

Weinig herkenning van kindermishandeling op SEH

Femke Wieldraaijer en Tjalling W. de Vries

- DOEL** Nagaan of er verschillen zijn tussen kinderen waarvan bekend is dat zij mishandeld worden en een controlegroep, met als doel mishandelde kinderen op de spoedeisende hulp (SEH) eerder te kunnen identificeren.
- OPZET** Retrospectief patiënt-controleonderzoek.
- METHODE** Kinderen bij wie in 2008 door het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) Friesland kindermishandeling was vastgesteld, vergeleken wij met gematchte controlekinderen afkomstig uit Medisch Centrum Leeuwarden. Van ieder kind legden we het aantal SEH-bezoeken vast en het aantal bezochte ziekenhuizen in Friesland in de 3 jaar vóór aanmelding bij het AMK. Per SEH-bezoek noteerden wij reden van SEH-bezoek, aard van het trauma, uitstel tot zoeken van hulp, diagnose, opname-indicatie, volledigheid van de ingevulde screeningsvragenlijst en eventuele melding aan het AMK. Van ieder SEH-bezoek beoordeelden we achteraf of er mogelijk sprake was van kindermishandeling, waarbij we niet wisten of het om een mishandeld kind of controlekind ging.
- RESULTATEN** In de groep mishandelde kinderen bezochten 93 van de 676 kinderen samen 129 keer de SEH, in de controlegroep 61 van 676 kinderen samen 69 keer (oddsratio (OR): 1,61; 95%-BI: 1,14-2,27). 24 (26%) van de mishandelde kinderen die de SEH bezochten, ging meer dan eens naar de SEH; bij de controlekinderen waren dat 6 kinderen (9,8%) (OR: 3,19; 95%-BI: 1,22-8,35). In de groep mishandelde kinderen vermoedden de onderzoekers achteraf 11 keer kindermishandeling, in de controlegroep geen enkele keer. Al deze gegevens waren significant verschillend tussen beide groepen, de overige gegevens waren niet significant verschillend. Bij 3 van de 93 (3%) mishandelde kinderen was contact geweest met het AMK tijdens het laatste SEH-bezoek.
- CONCLUSIE** Kinderen die mishandeld werden, kwamen vaker en kwamen ook vaker meerdere keren in een periode van 3 jaar op de SEH. Kindermishandeling werd weinig herkend op de SEH.

Kindermishandeling is een ernstig probleem en vormt een bedreiging voor de gezondheid, ontwikkeling en veiligheid van kinderen. Jaarlijks worden 107.000-160.000 kinderen het slachtoffer van kindermishandeling.^{1,2} Zij lopen hierdoor lichamelijke en psychische schade op. Naar schatting overlijden jaarlijks in Nederland meer dan 50 kinderen aan de gevolgen van kindermishandeling.³

Een deel van de mishandelde kinderen komt bij de huisarts of op de SEH van een ziekenhuis terecht. Het blijkt dat kinderen die het slachtoffer worden van ernstige vormen van mishandeling, soms met dodelijke afloop, vaak al in een eerder stadium op de SEH gezien zijn.⁴ Artsen en verpleegkundigen op de spoedeisende hulp kunnen dus een belangrijke rol spelen bij het signaleren van kindermishandeling. Toch was in 2007 slechts 4% van de meldingen bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) afkomstig uit ziekenhuizen.⁵ Er zijn geen specifieke gegevens over SEH's, want in haar rapport noemt de Inspectie voor de Gezondheidszorg ziekenhuizen en SEH's min of meer door elkaar.

Dankzij beleidsmatige veranderingen en een gestructureerde aanpak van kindermishandeling is het aantal meldingen afkomstig uit ziekenhuizen in 2009 gestegen tot 1300,⁵ maar dit blijft een fractie van het totale aantal

Medisch Centrum Leeuwarden, Leeuwarden.
Afd. Spoedeisende Hulp: drs. F. Wieldraaijer,
SEH-arts in opleiding (tevens: Ziekenhuis Nij
Smellinghe, afd. Spoedeisende hulp, Drachten).

Afd. Kindergeneeskunde:
dr. T.W. de Vries, kinderarts.

