



Diagnostiek en beleid bij (verdenking op) kindermishandeling

R.H.B. Allard
J.A. Baart
A.G. Becking

Geschat wordt dat er in Nederland jaarlijks 50.000 tot 80.000 kinderen het slachtoffer zijn van kindermishandeling. Dat is omgerekend ongeveer tien kinderen per jaar per tandartspraktijk. In meer dan de helft van alle gevallen is er sprake van letsel in het hoofd-halsgebied. Daarom is het aannemelijk dat tandartsen (onbewust) met enige regelmaat geconfronteerd worden met mishandelde kinderen. Dit legt een zware verantwoordelijkheid bij de tandheelkundige professie. Tandartsen hebben de morele plicht om in geval van een vermoeden van kindermishandeling actief op te treden. Dit kan door het kind te verwijzen naar een kaakchirurg of door te overleggen met de huisarts of advies in te winnen bij een regionaal Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (landelijk telefoonnummer: 0900-1231230). In dit artikel wordt beschreven wanneer de tandarts aan kindermishandeling zou moeten denken en welke route hij verder zou kunnen volgen.

ALLARD RHB, BAART JA, BECKING AG. Diagnostiek en beleid bij (verdenking op) kindermishandeling. Ned Tijdschr Tandheelkd 2002; 109: 91-94.

Inleiding

Onder kindermishandeling wordt verstaan: elke vorm van voor het kind bedreigende en gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de opvoeders van het kind in de afhankelijkheidsrelatie, actief of passief, opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend aan het kind in de vorm van fysiek letsel en/of psychische stoornissen (Schipholt, 2001). Kindermishandeling wordt veelal onderverdeeld in fysiek geweld, psychisch geweld, fysieke verwaarlozing, psychische verwaarlozing en seksueel misbruik. In dit artikel, bedoeld als aanzet tot het bewustmaken van de tandarts op het verschijnsel kindermishandeling, zal vooral worden ingegaan op aspecten van fysiek geweld in het hoofd-halsgebied. Hierbij worden de verschijnselen waarbij gedacht zou moeten worden aan kindermishandeling en de wijze waarop de tandarts vervolgens zou kunnen handelen, beschreven. Ook zal stil worden gestaan bij de rechten en plichten van de tandarts en diens ethische en juridische dilemma's.

Kindermishandeling komt vaker voor dan men denkt. Ongeveer 5% van de kinderen die in Nederland op een eerstehulp post worden gepresenteerd, is het slachtoffer van kindermishandeling (Bosschaart en Bilo, 2000). In de Verenigde Staten, waar in de meeste staten aangifte van kindermishandeling is verplicht, is dat zelfs 10%. Hiervan is ongeveer 80% jonger dan zes jaar en bevindt 40% zich nog in het eerste levensjaar (US National Center on Child Abuse and Neglect, 1997). Geschat wordt dat er in Nederland jaarlijks 50.000 tot 80.000 kinderen het slachtoffer zijn van kindermishandeling. Dat is omgerekend ongeveer tien kinderen per jaar per tandartspraktijk. Gemiddeld overlijdt er in Nederland één kind per week aan de gevolgen van kindermishandeling (Willems, 1999; Schipholt, 2001).

Ondanks deze gegevens bleek uit een onderzoek in 1994 dat de diagnose 'kindermishandeling' op eerstehulp posten in Nederland niet of nauwelijks werd

gesteld. Uit hetzelfde onderzoek bleek dat geen enkele eerstehulp post een protocol had voor de aanpak van kindermishandeling (Boomsma en Compnolle, 1996).

Tandartsen dienen, net als andere hulpverleners, een actief beleid te voeren bij het signaleren van kindermishandeling. Omdat het merendeel van de fysieke mishandelingen plaatsvindt in het hoofd-halsgebied moet de tandarts extra alert zijn. Tandartsen dienen daarom (enige) kennis van de diagnostiek en van de mogelijk te volgen routes te hebben.

