

A young girl with a bandage on her forehead is being examined by a healthcare professional. The girl is wearing a white t-shirt and has a serious expression. The healthcare professional is leaning over her, looking at her forehead. The background is a plain, light-colored wall.

Medisch handboek kindermishandeling

Tweede, herziene druk

onder redactie van:
Prof. dr. E.M. van de Putte
Drs. I.M.B. Russel
Dr. A.H. Teeuw



bohn
stafleu
van loghum

Medisch handboek kindermishandeling

Onder redactie van:
E.M. van de Putte
I.M.B. Russel
A.H. Teeuw

Medisch handboek kindermishandeling

Tweede, herziene druk



Houten 2024

Redactie

E.M. van de Putte
UTRECHT, Nederland

I.M.B. Russel
MAARN, Nederland

A.H. Teeuw
AMSTERDAM, Nederland

ISBN 978-90-368-2959-5 ISBN 978-90-368-2960-1 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-90-368-2960-1>

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2013, 2024

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

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet j° het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Samensteller(s) en uitgever zijn zich volledig bewust van hun taak een betrouwbare uitgave te verzorgen. Niettemin kunnen zij geen aansprakelijkheid aanvaarden voor drukfouten en andere onjuistheden die eventueel in deze uitgave voorkomen. De uitgever blijft onpartijdig met betrekking tot juridische aanspraken op geografische aanwijzingen en gebiedsbeschrijvingen in de gepubliceerde landkaarten en institutionele adressen.

NUR 876

Basisontwerp omslag: Studio Bassa, Culemborg
Automatische opmaak: Straive, Chennai, India

Bohn Stafleu van Loghum
Walmolen 1
Postbus 246
3990 GA Houten

www.bsl.nl

Voorwoord

Dit is de tweede druk van het *Medisch handboek kindermishandeling*. Het boek behandelt een complex en veel voorkomend probleem: kindermishandeling en -verwaarlozing. Uit de cijfers blijkt dat kindermishandeling nog steeds niet altijd herkend wordt en dat in de gehele keten aandacht nodig blijft om te komen tot vroege opsporing, adequate aanpak en het realiseren van veiligheid.

In deze tweede druk is veel veranderd. Allereerst is eind 2023 een herziene KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld uitgebracht. In het gehele boek werken we met deze herziene meldcode.

We gaan uit van de rechten en de waardigheid van het kind zoals vastgelegd in artikel 19 van het Internationaal Verdrag over de Rechten van het Kind (IVRK). Respect voor het kind en de ouders en het versterken van de krachten van de ander vanuit een dienstverlenende opstelling en een niet-veroordelende houding zijn steeds onze uitgangspunten. Juist bij kindermishandeling, waarbij slachtoffer en pleger zich soms bevinden in de onderzoekskamer van de arts bevinden, is dit van het grootste belang. We hebben in deze druk meer samenwerking gezocht met auteurs vanuit de organisaties die zich direct met de rechten van het kind bezighouden, zoals Defence for Children.

Alle 45 hoofdstukken zijn bijgewerkt op basis van nieuwe literatuur, waaronder ook nieuwe richtlijnen, en beleidsstukken vanuit de overheid, de VNG (gemeenten), jeugdzorginstellingen en de ketensamenwerking, onder andere het landelijke netwerk zorgstraf. Het valt op hoeveel er veranderd is in het werkveld, maar tegelijkertijd hoe weinig effectief we zijn geweest in het terugbrengen van het aantal slachtoffers van kindermishandeling. Alertheid, kennis en het overwinnen van belemmeringen blijven dus meer dan ooit nodig. Want de keten start bij die ene professional die geweld en verwaarlozing durft te bespreken.

De ruim 60 auteurs komen vanuit zeer uiteenlopende disciplines of beroepen: kindergeneeskunde, forensische geneeskunde met als aandachtsgebied minderjarigen, vertrouwensartsen, kinderchirurgie, kinder- en jeugdpsychiatrie, psychotherapie, psychologie, kinderdermatologie, kinderinfectieziekten, kindergynaecologie, ethiek, recht, kinderradiologie, pathologie, spoedeisende geneeskunde, huisartsgeneeskunde, jeugdartsen, pedagogen, apotheker, tandartsen. Deze professionals zijn werkzaam in (academische) ziekenhuizen, bij Veilig Thuis, in huisartsenpraktijken, bij het NFI, bij forensische genootschappen, bij Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD's), jeugdgezondheidszorg, TNO, Pharos, RIVM, Medisch kleuterdagverblijven, psychotraumacentra, centrum voor familie therapie, in de advocatuur, bij jeugdzorginstellingen en bij Defence for Children.

Dit boek zal in de eerste plaats artsen helpen om een van de belangrijkste belemmeringen voor het signaleren van kindermishandeling te overwinnen, namelijk het gebrek aan kennis. Maar het boek laat ook zien dat kindermishandeling alleen adequaat aanpak kan worden door samenwerking in de keten. Kennis van het vakgebied van

andere disciplines is noodzakelijk om tot goede samenwerking te komen, vandaar ook de interdisciplinaire samenstelling van het auteursteam.

Het boek is dan ook niet alleen bruikbaar in de opleiding tot basisarts maar juist ook in de vervolgopleiding tot onder andere kinderarts, huisarts, spoedeisendehulparts, vertrouwensarts, jeugdarts. Dit boek is de basis voor het lesmateriaal in de zogenaamde Wetenschappelijk onderwijs in de Kindermishandeling (WOK), cursussen voor kinderartsen, jeugdartsen, spoedeisendehulpartsen en vertrouwensartsen, een intensieve scholing op het gebied van kindermishandeling vanuit de Stichting Spoedeisende Hulp bij Kinderen (zie ► www.sshk.nl). Ook in de opleiding tot forensisch arts, arts maatschappij en gezondheid vanuit de NSPOH is dit boek een noodzakelijke bron van kennis.

Een speciaal woord van dank aan Nina Onkenhout, projectondersteuner bij het Landelijke Expertisecentrum Kindermishandeling (zie ► www.leck.nu). Zij verzorgde voor elk hoofdstuk de bijgewerkte literatuurlijst. En aan Inge Kos, professioneel tekenaar bij het AMC, die op zeer deskundige wijze een groot aantal illustraties heeft verzorgd, waarvoor grote dank. Dank ook aan collega-kinderarts Bernd Herrmann uit Kassel, die een groot aantal illustraties uit zijn boek *Kindesmisshandlung* ter beschikking stelde. Onze collega's forensisch arts pediatrie Rob Bilo en kinderradioloog Rick van Rijn waren eveneens bereid vele illustraties ter beschikking te stellen uit de boeken *Forensic Aspects of Pediatric Fractures*, *Differentiating Accidental Trauma from Child Abuse* en *Cutaneous manifestations of child abuse and their differential diagnosis*.

Tot slot dragen we dit boek op aan alle kinderen. Want:

“Wat er ook speelt in een land, laat het vooral de kinderen zijn (► www.loesje.nl)”

**Elise van de Putte, mede namens
Ingrid Russel
Rian Teeuw**

Inhoud

I Inleiding

1	Inleiding kindermishandeling	3
	<i>E. M. van de Putte en S. Detrick</i>	
1.1	Inleiding	4
1.2	Rechten van het kind in nationale context	5
1.3	Rechten van het kind in internationale context	6
1.4	Definitie kindermishandeling	7
1.5	Indeling handboek	8
1.6	Voor wie is dit handboek bedoeld?	11
	Literatuur	12
2	De kerncompetenties van de (zorg)professional	13
	<i>J. N. Meijer en E. M. van de Putte</i>	
2.1	Inleiding	14
2.2	Het belang van kennis en attitude	14
2.3	Onveiligheid als vanzelfsprekend onderwerp in de spreekkamer	15
2.4	Het belang van gedeelde verantwoordelijkheid	16
2.5	Het signaleren begint met een goed gesprek	16
2.6	De volgende stap: meldcode en afwegingskader	17
2.7	Samen verder	17
2.8	De struikelblokken	18
2.9	Een helpende attitude	18
	Literatuur	19

