

Gespecialiseerd team bespoedigt herkenning en hulpverlening

Kindermishandeling slim te lijf

Leonie de Bock, coassistent

Arend Groot, maatschappelijk
werker

Ingrid Russel, kinderarts
sociale pediatrie

Elise van de Putte, kinderarts
sociale pediatrie

Wilhelmina Kinderziekenhuis,
UMC Utrecht¹

Correspondentieadres:
e.vandeputte@umcutrecht.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

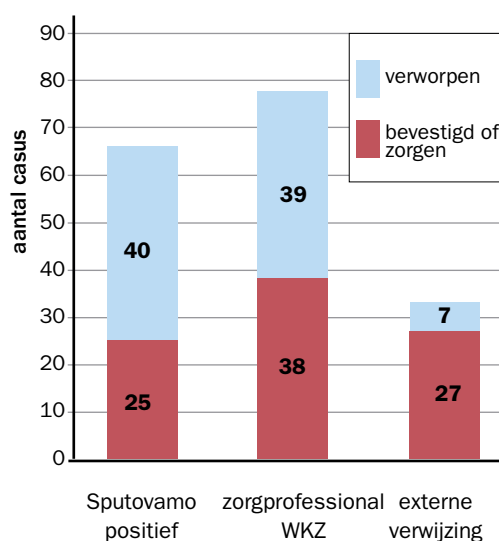
Wat te doen als een baby die met opa van de trap zou zijn gevallen, ernstig hoofdletsel heeft dat niet bij het verhaal past? In het Wilhelmina Kinderziekenhuis komt in zo'n geval het kindermishandelingsteam in actie.

Het eerste protocol rondom kindermishandeling werd tien jaar geleden in het Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ/UMC Utrecht) ingevoerd. Tegelijkertijd werd een kindermishandelingsteam (KMT) opgericht, voorgezeten door een KIMI-arts, een kinderarts met bijzondere expertise op het gebied van kindermishandeling (zie *kader*

Samenstelling kindermishandelingsteam op blz. 2550). Sindsdien wordt bij elk vermoeden van kindermishandeling binnen het WKZ één van de vijf KIMI-artsen betrokken. Het KMT bespreekt maandelijks de casuïstiek conform de eisen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).² In 2010 boog het KMT zich over 176 meldingen. Bij 49 procent werd het vermoeden



1. Herkomst van de vermoedens van 2010 (n=176)



Still uit MCTv Uitgelicht waarin de casus van dit jongetje wordt besproken.

Casus 1: Schedelfractuur

Een jongen van 7 maanden werd op de SEH gepresenteerd met een forse zwelling rechts temporaal en een hematoom boven het linkeroog. De ouders verklaarden dat opa met het kind van de laatste vijf traptreden was gevallen. Ze hadden het niet zien gebeuren, maar waren snel ter plaatse en vertrokken direct naar de SEH. Daar kwam het jongetje alert binnen, maar binnen een uur verslechterde hij neurologisch. Op een spoed-CT-scan van de hersenen werd een

Het kind bleek met kracht tegen de deurpost te zijn geslingerd

fractuur van het os parietale rechts vastgesteld samen met subduraal, epiduraal en subarachnoïdaal bloed bij de rechterhemisfeer. Het Sputovamo-R-formulier werd positief ingevuld aangezien het letsel als te ernstig werd beschouwd voor het verhaal (zie *hieronder*).

