteel in contact kan komen met de gemelde warmtebron;
- circulaire brandwonden met diepe kraters overeenkomend (in grootte) met sigaretverbrandingen;
- verbrandingen in combinatie met andere letsels (bijvoorbeeld fracturen);
- thermisch trauma (natte brandwonden) door onderdompeling;
- scherpe bovengrens natte brandwonden bij thermisch trauma;
- symmetrie bij natte brandwonden;
- geïsoleerde brandwond billen/perineum/onderste extremiteiten.

Aanbeveling

Bij de volgende brandwonden moet toegebracht letsel worden uitgesloten door verder onderzoek en door overleg met een arts met deskundigheid in letselduiding bij:

- Meerdere brandwonden
- Een brandwond waarbij een duidelijke 'afdruk' van een voorwerp zichtbaar is
- Een contactbrandwond op een lichaamslocatie die niet past bij een kind dat accidenteel in contact kan komen met de gemelde warmtebron
- Circulaire brandwonden met diepe kraters overeenkomend (in grootte) met sigaretverbrandingen
- Verbrandingen in combinatie met andere letsels (bijvoorbeeld fracturen)
- Scherpe bovengrens natte brandwonden bij thermisch trauma (bijvoorbeeld onderdompeling)
- Symmetrie bij natte brandwonden
- Geïsoleerde brandwond(en) billen / perineum / onderste extremiteiten

D. Fracturen

Fracturen bij kinderen kunnen het signaal zijn van kindermishandeling, maar kunnen tevens accidenteel, door ziekte of iatrogeen ontstaan (30).

Fracturen als gevolg van mishandeling kunnen op alle anatomische locaties voorkomen, maar bepaalde locaties hebben een hogere specificiteit voor kindermishandeling dan andere (tabel 4.3). Een femurfractuur in een premobiel kind heeft een hoge waarschijnlijkheid om toegebracht te zijn wanneer geen sprake is van botziekten; daarnaast zijn multipale fracturen vaker aanwezig bij kindermishandeling dan bij accidenteel letsel (31;32). Ribfracturen na reanimatie bij kinderen zijn zeldzaam, bleek uit een review hierover (33). Wanneer bij reanimatie al een ribfractuur optreedt, bevindt zich dit anterior en vaak zijn dan multiple ribfracturen aanwezig. In de review over ribfracturen werden zes studies geïnccludeerd met een totaal van 923 kinderen in de leeftijd van 0-14 jaar, waarvan drie kinderen ribfracturen opliepen ten gevolge van reanimatie (botziekten waren uitgesloten). Het is niet mogelijk om fracturen exact te dateren (33). Over het algemeen wordt gesteld dat callusvorming na ongeveer 14 dagen zichtbaar wordt met beeldvormende technieken. Dit kan helpen bij de differentiatie tussen verse en oudere fracturen.

Tabel 4.3 Specificiteit van skeletletsels voor kindermishandeling (34).

Specificiteit	Type fractuur/skeletlaesie
Hoge specificiteit	Metafysaire hoekfracturen Posterior gelokaliseerde ribfracturen Scapulafracturen Fracturen van de processus spinosus Sternumfracturen
Matige specificiteit	Multiple fracturen, in het bijzonder indien bilateraal Fracturen van verschillende leeftijd Beschadigingen van de epifysairschijf Fracturen en subluxaties van de corpora vertebrae Vingerfracturen Complexe schedelfracturen
Regelmatig voorkomende skeletlaesies met een lage specificiteit	Subperiostale vorming van nieuw bot Claviculafracturen Schachtfracturen van de lange pijpbeenderen Lineaire schedelfracturen

Anamnese. In het algemeen moet in de anamnese bij een kind met fracturen aandacht besteed worden aan de volgende punten:

- Zou een reconstructie van het verhaal hetzelfde letsel geven? Is het trauma ernstig genoeg om de fractuur te verklaren?
- Past het verhaal bij het ontwikkelingsstadium van het kind? Blijft het verhaal consistent?
- Komt het type fractuur overeen met het voorgestelde werkingsmechanisme?

Onderzoek. Bij een kind met (verdenking op) een fractuur moet altijd een top-teenonderzoek uitgevoerd worden. Let bij dit onderzoek ook op klinische kenmerken die kunnen passen bij een ziekte die fragiliteit van het bot veroorzaakt.

Bij een verdenking op kindermishandeling bij jonge kinderen moet volgens de richtlijn van de *Royal College of Radiologists* en de *Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH)*, conventioneel radiologisch onderzoek worden gedaan (skeletstatus) (tabel 4.4). Indien na het maken van de skeletstatus niet alle vragen beantwoord zijn, wordt het aangeraden om na 14 dagen de skeletstatus te herhalen (in dat geval geen opnamen van de schedel). Bij alle kinderen jonger dan 2 jaar bij wie een vermoeden van fysieke kindermishandeling aanwezig is, zou radiologisch onderzoek moeten plaatsvinden om fracturen uit te sluiten (35;36).

Tabel 4.4 Conventioneel radiologieprotocol bij vermoeden van kindermishandeling uit de Standards for radiological investigations of suspected non-accidental injury, de richtlijn van The Royal College of Radiologists en de Royal College of Paediatrics and Child Health (27). (Bron: Medisch Handboek Kindermishandeling)

Conventioneel radiologieprotocol bij vermoeden van kindermishandeling

Schedel	AP en lateraal Towne*, indien klinisch geïndiceerd
Thorax	AP, inclusief claviculae Driekwart, linksvoorschuin en rechtsvoorschuin
Abdomen	AP, inclusief bekken en heupen
Wervelkolom	Lateraal, gehele wervelkolom (indien nodig in meerdere opnamen) AP, indien niet afgebeeld op thorax en abdomen AP van de cervicale wervelkolom is over het algemeen niet diagnostisch en moet geschieden op indicatie van de radioloog
Extremititeiten	AP bovenarmen AP onderarmen AP bovenbenen AP onderbenen PA handen AP voeten

*Frontosuboccipitale opname.

Toegebrachte fracturen

Toegebrachte fracturen moeten worden uitgesloten door aanvullend onderzoek en door overleg met een arts met deskundigheid in letselduiding bij kinderen, bij:

- elke fractuur bij een kind jonger dan 2 jaar;
- metafysaire hoekfracturen;
- posterior gelokaliseerde ribfracturen;
- scapulafracturen;
- fracturen van de processus spinosus;
- sternumfracturen;
- multipele fracturen;
- fracturen van verschillende leeftijd.

Aanbeveling

Bij de volgende fracturen moet toegebracht letsel worden uitgesloten door verder onderzoek en door overleg met een arts met deskundigheid in letselduiding bij kinderen:

- Elke fractuur bij een kind jonger dan 2 jaar
- Metafysaire hoekfracturen
- Posterior gelokaliseerde ribfracturen
- Scapulafracturen
- Fracturen van de processus spinosus
- Sternumfracturen
- Multipele fracturen
- Fracturen van verschillende leeftijd

E. Hematomen

Blauwe plekken kunnen een onderhuidse bloeding zijn. In deze richtlijn zal gesproken worden over blauwe plekken als onderhuidse bloeding.

Blauwe plekken kunnen ontstaan door een trauma (accidenteel, toegebracht) of in het kader van een ziekte. Blauwe plekken zijn bij fysieke kindermishandeling de meest voorkomende bevinding (37). Vanuit de richtlijn 'Blauwe plekken bij kinderen. Beoordeling van blauwe plekken in relatie tot een vermoeden van kindermishandeling' zijn aanbevelingen opgesteld wanneer toegebrachte blauwe plekken uitgesloten moeten worden (tabel 4.5) (38). Bij het beoordelen van de toedracht van blauwe plekken moet geen onderscheid worden gemaakt op basis van geslacht of huidskleur van het kind.

***Tabel 4.5** Aanbevelingen uitsluiten toegebrachte blauwe plekken. Bron: Richtlijn 'Blauwe plekken bij kinderen. Beoordeling van blauwe plekken in relatie tot een vermoeden van kindermishandeling' (38).*

Bij aanwezigheid van één of meerdere blauwe plekken bij premobile kinderen moet toegebracht letsel worden uitgesloten.

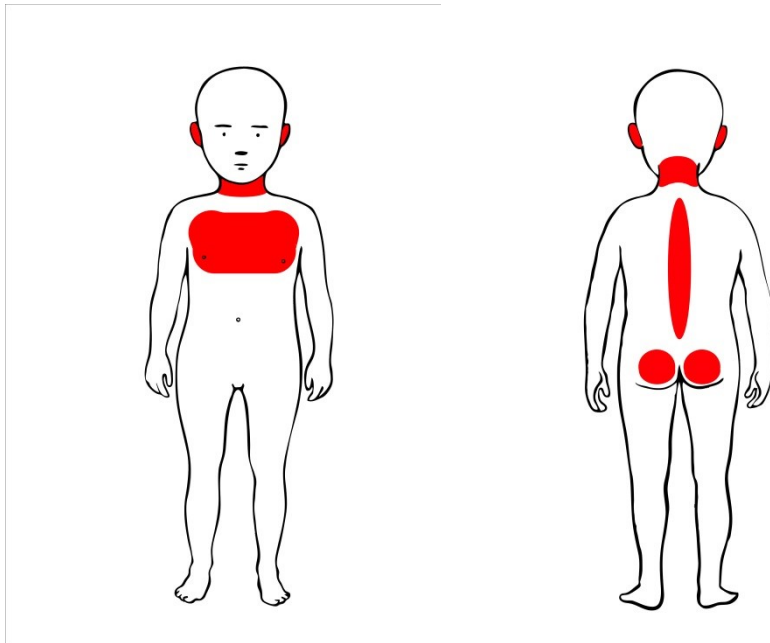
De locatie van blauwe plekken bij mobiele kinderen geeft een aanwijzing voor het onderscheid tussen toegebracht en accidenteel letsel; gebruik hiervoor figuur A.

Bij een herkenbaar patroon van een object of lichaamsdeel (bijvoorbeeld hand of vingers), moet toegebracht letsel worden uitgesloten.

Bij aanwezigheid van meerdere blauwe plekken op één of meerdere locaties, zonder verklarend ongeluk of ziekte, moet toegebracht letsel worden uitgesloten.

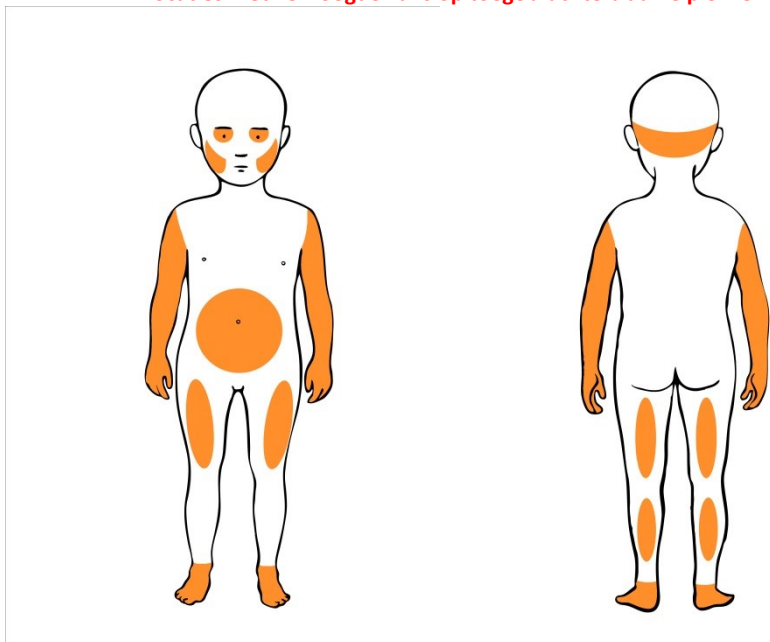
Locaties met sterk verhoogde kans op toegebrachte blauwe plekken

A-1

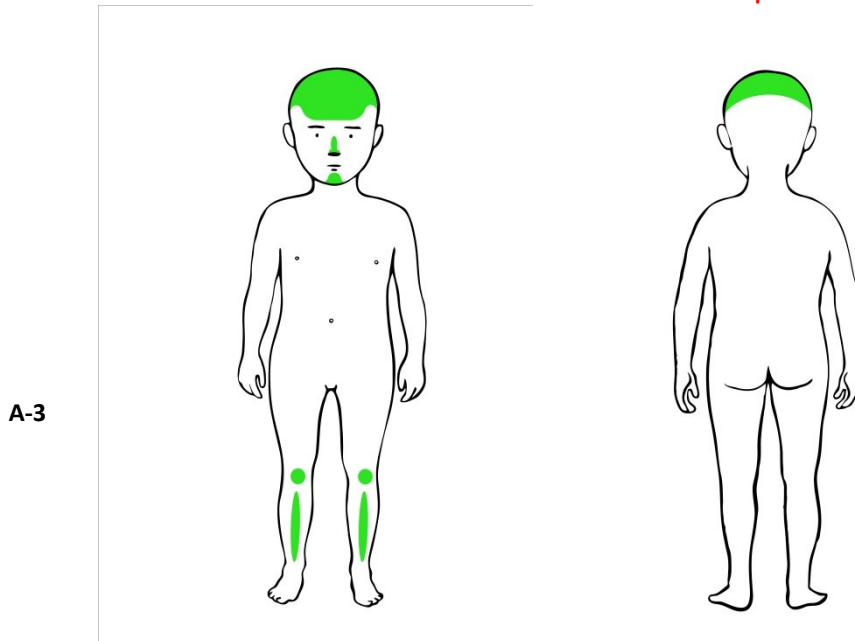


Locaties met verhoogde kans op toegebrachte blauwe plekken

A-2



Meest voorkomende locaties accidentele blauwe plekken



Figuur A Locaties van toegebrachte blauwe plekken Bron: Richtlijn 'Blauwe plekken bij kinderen. Beoordeling van blauwe plekken in relatie tot een vermoeden van kindermishandeling' (figuur A-1 t/m A-3) (38). (Overgenomen met toestemming.)

Anamnese. In het algemeen moet in de anamnese bij een kind met blauwe plekken aandacht besteed worden aan de volgende punten:

- De toedracht van het letsel.
- Past het verhaal bij het ontwikkelingsstadium van het kind? Blijft het verhaal consistent?
- Waren getuigen aanwezig die het letsel hebben zien ontstaan?
- Bloedingsanamnese.
- Familieanamnese.

Onderzoek. Bij een kind met blauwe plekken moet altijd een top-teenonderzoek uitgevoerd worden. Let hierbij op de locaties van de hematomen (figuur A) en of patronen zichtbaar zijn in de blauwe plekken. Let ook op petechiën, kenmerken passend bij het Ehlers-Danlos-syndroom en andere syndromale kenmerken.

Zo nodig kan aanvullend laboratoriumonderzoek plaatsvinden naar stollingsstoornissen. Algemeen laboratorium onderzoek omvat: volledig bloedbeeld, PT, APTT en fibrinogeen. Aanvullend laboratoriumonderzoek (zo nodig na overleg met hematoloog of kinderarts) omvat: VWF-antigeen en -activiteit, eventueel ook de multimeren, F VIII-, F IX-, F XIII-activiteit, TT en reptilasetijd, en vitamine C alleen bij dystrofie. Indien alle uitslagen normaal zijn, moet overleg met de kinderhematoloog plaatsvinden voor vervolgstappen.

Zie voor de stappen voor het uitsluiten van stollingsstoornissen ook de Richtlijn 'Blauwe plekken bij kinderen. Beoordeling van blauwe plekken in relatie tot een vermoeden van kindermishandeling' (38).

Toegebrachte blauwe plekken

Bij de volgende kenmerken moet een vermoeden van kindermishandeling worden uitgesloten door aanvullend onderzoek en door overleg met een arts met deskundigheid in letselduiding bij kinderen:

- aanwezigheid van één of meerdere blauwe plekken bij premobile kinderen;
- een herkenbaar patroon van een object of lichaamsdeel (bijvoorbeeld hand);
- aanwezigheid van meerdere blauwe plekken op één of meerdere locaties, zonder verklarend ongeluk of ziekte.

Aanbeveling

Bij de volgende blauwe plekken moet toegebracht letsel worden uitgesloten door verder onderzoek en door overleg met een arts met deskundigheid in letselduiding bij kinderen:

- Aanwezigheid van één of meerdere blauwe plekken bij een premobiel kind
- Een herkenbaar patroon van een object of lichaamsdeel (bijvoorbeeld hand)
- Aanwezigheid van meerdere blauwe plekken op één of meerdere locaties, zonder verklarend ongeluk of ziekte

F. Onverklaarde apnoe en onverklaard bewustzijnsverlies

Apnoe en/of bewustzijnsverlies kunnen uitingen zijn van toegebracht schedelhersensletsel (TSHL). Het is lastig om TSHL te onderscheiden van accidenteel of organisch schedelhersensletsel.

Een review richtte zich specifiek op welke klinische kenmerken onderscheidend zijn voor TSHL (39). Er werden 14 studies geïncludeerd, waarin data werden gecombineerd van 1655 kinderen met hersensletsel (779 toegebracht hersensletsel, 876 niet-toegebracht hersensletsel). Apnoe bleek een hoge discriminerende waarde te hebben, met een positief voorspellende waarde (PVW) van 93% (97,5%-CI: 0,73-0,99) en een odds ratio (OR) van 17 (97,5%-CI: 5-58; $p < 0,001$) voor TSHL. Ook retinabloeding kan helpend zijn bij het onderscheiden, met een PVW van 71% (97,5%-CI: 0,48-0,87) en een OR van 3,5 (97,5%-CI: 1,1-11,3; $p = 0,03$). Ribfracturen (zie ook D 'Fracturen') zijn geassocieerd met toegebracht letsel. Wegrakingen zijn wel meer geassocieerd met TSHL dan met niet-TSHL, maar het verschil was niet significant verschillend. Blauwe plekken ter plaatse van het hoofd en de nek kwamen meer voor bij de kinderen met niet-TSHL dan bij de kinderen met TSHL, maar was een item dat beperkt werd gedocumenteerd. In tabel 4.6 zijn klinische indicatoren voor TSHL opgenomen.