Contactpersoon: drs. F. Wieldraaijer
(f.wieldraaijer@nijsmellinghe.nl).

UITLEG

SPUTOVAMO-formulier Het SPUTOVAMO-formulier wordt gebruikt om op de SEH kindermishandeling te signaleren. Het formulier bevat 9 elementen: soort letsel; plaats van het letsel; uiterlijke kenmerken van het letsel; tijd van het ongeval; oorzaak van het ongeval; veroorzaker van het ongeval; anderen aanwezig; maatregelen genomen door ouders en anderen; oude letsel die zichtbaar zijn.

gevallen van kindermishandeling. Oorzaken van deze onderrapportage kunnen liggen in het feit dat artsen terughoudend zijn in het doorbreken van hun beroepsgeheim, dat artsen niet alert zijn op de signalen van kindermishandeling en dat artsen niet voldoende op de hoogte zijn van het te volgen beleid bij vermoeden op kindermishandeling. Toch is het de professionele verantwoordelijkheid van alle artsen dat zij kinderen beschermen en kindermishandeling signaleren en melden.³

Herkenning van kindermishandeling is niet eenvoudig doordat signalen vrijwel nooit specifiek zijn voor kindermishandeling.⁶ Verder blijkt dat kinderen die het slachtoffer worden van kindermishandeling vaker wisselen van hulpverlener of ziekenhuis, waardoor eerdere letsels en signalen verborgen kunnen blijven.⁷ Recent onderzoek toont aan dat kindermishandeling op de huisartsenpost niet goed herkend wordt: de signalen worden niet opgemerkt, er wordt onvoldoende doorgevraagd en geregistreerd, en de doorverwijzing is niet adequaat.⁸

Het is niet bekend of dit probleem ook op SEH's speelt. Wij onderzochten of er verschillen waren tussen kinderen van wie bekend was dat zij mishandeld werden en een controlegroep waarbij dat niet zo was. We verwachtten verschillen te vinden in SEH-bezoeken die het directe of indirecte gevolg waren van kindermishandeling. Het doel was om mogelijkheden te vinden om mishandelde kinderen eerder te kunnen identificeren en op deze manier medewerkers in de gezondheidszorg handvatten te bieden bij de herkenning van kindermishandeling en de drempel te verlagen om kindermishandeling te melden. Tevens wilden wij nagaan of er op de SEH wellicht nog kindermishandeling gemist wordt.

PATIËNTEN EN METHODE

In dit retrospectieve patiënt-controleonderzoek vroegen we bij het AMK Friesland de gegevens op van alle kinderen bij wie in 2008 kindermishandeling was vastgesteld. Voor ieder mishandeld kind zochten we een controlekind in het patiëntenbestand van Medisch Centrum Leeuwarden (MCL). MCL is een regionaal ziekenhuis met de gehele provincie Friesland als verzorgingsgebied, waarmee het verzorgingsgebied overeenkomt met dat van het AMK

Friesland. In het digitale patiëntenbestand selecteerden we volgens het alfabet het eerstvolgende kind met gelijk geslacht en geboortedatum, dat bekend was bij de afdeling Verloskunde, KNO, Oogheelkunde of Dermatologie; de kans dat het ziekenhuisbezoek het gevolg was van kindermishandeling maakten we daarmee zo klein mogelijk. Kinderen met gelijke achternaam werden uitgesloten om te voorkomen dat een tweelingbroer of -zus als controle werd gekozen. De kinderen in de controlegroep waren in 2008 geen van allen bekend bij het AMK Friesland. Alle gegevens werden direct ingevoerd in een speciaal voor dit onderzoek ontwikkeld computerprogramma, waardoor de onderzoekers ten tijde van de gegevensverzameling en -beoordeling niet op de hoogte waren van het feit of een kind tot de 'mishandelde kinderen' of de 'controlekinderen' behoorde.

GEGEVENSVERZAMELING

Wij onderzochten de ziekenhuisdossiers om na te gaan of de kinderen in de 3 jaar voorafgaand aan melding bij het AMK op de SEH geweest waren van een of meerdere van de Friese ziekenhuizen (MCL, Leeuwarden; Nij Smellinghe, Drachten; De Tjongerschans, Heerenveen; St Antonius, Sneek; De Sionsberg, Dokkum).