II Lichamelijke kindermishandeling

3	Inleiding lichamelijke kindermishandeling	23
	<i>A. H. Teeuw</i>	
3.1	Inleiding	24
3.2	De kinderarts beschrijft de letsels	25
3.3	Terminologie	26
3.4	Epidemiologie	27
3.5	Diagnose	28
3.6	'De sprekende letsels van zwijgende kinderen'	29
	Literatuur	30
4	Anamnese, lichamelijk onderzoek en beeldvormend onderzoek bij een vermoeden van lichamelijke mishandeling	33
	<i>A. H. Teeuw en M. Nagtegaal</i>	
4.1	Inleiding	34
4.2	Anamnese	34

4.3	Lichamelijk onderzoek	38
4.4	Radiologische beeldvorming	41
	Literatuur	44
5	Huidafwijkingen en vermoedens van kindermishandeling	47
	<i>M. J. Affourtit, A. H. Teeuw, H. C. Terlingen en R. A. C. Bilo</i>	
5.1	Inleiding	49
5.2	Lichamelijke mishandeling	53
5.3	Stomp trauma: hematomen	55
5.4	Stomp trauma: erytheem, excoriaties, laceraties	67
5.5	Verwaarlozing	68
5.6	Brandwonden	68
5.7	Seksueel misbruik en huidafwijkingen	77
5.8	Penetrerende traumata	78
5.9	Emotionele mishandeling en verwaarlozing	80
5.10	Ingebeelde en nagebootste huidziekten	80
5.11	Fotografische vastlegging	80
	Literatuur	80
6	Fracturen op de kinderleeftijd: accidenteel of toegebracht letsel?	83
	<i>A. M. J. L. van Kroonenburgh, R. R. van Rijn, S. G. F. Robben en R. A. J. Nievelstein</i>	
6.1	Inleiding	84
6.2	Radiologisch onderzoek: technieken	85
6.3	Fracturen	88
6.4	Beoordeling van het radiologisch onderzoek	96
6.5	Conclusie	97
	Literatuur	97
7	Toegebracht schedelhersensletsel bij kinderen	101
	<i>M. Nagtegaal, F. M. C. van Berkestijn, R. R. van Rijn en R. A. C. Bilo</i>	
7.1	Inleiding	103
7.2	Epidemiologie van schedelhersensletsel	104
7.3	Klinische verschijnselen	105
7.4	Bevindingen bij lichamelijk en aanvullend onderzoek	106
7.5	Diagnostiek	109
7.6	Differentiaaldiagnose	115
7.7	De anamnese bij schedelhersensletsel	122
7.8	Mogelijkheden tot dateren	123
7.9	Forensisch medisch onderzoek	123
7.10	Prognose toegebracht schedelhersensletsel	124
	Literatuur	124
8	Afwijkingen in het hoofd-halsgebied	131
	<i>M. C. Beumer en R. A. C. Bilo</i>	
8.1	Inleiding	132
8.2	Lichamelijke mishandeling	132
8.3	Verwaarlozing van het gebit	135

8.4	Seksueel misbruik	136
8.5	Kindermishandeling door Falsificatie (KMdF)	137
8.6	Het onderzoek van het hoofd-halsgebied bij een vermoeden van toegebracht letsel, seksueel misbruik of verwaarlozing	137
	Literatuur	138
9	Buiktrauma bij fysiek geweld	141
	<i>R. Bakx, R. A.C. Bilo en R. R. van Rijn</i>	
9.1	Inleiding	142
9.2	Accidenteel abdominaal trauma	144
9.3	Toegebracht niet-accidenteel abdominaal trauma	145
9.4	Morbiditeit en mortaliteit	147
9.5	Differentiaaldiagnostiek: accidenteel versus niet-accidenteel letsel	149
9.6	Diagnostiek bij abdominaal trauma	151
9.7	Differentiaaldiagnostiek: aangeboren en verworven aandoeningen	153
9.8	Differentiaaldiagnostiek: reanimatie en intra-abdominale letsels	153
9.9	Differentiaaldiagnostiek: geboortetrauma	153
	Literatuur	154

III Seksueel misbruik

10	Inleiding seksueel misbruik	159
	<i>I. M. B. Russel</i>	
10.1	Inleiding	160
10.2	Epidemiologie	160
10.3	Medische evaluatie	161
10.4	Gevolgen	161
10.5	Aanpak	162
	Literatuur	162
11	Normale en zorgelijke seksuele ontwikkeling bij kinderen tot en met 12 jaar	163
	<i>S. N. Brilleslijper-Kater en I. M. B. Russel</i>	
11.1	Inleiding	164
11.2	Seksuele levensloop	165
11.3	Normaal seksueel gedrag en normale seksuele kennis	166
11.4	Zorgelijk seksueel gedrag en seksuele kennis	169
11.5	Behandeling	171
	Literatuur	173
12	Anamnese en lichamelijk onderzoek bij een vermoeden van seksueel misbruik	175
	<i>I. M. B. Russel en H. G. T. Nijs</i>	
12.1	Inleiding	176
12.2	Tijdstip onderzoek	176

12.3	Anamnese	177
12.4	Lichamelijk onderzoek	179
	Literatuur	183
13	Bevindingen bij het anogenitaal onderzoek	185
	<i>W. A. Karst, S. G. M. A. Pasmans en I. M. B. Russel</i>	
13.1	Inleiding	186
13.2	Bevindingen: definities	189
13.3	Richtlijnen	190
13.4	Overige differentiaaldiagnostische overwegingen	200
	Literatuur	204
14	Seksueel overdraagbare aandoeningen	205
	<i>C. J. Miedema en R. A. C. Bilo</i>	
14.1	Inleiding	206
14.2	Seksueel overdraagbare aandoeningen en seksueel misbruik	210
	Literatuur	226
15	Aanpak bij recent seksueel misbruik	229
	<i>W. A. Karst, I. A. E. Bicanic en I. M. B. Russel</i>	
15.1	Inleiding	230
15.2	Centrum Seksueel Geweld	230
15.3	Algemene aspecten van het onderzoek	231
15.4	Forensisch medisch onderzoek	233
15.5	Medische onderzoeken	234
15.6	Psychologische hulp	236
	Literatuur	237

IV Verwaarlozing

16	Inleiding verwaarlozing	241
	<i>E. M. van de Putte</i>	
16.1	Inleiding	242
16.2	Terminologie	242
16.3	Epidemiologie	243
16.4	Diagnose	244
	Literatuur	244
17	Lichamelijke verwaarlozing	245
	<i>S. A. A. Wolt-Plompen, E. A. Landsmeer-Beker en E. M. van de Putte</i>	
17.1	Inleiding	246
17.2	Terminologie	247
17.3	Epidemiologie	248
17.4	Diagnostiek	248
17.5	Bijzondere vormen van lichamelijke verwaarlozing	250
17.6	Behandeling	253
	Literatuur	254

18	Emotionele verwaarlozing	257
	<i>F. Y. Scheper en E. A. Landsmeer-Beker</i>	
18.1	Inleiding	258
18.2	Terminologie	258
18.3	Epidemiologie	259
18.4	Diagnostiek	259
18.5	Behandeling	261
18.6	Preventie	262
	Literatuur	263
19	Kinderen als getuige van huiselijk geweld	265
	<i>T. Sieswerda-Hoogendoorn en S. N. Brilleslijper-Kater</i>	
19.1	Inleiding	266
19.2	Terminologie	266
19.3	Epidemiologie	267
19.4	Diagnose	269
19.5	Behandeling	269
	Literatuur	271
20	Het weigeren van behandeling of zorg als vorm van kindermishandeling	273
	<i>M. C. de Vries, A. C. Hendriks en M. P. Sombroek van Doorn</i>	
20.1	Inleiding	274
20.2	Casuïstiek	274
20.3	Juridisch kader	277
V	Andere vormen van kindermishandeling	
21	Inleiding andere vormen van kindermishandeling	287
	<i>E. M. van de Putte</i>	
21.1	Inleiding	288
21.2	Kindermishandeling door Falsificatie (KdF)	288
21.3	Andere vormen van kindermishandeling	291
	Literatuur	291
22	Kindermishandeling door falsificatie (KMdF)	293
	<i>A. H. Teeuw en N. J. Schoonenberg</i>	
22.1	Inleiding	295
22.2	De terminologie in historisch perspectief	295
22.3	Definities IP en KMdF	297
22.4	Epidemiologie	298
22.5	IP- en KMdF-spectrum	298
22.6	Signalen en symptomen	299
22.7	Differentiaaldiagnose bij vermoeden IP of vermoeden KMdF	302
22.8	Rol van de arts	302
22.9	Aanpak door de (kinder)arts bij IP of vermoeden KMdF	303
22.10	Motivatie van plegers en gebruikte definities plegers	308