Tabel 4.6 Klinische indicatoren voor toegebracht schedelhersensletsel (TSHL). Bron: Kemp, 2011 (40).

	TSHL	Niet-discriminerend	Niet-TSHL
Neuroradiologie			
<i>Extra-axiale hemorragie</i>	<ul style="list-style-type: none"> ○ subduraal hematoom ○ multipole ○ interhemisferisch ○ convex ○ achterste schedelgroeve ○ hypoxisch ischemisch letsel 	<ul style="list-style-type: none"> ○ subarachnoïdaal hematoom ○ bilateraal subduraal hematoom 	<ul style="list-style-type: none"> ○ extraduraal hematoom
<i>Intracerebrale kenmerken</i>	<ul style="list-style-type: none"> ○ cerebraal oedeem 	<ul style="list-style-type: none"> ○ parenchymletsel 	<ul style="list-style-type: none"> ○
Voorgeschiedenis en klinische kenmerken			
<i>Voorgeschiedenis</i>	<ul style="list-style-type: none"> ○ geen trauma ○ val met lage impact, met persisterende neurologische beperkingen ○ reanimatie buiten ziekenhuis verricht ○ initieel wijzigend verhaal ○ andere verklaringen trauma ○ ribfracturen ○ retinabloedingen 	<ul style="list-style-type: none"> ○ laag-impacttrauma, normale neurologie ○ late presentatie ○ broertje/zusje ook aangedaan 	<ul style="list-style-type: none"> ○ hoogenergetisch trauma
<i>Klinische kenmerken</i>	<ul style="list-style-type: none"> ○ apnoe ○ wegrakingen ○ blauwe plekken hoofd en nek 	<ul style="list-style-type: none"> ○ schedelfractuur 	

	TSHL	Niet-discriminerend	Niet-TSHL
<i>Retinabloedingen</i>	<ul style="list-style-type: none"> ○ bilateraal ○ multiple gelaagdheid ○ uitbreiding tot periferie ○ numerieke/meerdere 	<ul style="list-style-type: none"> ○ andere retinabevindingen 	zeldzaam, maar wanneer het optreedt: <ul style="list-style-type: none"> - unilateraal - achterpool - verstrooid - weinig in aantal

TSHL = toegebracht schedelhersenletsel.

Anamnese. In het algemeen moet in de anamnese bij een kind met onverklaarde apnoe en/of wegrakingen aandacht besteed worden aan de volgende punten:

- Toedracht van het letsel (gedetailleerd van het begin van de gebeurtenissen tot het moment waarop hulp is gezocht) en een verklaring voor het trauma.
- Past het verhaal bij het ontwikkelingsstadium van het kind? Blijft het verhaal consistent?
- Was het letsel ontstaan in een publieke setting en kan dit worden bevestigd?

Onderzoek. Bij een kind met onverklaarde apnoe en/of wegrakingen moet altijd een top-teenonderzoek uitgevoerd worden. Bij een vermoeden van TSHL moet aanvullend een CT-scan gemaakt worden, met een beoordeling door een radioloog met expertise in kinderradiologie en -mishandeling. Indien de CT-scan abnormaal is, of bij een blijvend vermoeden van TSHL, zou een diffusiegewogen MRI moeten plaatsvinden (36). Een fundoscopie voor retinabloedingen moet worden uitgevoerd, alsook een skeletstatus (tabel 4.4) en laboratoriumonderzoek bij verdenking op TSHL (tabel 4.7).

Tabel 4.7 Essentiële onderzoeken bij een kind met verdenking van toegebracht schedelhersenletsel. Bron: Kemp, 2011 (40).

<i>voorgeschiedenis</i>	<i>verklaring trauma: denk aan hoogte val, ondergrond etc.</i>
lichamelijk onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> ○ geassocieerde letsels ○ apnoe ○ wegrakingen
neurologische beeldvorming	<ul style="list-style-type: none"> ○ CT-scan ○ MRI-scan (diffusiegewogen), zo nodig follow-up-MRI-scan bij blijvende neurologische symptomen ○ overweeg uitbreiding MRI (om het spinale kanaal ook mee te nemen)
skeletbeeldvorming	<ul style="list-style-type: none"> ○ conform de <i>Standards for radiological investigations of suspected non-accidental injury</i> (RCPCH) ○ voeg thorax schuin ingeschoten toe ○ overweeg herhaling na 10-14 dagen als vermoeden blijft bestaan
oogheelkundig onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> ○ indirecte fundoscopie met gedilateerde pupillen
extra onderzoeken	<ul style="list-style-type: none"> ○ volledig bloedbeeld ○ coagulatie testen ○ bloedkweken ter uitsluiting van sepsis

Toegebracht schedelhersenletsel

Bij de volgende kenmerken moet een vermoeden van kindermishandeling worden uitgesloten door aanvullend onderzoek en door overleg met een arts met deskundigheid in letselduiding bij kinderen:

- onverklaarde apnoe bij een kind jonger dan 4 jaar;
- onverklaard bewustzijnsverlies;
- retinabloedingen;
- ribfracturen.

Aanbeveling

Toegebracht schedelhersensletsel moet worden uitgesloten door verder onderzoek en door overleg met een arts met deskundigheid in letselduiding bij kinderen met:

- Onverklaarde apnoe bij een kind jonger dan 4 jaar
- Onverklaard bewustzijnsverlies
- Retinabloedingen
- Ribfracturen

G. Symptomen waarbij aan verwaarlozing gedacht wordt

Voor kenmerken, anamnese en onderzoek bij een vermoeden van verwaarlozing wordt verwezen naar het *Medisch handboek kindermishandeling* (19).

Lichamelijke verwaarlozing is het nalaten van zorg. Hierbij moet nagegaan worden of ouders de zorg bieden die het kind nodig heeft. Let bij het lichamelijk onderzoek op de groei van het kind (groeicurve), op de lichamelijke verzorging (nagels, haar, gebit, huid en kleding), de ontwikkeling van het kind en het gedrag.

Emotionele verwaarlozing is een merkbaar gebrek aan aandacht voor de behoeften van het kind aan genegenheid, emotionele steun, aandacht, bevestiging en controle; het blootstellen van het kind aan huiselijk geweld en het bewust toestaan van onaangepast gedrag. Bijvoorbeeld niet luisteren naar het kind, geen grenzen aangeven, gebrek aan liefde en respect of het kind als partner behandelen en problemen met hem/haar bespreken.

Ook kan sprake zijn van verwaarlozing van onderwijs, wat het bewust toestaan van schoolverzuim en/of onvoldoende gehoor geven aan signalen van school betekent. Denk aan toestaan van chronisch spijbelen of weigering om gediagnosticeerde leerproblemen te laten behandelen.

Op een SEH-afdeling dan wel op de Hap kan het lastig zijn om herhalingspatroon te herkennen; het contact is vrijwel altijd eenmalig. Juist een herhalingspatroon speelt een belangrijke rol bij de herkenning / het diagnosticeren van verwaarlozing. De observaties van de eigen huisarts van het kind spelen hierin dus ook een belangrijke rol.

H. Klachten waarbij aan seksueel misbruik gedacht wordt

Voor kenmerken, anamnese en onderzoek bij een vermoeden van seksueel misbruik wordt verwezen naar de richtlijn 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen'

(<http://www.nvk.nl/Nieuws/tabid/606/articleType/ArticleView/articleId/1301/Comm-vermoeden-seksueel-misbruik.aspx>).

I. Ouderfactoren (de kindcheck)

Voor ouderfactoren die een rol kunnen spelen bij een vermoeden van kindermishandeling wordt verwezen naar de kindcheck (<http://www.handelingsprotocol.nl/component/content/article?id=47>).

Referenties

Core-Info (<http://www.core-info.cardiff.ac.uk>)

Richtlijn Blauwe plekken bij kinderen. Beoordeling van blauwe plekken in relatie tot een vermoeden van kindermishandeling (38)

Medisch handboek kindermishandeling (19)

Standards for radiological investigations of suspected non-accidental injury (27)

Forensische aspecten van fracturen op de kinderleeftijd (30)

Hoofdstuk 5. Communicatie

Consensusvraag

Wanneer en hoe communiceren naar ouders en kinderen?

Achtergrond

Communicatie met kinderen en ouders bij een vermoeden van kindermishandeling is een lastig en gevoelig onderwerp. Een vermoeden van kindermishandeling behoort met ouder(s) besproken te worden. Hetzelfde geldt voor een melding bij Veilig Thuis (VT). Hierbij is niet alleen datgene wat wordt verteld van belang, maar ook hoe het wordt verteld. Hoe een arts in relatie tot een ouder staat, bepaalt, in combinatie met non-verbale aspecten, of de boodschap door de ouder als steunend of als bedreigend wordt ervaren.

Om het gesprek zo goed mogelijk te laten verlopen, is het belangrijk om het gesprek voor te bereiden. In dit hoofdstuk komen de verschillende aspecten van een dergelijk gesprek aan de orde.

Zoeken en selecteren literatuur

Voor het beantwoorden van de uitgangsvraag is gebruikgemaakt van het *Medisch handboek kindermishandeling (19)*, de *KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld (41)* en van de *Multidisciplinaire richtlijn Familiaal huiselijk geweld (42)*.

Onderbouwing

Een gesprek met ouders over het organiseren van hulp of het uitsluiten van toegebracht letsel heeft een andere insteek dan een gesprek over een melding maken bij VT. Hierna volgen handvatten voor beide gesprekken.

A. Communicatie met ouders bij noodzaak tot inzetten van hulp en/of nadere letselduiding

Bij een vermoeden van kindermishandeling op basis van het letsel, dan wel een positieve screening op kindermishandeling, is het noodzakelijk om het vermoeden te toetsen.

Hieronder zijn enkele tips voor het gesprek met ouders over de inzet van extra hulp, dan wel nadere letselduiding om toegebracht letsel uit te sluiten of aan te tonen.

Organisatie van extra hulp:

- Leg uit dat de oorzaak van de klacht of het letsel nog niet geheel duidelijk is. Daarvoor acht u het nodig dat er verdere analyse plaatsvindt bij (bijvoorbeeld) de eigen huisarts.
- Vertel dat u in de brief naar de huisarts de onduidelijkheid van de aard van de aandoening zal aangegeven en daarbij zal vermelden dat ouders nog met het kind langs zullen komen op het spreekuur of dat er anderszins hulp georganiseerd is.

Inzet nadere letselduiding:

- Leg uit dat toegebracht letsel niet kan worden uitgesloten, dan wel dat de aard van het letsel nog niet geduid kan worden op dat moment. Om zekerheid te verkrijgen is extra expertise noodzakelijk.
- Voorbeeldzin: “Met uw uitleg over wat vanmiddag gebeurde, kan ik de blauwe plekken, die ik zojuist bij uw dochttertje op haar bovenarmen zag, niet geheel verklaren. Ik twijfel niet aan wat u vertelt, maar uw verhaal is onvoldoende verklaring voor wat ik zie. Blauwe plekken kunnen bijvoorbeeld ook ontstaan door een probleem met de bloedstolling, maar ook doordat iets met grote kracht tegen het armpje aankomt, zoals bijvoorbeeld een harde trap of een hard pak slaag. We moeten dus nader onderzoek laten doen naar de mogelijke oorzaken.”
- Leg uit dat nadere letselduiding op verschillende manieren ingezet kan worden (telecommunicatie of verwijzing), en welke keuze u daarin maakt.
- Vertel aan ouders wie de terugkoppeling geeft.

B. Communicatie met ouders bij melding Veilig Thuis (VT)

Hier volgen tips voor het gesprek met ouders bij een vermoeden van kindermishandeling en wanneer een melding bij VT zal gaan plaatsvinden.

Vorbereiding

Stel het doel van het gesprek vast: wat is de belangrijkste boodschap? Is een voorstel voor een vervolg beschikbaar? Wat zijn daarbij passende vragen?

Een gesprek met ouders over vermoedens van kindermishandeling kan het beste samen met een collega (of een aandachtfunctionaris kindermishandeling of maatschappelijk werk) worden gevoerd. Spreek een rolverdeling af en voorkom een overmacht aan personen. Maak ook afspraken over notuleren en registratie van het gesprek in het dossier.

Denk bij de keuze van de gespreksruimte aan de privacy van de ouders. Dit kan hen meer mogelijkheid bieden om open te zijn tijdens het gesprek.

Schat de veiligheid van het kind en de medewerkers in. Openheid naar de ouders moet het uitgangspunt zijn; men moet zich echter bewust zijn van situaties waarin door de openheid een bedreigende situatie ontstaat voor kind(eren) of hulpverleners, bijvoorbeeld als ouders het kind of zichzelf daardoor dreigen te onttrekken aan hulpverlening of anderszins schade aan het kind of andere kinderen uit het gezin dreigen te berokkenen. Ook de veiligheid van de arts zelf kan in het geding zijn. Eventueel kunnen voorzorgsmaatregelen met betrekking tot veiligheid van het kind of de hulpverleners worden getroffen voorafgaand aan het gesprek, al dan niet in samenspraak met VT, de beveiliging van het ziekenhuis, een huisartsenpost (HAP) of de politie.

Wanneer wordt afgezien van openheid, moeten de redenen hiervoor genoteerd worden in het dossier van het kind.

Houdt rekening met cultuurverschillen. Laat u zo nodig voorlichten over de cultuur van het gezin. Laat een kind of familielid niet tolken voor de ouders, maar schakel een professionele tolk (zoals de tolktelefoon) in.

Ga na of al hulp aanwezig is in het gezin.

Grondhouding

Het is belangrijk om het contact aan te gaan vanuit een positieve, niet-veroordelende grondhouding. Hoewel het invoelbaar kan zijn dat een arts hier bij een verdenking op kindermishandeling moeite mee heeft, strookt het niet met een professionele werkhouding om een persoonlijk oordeel over de ouder te ventileren en werkt antipathie negatief uit op de behandelrelatie. Een niet-veroordelende grondhouding impliceert dat de arts zich ten doel stelt de ouders een eerlijke kans te geven om hun verhaal te vertellen.

Lichaamshouding en manier van spreken

Probeer eventuele spanning los te laten alvorens het gesprek in te gaan. Een ontspannen en open lichaamshouding en een vriendelijke gesprekstoon in niet te hoog tempo, ondersteunen de positieve grondhouding. Let echter op dat, als men te vriendelijk is, dit door de ouders als onecht ervaren kan worden, waardoor het wantrouwen kan wekken.

Woordkeus

Suggestieve en retorische vragen moeten vermeden worden, omdat deze vragen een oordeel met zich mee kunnen brengen, waardoor ouders zich gediskwalificeerd kunnen voelen. Ook het woord 'kindermishandeling' moet vermeden worden, aangezien het een misdrijf impliceert, hetgeen bij de ouders weerstand zal opwekken. Spreek liever van 'uw (grote) zorg' over het kind, dan van verdenking op kindermishandeling.

Stel geen suggestieve vragen. Open vragen naar de oorzaak van de klacht/ het letsel mogen, maar ga geen mechanisme bevestigen. Reflecteer niet zelf op de mogelijke oorzaak van de klacht/ het letsel. Als ouders bijvoorbeeld vragen: "Kunnen de blauwe plekken komen door de val uit het klimrek?", dan wordt daar noch een bevestigend noch een ontkennend antwoord op gegeven.

Het werkt beter om een melding bij VT mede te delen in de vorm van een slechtnieuwsgesprek dan om hier vaag over te doen. 'De klap uitdelen en daarna de emoties opvangen' is in dit geval het voluit noemen waar VT voor

staat, de werkwijze van VT uitleggen en toelichten wat men beoogt te bereiken met een dergelijke melding. Een melding doen bij VT zonder dit aan de ouders mede te delen, schaadt het vertrouwen van de ouders in de arts. Het kan het wantrouwen naar hulpverleners in het algemeen vergroten, wat afbreuk doet aan de veiligheid van de kinderen, aangezien ouders hulpverleners zouden kunnen gaan mijden.

Voorkom dat u uzelf wilt rechtvaardigen wanneer de ouders verteld wordt dat u een melding bij VT gaat doen. Dit kan averechts werken.

Duidelijk en concreet zijn

Zorg voor duidelijkheid bij aanvang van het gesprek: noem naam, functie en het doel van het gesprek; vraag eventueel wat de ouders van het gesprek verwachten. Maak de zorgen zo snel mogelijk concreet. Wees duidelijk over de informatie die van derden is gekregen. Onderbouw zorgen met feitelijke waarnemingen. Zo krijgen ouders de kans om hierop te reageren en de arts krijgt de kans om aanvullende vragen te stellen. Bepaalde zorgen kunnen dan wegvallen of worden genuanceerd. Behalve kritisch doorvragen moet de arts ook goed luisteren naar de ouders. Dit levert relevante informatie op en sterkt het vertrouwen dat de ouders in de arts stellen. Samenvatten geeft structuur aan het gesprek en laat de ouder merken dat de arts hem/haar gehoord en begrepen heeft. Vermijd dat ouders zelf de negatieve boodschap moeten gaan formuleren, zoals met de *hang yourself*-methode. Bijvoorbeeld: "Wat vindt u er nou zelf van dat u uw kinderen de hele week in dezelfde vieze kleren naar school laat gaan?" Dit geeft ouders een gevoel van onveiligheid.

Benoemen wat goed gaat

Ouders voelen zich eerder begrepen wanneer bij analyse van de situatie de arts naast zijn zorgen, ook zaken noemt die wel goed gaan. Dat bevordert de samenwerking met de ouders. Deze positieve zaken kunnen ook een beschermende factor voor het kind vormen. Durf daarbij ook te benoemen dat de dingen die goed gaan, niet voldoende zijn om de zorgen over het kind weg te nemen.