Van alle kinderen noteerden wij demografische kenmerken, het aantal SEH-bezoeken en het aantal verschillende ziekenhuizen dat zij bezochten in de 3 jaar voorafgaand aan de melding bij het AMK. Per ziekenhuisbezoek noteerden wij de leeftijd ten tijde van het bezoek, de reden van het SEH-bezoek, de aard van het eventuele trauma, het uitstel in dagen tot het zoeken van medische hulp, de diagnose, eventuele opname-indicatie, de volledigheid van de ingevulde screeningsvragenlijst, het bestaan van een vermoeden op kindermishandeling en een eventuele melding aan het AMK.

Van alle SEH-bezoeken beoordeelden wij achteraf of er mogelijk sprake was van kindermishandeling, met behulp van de 'SPUTOVAMO'-criteria (zie uitlegkader). Hiertoe moesten beide onderzoekers, zonder dat zij wisten of het een mishandeld kind of een controlekind betrof, consensus bereiken op grond van de gegevens aanwezig in het medisch dossier.

Alle gegevens werden geanonimiseerd verwerkt in een database. De regionale toetsingscommissie patiëntgebonden onderzoek Leeuwarden gaf toestemming voor het onderzoek.

GEGEVENSANALYSE

Voor de analyse van het aantal SEH-bezoeken per kind en het aantal verschillende bezochte ziekenhuizen per kind gebruikten wij alle bezoeken.

Voor de analyse van de overige onderzoeksvragen gebruikten we per kind slechts het laatste SEH-bezoek om bias te

voorkomen. De reden van SEH-bezoek en de aard van het eventuele trauma verdeelden wij onder in categorieën. Analyse van subcategorieën voerden wij pas uit indien de categorieën significant bleken te verschillen.

De statistische analyse voerden we uit met behulp van het programma SPSS. Verschillen in kenmerken werden geëvalueerd met een tweezijdige U-toets van Mann en Whitney toets of de χ^2 -toets. Verschillen met een p-waarde < 0,05 beschouwden wij als statistisch significant.

RESULTATEN

Beide onderzoeksgroepen omvatten elk 676 kinderen. Van de mishandelde kinderen bezochten 93 (13,7%) kinderen 1 x of vaker een SEH. Van de controlekinderen waren dat er 61 (9,0%). In de onderzochte periode maakten de ziekenhuizen vrijwel geen gebruik van de SPUTOVAMO-vragenlijst of een verkorte versie van de lijst; slechts bij 7 bezoeken was de vragenlijst volledig ingevuld.

VERSCHILLEN

De 93 mishandelde kinderen bezochten in totaal 129 keer de SEH: 1 kind 5 x, 4 kinderen 4 x, 1 kind 3 x, 18 kinderen 2 x en 69 kinderen 1 x (tabel). De 61 controlekinderen bezochten samen 69 keer de SEH: 1 kind 4 x, 5 kinderen 2 x en 55 kinderen 1 x. Het verschil tussen de groepen was statistisch significant (oddsratio (OR): 1,61; 95%-BI: 1,14-2,27).

Het percentage kinderen dat de SEH meer dan eens bezocht was in de groep mishandelde kinderen die ooit de SEH bezochten significant groter dan bij de controlekinderen die ooit de SEH bezochten: 26% (24/93) versus 9,8% (6/61) (OR: 3,19; 95%-BI: 1,22-8,35).

In de groep kinderen bij wie kindermishandeling was aangetoond bezochten 2 kinderen meer dan 1 ziekenhuis, in de controlegroep 1 kind. Dit verschil was niet statistisch significant (zie de tabel).

LAATSTE SEH-BEZOEK

De gemiddelde leeftijd ten tijde van het laatste SEH-bezoek was in beide groepen gelijk: 8,8 jaar in de groep mishandelde kinderen en 9 jaar in de controlegroep. Het geslacht was in beide groepen gelijk verdeeld: 61% versus 59% mannelijk geslacht (zie de tabel).

