

Diagnostiek en wettelijk kader bij schedel hersenletsel bij het jonge kind (< 2 jaar)

(delen uit deze richtlijn kunnen ook gebruikt worden voor kinderen ouder dan 2 jaar)

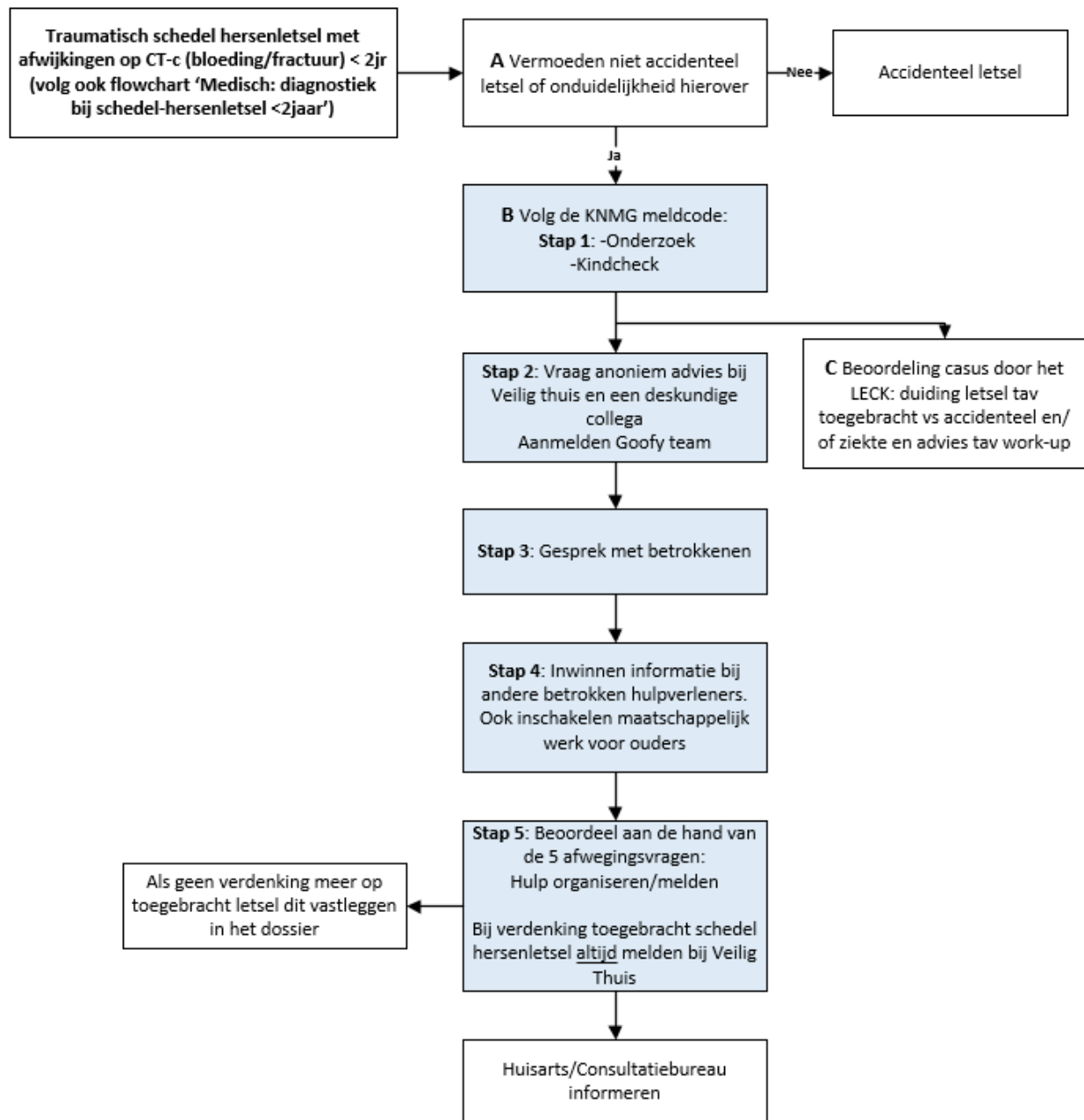
RM. van der Vuurst de Vries (AIOS neurologie), MAW. Hunfeld (Kinderneuroloog), PJ. Puiman (Kinderarts), Sjoukje Loudon (oogarts), Heleen van Ommen (Kinderarts-hematoloog)

Disclaimer

1 januari 2015

De Richtlijnen van de afdeling Neurologie Erasmus MC zijn met zorg samengesteld op basis van de stand van de wetenschap ten tijde van het vaststellen van de Richtlijn. Deze Richtlijnen zijn bedoeld voor medici. Een Richtlijn moet worden gezien als aanbeveling, waarvan indien daar goede argumenten voor zijn kan worden afgeweken. Mede omdat wetenschappelijke inzichten zich ontwikkelen en kunnen wijzigen, aanvaarden zowel de afdeling Neurologie als de individuele opstellers van de Richtlijnen geen enkele aansprakelijkheid voor onverhoopte onvolkomenheden in de Richtlijnen, of eventuele gevolgen daarvan. De richtlijnen commissie stelt zich open voor attendering op (vermeende) onvolkomenheden in de opmaak of inhoud van de richtlijnen.

Flowchart: Wettelijk kader



Toelichting flowchart: Wettelijk kader

A. Controleer de status op eerdere incidenten.

Focusvragen:

- Past het letsel bij de verklaring die wordt gegeven en bij het ontwikkelingsstadium van dit kind?
- Hebben ouders adequaat gereageerd vanaf het incident tot nu?
- Is er een consistente (hetero) anamnese?
- Heeft het onderzoek andere letsels of lichamelijke klachten opgeleverd zonder goede verklaring?
- Waren er meerdere getuigen van het incident?
- Vertonen de ouder en het kind passend gedrag in de interactie met elkaar en nu?

Risicofactoren: Laag socio-economische status, gescheiden ouders, jonge ouders, psychiatrische problemen bij ouders, meerdere broertjes en zusjes, prematuriteit, veel huilen/overgeven, herhaaldelijk op de SEH verschijnen. CAVE In witte rijke gezinnen wordt kindermishandeling vaker gemist.

B. Stap 1. -Verzamelen van feiten die het vermoeden van toegebracht letsel kunnen onderbouwen of ontkrachten (controleer ook de status op eerdere incidenten)

-Kindcheck (ook broertjes en zusjes betrokken?)

Stap 2. Vraag deskundig (anoniem) advies bij voorkeur aan een collega kinderneuroloog of kinderarts (met expertise kindermishandeling) en bij Veilig Thuis. “Regel één is doe het nooit alleen”.