De tijd nemen

Ouders confronteren met zorgen over hun kind vereist op zijn minst de suggestie van rust en tijd. Een gejaagde arts wordt makkelijk verkeerd begrepen.

Gezamenlijke doelen stellen

Bij het bespreken van een vermoeden van kindermishandeling en een melding bij VT, lijkt het vaak alsof het belang van ouders en arts tegengesteld zijn; vaak ontstaat strijd over hoe reëel het vermoeden is. De arts en de ouders hebben echter veel gezamenlijke doelen. Het is van groot belang om die doelen te herkennen en te benoemen. Het vergroot de motivatie om constructief te blijven communiceren. Veiligheid voor het kind kan een gezamenlijk doel zijn, of begeleiding in het gezin om de thuissituatie te ontlasten. Deze benadering kan de samenwerking met de ouders vergroten.

Deskundigheid inzetten

Toelichting geven op medisch inhoudelijk of sociaal gebied kan veel duidelijkheid verschaffen aan ouders. Het is voor veel ouders een openbaring om te horen wat de gevolgen voor kinderen (kunnen) zijn als deze getuige zijn van huiselijk geweld. Uitleg geven over wat de arts beoogt met een melding bij VT kan ouders inzicht geven, waardoor de kans bestaat dat ouders het vertrouwen in de arts behouden.

Gewaakt moet worden voor het geven van teveel informatie, zeker wanneer de emoties oplopen.

Hanteren van emoties

Ouders schrikken enorm van de mededeling dat er zorgen over de veiligheid van hun kind zijn. Ook schrikken zij van de mededeling dat VT bij de situatie betrokken wordt. Bij ouders leeft vaak de associatie met een gedwongen uithuisplaatsing, al is dat slechts bij een zeer kleine minderheid van deze meldingen het gevolg. Ouders kunnen daarom verdedigend of agressief reageren.

Het is van belang dat ouders hun emoties uiten. De emoties zullen dan vaak zakken. Het is voor de arts de kunst om de ouders te helpen bij het, enigszins gecontroleerd, uiten van die emoties. Dit kan door middel van het geven van gevoelsreflecties. Het is niet verstandig om inhoudelijk op de reactie van de ouder in te gaan. Beter is het om begrip voor de gevoelens te tonen en zo mogelijk toe te lichten waarom u begrip heeft voor die emoties. Als ouders opgaan in hun eigen emoties, kan geprobeerd worden de ouders terug te halen naar het hier en nu met concrete vragen.

Veiligheid

Als de spanning oploopt, drijf de situatie dan niet op de spits. Probeer zelf kalm te blijven en een gevoelsreflectie te geven. Kort samenvatten wat leidde tot de huidige situatie, de gezamenlijke doelen benoemen en verwoorden wat de ouders al wel goed doen, geeft overzicht en helpt om de situatie te laten de-escaleren. Eventueel kan een time-out worden voorgesteld.

Als ouders zich dreigend uitlaten of zich, in de ogen van de arts, grensoverschrijdend gedragen, benoem dit dan, stel en benoem grenzen en stop zo nodig het gesprek. Als een ouder zware verbale dreigementen uit of fysiek wordt, staak dan onmiddellijk het gesprek. Roep hulp in van collega's, de beveiliging of de politie. Overleg met VT over de acute veiligheid van het kind. Als het gesprek al wordt vervolgd, moet dat pas gebeuren nadat nieuwe veiligheidsmaatregelen zijn genomen.

Samengevat zijn de belangrijkste punten:

1. Stel veiligheid van alle betrokkenen voorop.
2. Bereid het gesprek voor.
3. Ga uit van een positieve, niet-veroordelende grondhouding.
4. Wees duidelijk en concreet.
5. Stel geen suggestieve vragen over de oorzaak van de klacht / het letsel van mogelijke kindermishandeling.
6. Benoem in het gesprek wat ouders goed doen in relatie tot het kind.
7. Benadruk de gezamenlijke doelen.
8. Geef gevoelsreflecties en vat samen wat is besproken, vooral als de emoties oplopen.
9. Streef naar zoveel mogelijk samenwerking met de ouders, maar houdt daarbij de veiligheid van het kind en eventueel aanwezige andere kinderen in het gezin in het oog.

C. Gesprek met kind (>4 jaar) naar aanleiding van vermoeden van kindermishandeling

Hieronder zijn tips aangegeven voor professionals in het gesprek met kinderen. Waar de ruimte bestaat is een gesprek met enkel het kind aan te bevelen, maar dit moet wel mogelijk zijn rekening houdend met de leeftijd van het kind en de verhouding met ouders. Bij kinderen en/of ouders met een verstandelijke beperking moet in het gesprek rekening worden gehouden met hun cognitieve en emotionele niveau, en geprobeerd moet worden daarop in te steken.

Grondhouding

- Zorg dat het kind zich veilig en op zijn gemak voelt: let op je non-verbale gedrag/lichaamshouding, ga op gelijke ooghoogte zitten, zorg voor een warm ontvangst (het liefst in een kindvriendelijke omgeving het gesprek voeren), en zorg ook voor een warm ontvangst van de ouders (kind moet zien dat ouders niet beschuldigend worden benaderd), wees ondersteunend, niet-autoritair en sluit aan bij de ontwikkeling en interesse van het kind, vraag naar andere bezigheden en zorg ervoor dat je uitstraalt dat je voldoende tijd hebt.

Inhoud

- Neutrale stijl.
- Stel open vragen, geen suggestieve vragen: *“Ik zie dat je een blauwe plek hebt, hoe komt dat? Kun je me er iets meer over vertellen? Wanneer heb je deze plek opgelopen? Waren andere personen aanwezig toen het ongeluk gebeurde?”*

Steun bieden

- Wees duidelijk over het doel van het gesprek en de gevolgen.
- Toon waardering.

Luisteren naar het kind

- Oordeel niet en laat niet merken dat je schrikt van het verhaal van een kind.
- Vul het verhaal van het kind niet in.
- Neem een open houding aan en laat interesse zien bij het stellen van de vragen. Interesseer je voor wat het kind wil vertellen.

Forceer niet

- Aan kinderen is vaak duidelijk te merken wanneer ze niet meer willen praten. Blijf dan ook niet aandringen.
- Houd het tempo van het kind aan.
- Geef het kind het gevoel van controle, door toestemming te vragen om vragen te mogen stellen.
- Respecteer als een kind iets niet wil vertellen, maar reflecteer erop in de samenvatting.

Observatie

- Blijf goed observeren hoe het kind zich voelt, ook bij het afsluitende moment (conclusie).

Conclusie

- Sluit het gesprek af en indien het gesprek enkel met het kind is gevoerd, vertel aan het kind of je wel of niet de informatie van het kind zult delen met de ouders, en welke informatie.

D. Kwetsbare groep: kinderen van vluchtelingen

Communicatie met kinderen van vluchtelingen kan lastiger zijn, niet alleen al door de taalbarrière. Bij binnenkomst in Nederland zijn kind en ouder(s) vaak moe en uitgeput. Daarnaast speelt een andere culturele achtergrond een rol, waar rekening mee moet worden gehouden. Vanuit de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) worden de volgende algemene adviezen gegeven:

1. Probeer te achterhalen in welke fase van de procedure het kind zich bevindt. De mate van discontinuïteit in zorg is met name in de eerste fase van de asielpcedure een serieus probleem in verband met de frequente overplaatsingen. De website van het RIVM geeft goed inzicht in de mogelijkheden (<http://www.rivm.nl/Onderwerpen/A/>, kies: Asielzoekers en infectierisico).
2. Wanneer er twijfels zijn over de continuïteit van zorg voor het kind, wordt verzocht een melding te doen bij de NSCK-signalering Kinderen van vluchtelingen (<https://www.nvk.nl/Nieuws/tabid/606/articleType/ArticleView/articleId/1307/Kinderartsen-dragen-bij-aan-zorg-voor-vluchtelingen-kinderen.aspx>). De NVK heeft een netwerk van kinderarts-vrijwilligers samengesteld dat beschikbaar is om een bijdrage te leveren aan de continuïteit van zorg. Door de desbetreffende familie een brief mee te geven met medische informatie en met contactinformatie van de behandeld arts, kan bovendien bijdragen worden aan continuïteit van zorg.

Aanbeveling

Een vermoeden van kindermishandeling behoort met de ouder(s) of verzorger(s) besproken te worden, behalve wanneer dit bedreigend/gevaarlijk is voor kind(eren) en/of hulpverleners. Hetzelfde geldt voor een melding bij Veilig Thuis.

Stel geen suggestieve vragen over de oorzaak van de klacht / het letsel in het gesprek met ouder(s) over mogelijke kindermishandeling bij hun kind.

Referenties

KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld (41)

Medisch handboek kindermishandeling (19)

Multidisciplinaire richtlijn Familiaal huiselijk geweld bij kinderen en volwassenen (42)

Hoofdstuk 6. Duiding van het letsel / de klacht

Consensusvraag

Wanneer is de inzet van forensisch medische expertise nodig en hoe?

Maak daarbij onderscheid tussen de verschillende forensisch medische taken (vastleggen van letsel, duiden van letsel, sporenonderzoek, pro Justitia rapportage). Wat is de plaats van de forensisch verpleegkundige? Welke (forensisch) medische expertise is waar aanwezig?

Achtergrond

De spoedeisende medische zorg is de plek waar medische zorg aan het kind verleend wordt binnen het kader van de *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* (WGBO). Bij een verdenking op toegebracht letsel kan het nodig zijn om een deskundige te raadplegen op het gebied van letselduiding. Deze raadpleging kan plaatsvinden zonder bekendmaking van persoonsgegevens en is overeenkomstig de consultatie van andere medische professionals in het kader van diagnostiek of behandeling. Deze raadpleging heeft geenszins te maken met waarheidsvinding. Het gaat om het duiden van letsel met de grootste zorgvuldigheid en wetenschappelijke kennis. In Nederland heeft men deze raadpleging op het gebied van letselduiding afgekort als 'inzet FMEK' (forensisch medische expertise voor kinderen). Een werkgroep onder leiding van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft flowdiagrammen ontwikkeld om de noodzaak tot inzetten van FMEK onder de aandacht te brengen. FMEK kan gezien worden als de consultatie van een specialist.

De consultatie van een deskundige op het gebied van letselduiding valt onder stap 1 en 2 van de *KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld* (41). Op pagina 48 is een overzicht gegeven van de professionals die FMEK bieden. Het is noodzakelijk dat elk ziekenhuis en elke huisartsenpost (HAP) binnen een handelingsprotocol aangeeft welke FMEK beschikbaar is in zijn/haar regio. Na consultatie van FMEK wordt de KNMG-meldcode zo nodig verder doorlopen.

In dit hoofdstuk wordt besproken wanneer de inzet van forensisch medische expertise gewenst cq noodzakelijk is en waar men terecht kan voor deze expertise. Soms kan de duiding van het letsel door de zorgprofessional zelf gedaan worden in overleg met een collega.

Zoeken en selecteren literatuur

In deze richtlijn maken we gebruik van een flowdiagram over de inzet van forensisch medische expertise (FMEK) vanuit de spoedeisende medische zorg.

Onderbouwing

Forensisch medische expertise voor kinderen (FMEK)

Bij een vermoeden van toegebracht letsel wil de zorgprofessional in de eerste plaats weten hoe het geconstateerde letsel of de klachten geïdentificeerd kunnen worden. Met duiding wordt bedoeld: passen de klachten of het letsel bij een ongeluk? Passen de klachten of het letsel bij het verhaal dat verteld wordt (de toedracht)? Passen de klachten of het letsel bij een ziekte? Bestaat een kans dat het letsel of de klacht toegebracht is en hoe groot is die kans? Deze vragen kunnen niet altijd beantwoord worden door de zorgprofessional zelf. Soms moet daarvoor FMEK worden ingewonnen bij professionals die bekend zijn met de duiding van letsels en klachten en moet men vooral kennis hebben van welke mechanismen van buitenaf welk letsel kunnen veroorzaken.

Daarnaast is soms forensisch medisch onderzoek bij kinderen nodig (DNA-onderzoek). Dit onderzoek is vooral nodig bij vermoedens van acuut seksueel misbruik (< 7 dagen geleden) en bij bijtewonden. Een dergelijk onderzoek vindt plaats in opdracht van het Openbaar Ministerie (OM).

Redenen om forensisch medische expertise in te zetten zijn:

Expertise op het gebied van duiden van letsels. In het flowdiagram hierna (figuur 6.1) wordt verschillende malen de mogelijkheid van het consulteren van (F)MEK genoemd. In het proces van duiding van letsel kan de eigen kennis

van de zorgprofessional en die van de directe omgeving tekortschieten om tot een juiste duiding te komen. Het onderscheid tussen trauma, ziekte en een normale variant is de eerste uitdaging. Daarbij is met name kennis van het kindergeneeskundige vakgebied nodig. Afhankelijk van het letsel kan kennis van andere specialisten nodig zijn, bijvoorbeeld: kinderoogheelkunde, kinder-KNO, kinderorthopedie, kindertraumatologie, kinderneurologie, kinderchirurgie, kindergynaecologie, kinderurologie en kinderdermatologie.

Zodra vastgesteld is dat het om een trauma gaat, kan differentiatie tussen een ongelukje (accidenteel) en toegebracht letsel lastig zijn. Daarbij is met name kennis van het forensisch medische vakgebied en de forensische kinderradiologie nodig in relatie tot de ontwikkeling van het kind. Als duiding van letsel nodig is, kan dit vaak met behulp van teleconsultatie (opsturen van foto's en informatie). Zo nodig wordt het kind verwezen voor een consult. Dit laatste is voornamelijk nodig bij meervoudige letsels en als het nodig is om meerdere (deel)specialismen te consulteren.

Het vastleggen van letsels. Dit geschiedt meestal door de zorgprofessional zelf. Soms bestaan redenen om een medisch forensisch expert te vragen de letsels vast te leggen. Mogelijke redenen zijn:

- De zorgprofessional heeft zelf niet of onvoldoende de beschikking over fotografie.
- Forensisch medische expertise wordt al ingeschakeld omdat DNA-onderzoek moet plaatsvinden. Afstemming over wie welke letsels vastlegt, is noodzakelijk.
- Forensisch medische expertise wordt al (ter plekke) ingeschakeld, omdat een pro Justitia rapportage door de politie gevraagd is. Afstemming over wie welke letsels vastlegt, is noodzakelijk.

Voor elke (zorg)professional geldt dat bij een vermoeden van kindermishandeling het letsel vastgelegd wordt (soms ook de volgende dag om de ontwikkeling te zien) en dat een adequate beschrijving van het letsel gegeven wordt. Vastlegging is tevens de eerste stap in de KNMG-meldcode (41). Bij voorkeur voldoet de beschrijving van het letsel aan richtlijnen. Voorbeelden van zo'n beschrijving zijn beschikbaar via de websites van het FMG, NFI of via het LECK¹.

Het afnemen van sporen-/DNA-onderzoek. Dit is een taak die voorbehouden is aan forensisch artsen in opdracht van de politie. Om te bepalen of de afname van DNA zinvol kan zijn, kan overlegd worden met een vertrouwensarts van Veilig Thuis (VT), de politie of een arts met forensische expertise. De politie bepaalt wie het onderzoek gaat uitvoeren. Eén en ander moet binnen strikte condities plaatsvinden in aanwezigheid van de technische recherche. Dergelijk DNA-onderzoek is alleen zinvol bij seksueel misbruik en bij bijt- en zuigwonden (DNA in speeksel).

Het opstellen van een pro Justitia rapportage. Deze taak is voorbehouden aan forensisch artsen in opdracht van de politie. De politie bepaalt wie het onderzoek gaat uitvoeren.