Reden van SEH-bezoek en aard van het trauma waren niet significant verschillend tussen beide groepen. Er was geen verschil in het uitstel in dagen tot het zoeken van medische hulp. Van de mishandelde kinderen werd 15% en van de controlekinderen werd 5% opgenomen. Dit verschil was niet statistisch significant.

De duur van het uitstel tot het zoeken van medische hulp werd in 35% van de gevallen vermeld in het dossier: 34 keer bij mishandelde kinderen en 20 keer bij controlekinderen.

Er werd geen verschil aangetoond tussen beide groepen.

Melding AMK Bij 3 kinderen, allen uit de groep mishandelde kinderen, was door het ziekenhuis advies ingewonnen dan wel melding gedaan bij het AMK. Bij geen van deze 3 kinderen was ten tijde van het SEH-bezoek het dossier volledig ingevuld: de SPUTOVAMO-vragenlijst ontbrak, er was geen uitgebreide informatie over het ontstaan van het letsel, de duur van het uitstel of over eventueel aanwezige oude letsels, en gegevens over interactie tussen ouder en kind ontbraken. Bij 2 van deze 3 kinderen vermoedden de onderzoekers op grond van statusonderzoek achteraf dat er sprake was van kindermishandeling.

VERMOEDEN NA STATUSONDERZOEK

Het aantal patiënten bij wie achteraf door de onderzoekers kindermishandeling werd vermoed, was significant hoger in de groep kinderen bij wie kindermishandeling daadwerkelijk was aangetoond ($p = 0,039$).

Mishandelde kinderen In de groep 'mishandelde kinderen' werd bij analyse achteraf bij 11 kinderen vermoed dat er sprake was van kindermishandeling: bij 6 kinderen was er langdurig uitstel bij ernstig letsel, bij 1 kind veranderde de gegeven verklaring en bij 6 kinderen paste het traumamechanisme niet bij de leeftijd van het kind of de aard van het letsel. Op basis van de analyse achteraf werd bij 68 kinderen kindermishandeling uitgesloten geacht. Bij 14 kinderen waren er onvoldoende gegevens om al dan niet een vermoeden te hebben op kindermishandeling: bij 9 kinderen ontbrak de volledige anamnese in het dossier, bij 5 kinderen ontbrak een beschrijving van de toedracht; bij alle 14 dossiers ontbrak informatie over lichamelijke verschijnselen buiten de klacht waarvoor hulp gezocht werd en over de interactie tussen ouder en kind.

Controlekinderen In de controlegroep werd achteraf bij geen enkel kind kindermishandeling vermoed; bij 53 kinderen werd kindermishandeling uitgesloten. Bij 8 kinderen waren er onvoldoende gegevens: bij 6 kinderen ontbrak de volledige anamnese in het dossier, bij 2 kinderen ontbrak een beschrijving van de toedracht; bij alle dossiers ontbrak informatie over lichamelijke verschijnselen buiten de klacht waarvoor hulp gezocht werd en over de interactie tussen ouder en kind.

BESCHOUWING

De kinderen die mishandeld werden, kwamen in de 3 jaar voorafgaand aan een melding bij het AMK vaker op de SEH en kwamen ook vaker meerdere keren op de SEH, in vergelijking met kinderen die niet mishandeld werden.

Dit onderzoek betreft een retrospectief statusonderzoek, waardoor we afhankelijk waren van de gegevens die genoteerd waren in het medisch dossier. Dit is een beperking van deze studie. Doordat een aantal gegevens ont-

brak in de dossiers, konden we een aantal onderzoeksvragen niet beantwoorden.