Het vaststellen van kindermishandeling

Lichamelijk letsel bij kinderen ouder dan negen maanden is niet abnormaal. Hun ondernemingslust, in combinatie met hun beperkte mogelijkheden om gevaarlijke situaties goed in te schatten, zorgt regelmatig voor schaafwonden, blauwe plekken en kneuzingen. Daarom is het vaststellen van kindermishandeling, zeker voor een niet getrainde hulpverlener, lastig. In vrijwel alle gevallen ontbreken harde bewijzen en is er slechts sprake van een vermoeden (Baartman en Van Montfoort, 1992).

Letsels op verschillende plaatsen en/of met verschillende genezingsstadia, kwetsuren die niet kunnen passen bij het ontwikkelingsstadium van het kind en verklaringen die niet passen bij het letsel zouden het vermoeden van kindermishandeling moeten doen rijzen. Het gedrag van het kind en/of de verzorgers kunnen dit vermoeden versterken. Opvallend in de anamnese van mishandelde kinderen is het feit dat ze met voorgaande letsels al elders een eerstehulp post of een eerste lijnsdokter hebben bezocht. Bovendien tenderen ouders van mishandelde kinderen, vaker dan anderen, van huisarts te wisselen.

Om een indruk te geven van de stappen die bij het stellen van de diagnose van belang kunnen zijn, wordt het protocol van de Eerste Hulp van het Vrije Universiteit Medisch Centrum beschreven in tabel 1.

Samenvatting

Trefwoorden:

- Kindermishandeling
- Verwijzing

Uit de afdeling Mondziekten en Kaakchirurgie/Orale Pathologie van het Vrije Universiteit Medisch Centrum/ACTA in Amsterdam.

Datum van acceptatie:
4 oktober 2001.

Adres:

Dr.mr. R.H.B. Allard
VUMC
Postbus 7057
1007 MB Amsterdam
rhb.allard@vumc.nl

Tabel 1. Het protocol van de Eerste Hulp van het Vrije Universiteit Medisch Centrum.

Bij alle kinderen tot 12 jaar die op de eerstehulp post worden gepresenteerd, worden 9 vragen gesteld en worden de antwoorden op een registratieformulier ingevuld:

- | | |
|--|--|
| 1. Om welk soort letsel gaat het? | Kneus, steek, brand, snij, enz. |
| 2. Op welke plaats zit het letsel? | Is dit een gebruikelijke plaats voor dit soort letsels? |
| 3. Wat zijn de uiterlijke kenmerken voor dit soort letsel? | Kleur, vorm; ziet het letsel er gebruikelijk uit? |
| 4. Wanneer is het ongeval gebeurd? | Klopt het uiterlijk van het letsel met de opgegeven ouderdom van het letsel? |
| 5. Wat is de oorzaak van het letsel? | Klopt de verklaring met soort, plaats en uiterlijk van het letsel? |
| 6. Wie was de veroorzaker van het letsel? | Is de veroorzaker meegekomen naar de EH? |
| 7. Waren er anderen bij aanwezig? | Zijn er getuigen meegekomen? |
| 8. Welke maatregelen zijn er ondernomen? | Waren de maatregelen adequaat? |
| 9. Welke oude letsels zijn er te zien? | |

Is er geen vermoeden van kindermishandeling, dan wordt een anoniem registratieformulier ingevuld om het protocol ook jaarlijks statistisch te kunnen evalueren. Bij een vermoeden van kindermishandeling, wordt een tweede chirurg of kinderarts geconsulteerd voor een volledig lichamelijk onderzoek. Dat kan meestal zonder daar al te veel nadruk op te leggen. 'Uw kindje is behoorlijk gevallen. Ik wil uw kindje dan ook voor de zekerheid helemaal na (laten) kijken.' In het bijzonder wordt gelet op letsels of blauwe plekken van verschillende ouderdom, brandwonden, afdrucken van handen, riemen of andere voorwerpen. In dit stadium wordt nooit in de status geschreven dat er een mishandeling wordt vermoed, maar wordt vooral goed vastgelegd wat er bij het kind op dat moment wordt aangetroffen en welke verklaringen er door de begeleiders worden gegeven. Indien de onderzoekers het na gedegen overleg niet eens kunnen worden over het vermoeden, wordt zonodig telefonisch advies gevraagd aan het Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK) en/of aan een maatschappelijk werker of een medewerker van de afdeling Medische Psychologie. Bij een vermoeden van kindermishandeling wordt het kind opgenomen of, indien dit niet mogelijk is, wordt een afspraak voor poliklinische controle gemaakt. In alle gevallen wordt de casus bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling gemeld en wordt de huisarts – bij voorkeur telefonisch – op de hoogte gebracht.