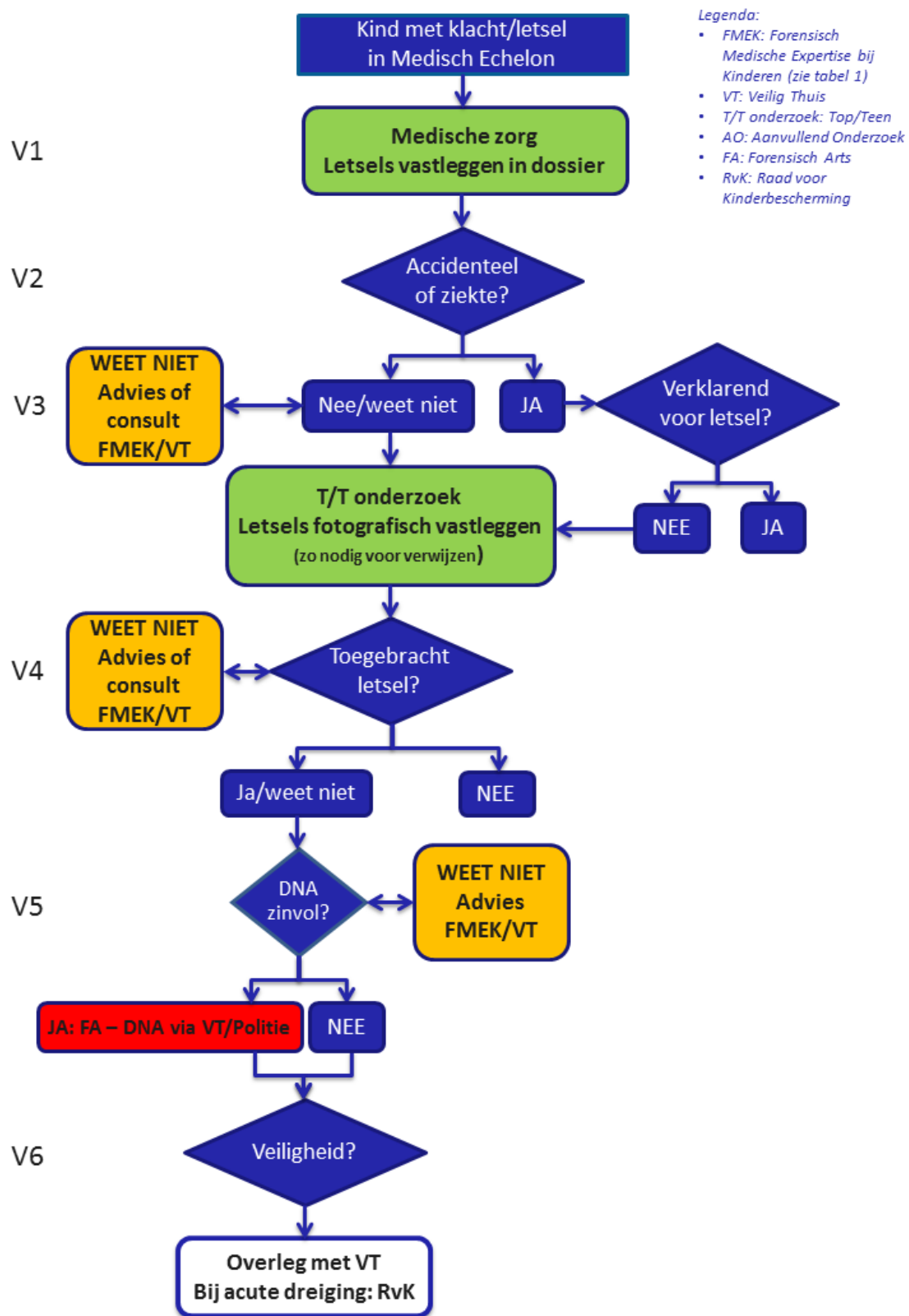
Triage door middel van flowdiagram

In het flowdiagram wordt weergegeven wanneer forensisch medische expertise kan worden ingezet (figuur 6.1). Uitgegaan wordt van een kind met een klacht en/of letsel in het medisch echelon; hieronder vallen HAP's en Spoedeisende Hulp (SEH) afdelingen.

De consultatie van een deskundige op het gebied van letselduiding valt in stap 1 en 2 van de 'KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld' 2014.



¹ Websites zijn opgenomen aan het eind van dit hoofdstuk.



Figuur 6.1 Flowdiagram bij stap 1 en 2 van de meldcode, over wel of niet inzet forensisch medische expertise

Toelichting op figuur 6.1

Het flowdiagram is toegespitst op een kind met letsel of met een medische klacht die door een zorgprofessional beoordeeld wordt in de spoedeisende medische zorg.

De verschillende vragen die bij het flowdiagram aan de orde komen worden hierna toegelicht.

V1 Bij elk kind moet de medische professional zich eerst afvragen of (acute) medische zorg noodzakelijk is. Zijn andere ziekteverschijnselen aanwezig? Acute medische zorg wordt zonder vertraging geleverd, zoals het hechten van wonden, het intravasculair vullen bij heftig bloedverlies, of het doen van aanvullend diagnostisch onderzoek bij verdenking van inwendige bloedingen of cerebrale bloedingen. Daarnaast wordt het letsel in het dossier vastgelegd.

V2 Is er sprake van een ziekte? Zijn andere (onverklaarde) letsels aanwezig? Was het een accident? Hier start het proces van differentiaaldiagnostisch denken. Wat is de aard van het letsel? Als de medische professional niet zelf tot een oordeel komt, is verwijzing of consultatie nodig. Zie hiervoor tabel 6.1, waarin een overzicht is opgenomen van de diverse expertises. Soms moet nadere expertise ingewonnen worden van andere specialismen zoals de kinderdermatoloog, kinderhematoloog of kinderradioloog.

V3 Is de ziekte voldoende verklarend voor het letsel? Als een ziekte is vastgesteld, moet vervolgens beoordeeld worden of de ziekte voldoende verklarend is voor de letsels. Zo ja, dan wordt het stroomschema afgesloten. Zo nee, dan wordt het stroomschema verder doorlopen. Hetzelfde geldt voor een accidentele oorzaak. Als een accident is vastgesteld – en voldoende verklarend is voor het letsel-, dan kan het stroomschema worden afgesloten. Zo nodig moet er aandacht zijn voor de fysieke leefomgeving van het kind. Indien geen sprake is van een ziekte, of als hier twijfel over bestaat, consulteer (F)MEK/vertrouwensarts van VT. Daarnaast moet top-teenonderzoek plaatsvinden en wordt het letsel fotografisch vastgelegd. Het is aan de medische professional om te bepalen wanneer het fotografisch vastleggen in het gehele proces mogelijk is. Hierbij kan de hulp van de forensisch verpleegkundige ingeschakeld worden.

V4 Is sprake van toegebracht letsel? Als een verklarende ziekte is uitgesloten, is de volgende vraag of het letsel inderdaad toegebracht is. Als twijfel bestaat of mogelijk toch sprake is van toegebracht letsel, kan advies van of consultatie bij (F)MEK/VT plaatsvinden. Als geen sprake is van toegebracht letsel maar alsnog van een ongeval dat het letsel kan verklaren, stopt hiermee het flowdiagram. Zo nodig moet aandacht bestaan voor de fysieke veiligheid in de leefomgeving (traphekjes et cetera) via het buurtteam (bijvoorbeeld sociale wijkteams, jeugd- en gezinsteam) of de Jeugdgezondheidszorg. DNA-onderzoek is niet nodig. Als twijfel blijft bestaan over eventueel toegebracht letsel, ook na advies (of consultatie) van FMEK/VT, wordt de rest van het flowdiagram doorlopen.

V5 Is DNA-onderzoek nodig? Deze vraag is bedoeld om tijdig forensisch medisch onderzoek bij kinderen in te zetten, zodat DNA van een eventuele dader veiliggesteld wordt in geval van een strafrechtelijk onderzoek. Dit speelt vooral bij seksueel misbruik en bij bijtewonden. DNA-onderzoek wordt alleen ingezet op verzoek van het OM. Het OM bepaalt dan ook wie het onderzoek uitvoert. Ook kan DNA-onderzoek ingezet worden wanneer nog niet duidelijk is of ooit strafrechtelijk vervolgd gaat plaatsvinden. Bijvoorbeeld in geval van seksueel misbruik, als nog niet duidelijk is of het slachtoffer aangifte gaat doen. Maar ook dan is het OM de opdrachtgever en moet het onderzoek onder strikte condities plaatsvinden. Bij twijfel over de noodzaak om DNA-onderzoek in te zetten, kan overleg plaatsvinden met FMEK/VT zodat die met de politie kan overleggen.

V6 Is het kind veilig? Dit is volgens de KNMG-meldcode een verplichte stap bij een vermoeden van kindermishandeling, waarbij overleg met VT nodig is. Dit overleg met VT gebeurt door de professional die 'casemanager' is. Als het om een vermoeden van toegebracht letsel gaat, wordt primair overlegd met de vertrouwensarts van VT. Als deze (bijvoorbeeld buiten kantooruren) niet beschikbaar is, wordt gebruikgemaakt van FMEK zoals aangeboden door het Landelijke Expertise Centrum Kindermishandeling en de Forensische Polikliniek Kindermishandeling (zie tabel 6.1). Omdat het een adviesvraag is, zal het gesprek plaatsvinden op basis van anonieme patiëntengegevens. Als blijkt dat de veiligheid niet gegarandeerd kan worden binnen vrijwillige hulpverlening, moet een melding bij VT worden gedaan. Ouders moeten hierover geïnformeerd worden, tenzij

gegronde redenen bestaan om de ouders niet op de hoogte te brengen van de melding (dreigend gevaar voor kind of melder) (zie ook hoofdstuk 7). VT voert dan een veiligheidstriage uit en stelt zo nodig nader onderzoek in. VT kan samen met de ouder(s) (en het kind) een veiligheidsplan opstellen voor dit kind en eventueel andere kinderen. VT checkt overigens ook of voldoende FMEK is ingezet in het hele traject, en besluit eventueel om alsnog FMEK te consulteren op het moment dat nog onvoldoende duidelijkheid bestaat over eventueel toegebracht letsel.

Welke expertise is waar te vinden?

In tabel 6.1 is weergegeven welke (forensische en/of medische) expertise waar te vinden is.

De forensisch verpleegkundige kan ingeschakeld worden door artsen (forensisch arts, kinderarts), alsook door de politie en het Openbaar Ministerie (OM).

Tabel 6.1 Forensisch medische expertise voor kinderen.

	Wie vraagt advies?	24/7 bereikbaarheid van FMEK	Beschikbare disciplines voor letselduiding en expertiseniveau	DNA-onderzoek / pro Justitia-rapportage	Medische zorg	Financiering
Vertrouwensarts van Veilig Thuis 0800-2000 www.vooreenveiligthuis.nl	iedereen	+/- (Binnen kantooruren +)	VA's, allen getraind (WOKK, masterclass e.a.) en kennen de regionale kaart	-	-	gemeente
Regionale forensisch arts	politie/OM/arts	+	WOK FA-getrainde FA's zijn in elke regio aanwezig	+	-	politie
Regionale kinderarts in de tweede of derde lijn	zorg-professional	+	WOKK-getrainde kinderartsen zijn in elke regio aanwezig; overige disciplines wisselend aanwezig	-	+	zorg
FPKM 030-275 82 92 www.fpkm.nl	politie/OM/zorg-professional	+	forensisch artsen; altijd specialisatie kinderen	+	-	gemeente/politie
NFI 070 – 888 69 08 kinderconsult@nfi.minvenj.nl	politie/OM/zorg-professional	NFI artsen via LECK en/of politie	forensisch artsen; altijd specialisatie kinderen	+	-	Rijk
LECK 0900 - 444 54 44 www.leck.nu	zorg-professional	+	kinderartsen (extra geschoold); alle andere benodigde specialismen zijn aanwezig altijd forensisch arts NFI-betrokken	-	+	zorg/subsidies

FPKM: Forensische Polikliniek Kindermishandeling; LECK: Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling; NFI: Nederlands Forensisch Instituut; VA: vertrouwensartsen; WOK FA: Wetenschappelijk Onderwijs inzake Kindermishandeling voor Forensisch Artsen; WOKK: Wetenschappelijk Onderwijs inzake Kindermishandeling voor Kinderartsen.

NB. Sommige ziekenhuizen werken nauw samen met de forensisch artsen, zodat de verschillende taken op één locatie, en in één onderzoek, uitgevoerd kunnen worden.

Waar het gaat om de inzet van FMEK voor letselduiding, is het afhankelijk van de aard en de complexiteit van de letsels wat de best passende organisatie is. Voor complexe meervoudige letsels, zeker wanneer er ook medische zorg nodig is, moet gezocht worden naar gecombineerde medische en forensisch medische expertise, zoals nu via het LECK beschikbaar is.

Waar het gaat om sporenonderzoek en een pro Justitia rapportage van letsels bij kinderen is het

afhankelijk van de aard en de complexiteit van de letsels of gespecialiseerde forensisch medische expertise voor kinderen nodig is. FPKM en NFI hebben de meeste ervaring met onderzoek bij kinderen. De politie maakt hierin de keuze. Die bepaalt welke organisatie de opdracht tot het onderzoek krijgt.

Casuïstiek

Hierna worden casussen beschreven aan de hand van het flowdiagram (figuur 6.1).

Casus 1

Vijfjarig jongetje A met blauwe plekken op de onderbenen.

De huisarts ziet tijdens een consult op de HAP dat A uitgebreide blauwe plekken heeft op de onderbenen. Hij vraagt het jongetje hoe hij aan deze plekken komt (zie richtlijnen voor communicatie). Het jongetje antwoordt dat hij afgelopen zaterdag flink gevoetbald heeft met z'n vader en dat het daar misschien door komt. Hij heeft geen pijn van de blauwe plekken.

Conclusies:

V1: geen acute medische zorg nodig

V2: geen aanwijzingen voor ziekte

V3: uit het top-teenonderzoek komen geen bijzonderheden, de blauwe plekken worden vastgelegd.

V4: er is sprake van accidenteel letsel. De onderbenen zijn een veelvoorkomende locatie voor accidentele hematomen.

Eventueel nog veiligheid leefomgeving doornemen. Dan afsluiten.

Casus 2

Meisje B, 5 jaar, vertelt op zondagmiddag aan haar moeder dat wanneer ze elk weekend naar haar vader moet, hij vervelende dingen met haar doet, op de bank, terwijl hij zelf naar pornofilms kijkt. Hij zit aan haar plassertje en het doet pijn. Het laatste contact met vader zou gisteravond zijn. De moeder vindt dit een zeer alarmerend verhaal en overlegt met de HAP wat te doen. De HAP besluit om diezelfde dag het meisje te zien (V1-V3). De huisarts adviseert moeder om aangifte te doen, en moeder doet diezelfde dag nog een melding bij VT en aangifte bij de politie (V6). De huisarts overlegt met de kinderarts met forensische expertise, en verwijst het meisje. De politie wil DNA-onderzoek en letsels laten vastleggen (V3-V5). B wordt gezien in een van de ziekenhuizen met forensisch medische expertise door de kinderarts samen met de forensisch arts met aandachtsgebied kinderen. Eerst wordt het sporenonderzoek afgenomen, daarna monsters voor eventuele SOA's. Foto's worden gemaakt en de letsels worden beschreven volgens de richtlijn van het FMG. B wordt gehoord door de politie.

Casus 3

Jongen C, 12 jaar, wordt gepresenteerd op de SEH in verband met acuut ontstane blauwe plekken op beide bovenarmen. Hij is bekend bij een kinderpsycholoog in verband met gedragsproblemen, verder een blanco voorgeschiedenis. De speciële en tractusanamnese leveren geen bijzonderheden op, alsook wanneer kort alleen met C gesproken wordt. Bij lichamelijk onderzoek wordt een verzorgde jongen gezien, met op beide bovenarmen een aantal roodpaarse huidafwijkingen, die niet verheven zijn, niet pijnlijk, niet wegdrukbaar, variërend in vorm en slecht begrensd zijn. Het verdere top-teenonderzoek is niet afwijkend (V1). Geconcludeerd wordt dat de huidafwijkingen hematomen zijn, waar geen duidelijke verklaring voor kan worden gegeven (V2-V3). Oriënterend bloed- en stollingsonderzoek worden ingezet. Informatie wordt ingewonnen bij de huisarts en er worden lichtfoto's gemaakt van de huidafwijkingen (V3-V4). Besloten wordt om C op te nemen, ter observatie en om zijn veiligheid te garanderen bij letsel met een onduidelijke toedracht. Daarnaast worden de zorgen die bestaan besproken en wordt overgegaan tot een melding bij VT (V6). Een stollingsstoornis kan door de aanvullende diagnostiek worden uitgesloten. Een andere arts beoordeelt de huidafwijkingen opnieuw en vindt dat de huidafwijkingen lijken op zuigzoenen. C geeft bij navragen aan dat de huidafwijkingen inderdaad zijn ontstaan door zuigzoenen die hij bij zichzelf heeft toegebracht. Hij deed dit uit nieuwsgierigheid en was verbaasd door het effect hiervan op zijn omgeving. Uiteindelijk wordt hierop de diagnose zelfbeschadiging gesteld en wordt C verwezen naar de kinder- en jeugdpsychiater, waar hij cognitieve gedragstherapie kreeg. Inmiddels is C gestopt met de zelfbeschadiging.

Aanbeveling

Elke zorgprofessional moet de klacht / het letsel beschrijven in het dossier. Als toegebracht letsel niet kan worden uitgesloten, moet het letsel ook fotografisch worden vastgelegd (zo nodig kan daarvoor verwezen worden). Zie hiervoor de kwaliteitsnormen voor richtlijnen van het Forensisch Medisch Genootschap (FMG; www.forgen.nl) en het Nederlands Forensisch Instituut (NFI; www.nederlandsforensischinstituut.nl).

(NB. Over het fotografisch vastleggen in deze aanbeveling is geen consensus bereikt met het Nederlands Huisartsen Genootschap)

Bij twijfel over toegebracht letsel, moet advies of consultatie van een arts met deskundigheid in letselduiding bij kinderen plaatsvinden (zie tabel 6.1). De vertrouwensarts van Veilig Thuis is het eerste aanspreekpunt, als deze niet beschikbaar is kan contact worden opgenomen met één van de andere organisaties met forensisch medische expertise voor kinderen.

Websites

FMG: Forensisch Medisch Genootschap www.forgen.nl

NFI: Nederlands Forensisch Instituut www.nederlandsforensischinstituut.nl

LECK: Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling www.leck.nu

FPKM: Forensische Polikliniek Kindermishandeling www.fpkm.nl

Hoofdstuk 7. Veiligheid kind waarborgen

Consensusvraag

Hoe de veiligheid van het kind te waarborgen?

- a. Wanneer moet contact worden opgenomen met Veilig Thuis?
- b. Wat te doen in acuut onveilige situaties?

Achtergrond

Veilig Thuis (VT) is een samenvoeging van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en het Steunpunt Huiselijk Geweld. VT is een regionale organisatie waar slachtoffers, ouders, omstanders en professionals terecht kunnen voor deskundige hulp en advies en voor het doen van een melding met betrekking tot kindermishandeling en huiselijk geweld. De organisatie geeft advies, biedt ondersteuning, onderzoekt meldingen, doorbreekt onveilige situaties en zet mensen in beweging. Ze biedt perspectief op een betere situatie.

De vertrouwensarts van VT is het eerste aanspreekpunt om een vermoeden van toegebracht letsel aan voor te leggen. De laatste jaren neemt het aantal meldingen en het aantal adviesaanvragen bij VT toe (6). Handvatten wanneer contact moet worden opgenomen met VT om de veiligheid van het kind te waarborgen, zijn derhalve van essentieel belang.