Betrek ook het Goofy team via telefoonnummer: 06-28313362. (soms is dit al op de SEH gebeurd, daar wordt het screenings formulier voor huiselijk geweld en kindermishandeling ingevuld zie KMS). Het Goofy team is beschikbaar voor advies, zij denken mee over aanvullend onderzoek, betrekken een maatschappelijk werker en kunnen ons begeleiden bij het maken van een eventuele Veilig Thuis melding.

Stap 3. Belangrijk is om bij een vermoeden van toegebracht letsel dit zo snel mogelijk met ouders/voogd te bespreken, ook gezien de mogelijke verdere diagnostiek die in dit kader plaats zal vinden. Doe dit gesprek altijd met 2 personen.

Essentieel is dat de arts zich niet veroordelend opstelt. De insteek van het gesprek is dat er zorgen zijn vanwege de beschadigingen aan de hersenen en dat dat goed uitgezocht moet worden.

Bedenk dat ouders niet altijd de plegers zijn en dat je handelt uit zorg en hulp voor kind en gezin.

Zeg dat jij de medisch behandelaar bent, en dat jij je aan de plicht moet houden. Deze plicht houdt in dat je bij dit soort letsels onderzoek moet doen naar andere letsels en dat je een melding maakt bij Veilig Thuis. Zij kunnen zich dan richten op het stuk zorg en veiligheid zodat jij je kunt richten op de medische behandeling. Bedenk dat het niet de taak van de neuroloog is om te beoordelen of er wel of geen sprake van kindermishandeling is en wie dat heeft gedaan. Dit is de taak van Veilig Thuis en justitie als er sprake lijkt te zijn van strafbare kindermishandeling.

Je kan van dit gesprek afzien als het gevaar oplevert voor het kind, voor derden of voor jezelf.

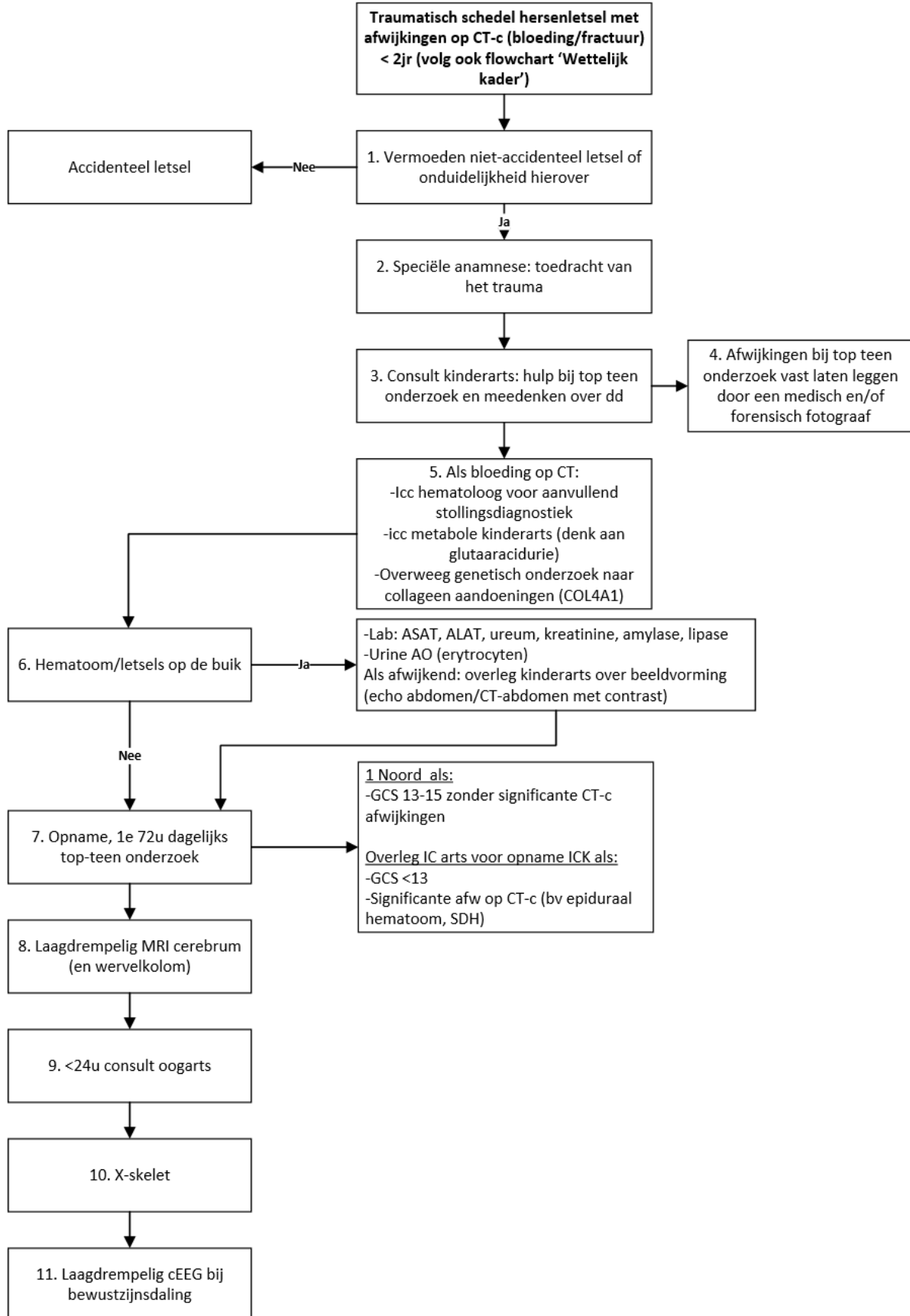
Stap 4. Win informatie in bij andere hulpverleners die bij het gezin betrokken zijn (bv de huisarts), hiervoor wel vooraf toestemming vragen aan ouders/voogd.

Stap 5. Aan de hand van 5 afwegingsvragen beslissen: hulp organiseren en melden?

Een vermoeden van toegebracht schedel hersenletsel dient altijd gemeld te worden bij Veilig Thuis. Deze melding gebeurt door de arts assistent neurologie (of diens supervisor). De Veilig Thuis melding wordt vaak al op de SEH gedaan. Schedelhersenletsel is ernstig letsel en bij een verdenking op toegebracht schedelhersenletsel is er mogelijk sprake van strafbare kindermishandeling. In deze stap van de meldcode zullen de afwegingsvragen derhalve niet leiden tot NIET melden. Bovenstaande stappen zorgvuldig en objectief vastgelegd in het patiëntendossier.