Lichamelijke mishandeling in het hoofd-halsgebied

In meer dan de helft van alle gevallen van kindermishandeling, inclusief seksueel misbruik, is sprake van letsel in het hoofd-halsgebied (Needleman, 1986; Jessee en Rieger, 1996; American Academy of Pediatrics, 1999). Wanneer alleen wordt gekeken naar de gevallen van fysiek geweld gaat het in 75% van de gevallen om traumata in het hoofd-halsgebied (Jessee, 1995). Vaak gaat het om stompe traumata die hebben geleid tot laceraties van de huid en/of de orale mucosa, avulsies en fracturen van gebitselementen of kaakfracturen (Welbury en Murphy, 1998). Etsende stoffen en hete voorwerpen kunnen brandwonden hebben veroorzaakt. Verkleurde gebitselementen kunnen het gevolg zijn van een eerder toegebracht letsel (Blain *et al*, 1979). Het volproppen van de mond kan blauwe plekken of littekens bij de mondhoeken veroorzaken.

Elliptische verkleuringen en laceraties kunnen wijzen op beetverwondingen; karakteristiek hiervoor is een centraal gebied met ecchymose veroorzaakt door de druk van de tanden en/of door zuigen. In tegenstelling tot beten van dieren, wordt bij bijtewonden door mensen zelden verlies van weefsel gezien.

Een aantal afwijkingen kan ten onrechte het vermoeden van kindermishandeling oproepen. Hierbij kan onder meer gedacht worden aan spontane fracturen bij bottumoren en ontwikkelingsstoornissen, huidafwijkingen, zoals hemangiomen of erythema multiforme, die op blauwe plekken of littekens lijken, en afwijkingen die op brandwonden lijken, zoals epidermolysis bullosa en impetigo (Rupp, 1998). Buiten de gangbare oorzaken als ongevallen en sportletsels kunnen ook verwondingen zijn veroorzaakt door automutilatie, epileptische insulten of onoplettendheid bij hyperactiviteit.

Seksueel misbruik en het hoofd-halsgebied

De mondholte is in het merendeel van de gevallen de belangrijkste locatie van seksueel misbruik. Orale en/of periorale gonorrhoe en lues bij prepuberale kinderen is zelfs pathognomisch voor seksueel misbruik (Kennedy en Clark, 1992). Orofaryngeale gonorrhoe is vaak asymptomatisch en kan bij een vermoeden hierop met een kweek op *Neisseria gonorrhoeae* worden aangetoond. Onverklaarbaar erytheem of petechiën op het palatum, en in het bijzonder op de overgang tussen het harde en zachte palatum, kan wijzen op (gedwongen) orale seksuele handelingen. Alhoewel orale en/of periorale condylomata acuminata meestal worden veroorzaakt door orogenitaal contact, moet bij het constateren van orale wrachtige aandoeningen ook rekening gehouden worden met de mogelijkheid van besmetting met verruca vulgaris.

De aanpak van kindermishandeling

De onbekendheid met het vervolgtraject, de verstrekkende sociale implicaties binnen het betreffende gezin en bovenal de angst voor onterechte verdachtmakingen kunnen voor de hulpverlener belemmeringen zijn om een vermoeden van kindermishandeling te melden.

Een protocol alleen is onvoldoende. Ook dient er aandacht te worden besteed aan de manier waarop en de attitude waarmee artsen, verpleegkundigen en overige hulpverleners met kinderen en ouders omgaan indien aan mishandeling wordt gedacht. Het uitgangspunt bij de aanpak van kindermishandeling dient te zijn dat ouders die hun kind mishandelen in de meeste gevallen radeloze, machteloze ouders zijn, die zich soms zelfs niet bewust zijn van hun daden. Deze ouders moeten niet worden beschuldigd maar worden geholpen, waarbij de veiligheid van het kind overigens niet uit het oog mag worden verloren.