22.11	Communicatie met ouders en kind	311
22.12	De rol van verborgen videoregistratie (CVS)	312
22.13	Schade	313
22.14	Juridische aspecten	313
22.15	Behandeling	314
	Literatuur	316
23	Vergiftigingen	319
	<i>B. E. Smink, T. B. Y. Liem en E. M. van de Putte</i>	
23.1	Inleiding	320
23.2	Terminologie	320
23.3	Epidemiologie	322
23.4	Diagnose	324
23.5	Behandeling	330
	Literatuur	332
24	Vrouwelijke genitale verminking (meisjesbesnijdenis)	333
	<i>R. Kawous en E. G. C. van Seumeren</i>	
24.1	Inleiding	334
24.2	Terminologie	336
24.3	Epidemiologie	336
24.4	Diagnose	339
24.5	Diagnostiek	340
24.6	Behandeling	340
24.7	Medische en psychosociale gevolgen	341
	Literatuur	342
25	Zelfbeschadiging	343
	<i>A. C. M. van Belleghem en J. W. R. Sins</i>	
25.1	Inleiding	344
25.2	Terminologie	345
25.3	Epidemiologie	346
25.4	Mechanisme en betekenis van zelfbeschadiging	347
25.5	Risicofactoren	347
25.6	Diagnose en differentiaaldiagnose	348
25.7	Behandeling	349
	Literatuur	351
26	Emotionele mishandeling	353
	<i>J. N. Meijer en B. F. Paes</i>	
26.1	Inleiding	354
26.2	Terminologie	354
26.3	Epidemiologie	355
26.4	Vormen van emotionele mishandeling	355
26.5	Etiologie en risicofactoren	356
26.6	Gevolgen	357

26.7	Signaleren	357
26.8	Aanpak	358
	Literatuur	359
27	Ongeborenen	361
	<i>A. H. Teeuw, I. N. van Kessel en W. L. J. M. Duijst-Heesters</i>	
27.1	Inleiding	362
27.2	Hulpverlening starten tijdens zwangerschap	362
27.3	Juridische kaders	363
27.4	Protocollen	366
	Literatuur	367
VI	Overleden kinderen	
28	Inleiding overleden kinderen	371
	<i>I. M. B. Russel</i>	
28.1	Inleiding	372
	Literatuur	373
29	Natuurlijke en niet-natuurlijke oorzaken van kindersterfte	375
	<i>F. Kanits en A. C. Engelberts</i>	
29.1	Inleiding	376
29.2	Epidemiologie zuigelingensterfte	377
29.3	Verwacht overlijden zuigelingen	378
29.4	Onverwacht overlijden zuigelingen	378
29.5	Epidemiologie sterfte 1–18 jaar	383
29.6	Verwacht overlijden 1–18 jaar	384
29.7	Onverwacht overlijden 1–18 jaar	384
	Literatuur	389
30	Ophelderen en leren van sterfgevallen van kinderen	391
	<i>J. M. Ruskamp, M. P. L'Hoir en W. L. J. M. Duijst-Heesters</i>	
30.1	Inleiding	392
30.2	Wetgeving rond overlijden	395
30.3	De NODOK-procedure bij onverklaard overlijden	396
30.4	Rouwbegeleiding	400
	Literatuur	401
31	Gerechtelijke sectie op minderjarigen	403
	<i>V. Soerdjbalie-Maikoe</i>	
31.1	Indicatiestelling, benodigde deskundigheid en locatie van het onderzoek	404
31.2	Doel van het onderzoek	404
31.3	Vooronderzoeken	404
31.4	De gerechtelijke sectie: stapsgewijs	405
31.5	Terminologie	410

31.6	Doodsoorzaken bij kinderen na een gerechtelijke sectie	411
31.7	Kinderdoding	412
	Literatuur	415

VII Signalering en interventies

32	Inleiding signalering en interventies	419
	<i>E. M. van de Putte</i>	
32.1	Inleiding	420
32.2	Epidemiologie	422
32.3	Signaleren, communiceren en handelen	424
	Literatuur	424
33	Het signaleren van kindermishandeling in Nederland	425
	<i>E. A. L. van den Heuvel, H. J. Bonekamp-Verbrugge, A. W. Lekx en E. M. van de Putte</i>	
33.1	Inleiding	426
33.2	Belemmeringen bij het signaleren van kindermishandeling	426
33.3	Signalering van kindermishandeling	427
33.4	De stap na signalering	435
33.5	Epiloog	436
	Literatuur	437
34	Veiligheids- en risicotaxatie en samenwerking	439
	<i>H. M. Sachse-Bonhof, C. Bartelink, L. M. Vogtländer, S. van Arum en L. G. Jak</i>	
34.1	Inleiding	440
34.2	Veiligheid en toekomstige risico's inschatten	440
34.3	Visie op veiligheid en samenwerken in Nederland	447
34.4	Veiligheidsbeoordeling in de praktijk	450
	Literatuur	453
35	Gespreksvoering	455
	<i>R. G. Beukering en M. C. Baan</i>	
35.1	Inleiding	456
35.2	Bespreekbaar maken van kindermishandeling	456
35.3	Als het uit de hand dreigt te lopen	461
	Literatuur	463
36	Praten met kinderen bij (een vermoeden van) kindermishandeling	465
	<i>T. P. Reedijk en M. Timmer</i>	
36.1	Inleiding	466
36.2	Contact maken en steun bieden	466
36.3	Geheimhouding	468
36.4	Invloed van mishandeling op gedrag en gesprekken	469
36.5	Gespreksregels en suggestieve vragen	469
36.6	Onthulling/strafbare feiten en acute onveiligheid	470

36.7	Als een kind niet praat	470
36.8	Vervolg	470
36.9	Conclusie	471
	Literatuur	471
37	De positie van Veilig Thuis	473
	<i>N. J. Schoonenberg en E. M. Jansen</i>	
37.1	Inleiding	474
37.2	Wettelijke taken	474
	Literatuur	483
38	Kinderbeschermingsmaatregelen	485
	<i>D. M. Siemerink-Looten</i>	
38.1	Inleiding	486
38.2	De verschillende vormen van gezag en juridisch ouderschap	486
38.3	Kinderbeschermingsmaatregelen volgens boek 1 Burgerlijk Wetboek	489
38.4	Schorsing in het gezag en voorlopige voogdij	492
38.5	Andere kindbeschermingsmaatregelen	493
	Noten	497
VIII	Bewijs en gerechtelijk handelen	
39	Inleiding bewijs en gerechtelijk handelen	501
	<i>I. M. B. Russel</i>	
39.1	Inleiding	502
	Literatuur	504
40	Letselbeoordeling en fotodocumentatie	505
	<i>H. G. T. Nijs en A. C. M. van den Bos</i>	
40.1	Letselbeoordeling	506
40.2	Fotodocumentatie	508
	Literatuur	512
41	Wetgeving, beroepsgeheim en meldcode	513
	<i>R. P. de Roode en C. M. Zetsma</i>	
41.1	Inleiding	514
41.2	Beroepsgeheim	514
41.3	Verschoningsrecht	515
41.4	Informatieverstrekking aan derden	515
41.5	Vertegenwoordiging en informatieverstrekking over de behandeling	517
41.6	De praktijk van alledag	517
41.7	Melden van kindermishandeling	520
41.8	Arts en politie	524
41.9	Informatieverstrekking na het overlijden van een kind	525
41.10	Dossiervorming bij kindermishandeling	526
41.11	Een klacht na het melden van kindermishandeling	526
	Literatuur	527

42	Bewijsvoering	529
	<i>W. L. J. M. Duijst-Heesters</i>	
42.1	Inleiding	530
42.2	Bewijsvoering bij een melding aan Veilig Thuis (VT)	531
42.3	Bewijsvoering bij maatregelen van de kindbescherming	532
42.4	Bewijsvoering in het strafrecht	533
42.5	Forensisch medische expertise bij kinderen	534
42.6	Praktische aanbevelingen	538
	Literatuur	539