C. Het Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling (LECK) beoordeelt de casus anoniem. Artsen kunnen altijd zonder tussenkomst van Veilig Thuis contact opnemen met het LECK. Op www.LECK.nu staat hoe een verdere adviesvraag inclusief herbeoordeling van de radiologische onderzoek door een LECK (forensisch) kinderradioloog in zijn werk gaat (dit laatste kan niet anoniem daarom is toestemming nodig). In sommige gevallen wanneer er geen twijfel is hoeft het LECK niet te worden geconsulteerd.

Flowchart: Medisch: diagnostiek bij schedel-hersenletsel <2jaar



Toelichting flowchart: Medisch: diagnostiek bij schedel-hersenletsel <2jaar

1. Zie flowchart 'wettelijk kader'.

Belangrijk is om bij een vermoeden van niet accidenteel letsel dit direct met ouders te bespreken, ook gezien de mogelijke verdere diagnostiek die in dit kader plaats zal vinden.

Verdacht letsel: Subduraal hematoom, Retina bloedingen, blauwe plekken (vooral oren, nek, borst, rug, billen, onder de tong, wangen, ogen, labia, sclera, meerdere locaties, herkenbaar patroon van een object), onbegrepen apneus, meerdere ribfracturen, metafysaire hoekfracturen, spiraalfracturen, schedel- en wervelfracturen, femurschachtfracturen, sternumfracturen.

(zie verder ook achtergrond informatie)

2. Speciële anamnese over de toedracht van het trauma, zie ook focusvragen in de Flowchart 'wettelijk kader'

3. De kinderarts wordt in consult gevraagd om zo nodig te helpen bij het top-teen onderzoek (bijlage 3), en mee te denken over de differentiaal diagnose (bijvoorbeeld stollingsstoornissen).

Er moet altijd een volledig top-teen onderzoek verricht worden waarbij wordt gekeken naar huidafwijkingen (hematomen, beschadigingen, verbrandingen, littekens etc.). De behaarde hoofdhuid, achter de oren, onder de tong, luiergebied, het frenulum, en tussen de billen niet over het hoofd gezien mogen worden. (Acroniem: ten4faces-p: trunk, ear, neck, 4 jaar of jonger/elke blauwe plek bij een kind onder de 4 maanden, frenulum, auricular aerea, cheek, eyes, sclera, patterned bruising)

4. Als er afwijkingen zijn bij het top-teen onderzoek dit ook vast laten leggen door de medisch en/of forensisch fotograaf in het kader van FMEK (Forensisch Medische Expertise bij Kinderen)

5. Wanneer er een bloeding op de CT-cerebrum (CT-c) te zien is wordt de hematoloog in consult gevraagd om mee te denken over aanvullend stollingsdiagnostiek, wat er afgenomen moet worden kan verschillen per leeftijd.

Vraag ook de metabole kinderarts in consult voor metabool onderzoek naar bijvoorbeeld glutaaracidurie. Tevens kan overwogen worden genetisch onderzoek in te zetten naar collageen aandoeningen (COL4A1) (dit laatste doe je bijvoorbeeld bij een intracerebraal hematoom al dan niet in combinatie met ischemie).

6. Wanneer er hematomen en/of letsels op de buik worden gevonden dient aanvullend bloedonderzoek (leverwaarden, nierfunctie, amylase, lipase) en een urineonderzoek op erythrocyten te worden ingezet. Als dit afwijkend is dient aanvullende beeldvorming van de buik te worden verricht, dit in overleg met de kinderarts

7. Alle kinderen met verdenking op toegebracht letsel worden opgenomen.

1^e 72 uur dagelijks top-teen onderzoek (blauwe plekken met patroonvorming kunnen over de tijd duidelijker worden)

-GCS 13-15 zonder significante afwijkingen op CT-cerebrum in principe opname op 1 noord.
-GSC <13 of bij significante afwijkingen op CT-cerebrum (bijvoorbeeld epiduraal hematoom, subduraal hematoom of urgente neurochirurgische problemen waarbij striktere observatie nodig is): overleg met IC-arts voor opname op de ICK.

8. Streef ernaar tijdens opname altijd een MRI hersenen te verrichten voor aantonen/uitsluiten letsel wat gemist kan worden op CT-c (punt bloedingen op SWAN en ischemie op T1/T2 en diffusie-gewogen opnames). Tevens wordt het aangeraden een MRI wervelkolom te maken voor het uitsluiten van spinaal letsel.

9. Consult oogarts voor oogheelkundig onderzoek (anisocorie, RAPD, voorsegment beoordelen, fundoscopie, eventueel met fundus foto's). Overleg over noodzaak van wijd druppelen. Bij voorkeur binnen 24uur (retinale bloedingen lossen zeer snel op), als de klinische toestand van het kind dit toelaat.

10. X-skelet, altijd herhalen na 2 weken omdat occulte fractures (zoals ribfracturen) dan beter zichtbaar kunnen zijn door callus vorming.
Denk bij botbreuken ook aan de mogelijkheid van Osteogenesis imperfecta.

11. Bij bewustzijnsdaling laagdrempelig een (continu) EEG om een (non convulsieve) status epilepticus uit te sluiten (hoe jonger het kind hoe groter de kans op epilepsie). Tijdens diensturen kan het EEG tijdelijk vervangen worden door een aEEG (alleen op de ICK, ivm de daar aanwezige expertise met het aEEG)

Achtergrond informatie

Introductie

Traumatisch schedel hersenletsel bij kinderen komt vaak voor, daarbij gaat het niet zelden om toegebracht letsel, dit is vooral bij kinderen onder de 2 jaar. In deze jonge groep wordt geschat dat 25-30% van traumatisch schedel hersenletsel toegebracht letsel betreft, ofwel Abusive head trauma (AHT).^{1,2 3} AHT wordt vaak veroorzaakt door schudden, impact trauma of beide.³ Accidenteel schedel hersenletsel wordt juist vaker veroorzaakt door een val van hoogte of een hoog energetisch trauma.⁴ De meest voorkomende oorzaak van accidenteel letsel is een val van beperkte hoogte, zoals van een bed of stoel, dit soort vallen leiden bijna nooit tot ernstig hoofd trauma, waarbij de mortaliteit dan ook laag is: 0.5/1000000 kinderen per jaar.⁵ Daarentegen wordt 53% van de fatale hoofdtrauma's in kinderen jonger dan 2 jaar veroorzaakt door AHT.⁶ AHT komt meer voor bij kinderen onder de 2 jaar (incidentie: 16-33/100000⁶) deze kinderen zijn minder mobiel en zijn daarom minder in staat om zelf een ongeluk te veroorzaken. Daarom kan gesteld worden dat hoe jonger het kind hoe groter de kans dat intracranieel letsel wordt veroorzaakt door mishandeling. Nog altijd zijn er situaties waarin kindermishandeling of verwaarlozing niet wordt herkend.⁷ Mishandeling kan alleen uit de differentiaal diagnose worden geschrapt wanneer er door onafhankelijke partijen kan worden bevestigd dat er sprake is geweest van bijvoorbeeld een onopzettelijk hoog energetisch trauma. Een inconsistent verhaal van de betrokken partijen kan een belangrijke aanwijzing zijn waarbij er altijd aan AHT moet worden gedacht. Deze richtlijn is een handvat voor het herkennen en handelen bij kinderen met een verdenking op toegebracht schedel hersenletsel.

