

De rol van de mondzorgverlener bij het signaleren van kindermishandeling

De aandacht voor kindermishandeling is de laatste jaren toegenomen. In 2015 heeft de KNMT de Meldcode Kindermishandeling en Huiselijk Geweld herzien. De kern van de meldcode wordt gevormd door het verplicht volgen van een 5-stappenplan bij signalering van (een vermoeden van) onder andere kindermishandeling. Professioneel handelen bij kindermishandeling stelt hoge eisen aan de kennis en de communicatieve vaardigheden van de zorgverlener. Als daaraan wordt voldaan, is de zorgverlener door de wet voldoende beschermd tegen klachten van betrokkenen. Veel zorgverleners staan nog onwennig tegenover het toepassen van de Meldcode. Het aantal contacten met Veilig Thuis voor adviezen en meldingen bedraagt in de mondzorg hooguit enkele promille van het totale aantal contacten. Bij verwaarlozing van mondverzorging, de meest voorkomende vorm van kindermishandeling op het terrein van de mondzorg, blijft het professioneel handelen meestal nog beperkt tot symptoombestrijding. Georganiseerde zorg via ketenvorming biedt mogelijkheden tot coördinatie van doelgerichte actie bij kindermishandeling.

Gruythuysen RJM, Wiggelendam JM. De rol van de mondzorgverlener bij het signaleren van kindermishandeling

Ned Tijdschr Tandheelkd 2017; 124: 207-213

doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt/2017.04.16200>

Inleiding

“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”, aldus artikel 1.1.1 van de Wet maatschappelijke ondersteuning (VWS, 2015). Sinds 1 juli 2013 zijn alle organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wettelijk verplicht een meldcode in te voeren en daarnaar te handelen bij een vermoeden van kindermishandeling en/of huiselijk geweld. De door de KNMT ontwikkelde meldcode ‘Kindermishandeling en huiselijk geweld’ van 2011 werd 4 jaar later herzien (KNMT, 2015). Over de rol van de mondzorgverlener staat daarin: “Als tandarts(-specialist) heeft u een specifieke rol bij het signaleren van huiselijk geweld. U ziet uw patiënten immers minimaal één tot twee keer per jaar en vaak over een lange periode. Bovendien kunt u in de mondzorg zeer specifieke signalen van huiselijk geweld opvangen. Het herkennen van huiselijk geweld is lastig en kan gevolgen hebben voor uw patiëntrelatie. Toch is het belangrijk dat u huiselijk geweld opmerkt en er adequaat naar handelt”. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is belast met het toezicht op het gebruik van de meldcode en toetst deze

onder andere aan de hand van de dossiervorming. Ook zal zichtbaar moeten zijn op welke wijze de meldcode in de praktijk is geïmplementeerd (via internet is hiervoor de ‘Toolkit meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling’ beschikbaar, zie intermezzo 1). In dit artikel wordt besproken wat van mondzorgverleners die worden geconfronteerd met (een vermoeden) van kindermishandeling wordt verwacht en in welke mate aan die verwachtingen door mondzorgverleners wordt voldaan.

Het 5-stappenplan

De KNMT heeft, gebaseerd op het wettelijke 5-stappenplan, een eigen meldcode ontwikkeld. Daartoe zijn 2 overzichtelijke ‘stappenkaarten’ ontwikkeld: 1 voor kindermishandeling (afb. 1) en 1 voor volwassenengeweld (volwassenengeweld/ouderenmishandeling). Naast de stappenkaarten is via de website van de KNMT veel informatie beschikbaar over apps en checklists. De stappenkaarten horen beide bij de meldcode ‘Kindermishandeling en huiselijk geweld’. Hieronder wordt elke stap van de 5-stappenkaart voor kindermishandeling besproken.



Afb. 1. De 5-stappenkaart Kindermishandeling (KNMT-Meldcode Kindermishandeling en Huiselijk Geweld).

Intermezzo 1. Handige links naar informatie over kindermishandeling

- Toolkit meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2015/07/16/toolkit-meldcode-huiselijk-geweld-en-kindermishandeling>
- Nederlands Jeugd Instituut: www.nji.nl/kindermishandeling
- Kadera: www.kadera.nl/menu.php?menu=225
- Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid: [http://www.nji.nl/Databank/Licht-Instrument-Risicotaxatie-Kindveiligheid--Jeugd-zorg-\(LIRIK-JZ\)](http://www.nji.nl/Databank/Licht-Instrument-Risicotaxatie-Kindveiligheid--Jeugd-zorg-(LIRIK-JZ))
- Landelijke Vakgroep Aandachtsfunctionarissen Kindermishandeling: <https://lvak.nl/>
- SPUTOVAMO (formulier): <https://www.knmg.nl/pdf/kindermishandeling/> (zie bijlage 5)