Eerste hulp bij kindermishandeling wordt zo mogelijk gegeven in een 'golden window of opportunity'. Hiermee wordt bedoeld dat als ouders met een mishandeld kind naar een eerstehulp post gaan, ze zich meestal in een crisissituatie bevinden en zich kortdurend blootgeven: De 'gordijnen gaan even open' en er is dan kortdurend te zien wat er werkelijk gaande is. Spoedig zijn de gordijnen weer dicht en is de kans verkeken.

Idealiter vindt het gesprek over de mishandeling en het aanbod van hulp in deze crisisperiode plaats en moet adequate hulpverlening er meteen, ter plekke, op aansluiten. Daarbij kunnen opvoeders die open staan voor vrijwillige hulpverlening, worden verwezen naar een regionaal Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK) of een Bureau Jeugdzorg.

De tandheelkundige professie en kindermishandeling

Het hoge percentage letsels in het hoofd-halsgebied bij kindermishandeling legt een zware verantwoordelijkheid bij de tandheelkundige professie (Sfikas, 1996). Uit Amerikaanse literatuur blijkt echter dat tandartsen in het merendeel van de gevallen tekenen van kindermishandeling niet herkennen en, indien dat wel het geval is, niet weten hoe ze het beste kunnen handelen (Kilpatrick *et al*, 1999; Needleman *et al*, 1995; Adair *et al*, 1997a). Eén op de vier tandartsen vindt zelfs dat aangifte niet tot zijn/haar taak behoort. Ook zijn er nogal wat tandartsen die denken dat hun beroepsgeheim zich verzet tegen het melden van kindermishandeling (Loochtan, 1986). Recent opgeleide en vrouwelijke tandartsen zijn het meest geneigd gevallen van kindermishandeling te melden (Adair *et al*, 1997b). Uit onderzoek in de Verenigde Staten blijkt dat slechts 1% van alle meldingen van tandartsen afkomstig is (US Department of Health and Human Services Administration for Children and Families, 1995). Onderzoek onder Californische tandartsen bracht aan het licht dat slechts één op de zes tandartsen in de voorafgaande vijf jaren een vermoeden van mishandeling heeft gehad; één op de zestien maakt daar ook daadwerkelijk melding van (Ramos-Gomez *et al*, 1998).

Tandartsen die op grond van zelf waargenomen objectieveerbare feiten vermoeden dat er sprake is van kindermishandeling doen er goed aan om patiëntjes met hoofd-halsletsel te verwijzen naar de kaakchirurg, die zonodig een kinderarts kan consulteren. Dit is immers een 'normale' en in de ogen van de ouders geen argwaan oproepende route. Telefonisch contact, zo mogelijk (later) bij afwezigheid van de verzorgers, met de kaakchirurg is daarbij belangrijk. Ook is telefonisch contact met de huisarts van de patiënt van belang om eventueel een snelle interventie mogelijk te maken. Bij twijfel kan altijd een controleafspraak worden gemaakt, waardoor de tandarts één tot twee weken de tijd heeft om nader advies in te winnen bij een regionaal Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK). Met nadruk zij gesteld dat de AMK's, omdat tandartsen een (juridische) eigen hulpverleningsrelatie hebben, desgewenst de anonimiteit van de melder garanderen.

Uit de voorgestelde route via de kaakchirurg, de huisarts of een AMK zou opgemaakt kunnen worden dat de tandarts zijn eigen verantwoordelijkheid niet durft te nemen en zijn eigen dilemma's doorschuift naar andere gezondheidswerkers. Toch is vooralsnog, na uitvoerige gesprekken met enige van de in de onder-

staande literatuurlijst geciteerde auteurs en meerdere vertrouwensartsen van het AMK, voor deze indirecte aanpak gekozen totdat tandartsen beter geschoold zijn in het herkennen en opvangen van gevallen van kindermishandeling.