Zoeken en selecteren literatuur

Er is gebruikgemaakt van het *Medisch handboek Kindermishandeling* (19), de *KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld* (41) en de wet- en regelgeving in Nederland. Tevens is gebruikgemaakt van de site van het Nederlands Jeugdinstituut (www.nji.nl) en de landelijke site van VT (www.vooreenveiligthuis.nl).

Onderbouwing

Meldcode

Sinds juli 2013 is in Nederland de *Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* van kracht (43). Deze wet voorziet erin dat elke beroepsgroep die met ouders of kinderen werkt over een protocol beschikt waarnaar gehandeld moet worden bij signalen van kindermishandeling. Voor artsen is de bestaande *KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld* in 2008 geactualiseerd en zijn huiselijk geweld in 2012 en de kindcheck in 2014 hieraan toegevoegd.

In het stappenplan in de *KNMG-meldcode* is weergegeven hoe artsen moeten handelen bij een vermoeden van kindermishandeling (figuur 7.1) (44). De oranje stappen, waaronder advies vragen aan (de vertrouwensarts van) VT, zijn verplichte stappen. Als uitwerking is voor huisartsen en -organisaties de 'Toolkit Aanpak kindermishandeling en huiselijk geweld in de huisartsenzorg' beschikbaar³.

Door het stappenplan in de *KNMG-meldcode* te volgen zijn artsen in staat om zorgvuldig en consequent te handelen wanneer zij onveilige situaties in gezinnen vermoeden. De medisch professional maakt zelf de afweging om het beroepsgeheim te doorbreken en te melden; er geldt een meldrecht, geen meldplicht. Bij het besluit niet te melden, neemt de professional wel de verantwoordelijkheid op zich om zelf hulp te organiseren en te monitoren, totdat deze verantwoordelijkheid door een ander is overgenomen. Dit valt onder de zorgplicht van de professional zoals beschreven in de *WGBO* en de *KNMG-meldcode*.



Figuur 7.1 Stappenplan KNMG-meldcode bij vermoedens van kindermishandeling. **NB.** Per 1-1-2015 is het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) samengegaan met het Steunpunt Huiselijk Geweld onder de naam Veilig Thuis.

Contact met Veilig Thuis

Er zijn meerdere redenen om contact op te nemen met VT, onder andere:

1. de veiligheid van het kind;
2. de vraag om letselduiding (voor Duiding van het letsel/de klacht: zie hoofdstuk 6).

Bij iedere vorm van twijfel aan de veiligheid van het kind moet contact worden opgenomen met VT. In het geval van letsel is contact op zo kort mogelijke termijn te prefereren, aangezien letsels kunnen genezen en verdwijnen.

Wanneer een vermoeden bestaat van kindermishandeling, is de veiligheid van het kind eerste prioriteit (19). Hierbij moet worden nagegaan of het kind nu en straks thuis veilig is. Drie punten staan hierbij centraal:

1. Potentieel levensbedreigende situatie of direct gevaar voor het kind.
Schakel bij **acuut gevaar**, wat niet af te wenden is, de Raad voor Kinderbescherming of de politie in (44).
2. Veiligheidsrisico's voor het kind in de nabije toekomst.
3. Basale voorwaarden voor gezonde en veilige ontwikkeling van het kind*.

* Basale voorwaarden zijn onder te verdelen in de volgende categorieën:

- voldoende verzorging, eten, medische zorg;
- ontwikkelingsstimulering;
- positief pedagogisch klimaat;
- affectieve zorg.

Bij vermoedens van kindermishandeling is de veiligheid van het kind in het geding en moet hiervan een inschatting gemaakt worden, zo nodig met behulp van een risicotaxatie-instrument. Risicofactoren op zich zijn geen reden voor een melding, tenzij ze een concrete bedreiging van de veiligheid vormen en de vermoedens van kindermishandeling versterken. Denk bijvoorbeeld aan ouderfactoren (zie ook de kindcheck).

VT zal de veiligheid van het kind onderzoeken volgens het officiële handelingsprotocol en met gebruik van een risicotaxatie-instrument. Indien noodzakelijk wordt er een acuut veiligheidsplan gemaakt alvorens het onderzoek start.

Contact met VT kent twee opties: advies vragen en melden.

1. Advies vragen aan Veilig Thuis

Bij elk vermoeden van kindermishandeling en huiselijk geweld en iedere vorm van twijfel over de veiligheid van een kind moet advies gevraagd worden bij Veilig Thuis. Bij de vertrouwensarts van VT kan men terecht met verschillende vragen over het letsel, de toedracht en andere opvallende bevindingen tijdens het contact met het kind en de ouders. VT zal met de beller kijken naar de risico's en hoe deze risico's af te wenden zijn. Tevens wordt altijd geadviseerd met een collega te overleggen. Bij het vragen van advies wordt alleen de naam van de adviesvrager vastgelegd. De persoonsgegevens van kind en ouder(s) blijven anoniem. De adviesvrager blijft zelf verantwoordelijk voor het kind of gezin waarover hij belt. Artsen moeten zelfs eerst advies vragen volgens stap 2 van de KNMG-meldcode.

2. Melden bij Veilig Thuis

Bij ernstige zorgen over de veiligheid van het kind of andere kinderen in het gezin, zoals bij een vermoeden van kindermishandeling, kan een melding gedaan worden bij VT. Bij een melding worden de persoonsgegevens van het kind en de ouder(s) kenbaar gemaakt aan VT. Hiermee wordt het beroepsgeheim zoals vastgelegd in de WGBO doorbroken. Het doorbreken van het beroepsgeheim is toegestaan onder bepaalde voorwaarden (zie hoofdstuk 8) (41). De KNMG-meldcode schrijft voor dat het gezin op de hoogte gesteld wordt van de melding. Tenzij door de melding gevaar dreigt voor de veiligheid van het kind en/of de melder zelf. In dat geval is overleg met VT nodig om een plan van aanpak te maken hoe en door wie het gezin wordt geïnformeerd over de melding. Een goede voorbereiding van het gesprek met het gezin is van groot belang. Benoem de zorgen zo veel mogelijk feitelijk en concreet.

Bij het maken van een melding kan een professionele melder bij uitzondering anoniem blijven voor het gemelde kind/gezin. Dit kan alleen wanneer de veiligheid van het kind of van hemzelf ernstig bedreigd wordt bij het vrijgeven van identiteit of wanneer de vertrouwensrelatie met kind/ouders ernstig wordt bedreigd.

Aanleidingen om te melden, kunnen een (aanhoudend) vermoeden van kindermishandeling zijn, het ontkennen van de problemen door de ouders of het afhouden van hulp. Als de problematiek helder is en er bereidheid is tot het accepteren van hulp dan zal VT zo snel mogelijk over dragen aan de eerste lijn (huisarts, jeugdgezondheidszorg) of naar een buurtteam³. Indien dat niet mogelijk is zal VT eerst onderzoek doen naar het vermoeden van kindermishandeling. Bij geconstateerde onveiligheid zal een plan worden gemaakt om deze te herstellen en bij weigering hiervan zal afgewogen worden of een kinderbeschermingsmaatregel nodig is.

VT zal bij melding een triage uitvoeren om te beoordelen welke spoed en welke expertise nodig is om in te grijpen teneinde de fysieke en emotionele veiligheid van gezinsleden direct en op termijn te borgen (45). Uiteraard zal VT daar ook het oordeel van de melder bij betrekken.

Als de melding vanuit de spoedeisende medische zorg geaccepteerd is, neemt VT in de meeste gevallen de verantwoordelijkheid voor de veiligheid van het kind over. De melder blijft verantwoordelijk voor de medische zorg.

Vanuit de spoedeisende medische zorg contact opnemen met Veilig Thuis

De situatie in de spoedeisende medische zorg vraagt om snelle besluitvorming en acties. De tijd om het stappenplan conform de KNMG-meldcode uit te voeren, is beperkt. Als in de spoedeisende medische zorg situatie wordt besloten om te melden bij VT, zal dit volgens de intern afgesproken procedures moeten gebeuren (meestal zal dit schriftelijk zijn). In acute situaties wordt direct gebeld met VT.

Indien het geen acute situatie betreft en een melding op dit moment niet noodzakelijk is, kan gekozen worden om de zorgen over te dragen aan de eigen huisarts (zie ook de LESA Kindermishandeling: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/kindermishandeling.pdf). Hierbij moet wel duidelijk de verantwoordelijkheid worden overgedragen, zoals beschreven in hoofdstuk 8. Conform de 'Veldnorm kindermishandeling en huiselijk geweld voor ziekenhuizen', moeten ziekenhuizen intern afspraken maken over hoe in de spoedeisende medische zorg omgegaan wordt met signalen van (mogelijke) kindermishandeling en twijfels over de veiligheid in het gezin (46). Het is in dit kader van belang om goed op de hoogte te zijn van lokale en regionale afspraken.

Desondanks geldt altijd: bij twijfel over de veiligheid van het kind, moet contact opgenomen worden met VT.

Nadere letselduiding

Het kan nodig zijn om bij een vermoeden van toegebracht letsel ook een forensische beoordeling te laten plaatsvinden. Tot op welk niveau dat moet gebeuren, hangt van de casus af. Het gaat zowel om het duiden van het letsel als soms ook om juridische verslaglegging ten behoeve van een strafrechtelijk traject. De behandelend arts zal zich daarover een mening moeten vormen. Hij kan daarover advies vragen aan onder andere de vertrouwensarts van VT (zie verder ook hoofdstuk 6). In de KNMG-meldcode is sinds 2014 uitdrukkelijk in de mogelijkheid van FMEK voorzien: de toelichting bij stap 2 vermeldt: 'Als u behoefte heeft aan meer duidelijkheid over (aard en oorzaak van) letsel kunt u een deskundige op het gebied van letselduiding inschakelen'.

Verwaarlozing, andere bevindingen en contact met Veilig Thuis

Naast fysieke letsels, zijn soms ook signalen van andere vormen van kindermishandeling waar te nemen zoals verwaarlozing (fysiek en affectief, pedagogisch), psychische mishandeling, vermoeden van *pediatric condition falsification* (voorheen bekend als: Münchhausen-by-proxy) of seksueel misbruik, waar te nemen in de spoedeisende medische zorg. Het gaat niet alleen om uiterlijke kenmerken, maar ook om gedrag en bejegening. Deze signalen kunnen ook reden zijn om contact op te nemen met VT.

Conclusie

Advies vragen aan Veilig Thuis moet bij iedere vorm van twijfel over de veiligheid van het kind.

Overwegingen

Hoe meer informatie bekend is, des te beter VT in staat is een inschatting te maken van de ernst en urgentie. Denk aan informatie omtrent toedracht en omstandigheden, achtergrond van de patiënt en het gezin en verzamelde feiten. Eerdere meldingen zijn geen reden om niet opnieuw te melden; alle (nieuwe) feiten kunnen bijdragen aan de inschatting van de veiligheid van het kind.

Aanbevelingen

Bij een vermoeden van kindermishandeling, moeten de stappen van de meldcode gevolgd worden.

Advies vragen aan Veilig Thuis moet bij iedere vorm van twijfel over de veiligheid van het kind.

Referenties

Medisch handboek kindermishandeling (19)

KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld (2014) (41)

Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (43)

Hoofdstuk 8. Verantwoordelijkheid

Consensusvraag

Wie heeft verantwoordelijkheid bij een vermoeden van kindermishandeling?

Achtergrond

In de spoedeisende medische zorg zijn de contactmomenten vaak kort en zonder follow-up. Indien er follow-up plaatsvindt, is dit zelden bij dezelfde zorgprofessional. Bij een vermoeden van kindermishandeling is het belangrijk om stil te staan bij wie de verantwoordelijkheid voor de veiligheid van het kind draagt.

Zoeken en selecteren literatuur

Er is gebruikgemaakt van de wet- en regelgeving in Nederland: *Wet op geneeskundige behandelingsovereenkomst, Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en de Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.*

Onderbouwing

Wettelijke eisen

In de *Wet op geneeskundige behandelingsovereenkomst* (WGBO) is het beroepsgeheim van de hulpverlener vastgelegd. Het meldrecht voorziet erin dat de hulpverlener binnen bepaalde zorgvuldigheidseisen het beroepsgeheim kan doorbreken en bijvoorbeeld een melding kan doen bij Veilig Thuis (VT) wanneer sprake is van (een vermoeden van) kindermishandeling. Het meldrecht is vastgelegd in de *Wet maatschappelijke ondersteuning 2015*; op grond van deze wet mogen beroepsbeoefenaren met een beroepsgeheim zonder toestemming gegevens verstrekken aan VT als dat noodzakelijk is om kindermishandeling te stoppen of een redelijk vermoeden daarvan te laten onderzoeken. Voor gegevensverstrekking aan andere 'derden' die niet bij de behandeling betrokken zijn (bijvoorbeeld politie, justitie, beroepskrachten), geldt geen meldrecht. Om dan het beroepsgeheim te mogen doorbreken en gegevens te verstrekken, moet onder andere sprake zijn van een conflict van plichten. Voor artsen is een uitgebreide beschrijving hierover te vinden in de KNMG-meldcode (41).

Verantwoordelijkheid

De hoofdbehandelaar van het kind in de spoedeisende medische zorg is verantwoordelijk voor de (medische) zorg. Onder zorg wordt ook het (laten) uitzoeken van een vermoeden van kindermishandeling verstaan. De hoofdbehandelaar kan de medische zorg en de zorgen expliciet overdragen aan een andere zorgprofessional, zoals de huisarts (dagpraktijk) van het kind of een kinderarts in de tweede of derde lijn. Indien het geen acute situatie betreft en een melding op dit moment niet noodzakelijk is om het kind veilig te stellen, kan gekozen worden de zorgen over te dragen aan de eigen huisarts (zie ook de LESA Kindermishandeling: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/kindermishandeling.pdf). De zorgen worden bij voorkeur schriftelijk overgedragen. Een mondelinge toelichting en overdracht is altijd noodzakelijk. Daarbij moet afgesproken worden wie verantwoordelijk is en blijft voor de veiligheid van het kind. Tevens is het van belang af te stemmen wat exact met ouders en kind is gecommuniceerd, zodat de volgende behandelaar daarbij kan aansluiten.

Indien een melding bij VT wordt gedaan en de melding leidt tot een onderzoek, dan wordt in het overleg met VT afgesproken wie verantwoordelijk is voor de veiligheid van het kind binnen het gezin. Bij meldingen vanuit de spoedeisende medische zorg zal de verantwoordelijkheid in de meeste gevallen door VT worden overgenomen. De melder is zelf verantwoordelijk voor de communicatie met de ouders en blijft verantwoordelijk voor de medische zorg.

Wanneer andere bij het kind betrokken professionals een vermoeden van kindermishandeling hebben, kan dit met de hoofdbehandelaar overlegd worden. Indien deze professionals hun vermoeden van kindermishandeling bespreken met de hoofdbehandelaar, maar daarin niet gehoord worden, kunnen ook zij hun vermoeden toetsen (bijvoorbeeld bij de aandachtsfunctionaris kindermishandeling of bij VT) en zo nodig stappen ondernemen volgens de meldcode. Uiteraard verdient melden in overleg met de hoofdbehandelaar altijd de voorkeur.

Intern kunnen afspraken gemaakt zijn over verantwoordelijkheid. Zo kan een aandachtsfunctionaris kindermishandeling de meldingen bij VT op zich nemen, of een speciaal team kinderartsen. De zorgprofessional moet op de hoogte zijn van interne afspraken rondom signalering, aanpak van (een vermoeden van) kindermishandeling en verantwoordelijkheid. Volgens de veldnorm kindermishandeling en huiselijk geweld voor ziekenhuizen, is de Raad van Bestuur van ziekenhuisorganisaties de eindverantwoordelijke voor beleid rondom (vermoedens van) kindermishandeling, en moeten afspraken over verantwoordelijkheid schriftelijk zijn vastgelegd.

Handelingsprotocol

Een handelingsprotocol kindermishandeling is een protocol dat aansluit bij het dagelijks werk van de professional (47). Dit is dus per beroepsgroep/functie verschillend, maar kan ook nog per regio of instelling verschillen. Een handelingsprotocol per specifieke beroepsgroep in een specifieke regio kan precies inspelen op de benodigde informatie voor de professional. Zo zal het handelingsprotocol voor de triagisten op de HAP verschillen van het handelingsprotocol van de kinderarts op de SEH. Hieronder is puntsgewijs aangegeven waar een handelingsprotocol aan zou moeten voldoen (www.kmpro.nl) (47):

- Het protocol moet aansluiten bij het dagelijkse werk van de professional. Het protocol moet specifiek zijn, toegesneden op de beroepsgroep/functie en flexibel. Er moet ruimte zijn voor praktische informatie, zoals de namen en telefoonnummers van mensen die gebeld kunnen worden voor advies, collegiaal overleg of melding.
- Het protocol moet snel toegankelijk zijn. Dus als er een vermoeden van kindermishandeling is en het is onduidelijk wat 'er ook alweer moet gebeuren', dan kan de functie in de eigen organisatie opgezocht worden en dan kan in één oogopslag (terug)gelezen worden welke stappen gezet moeten worden.
- Er is ook ruimte voor achtergrondinformatie, zoals 'hoe ga ik in gesprek met ouders en kinderen', 'tips over de communicatie met allochtone gezinnen', et cetera.
- Het protocol kan gekoppeld worden aan de gegevens van de sociale kaart van de eigen regio.
- Het is een protocol in beweging: nieuwe ontwikkelingen kunnen gemakkelijk worden toegevoegd en aangepast.
- Datering van het protocol plus vermelding van de termijn waarop een update zal plaatsvinden, is opgenomen.
- Het protocol voldoet aan de eisen van de *Wet meldcode* en is gebaseerd op de competentieprofielen van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Een voorbeeld van een handelingsprotocol voor HAP's is te vinden in appendix 5 (Primair Huisartsenposten).