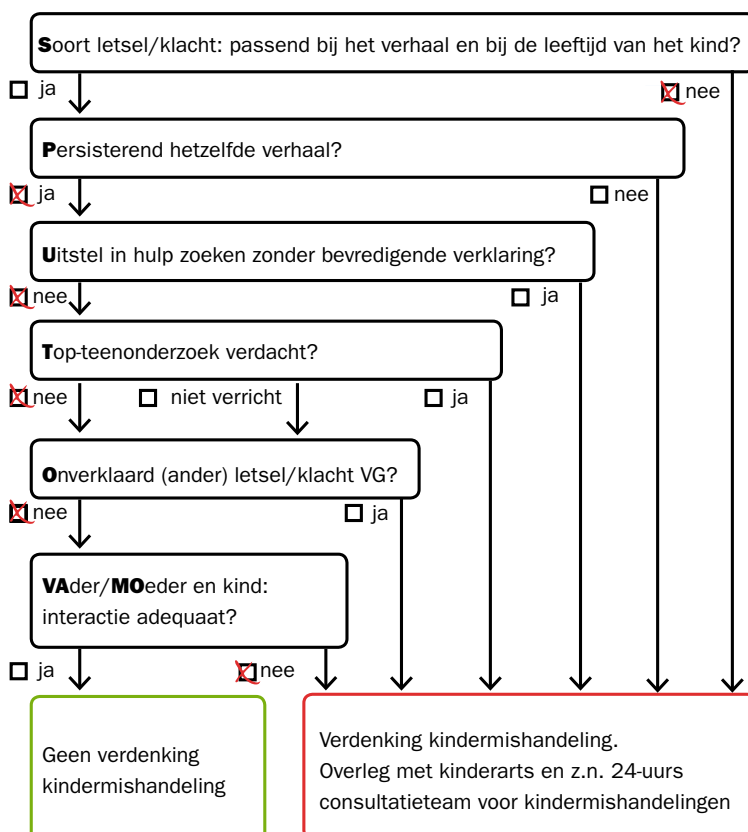
In de aanvullende anamnese door de KIMI-arts bleef het verhaal consistent, maar was moeder dwingend en angstig. Bij anamnese van de opa bleek het kind uit zijn armen gevallen te zijn en met kracht tegen de deurpost aan te zijn 'geslingerd', waardoor het letsel te verklaren

viel. Opa had zelf zichtbaar letsel aan been en schouder.

De fundoscopie, de skeletstatus en het top-teenonderzoek vertoonden geen afwijkingen.

De huisarts beschreef moeder als zorgzaam en er waren geen risicofactoren voor kindermishandeling bij kind, ouders of in de directe omgeving. Na het onderzoek verklaarde de KIMI-arts, in overleg met de vertrouwensarts van het AMK, het aanvankelijke vermoeden van mishandeling ongegrond. Tijdens de maandelijkse KMT-bespreking werd de casus getoetst en het gevoerde beleid gesteund.

Sputovamo-R-formulier, zoals ingevuld op de spoedeisende hulp bij casus 1.



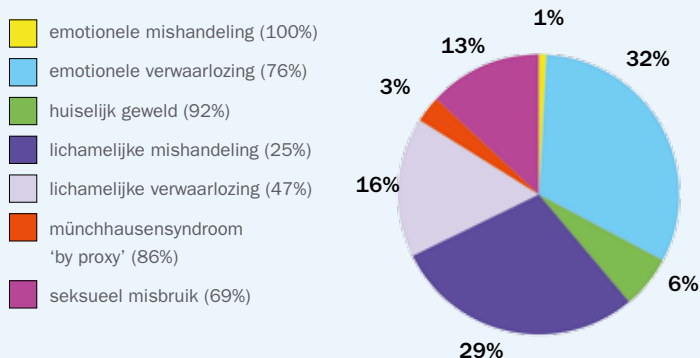
van mishandeling verworpen na onderzoek door het team. Bij 51 procent werd het vermoeden bevestigd of waren er zorgen over de ontwikkelingsmogelijkheden of de veiligheid van het kind. Bij alle bevestigde casussen werd hulpverlening gestart of gecontinueerd.