Kliniek

Er dient gelet te worden op symptomen passend bij intracranieel letsel (meestal een subduraal hematoom) maar ook op ander letsel dat zou kunnen passen bij mishandeling zoals fracturen en blauwe plekken op verdachte plaatsen. NB bij een kind onder de 4 maanden is elke blauwe plek verdacht.

Mechanisme AHT

Het mechanisme achter AHT is vaak een acceleratie/deceleratie trauma en/of een impact trauma.³ Het heftig schudden van een jong kind kan al na 5-10 seconden ernstige schade veroorzaken.

Subduraal hematoom (SDH)

Wanneer er bij een kind op de spoedeisende hulp een SDH wordt vastgesteld, staat AHT bijna altijd in de differentiaal diagnose. Andere oorzaken van een SDH zijn: traumatisch hersenletsel ten gevolge van een energetisch trauma (zonder sprake van opzettelijke mishandeling), geboortetrauma, stollingsstoornissen (oa glutaar acidurie type 1, hemofilie), of een inflammatoire oorzaak (vasculitis, systeemziekten, ernstige infecties). Er wordt dan ook altijd stollingsonderzoek en metabool onderzoek ingezet. Geboortetrauma als oorzaak van SDH bij kinderen is mogelijk tot 3 maanden na de geboorte, maar 4 weken na de geboorte zijn bijna alle SDHs geresorbeerd. Wij houden daarom 6 weken aan als grens. SDH door geboortetrauma is altijd symptomloos.⁸ Tevens kan overwogen worden genetisch onderzoek in te

zetten naar collageen aandoeningen (COL4A1) (dit laatste doe je bijvoorbeeld bij een intracerebraal hematoom al dan niet in combinatie met ischemie).

De symptomen die worden gezien bij een SDH bij kinderen zijn vaak specifiek: verlaagd bewustzijn, prikkelbaar, braken, apneus en insulten. Er dient daarom laagdrempelig een CT-schedel te worden verricht.

SDH, ischemie, cerebraal oedeem en impressie fracturen worden vaker gezien bij AHT, terwijl lineaire schedel fracturen en epidurale bloedingen meer worden gezien bij kinderen met accidenteel letsel.^{9,10} Naast een CT-schedel wordt er ook laagdrempelig een MRI schedel verricht. De CT-scan is namelijk niet het aangewezen onderzoek om een DAI (diffuse axonal injury) als gevolg van een acceleratie/deceleratietrauma aan te tonen. Dus zeker als de CT onvoldoende verklaring voor de kliniek geeft is een MRI-cerebrum noodzakelijk, van belang is dan ook een SWI/SWAN sequentie te verrichten. Een andere veel voorkomende oorzaak van bewustzijnsdaling in deze groep kinderen is epilepsie. Wij bevelen daarom ook laagdrempelig een continu EEG aan om een (non-convulsieve) status epilepticus uit te sluiten. Mocht het kind op de ICK liggen, kan het EEG in diensturen tijdelijk vervangen worden door een aEEG.

Retinale bloedingen

Er zijn twee theorieën over het ontstaansmechanisme van retina bloedingen: de eerste gaat uit van een mechanisch trauma waarbij er tractie plaats vindt tussen het glasvocht en de retina. De tweede gaat uit van een druk gerelateerd mechanisme.

Er is een sterke associatie tussen retinale bloedingen en AHT, dit is vooral als er retinale bloedingen beiderzijds zijn en als er in meerdere lagen van de retina bloed zit.¹⁰ Uit een systematisch review blijkt dat slechts bij 15% van de kinderen waarbij AHT met zekerheid is vastgesteld geen retinabloedingen te zien waren. In de groep met onopzettelijk trauma had maar 17% retinabloedingen. Bij een retinoschisis werd een 100% voorspellende waarde voor AHT gevonden.⁹ Daarom moet elk kind waarbij er een verdenking is op AHT binnen 24 uur gezien worden door een oogarts. Pupillen moeten wijd gedruppeld worden voor het oogheelkundig onderzoek, soms laat de klinische toestand van een kind dit niet toe binnen 24 uur (bijvoorbeeld bij een comateus kind waarbij pupilcontroles belangrijk zijn), in dat geval mag dit onderzoek later plaatsvinden.

Apneus

Apneus worden vaak niet onderkent of als niet significant beschouwd. Echter worden onbegrepen apneus bij de eerste presentatie veel vaker gezien bij AHT in vergelijking met een accidentele oorzaak.¹¹ Daarom is het belangrijk om hier alert op te zijn.

Spinaal letsel

Naast intracranieel letsel komt spinaal letsel ook frequent voor bij kinderen met een verdenking op AHT.¹² Een studie uit 2020 laat zien dat 59% van 76 kinderen die geëvalueerd werden voor AHT ook spinaal letsel had.¹³ Spinaal letsel was geassocieerd met langere opname op de IC, een lagere coma score en langere beademing. Een spinaal SDH was geassocieerd met retinale bloedingen, non-contact hoofd trauma, en AHT. Een recente studie laat zien dat het spinale letsel in deze groep kinderen niet

alleen cervicaal zit, maar in 23% alleen thoraco-lumbaal, daarom is het aan te raden om een MRI te verrichten van de gehele wervelkolom.^{12,14}

Blauwe plekken

Er moet ook aandacht zijn voor ander letsel dat kan passen bij mishandeling waaronder blauwe plekken op verdachte plaatsen zoals oren, nek, borst, rug, mondbodem en luiergebied (Fig. 1). Daarbij is de verdenking op toegebrachte blauwe plekken groter als deze op meerdere locaties te vinden zijn of als er een herkenbaar patroon van een object te zien is.¹⁵

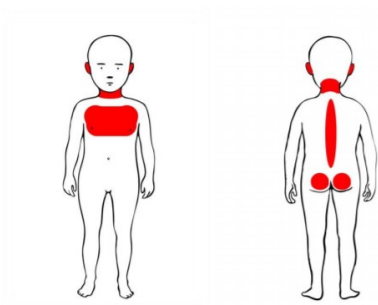
Er moet daarom altijd een volledig top-teen onderzoek verricht worden waarbij de behaarde hoofdhuid, achter de oren, onder de tong, luiergebied, het frenulum, en tussen de billen niet over het hoofd gezien mogen worden (zie figuur 1). (Acroniem: ten4faces-p: trunk, ear, neck, 4 jaar of jonger/elke blauwe plek bij een kind onder de 4 maanden, frenulum, auricular area, cheek, eyes, sclera, patterned bruising)

Wanneer er hematomen op de buik worden gevonden dient aanvullend bloedonderzoek (leverwaarden, nierfunctie, amylase, lipase) en een urineonderzoek op erythrocyten te worden ingezet. Als dit afwijkend is dient aanvullende beeldvorming van de buik te worden verricht, dit in overleg met de kinderarts.