IX Gevolgen van kindermishandeling

43	Langetermijngevolgen van kindermishandeling	543
	<i>A. H. Teeuw</i>	
43.1	Inleiding	544
43.2	Epidemiologie	545
43.3	Diagnose	545
	Literatuur	546
44	Somatische en psychische gevolgen van kindermishandeling	547
	<i>A. H. Teeuw en R. J. L. Lindauer</i>	
44.1	Inleiding	548
44.2	Opleiding en werk	549
44.3	Psychische gezondheid	549
44.4	Lichamelijke gezondheid	552
44.5	Factoren die de gevolgen van kindermishandeling beïnvloeden	554
44.6	Neurobiologie	554
44.7	Gevolgen voor de volgende generatie	554
44.8	Epigenetica	555
	Literatuur	557
45	Regie en samenwerken bij kindermishandeling	561
	<i>E. M. van de Putte</i>	
45.1	Inleiding	562
45.2	Tien jaar beleid in de aanpak van kindermishandeling	562
45.3	Wat heeft het opgeleverd?	565
45.4	Scenario's voor de toekomst	565
45.5	Samenwerking werkt niet zonder regie	566
45.6	Borging voor goede zorg	568
	Literatuur	568

Bijlagen

	Lijst met afkortingen	572
	Register	577

Redactie en auteurs

Redacteuren

Prof. dr. E. M. van de Putte

Hoogleraar Kindergeneeskunde sociale pediatrie, Wilhelmina Kinderziekenhuis UMC, Utrecht

Drs. I. M. B. Russel

Kinderarts sociale pediatrie, Wilhelmina Kinderziekenhuis UMC, Utrecht

Dr. A. H. Teeuw

Kinderarts sociale pediatrie, Emma Kinderziekenhuis Amsterdam UMC, Amsterdam

Auteurs

Drs. M. J. Affourtit

Kinderarts sociale pediatrie, afdeling Kindergeneeskunde, ErasmusMC Sophia Kinderziekenhuis, Rotterdam

Drs. S. van Arum

Orthopedagoog - systeemtherapeut, psychotherapeut n.p. en expert Gefaseerd Samenwerken voor Veiligheid, Stichting Civil Care, Geldrop

Dr. M. C. Baan

Gedragwetenschapper, Veilig Thuis, Samen Veilig Midden Nederland, Utrecht

Dr. R. Bakx

Kinderchirurg, Kinderchirurgisch Centrum, Emma Kinderziekenhuis Amsterdam UMC, Amsterdam

Dr. C. Bartelink

Senior onderzoeker, Lectoraat Jeugdhulp in Transformatie, Faculteit Sociaal werk en Educatie, De Haagse Hogeschool, Den Haag

Drs. A. C. M. van Bellegem

Kinderarts sociale pediatrie, Emma Kinderziekenhuis Amsterdam UMC, Amsterdam

F. M. C. van Berkestijn MD MHA

Kinderarts-kinderneuroloog, Wilhelmina Kinderziekenhuis UMC, Utrecht

Drs. R. G. Beukering

Vertrouwensarts, Veilig Thuis Twente, Enschede

Drs. M. C. Beumer

Forensisch arts KNMG, Forensische geneeskunde minderjarigen, Nederlands Forensisch Instituut, Den Haag

Dr. I. A. E. Bicanic

Klinisch psycholoog, Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren, Wilhelmina Kinderziekenhuis, UMC Utrecht; directeur-bestuurder, Stichting Landelijk Centrum Seksueel Geweld, Utrecht

Drs. R. A. C. Bilo

Arts n.p., consultant forensische (kinder)-geneeskunde, gepensioneerd vertrouwensarts en forensisch arts, Veilig Thuis Rotterdam Rijnmond, Rotterdam

Drs. H. J. Bonekamp-Verbrugge

Arts Maatschappij en Gezondheid, jeugdarts, stafarts CJG Rijnmond, Rotterdam; docent ErasmusMC, Rotterdam

A. C. M. van den Bos

Docent visualisatie, Politieacademie, Apeldoorn

Dr. S. N. Brillleslijper-Kater

GZ-psycholoog met speciale expertise kindermishandeling, afdeling Medische psychologie, Emma Kinderziekenhuis Amsterdam UMC, Amsterdam

Mr. dr. S. Detrick

Projectcoördinator Jeugdrecht, Defence for Children, Leiden

Prof. mr. dr. W. L. J. M. Duijst-Heesters

Hoogleraar Strafrecht en Criminologie, Faculteit Rechtsgeleerdheid, Maastricht University, Maastricht

Dr. A. C. Engelberts

Kinderarts, afdeling Kindergeneeskunde, Zuyderland Medisch Centrum, Sittard

Prof. mr. dr. A. C. Hendriks

Hoogleraar gezondheidsrecht, Instituut voor Publiekrecht, Universiteit Leiden, Leiden

Drs. E. A. L. van den Heuvel

Kinderarts, fellow sociale pediatrie, Wilhelmina Kinderziekenhuis UMC, Utrecht

Drs. L. G. Jak

Arts Maatschappij en Gezondheid, vertrouwensarts, Instituutopleider, Netherlands School of Public & Occupational Health, Utrecht

Drs. E. M. Jansen

Vertrouwensarts, Veilig Thuis Flevoland, Almere

Dr.ir. F. Kanits

Onderzoeker, afdeling Humane Voeding en Gezondheid, Wageningen University and Research, Wageningen

Drs. W. A. Karst

Forensisch arts, afdeling Forensische Geneeskunde, GGD Brabant-Zuidoost, Eindhoven; Landelijk Onderzoeks- en Expertisebureau FMO (LOEF), Hattem; Consultant Pediatrie, Zorgcentrum na Seksueel Geweld, Universitair Ziekenhuis, Antwerpen

Dr. R. Kawous

Senior onderzoeker, Programma Vrouwelijke Genitale Verminking, Pharos, Utrecht

Drs. I. N. van Kessel

Kinderarts sociale pediatrie, Emma Kinderziekenhuis Amsterdam UMC, Amsterdam

Drs. A. M. J. L. van Kroonenburgh

Kinderradioloog, afdeling Radiologie, MUMC, Maastricht

Drs. E. A. Landsmeer-Beker

Kinderarts n.p., Leiderdorp

Drs. A. W. Lekx

SEH-arts, afdeling Spoedeisende Hulp, VieCuri Medisch Centrum, Venlo

Dr. T. B. Y. Liem

Ziekenhuisapotheker-klinisch farmacoloog, UMC Utrecht, Wilhelmina Kinderziekenhuis UMC, Utrecht

Prod. dr. R. J. L. Lindauer

Hoogleraar Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Amsterdam UMC & Levvel academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie, Amsterdam

Dr. M. P. L'Hoir

Klinisch pedagoog en GZ-psycholoog, afdeling Publieke gezondheid, GGD Noord- en Oost-Gelderland, Warnsveld en Wageningen Universiteit

Drs. J. N. Meijer

Klinisch psycholoog en psychotherapeut IMH-specialist DAIMH, GGZcentraal/Fornhese, Amersfoort

Drs. C. J. Miedema

Kinderarts, Catharinaziekenhuis, Eindhoven

M. Nagtegaal MSc MD

Arts Forensische geneeskunde minderjarigen, Nederlands Forensisch Instituut, Den Haag

Prof.dr. R. A. J. Nieuvelstein

Kinderradioloog, hoogleraar Kinderradiologie, afdeling Radiologie & Nucleaire Geneeskunde, Wilhelmina Kinderziekenhuis UMC Utrecht & Prinses Maxima Centrum voor Kinderoncologie, Utrecht

Dr. H. G. T. Nijs

Forensisch arts KNMG, Forensische geneeskunde minderjarigen, Nederlands Forensisch Instituut, Den Haag

Drs. B. F. Paes

Kinderarts sociale pediatrie, Wilhelmina Kinderziekenhuis UMC, Utrecht

Prof. dr. S. G. M. A. Pasmans

Hoogleraar Kinderdermatologie, afdeling Dermatologie, Centrum Kinderdermatologie/Centrum Zeldzame Huidziekten, Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis, Rotterdam

Prof. dr. E. M. van de Putte

Hoogleraar Kindergeneeskunde sociale pediatrie, Wilhelmina kinderziekenhuis UMC, Utrecht

Drs. T. P. Reedijk

GZ-psycholoog, 113 Zelfmoordpreventie, Amsterdam; trainer traumasensitief hulpverlener, TIMM Consultancy, Haarlem