Advies- en Meldpunten Kindermishandeling

Er zijn in Nederland, verdeeld over het hele land vijftien Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK). Er is één centraal telefoonnummer: 0900-1231230. Het AMK is min of meer de voortzetting van het voormalige Bureau Vertrouwensarts, waar sinds 1972 meldingen inzake vermoedens van kindermishandeling konden worden gedaan. Jaarlijks komen bij alle AMK's in Nederland bijna 15.000 meldingen binnen. Bij een melding vraagt de melder het AMK om actie en draagt daarbij de verantwoordelijkheid over. In de meeste gevallen zal het AMK het vermoeden van kindermishandeling met de verzorgers bespreken. Zo nodig worden meldingen gezamenlijk door het AMK en de Raad voor de Kinderbescherming behandeld. Terwijl het AMK in beginsel aanstuurt op vrijwillige hulpverlening, kan de Raad voor de Kinderbescherming in ernstige gevallen de kinderrechter verzoeken om via een civielrechtelijke maatregel een kind te beschermen. Naast het 'meldtraject' kent het AMK het 'advies-traject'. Bij adviesvragen is het geenszins noodzakelijk om van tevoren al duidelijk te hebben waarvoor men het AMK belt. Zaken als 'mag/kan ik melden?', 'hoe verhoudt zich een en ander tot het beroepsgeheim?', 'hoe kunnen de belangen van het kind en de verzorgers het beste worden afgewogen?', en dergelijke kunnen aan de orde komen. Omdat bij adviesvragen geen directe actie wordt ondernomen, zijn de personalia van de betrokkenen niet van belang en worden daarom ook niet geregistreerd. Het AMK garandeert de adviesvragende tandarts desgewenst anonimiteit. De geanonimiseerde casus blijft nog minimaal een half jaar in dossier, zodat de adviesvrager er zo nodig op terug kan komen.

Juridische overwegingen

In situaties van verdenking op kindermishandeling terwijl de opvoeders ontkennen, dan wel vrijwillige hulpverlening afwijzen, speelt altijd de overweging mee dat het beroepsgeheim moet worden geschonden. Indien hiervoor echter goede argumenten zijn, is dit te rechtvaardigen, omdat het goed hulpverlenerschap voorop staat. Daarbij komt nog dat de zwijgplichtige een beroep kan doen op zijn gewetensnood, ook wel psychische overmacht genoemd. Aan de emotionele complexiteit van dit conflict der plichten kan niet zonder meer worden voorbijgegaan (Kuypers, 2001). Overleg met een collega tandarts, huisarts of vertrouwensarts kan meer duidelijkheid verschaffen in de juiste afweging van alle betrokken belangen.

Juridisch bezien hebben hulpverleners een meld-

recht sinds 1972. Hierbij mag onder twee voorwaarden het beroepsgeheim worden doorbroken: het onderzoek moet op medisch verantwoorde wijze hebben plaatsgevonden en er moeten redelijke, dan wel invoelbare, gronden aanwezig zijn om te mogen concluderen dat kindermishandeling de oorzaak van de problemen van het kind is. Hierbij zij nog opgemerkt dat in de jurisprudentie expliciet gesteld is dat de afweging om tot melding over te gaan een hoogst persoonlijke afweging van de betreffende hulpverlener is en dat rechters niet gerechtigd zijn om in deze afweging te treden. Op dit moment wordt de discussie gevoerd of het wenselijk zou zijn over te gaan op een meldplicht. In sommige staten van de Verenigde Staten bestaat er al zo'n meldplicht en wordt het niet aangegeven van een vermoeden van kindermishandeling als een misdrijf beschouwd (Sfikas, 1999). De invoering van een meldplicht kan echter de autonomie van de professionele hulpverlener in het geding brengen. Een ander bezwaar tegen deze aangifteplicht is dat een juridische definitie van het begrip kindermishandeling niet bestaat (Kuypers, 2001). De discussie over een meldplicht in Nederland voor artsen, verpleegkundigen en overige hulpverleners is nog in volle gang (Bosschaart, 2000; Kuypers, 2001).