Wij konden niet met zekerheid aantonen of het grotere aantal bezoeken volledig veroorzaakt werd door klachten die rechtstreeks het gevolg waren van de mishandeling, aangezien in veel gevallen de dossiervoering op de SEH

onvoldoende was. Zelfs in de 3 gevallen waarbij ten tijde van het SEH-bezoek kindermishandeling vermoed werd, was de dossiervorming onvolledig. Vanwege de aard van dit onderzoek konden wij slechts concluderen dat de statusvoering onvoldoende was, maar wij konden geen uitspraak doen over de werkelijke aandacht die er

TABEL Verschillen tussen mishandelde kinderen en controlekinderen voor wat betreft SEH-bezoeken in Friese ziekenhuizen in de 3 jaar voorafgaand aan een AMK-melding in 2008 bij de mishandelde kinderen, en kenmerken ten tijde van het laatste SEH-bezoek. Het betreft mishandelde kinderen die in 2008 bekend waren bij AMK Friesland en minimaal 1 keer de SEH bezochten in de 3 jaar daarvoor.

	mishandelde kinderen	controlekinderen	p
totaal aantal kinderen; n (%)	93 (100)	61 (100)	
totaal aantal SEH-bezoeken; n	129	69	< 0,001
kinderen met 1 SEH-bezoek; n (%)	69 (74)	55 (90)	ns
kinderen met ≥ 2 SEH-bezoeken; n (%)	24 (26)	6 (9,8)	0,013
kinderen die 1 ziekenhuis bezochten; n (%)	91 (98)	60 (98)	
kinderen die ≥ 2 ziekenhuizen bezochten; n (%)	2 (2)	1 (2)	ns
laatste SEH-bezoek			
gemiddelde leeftijd; jaren	8,8	9,0	ns
geslacht; n (%)			ns
♂	57 (61)	36 (59)	
♀	36 (39)	25 (41)	
reden SEH-bezoek; n (%)			ns
trauma	72 (77)	53 (87)	
buikkklachten	6 (6)	1 (2)	
verslikking of verstikking	1 (1)	1 (2)	
intoxicatie	1 (1)	1 (2)	
tentamen suïcidii	1 (1)	0 (0)	
reanimatie	0 (0)	0 (0)	
onbegrepen klachten	2 (2)	0 (0)	
overig	10 (11)	5 (8)	
aard trauma; n (%)			ns
fractuur of luxatie	27 (38)	24 (45)	
contusie of distorsie	22 (31)	12 (23)	
wonden	14 (19)	17 (32)	
brandwonden	2 (3)	0 (0)	
schedelhersenletsel	0 (0)	0 (0)	
intrathoracaal letsel	0 (0)	0 (0)	
intra-abdominaal letsel	0 (0)	0 (0)	
geen letsel aangetoond	7 (10)	0 (0)	
opname naar aanleiding van SEH-bezoek; n (%)	14 (15)	3 (5)	ns
gemiddelde uitstel tot SEH-bezoek*; dagen	1,7	2,5	ns
kinderen bij wie SPUTOVAMO was ingevuld; n (%)	6 (6)	1 (2)	
contact met AMK naar aanleiding van SEH-bezoek; n (%)	3 (3)	0 (0)	ns
onderzoekers vermoedden kindermishandeling‡; n (%)			0,039
vermoeden aanwezig	11 (12)	0 (0)	
vermoeden afwezig	68 (73)	53 (87)	
onvoldoende gegevens	14 (15)	8 (13)	

ns = niet significant

*Bij kinderen bij wie dit vermeld stond in het dossier (34 mishandelde kinderen en 20 controlekinderen).

‡Na invullen van SPUTOVAMO-formulier op basis van patiëntstatus.

LEERPUNTEN

- **Kinderen die mishandeld worden, komen significant vaker en komen ook vaker meerdere keren op de spoedeisende hulp dan kinderen die niet mishandeld worden.**
- **De statusvoering met betrekking tot kindermishandeling op spoedeisende hulpafdelingen is vaak onvolledig.**

tijdens het SEH-bezoek aan mogelijke kindermishandeling besteed was.

Wij vonden geen verschil tussen beide groepen met betrekking tot het bezoeken van meerdere ziekenhuizen, het zogenaamde 'shoppen'. Mogelijk werd dit veroorzaakt doordat de ziekenhuizen in de provincie Friesland relatief ver uit elkaar liggen, waardoor de drempel hoger is om naar een ander ziekenhuis te gaan.

De duur van het uitstel tot het zoeken van medische hulp werd slechts in 35% van de gevallen vermeld in het dossier; door deze lage aantallen kon geen verschil worden aangetoond tussen beide groepen.