Prof. dr. R. R. van Rijn

Kinderradioloog, afdeling Radiologie en Nucleaire geneeskunde, Amsterdam UMC; forensisch kinderradioloog, Nederlands Forensisch Instituut, Den Haag

Prof. Dr. S. G. F. Robben

Kinderradioloog, afdeling Radiologie, MUMC, Maastricht

Mr. R. P. de Roode

Adviseur Gezondheidsrecht, Artsenfederatie KNMB (tot 1-9-2023); jurist Stichting Patiëntenvertrouwenspersonen, Utrecht

Dr. J. M. Ruskamp

Kinderarts sociale pediatrie, Wilhelmina Kinderziekenhuis UMC, Utrecht

Drs. I. M. B. Russel

Kinderarts sociale pediatrie, Wilhelmina Kinderziekenhuis UMC, Utrecht

Drs. H. M. Sachse-Bonhof

Arts Maatschappij en Gezondheid, jeugdarts, vertrouwensarts, Veilig Thuis, Leiden

Dr. F. Y. Scheper

Kinder- en jeugdpsychiater, IMH-specialist DAIMH, MOC 't Kabouterhuis, Amsterdam

Drs. N. J. Schoonenberg

Vertrouwensarts, Amsterdam

Drs. E. G. C. van Seumeren

Gynaecoloog, n.p., UMC, Utrecht

Mr. D. M. Siemerink-Looten

Advocaat en registermediator MfN en vFAS, Looten Advocatuur en Mediation, Den Haag

Dr. T. Sieswerda-Hoogendoorn

Kinderarts sociale pediatrie, Emma
Kinderziekenhuis Amsterdam UMC, Amsterdam

Drs. J. W. R. Sins

Kinder- en jeugdpsychiater, afdeling
Dialectische Gedragstherapie & Intensieve
Behandeling Thuis-Jeugd, Level academisch
centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie,
Amsterdam

Dr. B. E. Smink

Apotheker en forensisch toxicoloog, afdeling
Klinische Farmacie en Toxicologie, Maastricht
UMC+, Maastricht

Dr. V. Soerdjbalie-Maikoe

Forensisch patholoog en kinderpatholoog,
Eurofins-The Maastricht Forensic Institute,
Maastricht; forensisch patholoog, Universitair
Ziekenhuis, Antwerpen

Prof. mr. dr. M. P. Sombroek van Doorm

Hoogleraar Recht & Gezondheid, afdeling
Jeugdrecht & Gezondheidsrecht, Universiteit
Leiden, Leiden

Dr. A. H. Teeuw

Kinderarts sociale pediatrie, Emma
Kinderziekenhuis Amsterdam UMC, Amsterdam

Drs. H. C. Terlingen

Kinderarts, Forensische geneeskunde
minderjarigen, Nederlands Forensisch Instituut,
Den Haag

M. Timmer

Directeur, mediator en trainer, TIMM
Consultancy, Assen

Drs. L. M. Vogtländer

Kinder - en jeugdpsychiater n.p. en expert
Gefaseerd Samenwerken voor Veiligheid,
Stichting Civil Care, Geldrop

Prof. dr. M. C. de Vries

Kinderarts, hoogleraar Normatieve Aspecten
van de Geneeskunde, Sectie Ethiek & Recht,
Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden

Drs. S. A. A. Wolt-Plompen

Kinderarts, Wilhelmina Kinderziekenhuis UMC,
Utrecht

Mr. C. M. Zetsma

Adviseur Gezondheidsrecht, Artsenfederatie
KNMG, Utrecht

Inleiding

Inhoud

Hoofdstuk 1 Inleiding kindermishandeling – 3
E. M. van de Putte en S. Detrick

**Hoofdstuk 2 De kerncompetenties van de
(zorg)professional – 13**
J. N. Meijer en E. M. van de Putte



Inleiding kindermishandeling

E. M. van de Putte en S. Detrick

- 1.1 Inleiding – 4**
- 1.2 Rechten van het kind in nationale context – 5**
- 1.3 Rechten van het kind in internationale context – 6**
- 1.4 Definitie kindermishandeling – 7**
- 1.5 Indeling handboek – 8**
 - 1.5.1 Fysieke kindermishandeling (deel II) – 9
 - 1.5.2 Seksueel misbruik (deel III) – 9
 - 1.5.3 Verwaarlozing (deel IV) – 9
 - 1.5.4 Andere vormen van kindermishandeling (deel V) – 10
 - 1.5.5 Overleden kinderen (deel VI) – 10
 - 1.5.6 Signalering en interventies (deel VII) – 10
 - 1.5.7 Bewijs en gerechtelijk handelen (deel VIII) – 10
 - 1.5.8 Gevolgen van kindermishandeling (deel IX) – 11
- 1.6 Voor wie is dit handboek bedoeld? – 11**
 - Literatuur – 12**

1.1 Inleiding

Vijftig jaar geleden publiceerden Henry Kempe en zijn collega's in de *JAMA* de eerste epidemiologische studie over wat zij het 'battered child syndrome' noemden. Zij brachten daarmee kindermishandeling nadrukkelijk binnen het domein van artsen [1]. Kempe was de eerste die aan de hand van epidemiologisch onderzoek bij klinische patiënten de discrepantie liet zien tussen anamnese en klinische bevindingen. Bovendien beschreef hij specifieke bevindingen bij lichamelijk en radiologisch onderzoek die kunnen duiden op kindermishandeling. Hij was tot de conclusie gekomen dat bepaalde letsels veroorzaakt moesten zijn door de verzorgers van het kind. Met de publicatie van deze gegevens in een vooraanstaand klinisch tijdschrift kon kindermishandeling als differentiaaldiagnose niet meer genegeerd worden.

Geweld tegen kinderen was geen nieuw fenomeen. Nieuw was alleen de benaming die men eraan gaf. Vanuit de forensische geneeskunde was Auguste Tardieu de eerste die diverse artikelen publiceerde over seksueel misbruik, toxicologie, kindermoord, nagebootste stoornissen en gewelddadigheden tegen kinderen [2]. Het 'battered child syndrome' werd om die reden ook het 'Tardieu's syndrome' genoemd. De nieuwe benaming had alles te maken met de veranderde manier waarop we tegen kinderen zijn gaan aankijken. Vroeger golden kinderen als bezit van hun ouders en werden ze als kleine volwassenen beschouwd. Zo kregen kinderen dezelfde verantwoordelijkheden als volwassenen en werden zij ook als gelijken gestraft. Na de Franse Revolutie ontstond het beeld dat het kind een apart wezen is dat eerst een specifieke opvoeding en ontwikkeling moet ondergaan en onderwijs nodig heeft voordat het tot de wereld van de volwassenen kan toetreden. Tot het einde van de negentiende eeuw moesten kinderen als vanzelfsprekend bijdragen aan het levensonderhoud van de familie, zonder eigen rechtspositie. Het tegengaan van

kinderarbeid, de ontwikkeling van kinderbescherming, het terugdringen van kindersterfte en meer emotionele bindingen met kinderen: al deze ontwikkelingen hebben bijgedragen aan de huidige positie van het kind.

Dat kinderen niet meer als kleine volwassenen worden beschouwd maar als individuen met een eigen ontwikkeling en rechten en als eigensoortig psychologische wezens, heeft geleid tot een uitbreiding van het begrip 'kindermishandeling'. Naast fysieke kindermishandeling wordt nu ook mishandeling van andere dan strikt lichamelijke aard tot kindermishandeling gerekend, zoals emotionele verwaarlozing en emotionele mishandeling, seksueel misbruik, Kindermishandeling door Falsificatie, pornografie en getuige zijn van huiselijk geweld.