Wet verplichte meldcode 2013

In de *Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* (2013) staat omschreven dat instellingen de plicht hebben om (1) te beschikken over een meldcode die aan de wettelijke eisen voldoen, en (2) om de kennis en het gebruik van de meldcode binnen de eigen organisatie te bevorderen (14). Bij dit laatste punt kan gedacht worden aan:

- een terugkerend aanbod van trainingen en andere vormen van deskundigheidsbevordering zodat beroepskrachten voldoende kennis en vaardigheden ontwikkelen en ook op peil houden voor het signaleren van huiselijk geweld en kindermishandeling en voor het zetten van de stappen van de code;
- opnemen van de meldcode in het inwerkprogramma van nieuwe medewerkers; beschikbaarheid van voldoende deskundigen om de beroepskrachten te ondersteunen bij het signaleren en het zetten van de stappen van de code;
- evaluatie van de meldcode op regelmatige basis en de bereidheid om, indien nodig, actie te ondernemen om de kennis over en het gebruik van de meldcode te bevorderen.

Aanbevelingen

De zorgprofessional en instelling stellen zich op de hoogte van interne en regionale afspraken rondom signalering, aanpak van (een vermoeden van) kindermishandeling en verantwoordelijkheid.

Een uitwerking van de meldcode in een handelingsprotocol kindermishandeling per werksituatie is verplicht.

Referenties

Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (14)

Veldnorm kindermishandeling en huiselijk geweld voor ziekenhuizen (46)

Handelingsprotocol – digitale meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld (47)

Referenties

1. Verheij R, Hoogen H van den. Vooral kinderen op de huisartsenpost. Een verkenning van de mogelijkheden van een registratienetwerk van huisartsenposten. *Huisarts Wet.* 2006;49:337-8.
2. Sittig JS. Child abuse: the value of systematic screening at Emergency Rooms. Ridderkerk: Ridderprint BV; 2015.
3. Gijsen R, Kommer GJ, Bos N, Stel H van. Wie maken vooral gebruik van acute zorg? *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.* 22-3-2012. Bilthoven: RIVM; 2012.
4. Louwers EC, Korfage IJ, Affourtit MJ, Scheewe DJ, Merwe MH van de, Vooijs-Moulaert AF, et al. Effects of systematic screening and detection of child abuse in emergency departments. *Pediatrics.* 2012 Sep;130(3):457-64.
5. Goren SS, Raat AC, Broekhuijsen-van Henten DM, Russel IM, Stel H van, Schrijvers AJP. Kindermishandeling vaak niet herkend op de Huisartsenpost. Retrospectief statusonderzoek bij mishandelde kinderen. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2009;153:B89.
6. Advies en Meldpunt Kindermishandeling. AMK in cijfers 2013. Utrecht: Jeugdzorg Nederland; 2013.
7. Louwers EC, Korfage IJ, Affourtit MJ, Ruige M, Elzen AP van den, Koning HJ De, et al. Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments. *Child Abuse Negl.* 2014 Jul;38(7):1275-81.
8. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Huisartsenposten onvoldoende alert op kindermishandeling. Inventariserend onderzoek naar de kwaliteit van de signalering van kindermishandeling op huisartsenposten. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport; 2010.
9. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Kwaliteitsindicatoren 2011 Basisset ziekenhuizen. Utrecht: IGZ; 2011.
10. Alink L, IJzendoorn R van, Bakermans-Kranenburg M, Vogels T, Euser S. De Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2010). Kindermishandeling in Nederland Anno 2010. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport; 2011.
11. Lamers-Winkelmann F, Slot NW, Bijl B, Vijlbrief AC. Scholieren over mishandeling; resultaten van een landelijk onderzoek naar de omvang van kindermishandeling onder leerlingen van het voortgezet onderwijs. Amsterdam: PI Research, Vrije Universiteit Amsterdam, Faculteit der Psychologie en Pedagogiek, WODC; 2007.
12. Louwers EC, Affourtit MJ, Moll HA, Koning HJ De, Korfage IJ. Screening for child abuse at emergency departments: a systematic review. *Arch Dis Child.* 2010 Mar;95(3):214-8.
13. Sittig JS, Uiterwaal CS, Moons KG, Nieuwenhuis EE, Putte EM van de. Child abuse inventory at emergency rooms: CHAIN-ER rationale and design. *BMC Pediatr.* 2011 Oct 18;11:91.
14. Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Stappenplan voor het handelen bij signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport; 2013.
15. Baartman H. Het begrip kindermishandeling: pleidooi voor een herbezinning en voor bezonnen beleid. *Tijdschrift Kindermishandeling en huiselijk geweld;* 2010.
16. Maguire S, Mann M. Systematic reviews of bruising in relation to child abuse - what have we learnt: an overview of review updates. *Evid Based Child Health.* 2013 Mar 7;8(2):255-63.
17. Terwee CB, Jansma EP, Riphagen II, Vet HC de. Development of a methodological PubMed search filter for finding studies on measurement properties of measurement instruments. *Qual Life Res.* 2009 Oct;18(8):1115-23.
18. Hoytema van Konijnenburg EM, Teeuw AH, Zwaard SA, Lee JH van der, Rijn RR van. Screening methods to detect child maltreatment: high variability in Dutch emergency departments. *Emerg Med J.* 2014 Mar;31(3):196-200.
19. Putte EM van de, Lukkassen IMA, Russel IMB, Teeuw AH. Medisch handboek kindermishandeling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2013.
20. Teeuw AH, Derkx BH, Koster WA, Rijn RR van. Educational paper: Detection of child abuse and neglect at the emergency room. *Eur J Pediatr.* 2012 Jun;171(6):877-85.
21. Putte EM van de. Effectiviteit van een signaleringsprocedure kindermishandeling op de huisartsenposten in Midden-Nederland. Den Haag: ZonMW [lopend onderzoek, 2015].
22. Hoytema van Konijnenburg EM, Teeuw AH, Sieswerda-Hoogendoorn T, Leenders AG, Lee JH van der. Insufficient evidence for the use of a physical examination to detect maltreatment in children without prior suspicion: a systematic review. *Syst Rev.* 2013;2:109.

23. Newton AS, Zou B, Hamm MP, Curran J, Gupta S, Dumonceaux C, et al. Improving child protection in the emergency department: a systematic review of professional interventions for health care providers. *Acad Emerg Med*. 2010 Feb;17(2):117-25.
24. Smeekens AE, Broekhuijsen-van Henten DM, Sittig JS, Russel IM, Cate OT ten, Turner NM, et al. Successful e-learning programme on the detection of child abuse in emergency departments: a randomised controlled trial. *Arch Dis Child*. 2011 Apr;96(4):330-4.
25. Jordan KS, Moore-Nadler M. Children at risk of maltreatment: identification and intervention in the emergency department. *Adv Emerg Nurs J*. 2014 Jan;36(1):97-106.
26. McEvoy MM, Butler B, MacCarrick G, Nicholson AJ. Virtual patients: an effective educational intervention to improve paediatric basic specialist trainee education in the management of suspected child abuse? *Ir Med J* 2011 Sep;104(8):250-2.
27. The Royal College of Radiologists/Royal College of Paediatrics and Child Health. Standards for radiological investigations of suspected non-accidental injury. Londen: Royal College of Paediatrics and Child Health; 2008.
28. Maguire S, Moynihan S, Mann M, Potokar T, Kemp AM. A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. *Burns*. 2008 Dec;34(8):1072-81.
29. Kemp AM, Maguire SA, Lumb RC, Harris SM, Mann MK. Contact, cigarette and flame burns in physical abuse: a systematic review. *Child Abuse Review*. 2014;23:35-47.
30. Bilo RAC, Robben SGF, Rijn RR van. Forensische aspecten van fracturen op de kinderleeftijd. Zwolle: Isala; 2009.
31. Maguire SA, Cowly L, Mann M, Kemp AM. What does the recent literature add to the identification and investigation of fractures in child abuse: an overview of review updates 2005-2013. *Evid-based Child Health*. 2013;8:2044-57.
32. Kemp AM, Dunstan F, Harrison S, Morris S, Mann M, Rolfe K, et al. Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. *BMJ*. 2008;337:a1518.
33. Prosser I, Maguire S, Harrison SK, Mann M, Sibert JR, Kemp AM. How old is this fracture? Radiologic dating of fractures in children: a systematic review. *AJR Am J Roentgenol*. 2005 Apr;184(4):1282-6.
34. Kleinman PK. Diagnostic imaging of child abuse. St. Louis: Mosby; 1998.
35. Kemp AM, Butler A, Morris S, Mann M, Kemp KW, Rolfe K, et al. Which radiological investigations should be performed to identify fractures in suspected child abuse? *Clin Radiol*. 2006 Sep;61(9):723-36.
36. Kemp AM. Fractures in physical child abuse. *Paediatrics Child Health*. 2008;18(12):550-3.
37. Maguire S. Bruising as an indicator of child abuse: when should I be concerned? *Paediatr Child Health*. 2008;18(12):545-9.
38. Richtlijn Blauwe plekken bij kinderen. Beoordeling van blauwe plekken in relatie tot een vermoeden van kindermishandeling. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde; 2015.
39. Maguire S, Pickerd N, Farewell D, Mann M, Tempest V, Kemp AM. Which clinical features distinguish inflicted from non-inflicted brain injury? A systematic review. *Arch Dis Child*. 2009 Nov;94(11):860-7.
40. Kemp AM. Abusive head trauma: recognition and the essential investigation. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2011 Dec;96(6):202-8.
41. KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld. Utrecht: Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst; 2014.
42. Multidisciplinaire richtlijn Familiaal huiselijk geweld bij kinderen en volwassenen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie; 2009.
43. Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Beschikbaar via <http://wetten.overheid.nl/BWBR0033723/>. Geraadpleegd op 8 aug 2014.
44. Stappenplan Kindermishandeling. Utrecht: Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst; 2014.
45. Vogtlander L, Arum S van. Triage Veilig Thuis. Bij huiselijke geweld, kindermishandeling en seksueel misbruik. GGD GHOR Nederland; 2015.
46. Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulp Artsen, Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen, Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, Vereniging Vertrouwensartsen inzake Kindermishandeling. Veldnorm kindermishandeling en huiselijk geweld voor ziekenhuizen. Den Haag: 2013.
47. Handelingsprotocol - digitale meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld. 2015. Beschikbaar via: <http://www.handelingsprotocol.nl/>

Appendix 1 Zoektermen

1-1 Zoektermen uitgangsvraag 1 en 2	60
1-2 Zoektermen uitgangsvraag 3	61

1-1 Zoektermen uitgangsvraag 1 en 2

	Zoektermen	Aantal
1	exp emergency ward/	7.0151
2	((casualty or emergency or trauma) adj (centre or center or department or dept or departments or hospital or room* or service* or unit or units or ward or wards)).ti,ab,kw.	11.0958
3	AED.ti,ab,kw.	7.526
4	"A&E".ti,ab,kw.	24.172
5	or/1-4 [emergency department]	15.7974
6	exp child abuse/	29.633
7	exp shaken baby syndrome/	724
8	exp battered child syndrome/	1.213
9	(child* adj7 (abuse* or neglect or protection or deprivation or maltreatment or mistreatment or non-accidental or abusive abdominal trauma or non-accidental)).ti,ab,kw.	29.382
10	(inflicted adj3 injur* adj5 child).ti,ab.	34
11	shaken baby.ti,ab.	662
12	(battered adj3 (child or baby)).ti,ab.	715
13	(domestic violence adj7 child).ti,ab.	295
14	or/6-13 [child abuse]	42.325
15	exp mass screening/ or exp screening/	501.402
16	exp checklist/	9.773
17	exp psychometry/	67.004
18	exp outcome assessment/	268.050
19	exp practice guideline/	329.749
20	exp validation study/	46.987
21	exp comparative study/	1.056.448
22	(psychometr* or clinimetr* or clinometr* or outcome assessment or outcome measure* or checklist or screening or scale or score or instrument\$).ti,ab,kw.	1.7404.84
23	or/15-22 [measurement instruments]	3.384.920
24	5 and 14 and 23	237

1-2 Zoektermen uitgangsvraag 3

	Zoektermen	Aantal
1	exp emergency ward/	70.349
2	((casuatly or emergency or trauma) adj (centre or center or department or dept or departments or hospital or room* or service* or unit or units or ward or wards)).ti,ab,kw.	111.197
3	AED.ti,ab,kw.	7.531
4	"A&E".ti,ab,kw.	24.208
5	or/1-4 [emergency department]	158.295
6	exp child abuse/	29.659
7	exp shaken baby syndrome/	724
8	exp battered child syndrome/	1.213
9	(child* adj7 (abuse* or neglect or protection or deprivation or maltreatment or mistreatment or non-accidental or abusive abdominal trauma or non-accidental)).ti,ab,kw.	29.408
10	(inflicted adj3 injur* adj5 child).ti,ab.	34
11	shaken baby.ti,ab.	662
12	(battered adj3 (child or baby)).ti,ab.	715
13	(domestic violence adj7 child).ti,ab.	297
14	or/6-13 [child abuse]	42.362
15	5 and 14	867
16	education/ or continuing education/ or education program/ or health education/ or in service training/ or lifelong learning/ or refresher course/ or teaching/ or vocational education/	511.287
17	(education or training or workshop or seminar).ti,ab.	712.552
18	(guideline? adj2 (introduc\$ or issu\$ or impact or effect? or disseminat\$ or distribut\$)).tw.	5.223
19	((program or guideline\$) adj5 (implement\$ or adher*)).ti,ab.	35.461
20	or/16-19 [training]	1.022.278
21	15 and 20	147

Appendix 2 Critical appraisal form Richtlijn Signalering kindermishandeling

Critical appraisal form Richtlijn Signalering kindermishandeling

*Vereist

1. Reviewers name *

2. Date *

Voorbeeld: 15 december 2012

3. Selection for *

Markeer slechts één ovaal.

Instruments/tools

Education

4. Name author article + publication year *

e.g. Jansen 2011

5. Title article *

6. Study type *

Markeer slechts één ovaal.

Case-control

Cross-sectional

Interrupted time series

Uncontrolled before and after study

Prospective cohort/longitudinal

Retrospective cohort study

Case-series

Case-study

Qualitative research

Systematic review

RCT

7. Is the study prospective or retrospective?

Markeer slechts één ovaal.

Prospective

Retrospective

8. Comparative paper or not? *

Markeer slechts één ovaal.

- Comparative paper that describes abusive/non-abusive
- Abusive only
- Non abusive only

9. What is the rank of abuse? *

How have the authors defined abuse? - Rank 1: Abuse confirmed at case conference, family, civil or criminal court proceedings, admitted by perpetrator, independently witnessed or described by victim. - Rank 2: Abuse confirmed by stated/referenced criteria including multi-disciplinary assessment. - Rank 3: Abuse defined by stated criteria. - Rank 4: Abuse stated but no supporting detail given. - Rank 5: Suspected abuse. - Mixed ranking

Markeer slechts één ovaal.

- Rank 1
- Rank 2
- Rank 3
- Rank 4
- Rank 5
- Mixed ranking
- NA

10. How have the authors defined abuse?

Please state criteria used

11. Are there any exclusion criteria present? If the answer is 'yes' (and the paper is excluded), go to the last question of critical appraisal form. *

- Does not adress key questions - Formal consensus/expert opinion/personal practices - Rank of abuse is 4 OR 5 OR mixed rank, where relevant cases cannot be extraxted nor part of original exclusion criteria - Adult only data OR mixed adult & child data, where child data cannoit be isolated - Methodologically flawed paper - Single case report.

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
- No

Quality criteria

12. Have the authors actively excluded abuse from any NON-ABUSED group? (accidental and/or organic cause)

If your study does not contain any comparative data, (concerns NAI only) please tick for all the quality criteria questions N/A.

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
- No
- N/A

13. Independently witnessed accidental cause or forensic recreation of scene

Have the authors actively excluded abuse from any NON-ABUSED group? (accidental and/or organic cause)

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 N/A

14. By confirmation of organic disease (diagnostic test and/or diagnosis from clinical profile)

Have the authors actively excluded abuse from any NON-ABUSED group? (accidental and/or organic cause)

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 N/A

15. By multi-disciplinary assessment and child protection clinical investigation

Have the authors actively excluded abuse from any NON-ABUSED group? (accidental and/or organic cause)

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 N/A

16. Consistent account of accident by the same individual over time

Have the authors actively excluded abuse from any NON-ABUSED group? (accidental and/or organic cause)

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 N/A

17. By checking either the child abuse register or records of previous abuse

Have the authors actively excluded abuse from any NON-ABUSED group? (accidental and/or organic cause)

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 N/A

18. Accidental cause / organic diagnosis stated but no detail given

Have the authors actively excluded abuse from any NON-ABUSED group? (accidental and/or organic cause)

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 N/A

19. No attempt made to exclude abuse / no detail given

Have the authors actively excluded abuse from any NON-ABUSED group? (accidental and/or organic cause)

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 N/A

Methodological quality criteria

20. Where the aims of the study clearly stated?

Methodological quality criteria

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Unclear
 N/A or I don't know

21. Was the study clearly focussed in terms of population selected, the comparative features assessed (where appropriate ie comparative studies) and outcomes considered?

Methodological quality criteria

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Unclear
 N/A or I don't know

22. Do the authors appear to have conducted a preparatory unbiased literature review or identify current state of knowledge?