Literatuur

- ADAIR SM, WRAY IA, MCKNIGHT HANES C, SAMS DR. Perceptions associated with dentists' decisions to report hypothetical cases of child maltreatment. *Pediatr Dent* 1997a; 19: 461-465.
- ADAIR SM, YASREBI S, WRAY IA, MCKNIGHT HANES C, SAMS DR, RUSSELL CM. Demographic, educational and experiential factors associated with dentists' decisions to report hypothetical cases of child maltreatment. *Pediatr Dent* 1997b; 19: 466-469.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Child Abuse and Neglect; American Academy of Pediatric Dentistry; Ad Hoc Work Group on Child Abuse and Neglect. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics* 1999; 104: 348-350.
- BAARTMAN HEM, MONTFOORT AJ VAN. Kindermishandeling. Utrecht: Data Medica, 1992.
- BLAIN SM, WINEGARDEN T, BARBER TK. Child abuse and neglect: the role of dentistry. *J Dent Res* 1979; 58: 367A.
- BOOMSMA J, COMPERNOLLE T. Eerste hulp bij kindermishandeling. Intern rapport VU-ziekenhuis. Amsterdam: VU-ziekenhuis, 1996.
- BOSSCHAART AN, BILO RAC. Het zwijgen doorbroken. *Medisch Contact* 2000; 55: 314-316.
- JESSEE S. Orofacial manifestations of child abuse and neglect. *Am Fam Physician* 1995; 52: 1829-1834.
- JESSEE SA, RIEGER M. A study of age-related variables among physically abused children. *ASDC J Dent Child* 1996; 63: 275-280.
- KENNEDY JP, CLARK DH. Child abuse. In: Clark DH. *Practical forensic odontology*. London: Wright, 1992.
- KILPATRICK NM, SCOTT J, ROBINSON S. Child protection: a survey of experience and knowledge within the dental profession of New South Wales. *Int J Paediatr Dent* 1999; 9: 153-159.
- KUYPERS S. Als zwijgen niet meer kan. *Medisch Contact* 2001; 57: 51-53.
- LOOCHTAN RM. Dental neglect in children: definition, legal aspects and challenges. *Pediatr Dent* 1986; 8: 113-116.
- NEEDLEMAN HL. Orofacial trauma in child abuse: types, prevalence, management and the dental profession's involvement. *Pediatr Dent* 1986; 8: 71-80.
- NEEDLEMAN HL, MACGREGOR SS, LYNCH LM. Effectiveness of a statewide child abuse and neglect educational program for dental professionals. *Pediatr Dent* 1995; 17: 41-45.
- RAMOS-GOMEZ F, ROTHMAN D, BLAIN S. Knowledge and attitudes among California dental care providers regarding child abuse and neglect. *J Am Dent Assoc* 1998; 129: 340-348.
- RUPP RP. Conditions to be considered in the differential diagnosis of child abuse and neglect. *Gen Dent* 1998; 46: 96-100.
- SCHIPHOLT IL. Het kind van de rekening. *Medisch Contact* 2001; 56: 209-211.
- SFIKAS P. Does the dentist have an ethical duty to report child abuse? *J Am Dent Assoc* 1996; 127: 521-532.
- SFIKAS PM. Reporting abuse and neglect. *J Am Dent Assoc* 1999; 130: 1797-1799.
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES ADMINISTRATION FOR CHILDREN AND FAMILIES. A nation's shame: fatal child abuse and neglect in the United States - a report of the U.S. Advisory Board on Child Abuse and Neglect. Fifth report. Washington, 1995.
- US NATIONAL CENTER ON CHILD ABUSE AND NEGLECT. Department of Health and Human Services. Study of national incidence and prevalence of child abuse and neglect. Washington, 1997.
- WELBURY RR, MURPHY JM. The dental practitioner's role in protecting children from abuse. *Br Dent J* 1998; 184: 61-65.
- WILLEMS JCM. Wie zal de opvoeders opvoeden? Leiden: Rijksuniversiteit, 1999. Academisch proefschrift.

Summary

Key words:

- Child abuse
- Referral

Diagnosis and management in case of (suspicion of) child abuse

About 5% of all children presented at a First Aid Unit in the Netherlands is a victim of child abuse. It is estimated that in the Netherlands yearly about 50.000 to 80.000 children are victims of child abuse, which is about ten children per dental practice per annum. In more than 50% of the cases there is a trauma of the head- and neck-area. Therefore, it is likely that dentists are regularly confronted with cases of child abuse. This high percentage of oro-facial trauma puts a high responsibility on the dental profession. Dentists have an ethical duty to act actively in cases of child-abuse. They may refer to an oral surgeon, consult the family physician or ask advice of the 'Advies- en Meldpunt Kindermishandeling' (Advice-and Report Centre for Child Abuse). This article describes the symptoms of child abuse and the recommended procedure for action.