De uitbreiding van het begrip 'kindermishandeling' roept vele vragen op. Een pedagogische tik – ook zonder dat deze letsels bij het kind geeft –: is dat fysieke kindermishandeling? Iedere ouder heeft zijn kind wel eens in een situatie van mogelijke onveiligheid gebracht. Is dat fysieke verwaarlozing? En moeten we als artsen al deze mogelijke vormen van kindermishandeling signaleren, herkennen en bespreken met ouders? Is kindermishandeling wel een medische diagnose? Of spelen andere professionals dan artsen de hoofdrol in het herkennen en bespreken ervan? De WHO stelde in 2002 dat professionals verplicht zijn hun verantwoordelijkheid te nemen op dit gebied. In datzelfde jaar brengt de KNMG haar eerste meldcode Kindermishandeling uit, die in 2008 herzien wordt ('spreken tenzij'). Vanaf 1 juli 2013 is de Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling van kracht, die het gebruik van een meldcode verplicht stelt voor professionals bij (mogelijke) signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling. Vanaf 1 januari 2019 geldt een nieuwe, aangescherpte Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling, waarin een afwegingskader is opgenomen. Dat leidde ook tot forse aanpassingen van de KNMG-meldcode voor

artsen in 2018, met de meest recente wijzigingen in 2023 (► par. 41.7) [3]. In 2011 heeft de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd de herkenning van kindermishandeling opgenomen als een van de prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen en eisen gesteld aan signalering en multidisciplinaire bespreking van signalen binnen het ziekenhuis en de huisartsenpost [4, 5]. Daarmee wordt bovenstaande vraag ondubbelzinnig beantwoord: kindermishandeling behoort tot het domein van de artsen.

Er zijn nog steeds veel belemmeringen bij artsen om kindermishandeling te overwegen, te bespreken of te melden. Een van de grootste belemmeringen is het beschikken over onvoldoende kennis en vaardigheden. In die lacune probeert dit handboek te voorzien. Andere belemmeringen bij artsen zijn angst voor juridische consequenties of voor onterechte beschuldigingen van ouders. Ten slotte kunnen hulpverleners ook zelf slachtoffer zijn geweest van een of andere vorm van kindermishandeling en daardoor moeite hebben om op dit gebied adequaat te handelen.

Kindermishandeling als medische diagnose werd door Kempe in 1962 nadrukkelijk op de agenda van artsen gezet [1]. Het duurde in Nederland nog tot 1970 voordat de Vereniging tegen Kindermishandeling werd opgericht (VKM), waaruit de Stichting Voorkoming van Kindermishandeling (VKM) is ontstaan. De Bureaus Vertrouwensartsen (BVA) werden in 1972 opgericht. Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) is ontstaan uit deze BVA. Kindermishandeling werd vanaf het begin in Nederland beschouwd als iets wat het hele gezin aanging. Toch was er een volledige scheiding tussen partnergeweld en kindermishandeling. Pas later kwamen de lijnen van kindermishandeling en partnermishandeling dichter bij elkaar, bijvoorbeeld door een (verplichte) samenwerking tussen het Steunpunt Huiselijk Geweld (SHG) en het AMK en het uiteindelijk samengaan op 1 januari 2015 van het AMK en het SHG onder de nieuwe naam Veilig Thuis.

1.2 Rechten van het kind in nationale context

Het ontstaan van wetgeving die diende te garanderen dat kinderen zich kunnen ontwikkelen door middel van goede opvoeding en onderwijs begon in 1874 met het ‘Kinderwetje’ van mr. Samuel van Houten, die ervoor zorgde dat kinderen onder de 12 jaar niet langer in fabrieken mochten werken. In die tijd werkten 450.000 kinderen tussen de 6 en 11 jaar lange dagen in Nederlandse fabrieken, waarbij zij het risico liepen op lichamelijk letsel door ongevallen en mishandeling en waardoor hun de kans zich goed te ontwikkelen werd ontnomen. Veel kinderen bezweken door het harde werken of pleegden zelfmoord. Het Kinderwetje werd later opgevolgd door de eerste versie van de Leerplichtwet, die in 1900 aangenomen werd en verplichtte dat alle kinderen van 6 tot 12 jaar onderwijs dienden te volgen. In 1969 werd een nieuwe Leerplichtwet ingevoerd, vanaf dat moment heet de wet Leerplichtwet 1969. Tegenwoordig zijn kinderen van 5 tot 16 jaar leerplichtig.

Ter bescherming van kinderen werden in 1901 de zogenoemde ‘Kinderwetten’ aangenomen, onder andere:

- maatregelen om kinderen te beschermen, waarbij ouders niet meer zelf over hun kinderen konden beslissen;
- nieuwe regels voor het jeugdstrafrecht.

De Kinderwetten vormen nog steeds het fundament voor het bestaande systeem van kindbescherming en jeugdstrafrecht. In 1905 werden de voogdijraden ingesteld, voornamelijk bestaande uit vrijwilligers, en in 1922 werd een nieuwe maatregel ingevoerd: de ondertoezichtstelling. Het kind kon dan wel bij de ouders blijven wonen, maar het gezin kreeg begeleiding van een gezinsvoogd. Tegelijk met deze nieuwe maatregel werden speciale kinderrechtvaarders aangesteld. Deze kregen de taak om de ondertoezichtstelling uit te spreken.

Ook kregen ze de leiding over de uitvoering van deze ondertoezichtstelling. Deze regeling gold tot 1 november 1995, toen de uitvoering overging naar de gezinsvoogdij-instellingen. In 2023 zijn er vijftien gecertificeerde instellingen in Nederland die jeugdbescherming en jeugdreclassering bieden [6].

De veranderde kijk op de opvoeding is terug te vinden in het Burgerlijk Wetboek (Boek I, art. 247.2), waarin in 2007 de volgende bepaling is opgenomen [7]:

‘Onder verzorging en opvoeding worden mede verstaan de zorg en de verantwoordelijkheid voor het geestelijk en lichamelijk welzijn en de veiligheid van het kind alsmede het bevorderen van de ontwikkeling van zijn persoonlijkheid. In de verzorging en opvoeding van het kind passen de ouders geen geestelijk of lichamelijk geweld of enige andere vernederende behandeling toe.’

Kinderen moeten beschermd worden tegen kindermishandeling en daders moeten gestraft kunnen worden. In het Wetboek van Strafrecht staat dat je een kind niet seksueel, fysiek of psychisch mag mishandelen, niet mag verlaten en niet mag doden. Recente wetgeving is erop gericht kinderen te beschermen tegen de gevaren van seksueel misbruik die het internet met zich meebrengt. Op 1 januari 2010 is het bekijken van kinderpornografie, naast het downloaden, strafbaar gesteld. Ook ‘grooming’, het actief benaderen en verleiden van jongeren via internetsites met als doel seksueel misbruik, is tegenwoordig strafbaar [8].

1.3 Rechten van het kind in internationale context

In 1959 kwam de Verklaring van de Rechten van het Kind tot stand in het kader van de Verenigde Naties (VN). Zo’n verklaring is niet bindend. Een verdrag is dat wel, voor de

landen die het ratificeren. Op voorspraak van Polen werd daarom vanaf 1979 gewerkt aan het opstellen van een kinderrechtenverdrag. Tien jaar later, op 20 november 1989, werd het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK) door de Algemene Vergadering van de VN aangenomen. Dit verdrag bevat 54 artikelen die verschillende rechten van kinderen vaststellen en kinderen beschermen tegen onder andere geweld, misbruik en verwaarlozing. Nederland heeft het IVRK geratificeerd op 6 februari 1995 en op 8 maart 1995 is het IVRK in werking getreden voor Nederland [8]. 196 landen zijn partij bij het IVRK.

Een van de belangrijkste redenen waarom het IVRK toegevoegde waarde heeft ten opzichte van al bestaande internationale mensenrechtenverdragen is dat het alle rechten van kinderen bundelt in één verdrag. Het gaat niet alleen om burgerlijke en politieke rechten, maar ook om economische, sociale en culturele rechten.

In Europa werd in 1950 het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) aangenomen, in navolging van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens die op 10 december 1948 door de Algemene Vergadering van de VN was aangenomen [9]. Het EVRM trad in 1953 in werking en is bindend voor de 46 Staten die het Verdrag geratificeerd hebben. Het EVRM is niet gespecificeerd voor kinderen, maar uitspraken door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) hebben duidelijk gemaakt wanneer het gaat over schendingen van de rechten van kinderen. Daarbij wordt overigens het IVRK vaak gebruikt als interpretatiemiddel bij de toepassing van het EVRM. Uitspraken van het EHRM geven aan dat het IVRK steeds meer omarmd wordt. Voor het kind zijn onder andere de volgende artikelen van het EVRM van belang:

- artikel 2: het recht op leven;
- artikel 3: het verbod op foltering; niemand mag worden onderworpen aan foltering

of aan onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen;

- artikel 8: het recht op eerbiediging van privé-, familie- en gezinsleven: het recht op privacy en het recht van het kind om niet gescheiden te worden van zijn ouders tegen hun wil, tenzij deze scheiding noodzakelijk is in het belang van het kind. Het laatste vereist, bijvoorbeeld, geen hereniging met de ouders bij uit huis geplaatste kinderen, maar wel dat er voldoende mogelijkheden voor contact moeten worden geboden.