Methodological quality criteria

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Unclear
 N/A or I don't know

23. Was the choice of study method appropriate?

Methodological quality criteria

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
- No
- Unclear
- N/A or I don't know

24. Are the inclusion criteria explicit?

Methodological quality criteria

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
- No
- Unclear
- N/A or I don't know

25. Have the results of the study been clearly stated?

Methodological quality criteria

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
- No
- Unclear
- N/A or I don't know

26. Are the data in the tables or graphs and the text consistent?

Methodological quality criteria

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
- No
- Unclear
- N/A or I don't know

27. Were all important outcomes/ results considered?

Methodological quality criteria

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
- No
- N/A or I don't know

28. Was the study size considered and is it unlikely to have affected the results?

Methodological quality criteria for COMPARATIVE STUDIES ONLY (eg cross sectional, case control)

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
- No
- Unclear
- N/A or I don't know

29. Was the ascertainment clearly stated?

Methodological quality criteria for COMPARATIVE STUDIES ONLY (eg cross sectional, case control)

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
- No
- Unclear
- N/A or I don't know

30. Was the comparison group appropriately chosen?

Methodological quality criteria for COMPARATIVE STUDIES ONLY (eg cross sectional, case control)

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
- No
- Unclear
- N/A or I don't know

31. Was the comparison group enrolled in the same time period and assessed in the same way as the abused group?

Methodological quality criteria for COMPARATIVE STUDIES ONLY (eg cross sectional, case control)

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
- No
- Unclear
- N/A or I don't know

32. Were the statistical methods used appropriately?

Methodological quality criteria for COMPARATIVE STUDIES ONLY (eg cross sectional, case control)

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
- No
- Unclear
- N/A or I don't know

Extra questions

33. Does the study answer one of our questions? ie instrument, validity? *

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Unclear

34. Which information from this study can be used in our guideline?

35. Key points meriting inclusion (list strengths)

Reviewer's conclusion and comments

36. Weakness, potential confounders and study limitations

Reviewer's conclusion and comments

37. Decision before CASP - Is the study included?

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Unclear

CASP Case Control Study Checklist

38. Did the study address a clearly focused issue?

CASP - Case Control Study Checklist

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

39. Did the authors use an appropriate method to answer their question?

CASP - Case Control Study Checklist

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

40. Were the cases recruited in an acceptable way?

CASP - Case Control Study Checklist

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
- No
- Can't tell

41. Were the controls selected in an acceptable way?

CASP - Case Control Study Checklist

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
- No
- Can't tell

42. Was the exposure accurately measured to minimise bias?

CASP - Case Control Study Checklist

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
- No
- Can't tell

43. What confounding factors have the authors confounded for?

CASP - Case Control Study Checklist

44. Have the authors taken account of the potential confounding factors?

CASP - Case Control Study Checklist

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
- No
- Can't tell

45. What are the results of this study?

CASP - Case Control Study Checklist

46. How precise are the results? How precise is the estimate of risk?

CASP - Case Control Study Checklist

47. Do you believe the results?

CASP - Case Control Study Checklist

Markeer slechts één ovaal. Yes No**48. Can the results be applied to the local population?**

CASP - Case Control Study Checklist

Markeer slechts één ovaal. Yes No Can't tell**49. Do the results of this study fit with other available evidence?**

CASP - Case Control Study Checklist

Markeer slechts één ovaal. Yes No Can't tell

CASP Case Cohort Study Checklist

50. Did the study address a clearly focused issue?

CASP - Case Cohort Study Checklist

Markeer slechts één ovaal. Yes No Can't tell**51. Was the cohort recruited in an acceptable way?**

CASP - Case Cohort Study Checklist

Markeer slechts één ovaal. Yes No Can't tell**52. Was the exposure accurately measured to minimise bias?**

CASP - Case Cohort Study Checklist

Markeer slechts één ovaal. Yes No Can't tell

53. Was the outcome accurately measured to minimise bias?

CASP - Case Cohort Study Checklist

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
- No
- Can't tell

54. Have the authors identified all important cofounding factors? List the ones you think might be important that the author missed by 'other'.

CASP - Case Cohort Study Checklist

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
- No
- Can't tell
- Anders: _____

55.

56. Have they taken account of the confounding factors in the design and/or analysis? List by 'other'.

CASP - Case Cohort Study Checklist

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
- No
- Can't tell
- Anders: _____

57. Was the follow up of subjects complete enough?

CASP - Case Cohort Study Checklist

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
- No
- Can't tell

58. Was the follow up of subjects long enough?

CASP - Case Cohort Study Checklist

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
- No
- Can't tell

59. What are the results of this study?

CASP - Case Cohort Study Checklist

60. How precise are the results?

CASP - Case Cohort Study Checklist

61. Do you believe the results?

CASP - Case Cohort Study Checklist

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
- No
- Can't tell

62. Can the results be applied to the local population?

CASP - Case Cohort Study Checklist

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
- No
- Can't tell

63. Do the results of this study fit with other available evidence?

CASP - Case Cohort Study Checklist

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
- No
- Can't tell

64. What are the implications of this study for practice?

CASP - Case Cohort Study Checklist

CASP Qualitative research checklist

65. Was there a clear statement of the aims of the research?*Markeer slechts één ovaal.*

- Yes
- No
- Can't tell

66. Is a qualitative methodology appropriate?*Markeer slechts één ovaal.*

- Yes
- No
- Can't tell

67. **Was the research design appropriate to address the aims of the research?**

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

68. **Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?**

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

69. **Was the data collected in a way that addressed the research issue?**

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

70. **Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?**

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

71. **Have ethical issues been taken into consideration?**

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

72. **Was the data analysis sufficiently rigorous?**

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

73. **Is there a clear statement of findings?**

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

74. How valuable is the research?

CASP review checklist

75. Did the reviewer address a clearly focused question?

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

76. Did the authors look for the right type of papers?

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

77. Do you think all the important, relevant studies were included?

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

78. Did the review's authors do enough to assess the quality of the included studies?

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

79. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

80. What are the overall results of the review?

81. How precise are the results?

82. Can the results be applied to the local population?*Markeer slechts één ovaal.*

- Yes
 No
 Can't tell

83. Were all important outcomes considered?*Markeer slechts één ovaal.*

- Yes
 No
 Can't tell

84. Are the benefits worth the harms and costs?*Markeer slechts één ovaal.*

- Yes
 No
 Can't tell

CASP RCT checklist

85. Did the trial address a clearly focussed issue?*Markeer slechts één ovaal.*

- Yes
 No
 Can't tell

86. Was the assignment of patients to treatments randomised?*Markeer slechts één ovaal.*

- Yes
 No
 Can't tell

87. Were patients, health workers and study personnel blinded?*Markeer slechts één ovaal.*

- Yes
 No
 Can't tell

88. **Were the groups similar at the start of the trial?**

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

89. **Asides of the experimental intervention, where the groups treated equally?**

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

90. **Were all the patients who entered the trial properly accounted for at it's conclusion?**

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

91. **How large was the treatment effect?**

92. **How precise was the estimate of the treatment effect?**

93. **Can the results be applied to the local population?**

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

94. **Were all clinical important outcomes considered?**

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

95. **Are the benefits worth the harm and costs?**

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

CASP diagnostic test study checklist

96. **Was there a clear question for the study to address?**

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

97. **Was there a comparison with an appropriate reference standard?**

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

98. **Did all the patients get the diagnostic test and reference standard?**

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

99. **Could the results of the test have been influenced by the results of the reference standard?**

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

100. **Is the disease status of the tested population clearly described?**

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

101. **Where the methods for performing the test clearly described?**

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

102. What are the results?

103. How sure are we about the results? Consequences and costs of alternatives performed?

104. Can the results be applied to your patient or population of interest?

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

105. Can the test be applied to your patient or population of interest?

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

106. Where all outcomes important to the individual or population considered?

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

107. What would be the impact of using this test on your patients/population?

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
 No
 Can't tell

Final questions

108. **Should we include this study for our guideline? ***

Markeer slechts één ovaal.

- Yes
- No
- Unclear

109. **Extra comments?**

Mogelijk gemaakt door



Appendix 3 Summary of included literature

3-1 Screening instruments	82
3-2 Validity screening instruments	84
3-3 Education	86

3-1 Screening instruments

Study	Study type	Screening instrument	Prevalence of screening instrument	Use of screening instrument	Considerations
Hoytema van Konijnenburg et al., 2014	Systematic evaluation	SPUTOVAMO ESCAPE form SPUTOVAMO-R Other Two-step screening	12/80 (16%) 6/80 (8%) 3/80 (4%) 56/80 (73%) 28/80 (35%)	Children aged 0-17y. Other is for example a modified checklist - such as Bengel flowchart – or has not been reported in literature	Inventory of screening instruments used in ER's in the Netherlands. High response rate. Likely to have identified all screening instruments in use.
Louwers et al., 2010	Systematic review	Accident-SCAN Triage by nurses Flowchart SPUTOVAMO	-	Accident-SCAN is a checklist with 10 questions filled in by nurses with training (0-5y). Triage by nurses is checking the child protection register and assessing five indicators of risk for child abuse; children with ≥ 2 indicators are discussed with paediatric registrar (0-18y). Flowchart is a checklist with 4 questions (0-5y). SPUTOVAMO is a checklist consisting of 9 questions (0-17y).	Extended search with quality assessment of the included articles. Outcome (definition of child abuse) is different for the four study's described. Two studies were included besides the search, which were known to the reviewers. Clear overview.
Teeuw et al., 2012	Review	Checklist with risk factors (i.e. SPUTOVAMO, or a variant of this list, age, repeated ER attendance, type of injury) Routine review ER records Previous contact SS/MHS/CPS* Checklist in combination with complete physical injury Risk factors parents Risk factors pregnant women	-	Children aged 0-17y. Risk factor parents is referring all children from parents who attend the ER because of alcohol or drugs intoxication, severe psychiatric disorders or with injuries due to intimate partner violence. Risk factors pregnant women is referring all pregnant women presenting at the ER with specific well-defined psychosocial risk criteria related to drug addiction, mental insufficiency and particular social circumstances of possible relevance to problems of pregnancy and early child development.	Possible screening methods are described. No explicit inclusion criteria and no clear stated results of the study. Validity of screening instruments are unclear stated.

Screening instruments (vervolg)

Study	Study type	Screening instrument	Prevalence of screening instrument	Use of screening instrument	Considerations
Sittig et al., 2015	Research study	SPUTOVAMO-R		Revised version of the SPUTOVAMO, consisting of 6 questions with yes/no answer options.	Children with injury screened for physical abuse, injury due to neglect and need for help.
CHAIN-EL, 2015	Research study	SPUTOVAMO-R2		Revised version of the SPUTOVAMO-R for out-of-hour services, consisting of 5 questions with yes/no answer options.	

* SS is social services, MHS is mental health services, CPS is child protection services.

3-2 Validity screening instruments

Checklist	No studies	Use of screening instrument + sample size	Detection rate child abuse <i>after</i> implementation screening instrument	Detection rate child abuse <i>before</i> implementation screening instrument	Statistical association	Considerations
Accident-SCAN	1; Louwers et al. 2010, systematic review	Checklist with 10 questions filled in by nurses with training for children with trauma aged 0-5y at emergency department (ED). N=4422 children	1.13%; PPV 70% (25/36 true positives)	0.86%	OR 1.32 (95% CI 0.72-2.40), not significant	Extended search with quality assessment of the included articles. Outcome (definition of child abuse) is different for the four study's described.
Triage by nurses	1; Louwers et al., 2010, systematic review	Checking child protection register and assessing five indicators of risk for child abuse; children with ≥ 2 indicators are discussed with paediatric registrar. Filled in for children 0-18y at ED. N=2345 children	1.32%	0.22%	OR 6.0 (95% CI 1.71-21.1), significant	Two studies were included besides the search, which were known to the reviewers. Clear overview.
Benger flow chart	1; Louwers et al., 2010, systematic review	Checklist with 4 questions for children with trauma aged 0-5y at ED. N=2000 children	1.4%	0.6%	OR 2.33 (95% CI 0.89-6.1), not significant	
SPUTOVAM O	1; Louwers et al., 2010, systematic review	Checklist consisting of 9 questions filled in for children aged 0-17y at ED. N=220 children	0.1% of all children presenting at ED, with 28 cases of confirmed abuse	-		
ESCAPE form	1; Louwers et al., 2014, cohort, prospective	Checklist with 6 items addressing risk factors, which may be predictive for child abuse in any child. Filled in for children aged 0-18y at ED. N=18275 children	Sensitivity 0.80 (95% CI 0.67-0.89), specificity 0.98 (0.98-0.99), PPV 0.10 (0.08-0.14), NPV 0.99 (0.99-0.99)		OR 189.8 (95% CI 97.3-370.4) $p < 0.001$	Large sample size, clear definition of abuse. It was not mandatory to fill in the ESCAPE instrument for each patient. Selection bias possible.

Validity screening instruments (vervolg)

Checklist	No studies	Use of screening instrument + sample size	Detection rate child abuse <i>after</i> implementation screening instrument	Detection rate child abuse <i>before</i> implementation screening instrument	Statistical association	Considerations
SPUTOVAM O-R	1; Sittig et al., 2015, cohort, prospective	Revised version of the SPUTOVAMO, consisting of 6 questions with yes/no answer options. Filled in for children 0-7y at ED. N=4253 children	Sensitivity 1.00 (95% CI 0.29-1.00), specificity 0.87 (0.84-0.89), PPV 0.03 (0.01-0.09), NPV 1.00 (0.99-1.00)			Children with injury screened for physical abuse, injury due to neglect and need for help. Primary outcome was children with physical abuse. Reference standard is inflicted injury by panel decision. Clear definition of abuse.
SPUTOVAM O-R2	CHAIN-EL, 2015, cohort, prospective	Revised version of the SPUTOVAMO-R for out-of-hour services, consisting of 5 questions with yes/no answer options. Filled in for children 0-17y at out-of-hour service. N=50671 children	Sensitivity 0.15 (95% CI 0.07-0.26), specificity 0.98 (0.98-0.99), PPV 0.08 (0.04-0.15), NPV 0.99 (0.99-0.99)		OR 9.5 (95% CI 4.6-19.8) p <0.0001	All children visiting out-of-hour service. Outcome is report at child protection service in 10 month follow-up.

3-3 Education

Education	Study	Intervention + sample size	Outcome <i>after</i> education	Outcome <i>before</i> education	Statistical association	Considerations
Self-instructional kit	Newton et al., 2010, systematic review	Self-instructional kit on physical and sexual abuse for physicians. N=191 health care providers	Scores: Knowledge physical abuse 18.16 ±1.64 Knowledge sexual abuse 18.45 ±1.79	Scores: Knowledge physical abuse 13.12 ±2.36 Knowledge sexual abuse 10.81 ±3.20	$p < 0.001$ $p < 0.001$	Clearly stated outcome domains. Quality assessment included studies.
Reminder flowchart	Newton et al., 2010, systematic review	Reminder flowchart (sticker) N=2000 health care providers	Documentation of consideration NAI* 711/1000	Documentation of consideration NAI* 16/1000	$p < 0.001$	
Educational sessions and reminder flowchart	Newton et al., 2010, systematic review	Three 1-hour educational sessions and reminder flowchart filled in for children aged <36 months. N=1575 patient charts	Documentation of physical abuse	Documentation physical abuse	$p > 0.2$	
Educational program and chart checklist	Newton et al., 2010, systematic review	Educational program and chart checklist (sticker) for physicians. N=200 health care providers	Documentation of physical abuse: 97% increase Suspicion of NAI*: 59% increase			
Child abuse team and training	Newton et al., 2010, systematic review	Standard practice + child abuse team, child crisis centre, resident training. N=73 health care providers	Physician documentation of physical abuse 29/29; 100% (CAT)* 26/29; 90% (status) No improvements in documentation of injury or history	Physician documentation of physical abuse 34/44; 77.% (CAT) 29/44; 66% (status)	$p < 0.005$ $p < 0.02$	

Education (vervolg)

Education	Study	Intervention + sample size	Outcome <i>after</i> education	Outcome <i>before</i> education	Statistical association	Considerations
E-learning programme	Smeekens et al., 2011, RCT	E-learning programme for nurses containing clinical cases, video animations and interactive elements. N=25 nurses	Score on performance: 89 Score on self-efficacy: 502 Score on duration: 662	Score on performance: 71 Score on self-efficacy: 447 Score on duration: 464	$p=0.022$ $p=0.171$, -25.4 to 134.7 $p=0.017$, 39.5 to 355.2	RCT. Clearly stated primary and secondary outcomes. Only nurses with permanent contract included. High dropout rate.
Education program	Jordan et al., 2014, uncontrolled before and after study	Education program for nurses about incidence, prevalence, high-risk injuries, screening for risk factors, documentation and intervention options. N=31 nurses	100% nurses rated level of knowledge, skill set and confidence higher			Small sample size, before and after study, no information about detection rate of confirmed child abuse before and after intervention.
Virtual patient and group discussion	McEvoy et al., 2011, uncontrolled before and after study	Virtual patient and group discussion for basic specialist trainees. N=25	23/25 (92%) increased self confidence in recognizing cases 24/25 (96%) increased self confidence in reporting cases Group discussion promotes more learning than completing virtual patient alone			Small sample size. Not taken account of potential confounders.

* NAI is non-accidental injury. CAT is child abuse team.

Appendix 4 Screeningsinstrumenten

4-1 Accident-SCAN	89
4-2 Afgeleide van het Bengier Flowdiagram	90
4-3 Bengier Flowdiagram	91
4-4 ESCAPE-formulier	92
4-5 SPUTOVAMO checklist	93
4-6 SPUTOVAMO-R checklist	94
4-7 SPUTOVAMO-R2 checklist	95
4-8 SPUTOVAMO-R3 checklist	96

4-1 Accident-SCAN

The Montreal Children's Hospital Accident-SCAN (Pless et al. Child Abuse Negl. 1987).

Has the patient:

- Reported that she/he has been physically ill-treated?
- Shown evidence of neglect?
- Shown evidence of repeated injury?