Stap 1. Breng signalen in kaart

Het aanleggen van een dossier komt in beeld als een mondzorgverlener signalen waarneemt die in verband kunnen worden gebracht met kindermishandeling. De kwaliteit van de meetinstrumenten voor vroege diagnostiek van kindermishandeling laat op dit moment nog te wensen over. Hierdoor is het 'niet-pluisgevoel' van de zorgverlener het enige dat er is (Bailhache et al, 2013). Het kan nodig zijn de voelhorens voor het 'niet-pluisgevoel' te ontwikkelen. Velen zullen daartoe aangewezen zijn op nascholing. Daarnaast is er voldoende over de materie gepubliceerd op het internet. Aan welke signalen gedacht kan worden is onder andere terug te vinden in de meldcode van de KNMT en op de websites van het Nederlands Jeugd Instituut (NJI) en Kadera. Ook is het mogelijk het Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid (LIRIK) te downloaden van de website van het NJI (zie intermezzo 1). Extra alert dient men te zijn als het gaat om gezinnen die op basis van de uitkomsten van de kindcheck een groot risico op kindermishandeling lopen. De kindcheck is een meetinstrument waarmee de kans op mishandeling van een kind dat opgroeit in een risicovolgezin kan worden bepaald (zie website NJI). Mondzorgverleners beschikken over specifieke expertise bij symptomen in het mondgebied. Het meest voorkomende signaal van kindermishandeling in de mondzorg is verwaarlozing van mondgezondheid (Gruythuysen et al, 2015). Dat is de reden om aan dit aspect extra aandacht te besteden. Als de ouderlijke mondverzorging voor het kind, ondanks adequate begeleiding van een mondzorgverlener, zodanig tekort blijft schieten dat het kind daarvan ernstige schade ondervindt (pijn, ontsteking) of dreigt te ondervinden, heeft dit een belangrijke signaalfunctie. Of de ouders zijn niet opgewassen tegen het kind dat weigert mee te werken aan adequate mondverzorging of de ouders zijn zelf nalatig in de mondverzorging. Uiteraard valt hieronder ook het niet opvolgen van het advies van andere zorgverleners om een mondzorgverlener te bezoeken (Gruythuysen et al, 2015).

Patiënten (en/of hun ouders) hebben recht op inzage van hun dossier. Het is mogelijk dat bepaalde informatie

nadelig kan zijn voor het kind als de ouders er kennis van nemen (bijvoorbeeld als een mondzorgverlener vermeldt dat hij kindermishandeling vermoedt) en dat dan de kans groot is dat zij wegblijven of een andere praktijk kiezen, met ander woorden vermijdingsgedrag vertonen. Een oplossing kan zijn in het bestaande dossier een aantekening 'weg te zetten' onder het kopje 'persoonlijke werkaantekeningen'. Deze zijn niet beschikbaar voor inzage, noch voor afschrift. Het is raadzaam de tekst in het dossier te beperken tot de feiten en waardeoordelen achterwege te laten (Van Boven, 2016).

Stap 2. Vraag advies aan collega en/of Veilig Thuis

Advies inwinnen van een collega in de eigen praktijk is een volgende stap. Is er een aandachtsfunctionaris kindermishandeling in de praktijk aanwezig, dan is contact met deze persoon het meest voor de hand liggend (voor meer informatie over deze functie wordt verwezen naar de website van de Landelijke Vakgroep Aandachtsfunctionarissen Kindermishandeling. Daaruit kan de behoefte voortkomen om contact met Veilig Thuis, het advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling, op te nemen. Zolang de contacten geanonimiseerd zijn, kan dit buiten de verantwoordelijke betrokkenen (ouders/verzorgers) om geschieden. Zo niet, dan dient dit eerst besproken te worden met de patiënt en/of zijn/haar naasten en/of toestemming te worden gevraagd (stap 3).