In *figuur 1* is weergegeven hoe de casussen bij het KMT terecht kwamen en *figuur 2* toont een voorbeeld van het Sputovamo-R-formulier dat wordt gebruikt op de spoedeisende hulp om te bepalen of er sprake zou kunnen zijn van mishandeling.³ De R in de naam van het formulier duidt erop dat het een *revised* versie is. Het laagste aantal bevestigde of zorgelijke casussen wordt gevonden onder de positieve Sputovamo-R-formulieren (38%), hoewel dit percentage hoger ligt dan bij eerder onderzoek.⁴ De validiteit van dit screeningsinstrument zal begin 2012 bekend zijn, als het Utrechtse onderzoek Child Abuse Inventory at Emergency Rooms is afgerond.

Vrijwillig

Casus 1 is representatief voor de werkwijze van het WKZ bij een vermoeden van kindermishandeling naar aanleiding van een positieve Sputovamo-R. Het beleid komt overeen met dat van andere academische ziekenhuizen en internationale richtlijnen en is in overeenstemming met de meldcode en het stappenplan van de KNMG.⁵ Een onderdeel van dit stappenplan is dat bij elk vermoeden van mishandeling con-

3. Vermoedens van verschillende soorten kindermishandeling



Verdeling van de vermoedens over de verschillende soorten kindermishandeling in 2010; n = 201 bij 176 patiënten. Tussen haakjes het percentage bevestigde vermoedens per vorm van kindermishandeling.

tact wordt gelegd met het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK).⁶ Bij elke bijeenkomst van het KMT is een vertrouwensarts van het AMK aanwezig, en elke casus wordt in dit overleg besproken.

Door de expertise van het kindermishandelingsteam, zowel in diagnostiek als in gespreksvoering, lukt het meestal om de benodigde

hulpverlening op vrijwillig basis op te starten en is het slechts zelden noodzakelijk om een officiële AMK-melding te doen. In 2010 werd slechts bij 6,3 procent van de casussen een melding gedaan, meestal vanwege ernstig letsel, zoals toegebracht traumatisch hersenletsel. Een tweede reden tot AMK-melding is het ontbreken van een vrijwillig kader voor noodzakelijk geachte zorg. Betrokkenheid van het AMK biedt de ouder(s) externe motivatie om de voorgestelde zorg te realiseren. Soms is daar een kindbeschermingsmaatregel voor nodig. Zo'n situatie wordt geschetst in *casus 2*.

Seksualiteit

In 2010 betrof 13 procent van de vermoedens van kindermishandeling seksueel misbruik. De overige verdeling van vermoedens wordt weergegeven in *figuur 3*. Binnen het WKZ kan het kind verwezen worden naar het Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren om de psychoseksuele ontwikkeling in kaart te brengen. In gesprekken met ouders wordt onder andere gevraagd naar mogelijke stressreacties en seksueel gedrag van hun kind.

Naast een uitgebreide heteroanamnese worden normen en waarden met betrekking tot lichamelijkheid en seksualiteit besproken. Bij

Casus 2: Strijdende ouders

Een 5-jarig meisje werd gezien wegens een recente uitspraak aan moeder: 'papa zit aan mijn plassertje'. Anamnese en lichamelijk onderzoek vertoonden geen alarmerende symptomen of afwijkingen maar gezien de uitspraak verwees de KIMI-arts het meisje naar het Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren om de psychoseksuele ontwikkeling in kaart te brengen. De gescheiden ouders gaven hiervoor allebei toestemming.

Bij het psychotraumacentrum was zowel de verklaring van moeder als van vader inconsistent. Bovendien was er, in aanwezigheid van het meisje en drie jaar na de scheiding, nog steeds extreme strijd tussen de ouders. Tijdens de spelobservatie maakte het meisje een stille, kwetsbare en gespannen indruk en liet zij regressief gedrag zien. Geen van de kerens wilde zij praten met de onderzoeker.