Volgens artikel 19 van het IVRK is de overheid verplicht om alle passende maatregelen te nemen om het kind te beschermen tegen mishandeling in de brede zin van het woord:

- ▶ **‘tegen alle vormen van lichamelijk of geestelijk geweld, letsel of misbruik, lichamelijke of geestelijke verwaarlozing of nalatige behandeling, mishandeling of uitbuiting, met inbegrip van seksueel misbruik terwijl het kind onder de hoede is van de ouder(s), wettige voogd(en) of iemand anders die de zorg voor het kind heeft.’**

Deze overheidsmaatregelen moeten procedures omvatten voor de ondersteuning van het kind en van diegenen die de zorg voor het kind hebben en procedures voor preventie, opsporing/signalering, melding, verwijzing, onderzoek, behandeling en follow-up van gevallen van kindermishandeling en, indien van toepassing, voor het inschakelen van de rechter en het uitvoeren van maatregelen. Artikel 39 van het IVRK bevat de overheidsverplichting om alle maatregelen te nemen ter bevordering van het herstel en de re-integratie van een kind dat het slachtoffer is van verwaarlozing, uitbuiting of misbruik.

1.4 Definitie kindermishandeling

De in Nederland gehanteerde definitie uit de Jeugdwet luidt als volgt [10]:

- ▶ **‘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.’**

Waar ouders staat, worden ook stief-, adoptie- en pleegouders bedoeld. Kinderen kunnen ook in een relatie van afhankelijkheid ten opzichte van beroepskrachten verkeren.

Baartman werkt het begrip kindermishandeling op systematische wijze uit in zijn boek *Het begrip kindermishandeling* [7]. Hierin laat hij zien dat er een bonte verzameling is van deels overlappende termen. Hij pleit voor een definitie waarin duidelijk wordt dat mishandeling in het kader van een afhankelijkheidsrelatie een bijzondere vorm van kindermishandeling is. Hij formuleert uiteindelijk een nieuwe definitie van kindermishandeling die goed uitdrukt waar het om gaat [7]:

- ▶ **‘Kindermishandeling is het doen en 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.’**

Naast een indeling naar de aard van het handelen, zou een indeling gehanteerd kunnen worden naar de gevolgen die het (niet)

handelen voor het kind heeft. Het lastige daarbij is dat de gevolgen voor de ontwikkeling en het welzijn van het kind, mentaal of lichamenteel, nu of in de toekomst, vaak niet eenduidig vast te stellen zijn. Inzicht in de gevolgen van de verschillende vormen van kindermishandeling, gedifferentieerd naar de verschillende leeftijden van het kind, is daarom van groot belang. Niet-optimaal gedrag van ouders hoeft in die zin nog geen mishandeling te zijn. Getuige zijn van huiselijk geweld valt binnen deze definitie ook onder kindermishandeling, omdat de gevolgen voor het kind zeer ernstig kunnen zijn, hoewel het kind zelf geen direct slachtoffer is van het geweld.

In dit handboek start elk hoofdstuk met een definitie van de vorm van mishandeling die in dat hoofdstuk besproken wordt. Daarbij wordt over het algemeen de indeling aangehouden van de Amerikaanse incidentiestudies: de National Incidence Studies (NIS) [11]. Deze indeling en begripsomschrijving sluiten aan bij de begrippen die onder meer in het nationale prevalentieonderzoek in 2005, 2010 en 2017 toegepast zijn [12–15].

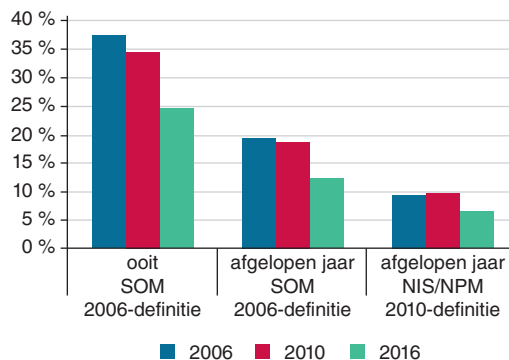
Ondanks alle huidige aandacht voor mishandelde kinderen loopt het aantal mishandelde kinderen nog niet duidelijk terug [16]. De Tweede en Derde Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en

Jeugdigen (NPM-2010, NPM-2017) laten gelijke aantallen zien als die in 2005 met een jaarprevalentie van 1:30 kinderen, gebaseerd op signalering door professionals. Uit het meest recente zelfrapportage-onderzoek onder middelbare scholieren lijkt een daling van de prevalentie van kindermishandeling zich te hebben ingezet voor het ‘ooit meemaken van kindermishandeling’ van 37 naar 25 %. De jaarprevalentie van kindermishandeling gerapporteerd door scholieren zelf is sterk afhankelijk van de definitie en varieert tussen de 12 % bij minder strenge definities tot 6,5 % van de jongeren als een strengere definitie gehanteerd wordt [16] (■ fig. 1.1).

De prevalentie van de gemelde gevallen van kindermishandeling wordt vanaf 2019 strak gemonitord door het CBS. Halfjaarlijks verschijnt de *Impactmonitor huiselijk geweld en kindermishandeling* (zie ► cbs.nl) [17].

1.5 Indeling handboek

Dit medisch handboek bespreekt kennis en vaardigheden op het brede gebied van kindermishandeling. In deze paragraaf komen de verschillende delen van het handboek kort aan de orde.



■ **Figuur 1.1** Prevalentieschattingen van kindermishandeling (percentage scholieren in de eerste 4 jaar van het voortgezet onderwijs), 2006–2016

1.5.1 Fysieke kindermishandeling (deel II)

Het vaststellen van fysieke kindermishandeling blijkt niet eenvoudig. Het zal niet vaak voorkomen dat een ouder op de Spoedeisende Hulp komt en zegt: 'Ik denk dat ik m'n kind zo hard geschopt heb dat hij een beenbreuk heeft.' In de meeste gevallen is de anamnese verhullend voor wat er werkelijk gebeurd is: 'van de commode gevallen', 'van de trap gevallen', 'schop van vriendje gekregen', 'plotseling wegvallen', 'onverklaarde buikpijn', enzovoort. Het is aan de arts om consequent het medische model te blijven volgen en altijd differentiaaldiagnostisch te blijven denken: klopt de anamnese met het letsel of bij de klacht die ik constateer? Deze incompatibiliteitsvraag is cruciaal en de meest noodzakelijke vraag om toegebracht letsel op te sporen. Om incompatibiliteit te kunnen beoordelen, is veel kennis nodig. Kan hypoxie subdurale hematomen veroorzaken? Bestaat er zoiets als 'brittle bones'? Kunnen vaccinaties leiden tot een ernstige BRUE ('brief resolved unexplained event'; vroeger bekend als ALTE)? Kan een val van de commode leiden tot een schedelfractuur? Veel van dit soort vragen komen aan bod in deel II.

Alle specialisten die kinderen als patiënt hebben, hebben een rol bij het signaleren van kindermishandeling. Dat geldt voor tandartsen, oogartsen, orthopeden, chirurgen en kinderartsen. Deel II laat goed zien dat letsels als gevolg van kindermishandeling in alle organen voorkomen, letterlijk van top tot teen, variërend van bijvoorbeeld het uittrekken van haren tot het opzettelijk in heet water onderdompelen van een voetje en alles wat daartussen zit.

1.5.2 Seksueel misbruik (deel III)

Het kunnen vaststellen van genitaal letsel is bij uitstek een taak van artsen. Kennis van de normale anatomie en normale varianten is essentieel om afwijkingen die het gevolg zijn van misbruik te kunnen herkennen. De lage

a priori kans op zichtbaar letsel als gevolg van seksueel misbruik en het grote scala aan normale varianten maken het beoordelen van het genitaal tot een apart specialisme. Daarom wordt het oordeel van artsen zeer geregeld gevraagd. Dit deel bespreekt de valkuilen. Acute slachtoffers van seksueel misbruik moeten ook forensisch onderzocht worden. Een geraadpleegde arts moet op de hoogte zijn van de noodzaak van medisch en forensisch handelen en van psychologische opvang van het slachtoffer.