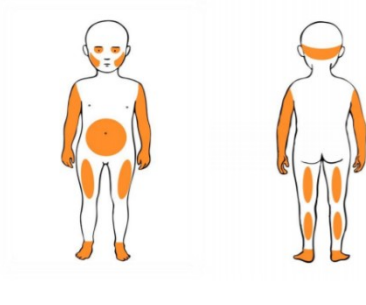
Figuur 1. Blauwe plekken verdacht voor toegebracht letsel 4mnd-4jaar

(NVK richtlijn 'Blauwe plekken bij kindermishandeling')

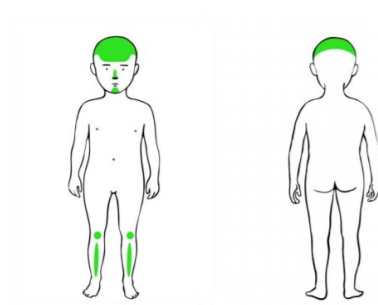
Zeer verdacht voor toegebracht letsel



Verhoogde kans op toegebracht letsel



Locaties passend bij accidentele blauwe plekken tenzij <4mnd



Fracturen

Naast blauwe plekken moet er aandacht zijn voor mogelijke (oude) fracturen. Bij schedel hersenletsel door AHT worden er vaak specifieke fracturen gezien. Dit zijn (vaak meerdere) ribfracturen (met name posterieur en lateraal), metafysaire hoekfracturen, schedel- en wervelfracturen en sternumfracturen.¹⁶⁻

¹⁸ Daarnaast kunnen er meerdere botbreuken in verschillende helingsstadia worden gevonden, dit is aan te tonen met een X-skelet. Belangrijke alternatieve verklaringen voor botbreuken zijn: osteogenesis imperfecta, skelet dysplasieën, of congenitale hypofosfatemie.

Een metafysaire hoekfractuur komt in enkele gevallen ook voor bij tractie tijdens de geboorte (stuitbevalling) of bij manipulatie bij klompvoetcorrecties.¹⁹

Een x-skelet wordt na 2 weken herhaald omdat fracturen (zoals ribfracturen) dan beter zichtbaar kunnen zijn door callus vorming.

Wettelijk kader

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.

Verslaglegging

Nauwkeurige verslaglegging is van groot belang in het geval van vermoedens van toegebracht letsel. De verslaglegging dient gebaseerd te zijn op feiten en niet op meningen. De KNMG meldcode heeft richtlijnen vastgesteld wat betreft de dossiervoering. (zie bijlage 2)

KNMG meldcode

In 2012 is er door de KNMG een meldcode voor kindermishandeling voor artsen gemaakt (bijlage 1). Sinds juli 2013 is De Wet *verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* van kracht. Elke zorginstelling moet nu beschikken over een meldcode waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe met signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling wordt omgegaan en wanneer Veilig Thuis wordt ingeschakeld.

Het is de professionele verantwoordelijkheid van iedere arts dat zij kinderen in bescherming nemen, en kindermishandeling signaleren en melden. Dit geldt ook als de arts ook behandelaar is van de ouders, en óók als het kind niet hun patiënt is maar deel uitmaakt van het gezin van hun patiënt. De zorgplicht brengt met zich mee dat de arts óók dreigende schade voor de minderjarige kinderen van zijn/haar patiënt, welke het gevolg kan zijn van ziekte, helpt te voorkomen, zo nodig door een melding bij Veilig Thuis. Een belangrijk element is de zogenaamde 'kindcheck'. Die houdt in dat behandelaars van bijvoorbeeld psychiatrische patiënten of verslaafden standaard moeten nagaan of hun patiënten

verantwoordelijk zijn voor minderjarigen. De 'kindcheck' houdt ook in dat de arts checkt of het kind waarbij gedacht wordt aan kindermishandeling broertjes/zusjes heeft. Zo ja, dan moet worden onderzocht of deze kinderen veilig zijn. Bij twijfel moet de arts contact opnemen met Veilig Thuis voor consultatie. Hierbij wordt van artsen een gestandaardiseerde benadering verwacht.

Meldrecht en doorbreken beroepsgeheim

Er geldt in Nederland een *meldrecht* en geen *meldplicht*. Dit is gedaan om mijden van zorg door ouders te voorkomen. Tevens zou een meldplicht kunnen leiden tot veel onterechte meldingen. De afweging over wel of niet melden ligt dus bij de arts.

Om de verdenking op toegebracht letsel meer of minder waarschijnlijk te maken is vaak informatie van derden nodig. Om deze informatie te verkrijgen is toestemming nodig van ouders/voogd. zonder deze toestemming doorbreek je het beroepsgeheim. Bij verdenking op kindermishandeling is er een uitzondering op het beroepsgeheim gemaakt. Professionals mogen in omstandigheden wanneer het niet mogelijk is toestemming te verkrijgen (omdat er gevaar dreigt voor het kind, jou of derden) van de wet toch gegevens verstrekken aan Bureau Jeugdzorg en Veilig Thuis als dat noodzakelijk is om de kindermishandeling te stoppen of een redelijk vermoeden daarvan te laten onderzoeken. Het belang van het kind mag dus vóór het beroepsgeheim gaan. Een bepaling in de wet (art 53 lid 2 nieuw) zegt dat derden die beroepshalve beschikken over inlichtingen inzake feiten en omstandigheden van een minderjarige, verplicht zijn deze op verzoek te verstrekken aan de stichting die een ondertoezichtstelling uitvoert. Dit is een wettelijke uitzondering op het beroepsgeheim en moet dus worden nageleefd.