Het afwijkende algemeen functioneren bij het meisje kon wijzen op een gevoel van onveiligheid, mogelijk veroorzaakt door een loyaliteitsconflict. Gezien de bedreigde ontwikkeling volgde een advies tot bemiddeling, ouderbegeleiding en speltherapie. Omdat moeder hieraan niet meewerkt, werd melding gedaan bij het AMK. Dat zag geen aanwijzingen voor seksueel misbruik, maar wel pedagogische en emotionele verwaarlozing waarvoor zij hulpverlening noodzakelijk achtten. Omdat moeder medewerking bleef weigeren, werd een maatregel aangevraagd via de Raad voor de Kinderbescherming.

Samenstelling kindermishandelingsteam

- KIMI-arts (voorzitter)
- maatschappelijk werker (coördinator)
- kindergeneeskundigen (hoofdbehandelaar en kinderarts sociale pediatrie)
- kinderchirurg
- kinderradioloog
- kinder- en jeugdpsychiater
- kinderdermatoloog (op afroep)
- SEH-verpleegkundigen en SEH-arts
- hoofd psychosociale afdeling WKZ
- hoofd pedagogische zorg
- gezondheidszorgpsycholoog
- Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK)
- Bureau Jeugdzorg (BJZ)
- forensische polikliniek kindermishandeling
- forensisch psychiatrisch centrum De Waag/GGZ Altrecht
- jurist (op afroep)

SAMENVATTING

- Het gespecialiseerde kindermishandelings-team (KMT) van het WKZ bevestigde in 2010 bij 51 procent van de casussen het vermoeden van mishandeling.
- De gestructureerde aanpak van het KMT vergemakkelijkt het realiseren van hulpverlening op vrijwillige basis.
- Bij een vermoeden van seksueel misbruik wordt verwezen naar het landelijk psychotraumacentrum.
- De meeste vermoedens van seksueel misbruik worden niet bevestigd, wel wordt binnen deze groep vaak verwaarlozing aangetoond.

Casus 3: Huilbaby

Op de SEH werd een jongen van 3 maanden beoordeeld wegens benauwdheid. Als secundaire hulpvraag kwam naar voren dat de ouders zo overbelast waren door het vele huilen dat ze dreigden het kind wat aan te doen. De KIMI-arts besloot tot opname en een consult van de maatschappelijk werker, verbonden aan het KMT.

Tijdens de opname waren de ouders liefdevol, maar zeer onkundig met betrekking tot de verzorging van hun kind. Zij waren niet in staat om de gegeven adviezen op te volgen. Soms leidde het advies tot frustratie en agressie, met name bij de vader. Het top-teenonderzoek, de fundoscopie en de skeletstatus leverden geen afwijkingen op.

De conclusie van het KMT was dat beide ouders zeer risicovol met hun kind omgingen en problemen hadden met agressieregulatie. Wel waren ze bereid hulp te accepteren waarop in overleg met het KMT een zorgmelding bij Bureau Jeugdzorg (BJZ) werd gedaan vanwege lichamelijke verwaarlozing en het risico op lichamelijke mishandeling. Omwille van de veiligheid adviseerde het KMT dat het kind niet alleen met de ouders kon zijn.

BJZ besloot na een eerste inschatting door middel van een huisbezoek dat de situatie niet zo ernstig was als door het WKZ ingeschat. Pas in tweede instantie, na bespreking van concrete feiten uit de tweewekse observatie in het WKZ, kon BJZ instemmen met het ontwikkelen van een 24-uursveiligheidsplan samen met ouders, thuiszorg en grootouders.



De voetnoten, het dossier kindermishandeling en de nascholing 'Meldcode Kindermishandeling' staan onder dit artikel op www.medischcontact.nl.

mctv
nascholing


het kind wordt beoordeeld of er sprake is van leeftijdsadequate seksuele kennis. Ook wordt er gekeken naar stressreacties en wordt het functioneren geëvalueerd. Het doel is niet waarheidsvinding, maar inschatten of de ontwikkeling van het kind wordt bedreigd, ook bij andere vormen van kindermishandeling. Indien nodig, kan hulpverlening worden ingeschakeld om de ontwikkeling veilig te stellen (zie *casus 2*).