Has the parent/caretaker:

- Reported that the child has been abused or neglected?
- Delayed unduly in seeking medical attention for treatment?
- Shown detachment or hostility?
- Presented contradictory history and/or unsatisfactory explanation of the injury?
- Been reluctant to give information or refused consent for further studies?
- Is there any other reason to suspect that this incident was non-accidental?
- Was a skeletal survey required?

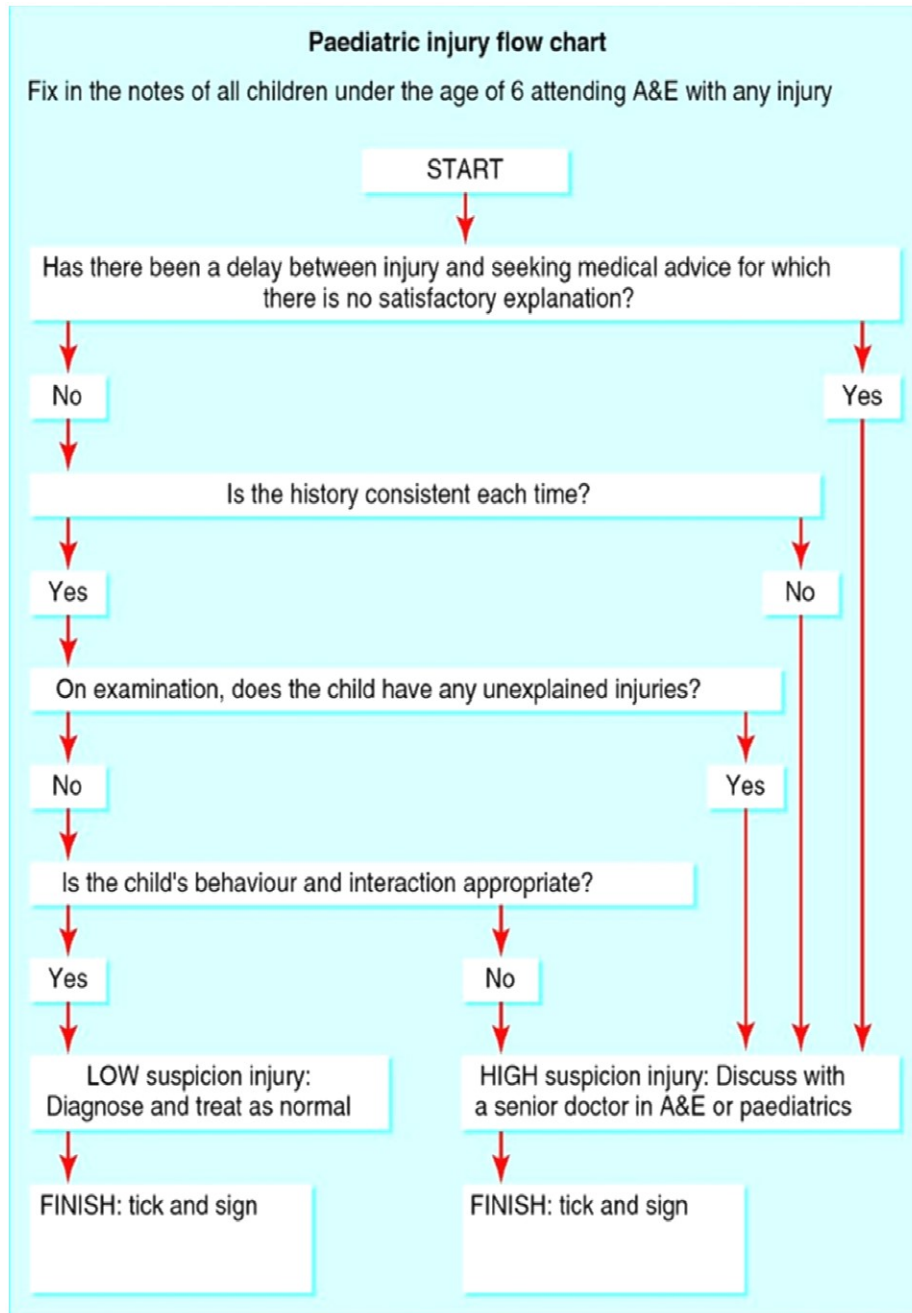
Reminder: Are the parent's explanations for the "accident" described in the medical record? Include information on: sequence of events leading to the accident (including high risk factors, crisis in the family, lack of supervision, etc): explanation for the injury (is it satisfactory or are there major discrepancies?); appropriate time at which injury occurred (was there a delay in seeking medical care?); and previous unusual accidents.

4-2 Afgeleide van het Benger Flowdiagram

	LAAG vermoeden letsel: Diagnosticeer en behandel als normaal	HOOG vermoeden letsel: Consulteer een senior SEH- arts of kinderarts
Uitstel in medische hulp zoeken zonder verklaring?	Nee	Ja
Verhaal bij herhaling consistent?	Ja	Nee
Bij lichamelijk onderzoek, onverklaarde letsels?	Nee	Ja
Is gedrag en interactie kind passend?	Ja	Nee

4-3 Benger Flowdiagram

Pediatric Injury flow chart (Benger and Pearce. BMJ. 2002).



4-4 ESCAPE-formulier

Is het verhaal consistent?	Ja / nee*
Is er uitstel in medische hulp zoeken?	Ja */ nee
Is de interactie tussen kind/ouders adequaat?	Ja / nee*
Passen de bevindingen van het top-teen onderzoek bij het verhaal?	Ja / nee*
Zijn er andere signalen die je doen twijfelen aan de veiligheid van het kind of andere familieleden? Indien ja, beschrijf de signalen.	Ja */ nee
*Indien één van deze antwoorden is geselecteerd, dan is er mogelijk een verhoogd risico op kindermishandeling en extra handelingen wordt aanbevolen.	

4-5 SPUTOVAMO checklist

Signaleringsprotocol kindermishandeling voor de acute hulp (Sputovamo)

1. Welk **S**oort letsel(s)?
2. Welke **P**laats?
Is dit een gebruikelijke plaats voor dit soort letsels?
3. Welke zijn de **U**iterlijke kenmerken?
Ziet het letsel er gebruikelijk uit?
4. Wanneer is het ongeluk gebeurd?
Klopt uiterlijk letsel met opgegeven ouderdom?
Hoeveel **T**ijd geleden? Hoeveel uur geleden?
5. Wat was de **O**orzaak van het ongeval?
Welke verklaring wordt ervoor gegeven?
Klopt deze verklaring met soort, plaats en uiterlijk van het letsel?
6. Wie was de **V**eroorzaker van het ongeval?
Is de veroorzaker meegekomen naar het Centrum Eerste Hulp?
7. Waren er **A**nderen bij aanwezig? Wie?
Zijn er getuigen meegekomen?
8. Welke **M**aatregelen werden genomen door de ouders, opvoeders, anderen?
Was de ondernomen actie adequaat? Zo nee waarom niet?
9. Welke **O**ude letsels zijn er te zien?
Is er gekeken naar oude letsels? Waren er oude letsels te zien? Welke?

Hebt u een vermoeden dat er sprake is van kindermishandeling?

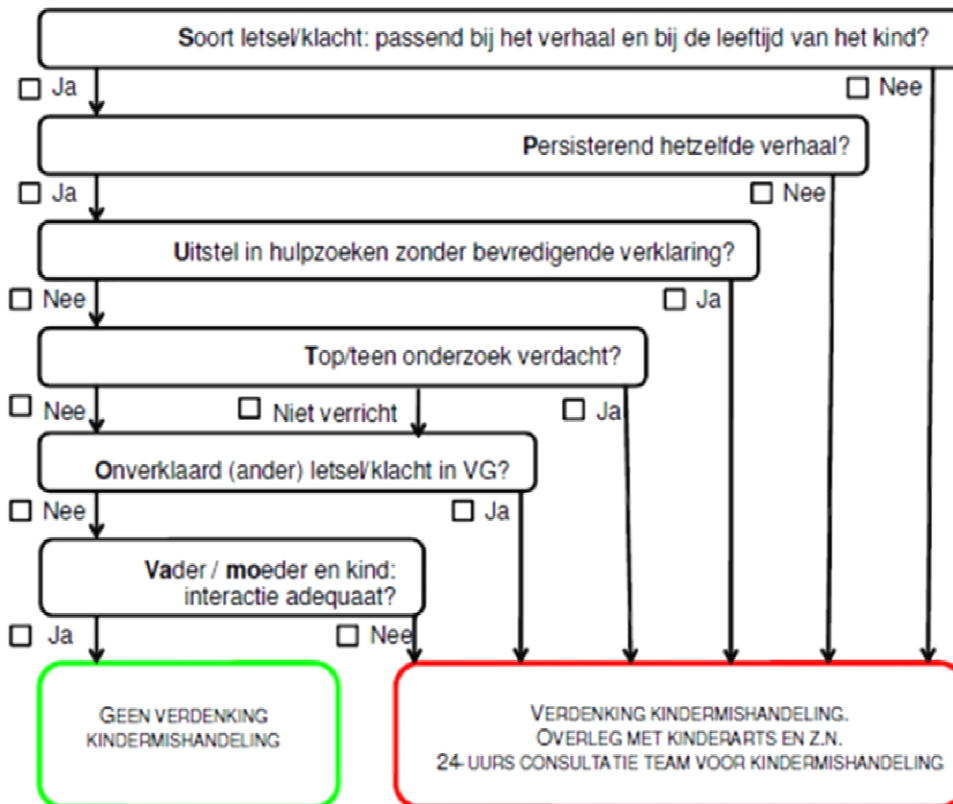
Hebt u een vermoeden dat er sprake is van verwaarlozing?

Welke actie hebt u ondernomen?

4-6 SPUTOVAMO-R checklist

SPUTOVAMO-R 0-18 jaar	
Naam: Functie: Geschoold in kindermishandeling: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Patiëntensticker
Reden van komst/diagnose: Datum en tijd: Wie vergezelt het kind:	

*Gelieve **alle** vragen in te vullen!
 Voor een uitgebreide invulhulp, zie achterzijde formulier.*



4-7 SPUTOVAMO-R2 checklist



4-8 SPUTOVAMO-R3 checklist



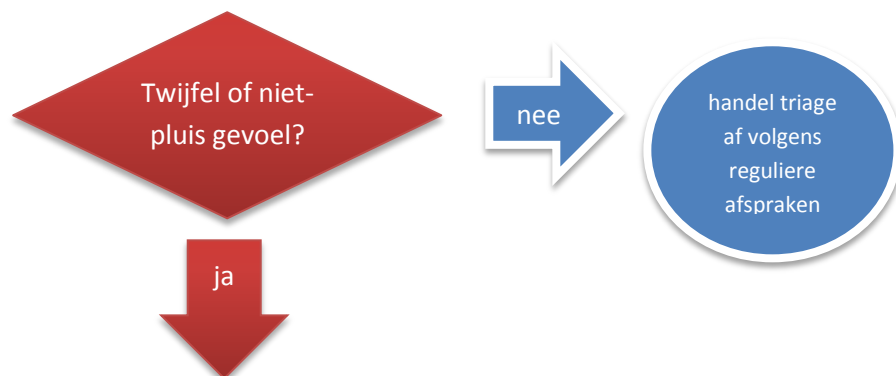
Appendix 5 Stroomschema's primair huisartsenposten

Stroomschema signaleren kindermishandeling en huiselijk geweld voor triagisten	98
Stroomschema aanpak kindermishandeling voor huisartsen op de Hap	99
Stroomschema aanpak huiselijk geweld en kindcheck voor huisartsen op de Hap	100

Bijlage: Stroomschema signaleren kindermishandeling en huiselijk geweld voor triagisten

Signaleren:

1. Heb je een pluis gevoel bij het (telefoon)gesprek?
 - Past de soort klacht of het letsel bij de situatiebeschrijving?
 - Past de beschreven klacht bij de leeftijd en ontwikkelingsniveau van het kind?
 - Reageren de ouders/melders op een manier die past bij de omstandigheden?
 - Is er uitstel in hulp zoeken zonder een bevredigende verklaring?
 - Zijn er adequate maatregelen getroffen?
 2. Kindcheck: wees alert of er kinderen aanwezig zijn bij patiënten waarbij sprake is van:
 - Huiselijk geweld
 - Ernstige psychiatrische problematiek
 - Middelenmisbruik
- Overleg in dat geval met de (regie)arts over het te volgen traject.



Vermoeden van kindermishandeling /huiselijk geweld/niet-pluisgevoel:

1. Spoor patiënt aan op consult (dubbele tijd) te komen of plan visite, tenzij er reden is om direct de politie in te schakelen
2. Noteer objectief je bevindingen in het Subjectief
3. Bespreek je bevindingen en zorgen met de regie- of dienstdoende arts

Speciale situaties:

- Patiënt wil niet naar Hap komen: overdragen aan (regie) arts*
- Patiënt is 1 uur na afspraak niet gekomen: opnieuw bellen en uitnodigen. Bij geen gehoor/niet willen komen: overdragen (regie)arts*

*Als patiënt niet naar Hap komt: overleg met (regie)arts of sprake is van acuut gevaar:

Acute situatie: inschakelen politie/ melding Veilig Thuis/spoedopname via kinderarts

Niet-acute situatie: overweeg visite: indicatie voor verwijzing? (regie)arts noteert bevindingen en informeert de aandachtsfunctionaris, bij kinderen vult arts verplichte signaleringsvragen Callmanager in.

Telefoonnummers:

Politie: 112

Veilig Thuis: 0800-2000

Ziekenhuis (zie Vtel of sociale kaart Hap)

24-uursdienst kindermishandeling UMCU/WKZ: 088 - 75 555 55

Forensische polikliniek kindermishandeling 24/7 030-2758292

Bijlage: Stroomschema aanpak kindermishandeling voor huisartsen op de Hap

1. Signalen in kaart brengen:

- Onderzoek de signalen / niet-pluisgevoel die door de triagist zijn overgedragen
- Verplicht gebruik signaleringsinstrument in Callmanager bij kinderen 0-18 jaar

2. Advies Veilig Thuis en bij voorkeur ook collega

Indien niet mogelijk tijdens de dienst: noteren in dossier zodat deze verplichte stap alsnog gebeurt door
aandachtsfunctionaris / eigen huisarts

3. Gesprek met ouders/verzorgers

Laat alleen achterwege als dit niet mogelijk is vanwege de veiligheid van het kind, huisarts of een ander,
of uit vrees dat het kind of de ouders het contact met de eigen huisarts verbreken

4. Risico taxatie: beoordeel veiligheid kind

Hoe sterk zijn de aanwijzingen voor mishandeling - Wat is de ernst van het toegebrachte letsel

Wie is de vermoedelijke dader – Hoe groot is de kans op herhaling

Is er een mogelijkheid in de directe omgeving om het kind veilig te stellen

Zijn er andere kinderen in het gezin die gevaar lopen – Wat is nodig om het kind veilig te stellen

Aanwezigheid van basale verzorging en bescherming

5a. Acut onveilig:

- Melding politie (doel: pleger uit situatie halen)
- Verwijzing kinderarts (vrijwillige spoedopname)
- Melding Veilig Thuis tijdens de dienst

5b. Veilig, indicatie verwijzing

Als medische zorg nodig is voor behandeling of beoordeling letsel: verwijzing en overdracht vermoeden naar SEH/kinderarts

5c. Veilig, geen indicatie verwijzing

Vervolg door eigen huisarts

6. Registratie en overdracht eigen huisarts

Telefoonnummers:

Politie: 112

Veilig Thuis: 0800-2000

Ziekenhuis (zie Vtel of sociale kaart Hap)

24-uursdienst kindermishandeling UMCU/WKZ: 088 - 75 555 55

Forensische polikliniek kindergeneeskunde 24/7: 030-27 582 92

1. Signalen in kaart brengen

- Onderzoek de signalen / niet-pluisgevoel die door de triagist zijn overgedragen
- **KINDCHECK: vraag bij risicopatiënten* of ze de zorg hebben voor kinderen en of ze veilig zijn**

2. Advies Veilig Thuis en bij voorkeur ook collega

Indien niet mogelijk tijdens de dienst: noteren in dossier zodat deze verplichte stap alsnog gebeurt door aandachtsfunctionaris / eigen huisarts

3. Gesprek met betrokkenen

Laat alleen achterwege als dat niet mogelijk is vanwege de veiligheid van patiënt, huisarts of een ander, of uit vrees dat de patiënt het contact met de eigen huisarts zal verbreken

4. Risico taxatie:

Direct hulp inschakelen of is het risico af te wenden tot de volgende werkdag?

5a. Acut gevaar

Neem contact op met de politie bij acut gevaar voor zwaar lichamelijk letsel of het leven van de volwassene of om de pleger uit situatie te halen

5b Reële kans op schade

Melding Veilig Thuis tijdens de dienst, met toestemming slachtoffer. Bij weigering alleen melden indien zwaar letsel of dood dreigt

5c. Risico af te wenden: monitoren eigen huisarts

Indien de patiënt het probleem (h)erkent en hulp wil, volgt verwijzing naar eigen huisarts

6. Registratie en overdracht eigen huisarts

Noteer bevindingen en acties in het waarneembericht
Maak copie waarneembericht voor aandachtsfunctionaris, deze regelt vervolg en contact eigen huisarts

Telefoonnummers:

Politie: 112
Veilig Thuis 24/7 : 0800-2000
Ziekenhuis (zie Vtel of sociale kaart Hap)
24-Uursdienst kindermishandeling UMCU/WKZ: 088 - 75 555 55
Forensische polikliniek kindergeneeskunde 24/7: 030-27 582 92

*Kindcheck bij ouders met:

- Ernstige psychiatrische problematiek
- Middelenmisbruik
- Huiselijk geweld