Betrokkenheid van de politie

Het kan zijn dat de politie of de Officier van Justitie in beeld komen. De partner van de patiënt (Huiselijk Geweld) of ouders kunnen worden verdacht van strafbare feiten (Kindermishandeling) en er is bewijsmateriaal nodig. Het verlenen van medewerking hieraan staat buiten de privaatrechtelijke behandlungsrelatie en het is niet altijd goed te bepalen wat het belang van de patiënt in deze is. Zodra de politie of de Officier van Justitie in beeld komen met verzoeken om informatie of interpretatie van informatie dient de zorgprofessional uiterste behoedzaamheid in acht te nemen.

Er wordt geen informatie verstrekt aan politie en justitie, maar meteen advies ingewonnen en overleg gepleegd met juridische zaken.

Waarheidsvinding alleen is onvoldoende grond voor doorbreking van het beroepsgeheim. Het beroepsgeheim kan alleen worden doorbroken om, en voor zover dat noodzakelijk is, acuut gevaar voor de patiënt af te wenden. Zie [Medisch beroepsgeheim, toelichting en link naar convenant SRZ \(versie 6\) \(erasmusmc.nl\)](#)

De rol van het Goofy team

Het Goofy team bestaat uit twee kinderartsen, drie maatschappelijk werkers (Aandachtsfunctionaris Veilige Zorg (AFVZ)), een psycholoog en een psychotherapeut. De AFVZ zijn niet medisch onderlegd, en hebben ervaring binnen de Jeugdzorgketen (te denken aan Jeugdbescherming, Crisisinterventieteam, Veilig Thuis en Wijkteam). Zij zijn op de achtergrond betrokken ter ondersteuning en advisering van de afdeling rondom het proces van de meldcode. Indien gewenst kan de AFVZ contacten met ketenpartners overnemen om de dit te stroomlijnen. Dit met name om de rust te bewaren op de afdeling. De AFVZ is

niet verantwoordelijk voor de inhoud, wat maakt dat ketenpartners voor inhoud verwezen naar de behandelend arts.

De rol van Veilig Thuis

Om een melding te doen bij Veilig Thuis hoef je geen zorgverlener te zijn, dat kan iedereen doen. In ons ziekenhuis zal het echter meestal een arts zijn die de melding doet. Veilig Thuis zet zich in voor kinderen en volwassenen die te maken heeft met huiselijk geweld en probeert onveilige situaties te doorbreken. Veilig Thuis biedt advies en ondersteuning, beoordeelt de veiligheid thuis, en doet onderzoek of er daadwerkelijk sprake is van kindermishandeling of huiselijk geweld. Daarbij roepen zij ook de hulp in van het Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling (LECK). Als de melding gegrond wordt geacht zorgt Veilig Thuis dat er vervolgstappen in gang worden gezet zoals overdragen naar vrijwillige hulp, de Raad voor de kindbescherming informeren en/of een melding doen bij de politie. Dit wordt teruggekoppeld aan de melder.

De rol van het LECK

Artsen die op basis van medische bevindingen een vermoeden hebben van toegebracht letsel, kunnen bij het LECK terecht voor forensisch-medisch en kindergeneeskundig advies. Advies vragen kan laagdrempelig telefonisch, de dienstdoende LECK kinderarts is 24/7 te bereiken. Op www.LECK.nu staat duidelijk hoe een verdere adviesvraag inclusief herbeoordeling van de radiologische onderzoek in zijn werk gaat. In het SKZ is het gebruikelijk om het LECK in te schakelen bij een vermoeden op toegebracht letsel.

Bijlagen

Bijlage 1. KNMG meldcode

Stap 1: Onderzoek, kindcheck (ook broertjes en zusjes?), mantelzorgcheck:

Het verzamelen van feiten die het vermoeden van kindermishandeling kunnen onderbouwen of ontkrachten. Dit wordt zo feitelijk mogelijk vastgelegd in het patiëntendossier.

Stap 2: Collegiale consultatie:

Arts vraagt deskundig (anoniem) advies bij Veilig Thuis en bij voorkeur aan een ter zake deskundige collega. "Regel één is doe het nooit alleen".

Stap 3: Gesprek met betrokkenen:

De arts overweegt altijd of het vermoeden kan worden besproken met het kind en de ouders of voogd. De arts kan hier alleen van afzien als het gevaar oplevert voor het kind, voor derden of voor hem zelf.

Stap 4: Inschatten risico, aard en ernst van het geweld:

De arts kan (met toestemming van ouders/voogd) andere hulpverleners die bij het gezin betrokken zijn om informatie vragen om het vermoeden te verifiëren. De arts is tevens verantwoordelijk voor het bijeen roepen van het interdisciplinaire team (waaronder ook psychosociale zorg)

Stap 5: Aan de hand van 5 afwegingsvragen beslissen: hulp organiseren en melden?

- 1 Heb ik op basis van stap 1 tot en met 4 nog steeds een vermoeden van (dreigende) kindermishandeling en/of huiselijk geweld?
- 2 Schat ik, op basis van stap 1 tot en met 4 in dat er sprake is van acute of structurele onveiligheid?
- 3 Ben ik in staat effectieve hulp te bieden of te organiseren om (dreigende) kindermishandeling en/of huiselijk geweld af te wenden en te monitoren?
- 4 Aanvaarden betrokkenen hulp om (dreigende) kindermishandeling en/of huiselijk geweld af te wenden en zijn zij bereid en in staat zich hiervoor in te zetten?
- 5 Leidt de hulp binnen aanvaardbare of afgesproken tijd tot (herstel van) duurzame veiligheid en/of het (herstel van) welzijn van betrokkene(n)?

Bij acuut gevaar kan naast de melding bij Veilig Thuis ook de politie worden ingeschakeld!

www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-5.htm

Bijlage 2. Artikel 3 KNMG meldcode: dossiervoering

1. Noteer in het dossier van de patiënt zorgvuldig en objectief:
 - Aanwijzingen voor kindermishandeling,
 - Onderzoeken die met het oog hierop gedaan zijn en de uitkomsten daarvan
 - De inhoud van het overleg met collega's, andere beroepskrachten en/of instanties zoals Veilig Thuis
 - Of er toestemming is gevraagd en verkregen voor verstrekken van gegevens
 - Alle andere stappen die de arts in het kader van het vermoeden op kindermishandeling heeft genomen
 - **Vermelding van een uiteindelijk onterecht vermoeden**
2. De arts bewaart deze documentatie totdat het kind wat het betreft 34 jaar is geworden.
3. Vernietiging van deze documentatie vindt uitsluitend plaats op verzoek van het kind zelf en uitsluitend als dat de leeftijd van 16 jaar heeft bereikt en in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake.
4. Een verzoek van een ouder om vernietiging van deze gegevens uit diens eigen dossier kan worden geweigerd.
5. De arts mag ouders inzage in en/of afschrift van gegevens over kindermishandeling weigeren