Meestal zijn het de abnormale gedragingen van kinderen die naar mogelijk seksueel misbruik verwijzen. Voor de interpretatie van dit gedrag is kennis nodig van de normale gedragingen van kinderen. Juist in het duiden van gedrag 'als normaal' speelt de arts een belangrijke rol.

1.5.3 Verwaarlozing (deel IV)

Verwaarlozing is de meest voorkomende vorm van kindermishandeling, maar tegelijkertijd de vorm met de grootste overlap tussen normaal en abnormaal. Waar bij fysieke kindermishandeling objectief is vast te stellen dat het gaat om letsel dat toegebracht is, kan bij verwaarlozing niet gesproken worden over 'toebrengen' maar eerder over 'nalaten'. Fysieke kindermishandeling kan plaatsvinden op zaterdagmiddag om 14.15, maar verwaarlozing niet [7]. Dat culturele opvattingen hier een grote rol in spelen, moge duidelijk zijn. Bij het stellen van de diagnose gaat het veel eerder om de schade die het kind oploopt als gevolg van het 'nalaten' en in hoeverre deze schade reversibel is als het kind in een andere omgeving opgroeit. Dit laatste is het meest uitgebreid uitgewerkt in ► H. 20. Het gaat om situaties die artsen dagelijks meemaken, waarbij steeds een afweging gemaakt moet worden tussen de autonomie van de ouder (het recht van de ouder om op te voeden) en de risico's op schade voor het kind in het licht van het recht van het kind op veiligheid, welzijn en ontwikkeling.

1.5.4 Andere vormen van kindermishandeling (deel V)

In dit deel komen vormen van kindermishandeling aan de orde die vrijwel alleen door medisch professionals kunnen worden vastgesteld, zoals Kindermishandeling door Falsificatie (het vroegere 'Münchausen by proxy') en prenatale kindermishandeling. In een aantal hiervan is de arts medeplichtig aan de mishandeling. Het herkennen van toegebracht letsel als zelfbeschadiging vraagt ook weer (forensische) kennis van letsels en de attitude om dit bespreekbaar te maken. Tot slot staat in dit deel een hoofdstuk over emotionele mishandeling, een veelvoorkomende vorm van kindermishandeling die eveneens moeilijk te herkennen is. Door de vele voorbeelden wordt het begrip concreter en daarvoor beter bespreekbaar met kind en ouders.

1.5.5 Overleden kinderen (deel VI)

In het rapport van Van Vollenhove van de Onderzoeksraad voor Veiligheid wordt verslag uitgebracht over de kinderen die (bijna) overleden zijn ten gevolge van kindermishandeling [18]. Het is onbekend om hoeveel kinderen in Nederland het jaarlijks gaat, vermoedelijk tussen de twintig en dertig. In dit deel wordt ook de NODOK-procedure besproken (Nader Onderzoek Doodsoorzaak Kinderen), die sinds 1 januari 2016 mogelijk is bij kinderen < 18 jaar die zonder verklaring plotseling overlijden. De NODOK-procedure mag alleen uitgevoerd worden als er geen aanwijzingen zijn voor niet-natuurlijk overlijden. Zodra er aanwijzingen zijn voor niet-natuurlijk overlijden, overlegt de forensisch arts met de officier van justitie, die vervolgens een gerechtelijke sectie kan opleggen. De gerechtelijke sectie wordt in Nederland in het Nederlands Forensisch Instituut uitgevoerd op last van de officier van justitie.

1.5.6 Signalering en interventies (deel VII)

Dit deel laat zien dat elke medische discipline verantwoordelijkheid heeft in het opsporen van kindermishandeling, maar dat een discipline dat niet alleen kan en altijd andere disciplines nodig heeft. Eerste interventies worden besproken, waarbij het zorgen voor veiligheid eerste prioriteit heeft. Angst voor onterechte beschuldigingen aan het adres van ouders vraagt vooral om adequate gesprekstechniek om zorgen bespreekbaar te maken. In ► H. 35 komen praktische tips aan de orde.

Een gesprek over kindermishandeling voeren met het kind is nog lang geen gemeengoed onder medisch professionals. Daarbij is het essentieel dat de arts beseft welke rol hij kan spelen in het herkennen en duiden van kindermishandeling. De arts mag zich daarbij geen 'opsporingsbeambte' voelen, maar moet duidelijkheid krijgen over hoe veilig het kind zich voelt en of het kind zelf een verklaring heeft voor letsels.

1.5.7 Bewijs en gerechtelijk handelen (deel VIII)

Een van de belemmeringen bij artsen is de angst voor juridische consequenties. Als men de wettelijke kaders kent en weet toe te passen, kan dit helpen deze angst te overwinnen. Nederland kent geen meldingsplicht, maar wel een meldingsrecht en een verplichte meldcode met een afwegingskader voor wanneer een melding noodzakelijk is.

Forensisch artsen zijn getraind op 'fact finding'. Zij stellen hun objectieve bevindingen vast in opdracht van justitie en het is uiteindelijk aan de rechter om te beoordelen of binnen ons juridisch systeem het toebrengen van dit letsel al of niet gezien moet worden als een strafbaar feit.

Curatieve artsen die te maken hebben met kindermishandeling hebben zelf forensische kennis nodig of moeten weten hoe ze deze expertise kunnen inzetten. Om een kind veilig te kunnen stellen, is soms een kinderbeschermingsmaatregel of een veroordeling van een dader nodig. Daarvoor is rechtspraak nodig, gebaseerd op objectieve feiten. Ter ondersteuning van de artsen is in Nederland forensisch-medische expertise bij kinderen (FMEK) beschikbaar bij regionaal werkzame forensisch artsen en bij het Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling (LECK).

In dit deel komt ook aan bod waarop gelet moet worden bij verslaglegging en overdracht van gegevens aan Veilig Thuis of politie. Uit dit deel blijkt ook de noodzaak om waar nodig samen te werken met collega's uit de forensische pediatrie. Forensisch artsen zijn bij uitstek getraind om letsel te duiden en het beschreven ongevalsmechanisme in relatie tot het letsel te beoordelen (► H. 40).

1.5.8 Gevolgen van kindermishandeling (deel IX)

Dat geweld tegen kinderen schade oplevert, zal niemand ontkennen. De WHO erkent dat er een relatie is tussen een veelheid aan chronische aandoeningen bij volwassenen (ACE study) en kindermishandeling in het verleden. In Nederland heeft de Gezondheidsraad in zijn rapport vastgesteld dat kinderen hierdoor permanente (psychische) schade kunnen oplopen, mede bepaald door persoonlijkheidskenmerken en genetische opmaak. De schade wordt soms pas veel later zichtbaar. Volwassenen die in hun kindertijd zijn mishandeld, hebben een verhoogde kans op (langdurige) psychische problemen, maar ook op somatische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten en astma [19].

Bovendien leidt kindermishandeling tot substantiële economische schade. De schattingen voor Nederland lopen uiteen van 0,4 tot 9 miljard euro en zijn mede afhankelijk of men de kosten van de langetermijnevolgen in de berekeningen meeneemt. Maar het verlies van kwaliteit van leven en de immateriële schade die kindermishandeling met zich meebrengt, is de belangrijkste drijfveer om werk te maken van opsporing en aanpak van kindermishandeling.

In het laatste hoofdstuk reflecteren we op de beleidsmaatregelen van de afgelopen 10 jaar en op de resultaten van deze maatregelen voor de gezinnen waar onveiligheid speelt.

1.6 Voor wie is dit handboek bedoeld?

Dit medisch handboek is primair bedoeld voor artsen, maar is ook informatief voor andere professionals binnen de somatische en geestelijke gezondheidszorg en medewerkers in de Jeugdzorg en het maatschappelijk werk. In de loop van het boek zal duidelijk worden dat het stellen van de diagnose kindermishandeling uitvoerige en specifieke expertise vraagt van de betrokken artsen. Dat is voor de medische praktijk een weliswaar noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde. Ook het hebben van een juiste attitude om de expertise die in dit handboek wordt beschreven toe te passen is essentieel. Ten slotte is het van belang om op te merken dat kindermishandeling zich altijd voordoet in complexe (gezins)situaties, waarbij een interdisciplinaire aanpak van artsen vereist is. Het gaat kortom om hoogwaardige geneeskunde. Aan die geneeskunde hoopt dit handboek een bijdrage te leveren.