Naast signalering is afstemming tussen de betrokken hulpverleners belangrijk. Misverstanden over verantwoordelijkheid of de ernst

van de situatie kunnen grote gevolgen voor het kind hebben. Juist als er meerdere hulpverleners betrokken zijn, bestaat het gevaar dat er geen verantwoordelijkheid wordt genomen. Binnen het team moeten verwachtingen dus steeds worden getoetst. Bij *casus 3* was het aanvankelijk moeilijk om op één lijn te komen. Noodzakelijk geachte hulpverlening dreigde daardoor niet tot stand te komen. Deze casus heeft ertoe geleid dat een vertegenwoordiger vanuit Bureau Jeugdzorg regulier aanwezig is bij het KMT.

Vragen van buiten

Een multidisciplinair team kindermishandeling is een kwaliteitsindicator van de IGZ voor alle ziekenhuizen in Nederland. De experts die in het WKZ onderdeel vormen van het team, zullen niet in elk ziekenhuis voorhanden zijn, maar kunnen wel 24/7 telefonisch worden geraadpleegd via het dienstsein kindermishandeling (088 7555 555). Ook bestaat de mogelijkheid voor professionals van buiten het WKZ om casuïstiek voor te leggen aan het kindermishandelingsteam en zo gebruik te maken van de aanwezige expertise.

Kindermishandeling is met een geschatte prevalentie van 34 per 1000 kinderen een groot probleem.⁷ Het gespecialiseerde team van het Wilhelmina Kinderziekenhuis probeert door middel van onderzoek, onderwijs en reflectie de herkenning van en de hulpverlening bij kindermishandeling te optimaliseren. 

In het Wilhelmina Kinderziekenhuis heeft de bundeling van diverse disciplines in een specialistisch team geleid tot het vroegtijdig opsporen van gevallen van kindermishandeling. Kinderarts Ingrid Russell laat in *Mc Uitgelicht* aan de hand van een casus zien hoe open communicatie met de vader van een behoorlijk mishandeld jongetje leidt tot oplossingen.

Bekijk het filmpje op www.medischcontact.nl/video.

mctv
uitgelicht



Voetnoten

1. De auteurs zijn zeer erkentelijk voor de bijdrage van verschillende leden van het KMT aan dit overzichtsartikel: mw. I. Bicanic, GZ-psycholoog, mw. J. Strijker, hoofd maatschappelijk werk, mw. M. van Schaijk, GZ-psycholoog, mw. J. Sittig, arts-onderzoeker, allen werkzaam in het WKZ/UMCU, en mw. S. Rutgers, verouwenarts AMK Utrecht. In de eerste twee jaar van het KMT werd dankbaar gebruikgemaakt van een subsidie van Stichting Voorzorg Utrecht.
2. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Basisset Kwaliteitsindicatoren Ziekenhuizen, 2011.
3. Smeekens AE, Broekhuijsen-van Henten DM, Sittig JS, Russel IM, Ten Cate OT, 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; 96 (4): 330-4.
4. Bleeker G, Vet NJ, Haumann TJ, van W, I, Gemke RJ. Increase in the number of reported cases of child abuse following adoption of a structured approach in the VU Medical Centre, Amsterdam, in the period 2001-2004. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005; 149 (29): 1620-4.
5. Nadort E, Stam B, Teeuw AH. Signalling and tackling child abuse. *Ned Tijdschr Geneesk* 2010; 154: A1450.
6. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst. Artsen en kindermishandeling – meldcode en stappenplan, 2009.
7. Alink L, Van IJendoorn MH, Bakermans-Kranenburg M, Pannebakker F, Vogels T, Euser EM. Kindermishandeling in Nederland Anno 2010: de Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2010). In opdracht van: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2011.