(zie verder KMS [Protocol Kindermishandeling en huiselijk geweld](#))

Bijlage 3. Top-Teen-onderzoek (KMS)

- **Stap 0: Algemeen**

- Laat het kind zich steeds maar gedeeltelijk uitkleden en leg goed uit wat u gaat doen.
- Zorg dat uzelf of een verpleegkundige aanwezig is bij het aan- en uitkleden, onder andere i.v.m. beoordeling gedrag kind en interactie kind-begeleiders.
- Let bij bewegen en het aan- en uitkleden op de mate van beweeglijkheid en pijn. Dit kan een vroege aanwijzing voor letsel zijn, hematomen zijn vaak later zichtbaar.
- Bij letsels opgelopen bij bijv. vallen mag men verwachten dat vaak de kleding ook beschadigd is. Hier dus op letten.
- Algemeen voorkomen: verzorging, groei, ontwikkeling, stemming, contact.
- Algemene metingen: lengte, gewicht, BMI, hoofdomtrek, pols, bloeddruk, ademhaling en temperatuur.
- Huid: noteer littekens (automutilatie), tattoos, piercings, aangeboren huidafwijkingen, huidaandoeningen zoals eczeem en psoriasis en acne en (mogelijke) artificiële huidaandoeningen zoals ten gevolge van rubbing, muntwrijven of cupping. Vanzelfsprekend ook verse laesies zoals blauwe plekken, huidverwondingen en brandwonden.

- **Stap 1: Handen**

- Begin met de handen, dat zal de patiënt gerust stellen.
- Verzorging: nagels (nagelbijten), afgescheurde nagels.
- Inspecteer beide kanten van beide handen op letsels. Handpalm kan bij valpartijen door 'opvangreactie' letsel vertonen.
- Let op de polsen voor tekenen van "ligatuur". Dit kan wijzen op vastbinden.

- **Stap 2: Onderarmen**

- Inspecteer de onderarmen op verdedigingsletsels. Dit zijn letsels die men kan oplopen wanneer men een arm opheft ter verdediging van een aanval op het lichaam, dus voornamelijk op de buitenkant van de onderarmen.
- Verdedigingsletsels zijn onder meer blauwe plekken, schaafwonden, laceraties en snijwonden. Bij een donkere huid zijn blauwe plekken moeilijk te zien, let dus goed op pijnlijke plekken en zwellingen.
- Let op injectieplaatsen.
- Ellebogen kunnen (doorgaans eenzijdig) schaafverwondingen vertonen door valpartijen. Tweezijdig kan passen bij een kind dat seksueel misbruikt is en gedwongen op de rug op de grond gelegen heeft.

- **Stap 3: Bovenarmen**

- De binnenzijde van de bovenarmen en oksels bekijken op blauwe plekken.
- Bij de bovenarmen letten op vingertopafdrukken van stevig vasthouden (buiten én binnenzijde).

- **Stap 4: Gelaat**

- Inspecteer het gelaat op huidafwijkingen. Een blauw oog is soms moeilijk te zien.
- Een of twee' blauwe ogen' kunnen ontstaan zijn door een trauma ergens anders op het hoofd. Het bloed zakt dan uit naar het losmazige weefsel rondom het oog.
- Oogleden beoordelen met geopende en gesloten oogleden (petechiën).
- Kijk in de neus voor een bloeding.
- Palpeer voorzichtig de kaak en de orbitaranden voor pijnlijke plekken die een indicatie voor een blauwe plek kunnen zijn.
- Nauwkeurige inspectie van de mond, met aandacht voor blauwe plekken, schaafwonden, infecties (cave gonorrhoe) en slijmvlies laesies. Petechiën op het harde en zachte palatum kunnen een indicatie vormen van een mogelijke penetratie (fellatio).
- Kijk naar een gescheurd frenulum en gebroken tanden of verwaarloosd gebit.
- Palatum en pharynx: brandwond van te heet voedsel, laceraties van bestek of forced feeding.
- Slijmvlieslaesies tegenover de tandenrij (bijvoorbeeld na klap op de wangen).

- **Stap 5: Oren**
 - Inspecteer de oren (voor én achterzijde oorschelp), waarbij ook het gebied achter de oren niet vergeten mag worden voor bewijs van “shadow bruising”; dit ontstaat als het oor tegen de schedel is geslagen.
 - Gebruik een otoscoop om de trommelvliesen te inspecteren.
 - Brandwonden in de oorschelp.
 - Trommelvliesperforaties.
- **Stap 6: Schedel**
 - Voorzichtige palpatie van de schedel kan zwelling en gevoelige plekken opleveren, die suggestief zijn voor hematomen.
 - Losse haren of kale plekken kunnen wijzen op trekken aan het haar tijdens een gevecht/aanval.
- **Stap 7: Hals/nek**
 - Het hals/nek gebied is meestal veilig en beschermd gebied omdat bij vallen de schouder ‘de klap’ opvangt. Hierdoor komen bij kinderen door valpartijen zelden letsels voor in de driehoek gevormd door oor, zijkant hals en bovenzijde thorax.
 - Blauwe plekken in de nek kunnen een indicatie zijn van een levensbedreigend incident.
 - Blauwe plekken kunnen gezien worden in de vorm van kettingen of andere sieraden gedragen in de oren of rond de hals als daaraan getrokken is.
 - Er moet op zuigzoen-achtige verwondingen gelet worden.
- **Stap 8: Thorax en rug**
 - Inspectie beginnen met de rug en schouders.
 - Overall kan men blauwe plekken van verschillende ouderdom aantreffen (cave vingerafdrukken bij shaking).
 - Mama letsels kunnen aanwijzing vormen voor seksuele kindermishandeling. Let op bijtonden en blauwe plekken.
- **Stap 9: Abdomen**
 - Laat de patiënt liggen voor onderzoek van de buik: inspectie, percussie, palpatie en auscultatie.
 - Palpatie is belangrijk voor interne letsels en zwangerschap.
- **Stap 10: Benen (voorkant)**
 - Terwijl de patiënt nog ligt kunnen de benen om de beurt onderzocht worden, te beginnen met de voorkant van de benen. Aan de binnenkant van de dijen kunnen afdrukken van vingertoppen zichtbaar zijn of grotere afdrukken bijv. van de knieën. Het patroon kan symmetrisch voorkomen.
 - Let op schaafwonden aan de knieën, door het tegen de grond dwingen. Ditzelfde kan ook aan de voeten gezien worden. Inspecteer enkels (en polsen) voor ligatuur. Kijk naar de voetzolen.
- **Stap 11: Benen (achterkant)**
 - Laat, zo mogelijk, het kind staan om de achterkant van de benen te inspecteren. Ook de billen zijn het beste te inspecteren in staande positie.
- **Stap 12a: Vrouwelijke genitalia (bij (verdenking) seksueel misbruik)**
 - Labia majora/minora, vestibulum, hymen, vagina, fourchette posterior.
- **Stap 12b: Mannelijke genitalia (bij (verdenking) seksueel misbruik)**
 - Preputium, glans, meatus opening, penusschacht (ventraal en dorsaal), basis penis, testikels.