Voor alle resultaten geldt dat wij kindermishandeling in de controlegroep niet met zekerheid volledig konden uitsluiten. Aangezien in de algemene populatie de frequentie van kindermishandeling 3-20% bedraagt,^{1,2} bestaat de kans dat een aantal kinderen dat als controlepersoon was geïncludeerd toch mishandeld werd. Hierdoor is er mogelijk een onderschatting van de verschillen tussen beide groepen opgetreden.

Kindermishandeling wordt vaak niet herkend op de SEH's van de Friese ziekenhuizen: slechts bij 3 van de 93 SEH-bezoeken van mishandelde kinderen was contact opgenomen met het AMK. Artsen en verpleegkundigen moeten nog alerter zijn op signalen van kindermishandeling en dienen bij kinderen beter door te vragen, danwel te rapporteren. Beleidsmatige veranderingen en een gestructureerde aanpak hebben in de afgelopen jaren al geleid tot een betere herkenning van kindermishandeling in ziekenhuizen.⁵ Inmiddels hebben alle Friese ziekenhuizen een aandachtsfunctionaris voor kindermishandeling. Deze aandachtsfunctionaris heeft als taak scholing te coördineren en medewerkers alert te maken op mogelijke kindermishandeling.

Systematisch gebruik en volledig invullen van screeningsvragenlijsten, zoals de SPUTOVAMO-lijst kan mogelijk bijdragen aan een betere herkenning en, in com-

binatie met scholing, leiden tot meer meldingen van kindermishandeling. Scholing in het herkennen van kindermishandeling dient een onderdeel te worden van de basisopleiding voor artsen en verpleegkundigen en dient ook in de vervolgopleiding tot specialist meer aandacht te krijgen. Iedere medewerker in de gezondheidszorg dient op de hoogte te zijn van het belang van een goede verslaglegging op dit punt en hiernaar te handelen.

CONCLUSIE

Uit dit onderzoek blijkt dat kinderen van wie was aange- toond dat zij werden mishandeld, significant vaker de spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis bezochten. Slechts bij 3% van de mishandelde kinderen was er contact geweest met het AMK ten tijde van het laatste SEH-bezoek. Met name indien een kind meer dan 1 keer in een periode van 3 jaar de SEH bezoekt, dient de mogelijkheid van kindermishandeling overwogen te worden.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: Het wetenschapsfonds van het MCL gaf een financiële bijdrage.

Aanvaard op 28 maart 2011

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155:A3001

[➤ Meer op www.ntvg.nl/onderzoek](http://www.ntvg.nl/onderzoek)

LITERATUUR

- 1 IJzendoorn MH van, Prinzie P, Euser EM, Groeneveld MG, Brilleslijper-Kater SN, Noort-van der Linden AMT van, et al. Kindermishandeling in Nederland anno 2005. De Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen. Leiden: Casimir publishers; 2007.
- 2 Lamers-Winkelmann F, Slot NW, Bijl B, Vijlbrief AC. Scholieren over mishandeling. Resultaten van een landelijk onderzoek naar de omvang van kindermishandeling onder leerlingen van het voortgezet onderwijs. Duivendrecht: PI Research; 2007.
- 3 Artsen en kindermishandeling, meldcode en stappenplan. Utrecht: KNMG; 2008.
- 4 King WK, Kiesel EL, Simon HK. Child abuse facilities: are we missing opportunities for intervention? *Pediatr Emerg Care.* 2006;22:211-4.
- 5 Melden kindermishandeling door SEH afdelingen. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2010.
- 6 Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA.* 1999;281:621-6.
- 7 Friedlaender EY, Rubin DM, Alpern ER, Mandell DS, Christian CW, Alessandrini EA. Patterns of health care use that may identify young children who are at risk for maltreatment. *Pediatrics.* 2005;116:1303-8.
- 8 Goren SS, Raat AMC, Broekhuijsen-van Henten DM, Russel LMB, van Stel HF, Schrijvers AJP. Kindermishandeling vaak niet herkend op de huisartsenpost. Retrospectief statusonderzoek bij mishandelde kinderen. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2009;153:222-7.