Bijlage 4. Belangrijke contactgegevens (Goofy team, Veilig Thuis, LECK)

Team kindermishandeling Erasmus MC Sophia (Goofy team)

- Emailadres: goofyteam@erasmusmc.nl
- Goofy-mobiel: 06-28313362
- Kinderarts *836306 / in diensttijd *836954
- Dienstdoende oogarts *835003
- Dienstdoende kinderradioloog via centrale

Veilig Thuis: advies en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling

- Telefoonnummer: 0800-2000 (dag en nacht, ook in het weekend)
- Veilig Thuis Rotterdam Rijnmond: email: info@veiligthuisrr.nl tel: 010-4128110
- www.vooreenveiligthuis.nl

Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling (LECK)

- Telefoonnummer: 0900-4445444
- info@leck.nu (voor algemene vragen)
- www.leck.nu

Referentias

1. Dashti SR, Decker DD, Razzaq A, Cohen AR. Current patterns of inflicted head injury in children. *Pediatr Neurosurg*. Dec 1999;31(6):302-6. doi:28880 [pii]

10.1159/000028880

2. Reece RM, Sege R. Childhood head injuries: accidental or inflicted? *Arch Pediatr Adolesc Med*. Jan 2000;154(1):11-5.

3. Choudhary AK, Servaes S, Slovis TL, et al. Consensus statement on abusive head trauma in infants and young children. *Pediatr Radiol*. Aug 2018;48(8):1048-1065. doi:10.1007/s00247-018-4149-1 [pii]

10.1007/s00247-018-4149-1

4. Thomas AG, Hegde SV, Dineen RA, Jaspan T. Patterns of accidental craniocerebral injury occurring in early childhood. *Arch Dis Child*. Oct 2013;98(10):787-92. doi:archdischild-2013-304267 [pii]

10.1136/archdischild-2013-304267

5. Atkinson N, van Rijn RR, Starling SP. Childhood Falls With Occipital Impacts. *Pediatr Emerg Care*. Dec 2018;34(12):837-841. doi:10.1097/PEC.0000000000001186

6. Keenan HT, Runyan DK, Marshall SW, Nocera MA, Merten DF. A population-based comparison of clinical and outcome characteristics of young children with serious inflicted and noninflicted traumatic brain injury. *Pediatrics*. Sep 2004;114(3):633-9. doi:10.1542/peds.2003-1020-L

114/3/633 [pii]

7. Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA*. Feb 17 1999;281(7):621-6. doi:joc80101 [pii]

10.1001/jama.281.7.621

8. Rooks VJ, Eaton JP, Ruess L, Petermann GW, Keck-Wherley J, Pedersen RC. Prevalence and evolution of intracranial hemorrhage in asymptomatic term infants. *AJNR Am J Neuroradiol*. Jun 2008;29(6):1082-9. doi:ajnr.A1004 [pii]

10.3174/ajnr.A1004

9. Vinchon M, de Foort-Dhellemmes S, Desurmont M, Delestret I. Confessed abuse versus witnessed accidents in infants: comparison of clinical, radiological, and ophthalmological data in corroborated cases. *Childs Nerv Syst*. May 2010;26(5):637-45. doi:10.1007/s00381-009-1048-7

10. Maguire SA, Watts PO, Shaw AD, et al. Retinal haemorrhages and related findings in abusive and non-abusive head trauma: a systematic review. *Eye (Lond)*. Jan 2013;27(1):28-36. doi:eye2012213 [pii]

10.1038/eye.2012.213

11. Piteau SJ, Ward MG, Barrowman NJ, Plint AC. Clinical and radiographic characteristics associated with abusive and nonabusive head trauma: a systematic review. *Pediatrics*. Aug 2012;130(2):315-23. doi:peds.2011-1545 [pii]

10.1542/peds.2011-1545

12. Garcia-Pires F, Jayappa S, Desai S, Ramakrishnaiah RH, Choudhary AK. Spinal subdural hemorrhage in abusive head trauma: a pictorial review. *Pediatr Radiol*. May 2021;51(6):980-990. doi:10.1007/s00247-020-04931-7 [pii]

10.1007/s00247-020-04931-7

13. Rabbitt AL, Kelly TG, Yan K, Zhang J, Bretl DA, Quijano CV. Characteristics associated with spine injury on magnetic resonance imaging in children evaluated for abusive head trauma. *Pediatr Radiol*. Jan 2020;50(1):83-97. doi:10.1007/s00247-019-04517-y

10.1007/s00247-019-04517-y [pii]

14. Karmazyn B, Reher TA, Supakul N, et al. Whole-Spine MRI in Children With Suspected Abusive Head Trauma. *AJR Am J Roentgenol*. Jun 2022;218(6):1074-1087. doi:10.2214/AJR.21.26674

15. Hymel KP, Lee G, Boos S, et al. Estimating the Relevance of Historical Red Flags in the Diagnosis of Abusive Head Trauma. *J Pediatr*. Mar 2020;218:178-183 e2. doi:S0022-3476(19)31518-5 [pii]

10.1016/j.jpeds.2019.11.010

16. Kemp AM, Dunstan F, Harrison S, et al. Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. *BMJ*. Oct 2 2008;337:a1518. doi:10.1136/bmj.a1518

17. Barsness KA, Cha ES, Bensard DD, et al. The positive predictive value of rib fractures as an indicator of nonaccidental trauma in children. *J Trauma*. Jun 2003;54(6):1107-10.

doi:10.1097/01.TA.0000068992.01030.A8

18. Jayakumar P, Barry M, Ramachandran M. Orthopaedic aspects of paediatric non-accidental injury. *J Bone Joint Surg Br*. Feb 2010;92(2):189-95. doi:92-B/2/189 [pii]

10.1302/0301-620X.92B2.22923

19. Lee GS, Methratta ST, Frasier LD. Classic metaphyseal lesion of distal tibia following footling breech delivery. *Pediatr Radiol*. Dec 2019;49(13):1840-1842. doi:10.1007/s00247-019-04490-6

10.1007/s00247-019-04490-6 [pii]