Stap 3. Praat met de patiënt en/of zijn naasten

Als de patiënt of zijn naasten weigeren toestemming te geven voor het erbij betrekken van anderen, dan veroorzaakt dat een extra probleem. Beter dan toestemming vragen is daarom naar de betrokkenen de reden hiertoe te onderbouwen en na te gaan hoe daarop wordt gereageerd, om vervolgens een gegronde beslissing te nemen over het betrekken van anderen in het meldcodeproces, waarbij het belang van het kind voorop staat (Van Boven, 2016). Het is overigens de vraag welk doel het bekendmaken van de identiteit van de betrokkenen aan geraadpleegde adviseurs in dit stadium dient. Binnen de eigen praktijksetting geldt in het algemeen de regel van veronderstelde bekendmaking. Reden waarom in een dergelijke situatie geen aparte toestemming wordt vereist. Het is van belang bij het aangaan van het gesprek met het mogelijke slachtoffer en/of zijn naasten 'contactverbrekers' te vermijden. De opmerking "zo, dat ziet er verdacht uit!" als binnenkomer zal niet helpen bij het onderzoek naar de omstandigheden waaronder een incident heeft plaatsgevonden. Na het verzamelen van de feiten ligt het accent op het zoeken naar oplossingen voor de impliciete hulpvraag (zie intermezzo 2). Bij een dentaal trauma wordt begonnen met compassie voor het kind te tonen en voor zover mogelijk naar het verhaal van het kind te luisteren en daarbij te letten op de reactie van de ouder(s). Begin met open vragen over wat er is gebeurd, wanneer en hoe. Wissel de open vragen af met gesloten vragen, bijvoorbeeld: "Deed het erg pijn? Nog steeds? Heb je gehuild? Waren er anderen bij? Wie?" Geprotocolleerd kan

Intermezzo 2. In gesprek met kind en ouders

1. Houding

Er wordt naar gestreefd de onveilige gezinssituatie te bespreken met instandhouding van de vertrouwensrelatie. Het accent van het gesprek ligt daarom op de samenwerking en niet op de mishandeling. Dat betekent vooral ook nagaan wat wel in het gezin goed gaat en wat daaruit geleerd kan worden. De ervaring met kinderen leert dat reageren op gevoelsniveau ('Goh, wat rot voor je') averechts kan werken en naar feiten vragen effectiever is.

2. Voorbereiding

Het doel zal in het algemeen zijn het bespreekbaar maken van signalen en vermoedens van kindermishandeling of huiselijk geweld. Van de zorgverlener wordt niet verwacht dat deze het probleem acuut oplost, tenzij er sprake is van een acute situatie (bijvoorbeeld seksueel misbruik of ernstig lichamenlijk geweld). Dan is direct melden een plicht, maar in de meeste gevallen is meer tijd nemen constructiever voor het rustig oplossen van het probleem.

3. Het gesprek

Hoofdenmerk is het op oplossing gerichte gesprek. Van belang daarbij is doorvragen op details (veranderen gaat in kleine stapjes aan de hand van verkregen details), vragen naar uitzonderingen (om te weten wanneer het wel goed gaat), schaalvragen (hoe goed lukt het om niet fysiek te reageren als het kind niet luistert op een schaal van 0-10?), relatievragen (leren kijken door de ogen van de ander) en het stellen van de wondervraag (het probleem is opgelost door een wonder, wat is er dan anders?)

(Bron: www.nji.nl/nl/Kindermishandeling-Praktijk/In-gesprek-met-kind-en-ouders)

dit via de SPUTOVAMO die wordt toegepast bij de eerste hulp (Teeuw et al, 2012). Aan de hand van deze vragenlijst wordt nagegaan of het waargenomen letsel veroorzaakt kan zijn door kindermishandeling. Als verwijzing naar een huisarts nodig is, voor onder andere lichamenlijk onderzoek in verband met de mogelijke aanwezigheid van meer letsels, kan dat zonder daar al te veel nadruk op te leggen. Bijvoorbeeld door te zeggen: *"Uw kindje is behoorlijk gevallen. Ik wil uw kindje daarom voor de zekerheid helemaal na laten kijken"* (Allard et al, 2009). Mocht uitgebreid lichamenlijk onderzoek gewenst zijn dan blijkt dat verreweg de meeste ouders een in het belang van het kind beargumenteerd lichamenlijk onderzoek van top tot teen bij een eerstehulp post, in het kader van het achterhalen van kindermishandeling, accepteren (Teeuw et al, 2016). Daarnaast verdient het aanbeveling de geconstateerde letsels te fotograferen. Als reden kan daarvoor worden opgegeven het verloop van het genezingsproces te willen volgen. Bij verwijzing is het goed om te melden dat u graag contact opneemt met de specifieke deskundige om te vernemen of u nog ergens op moet letten en of daar bezwaar tegen bestaat. Zo is het mogelijk om na te gaan of de verwijzing tot stand is gekomen.

Stap 4. Weeg aard, ernst en risico

Bij de evaluatie van de situatie is het van belang niet alleen in het dossier te hebben vermeld wat heeft plaatsgevonden en hoe in de gegeven situatie is gehandeld, maar ook waarom bepaalde acties niet hebben plaatsgevonden (zoals verwijzing naar een deskundige, geen advies aan Veilig Thuis gevraagd, beroepsgeheim doorbroken).

Stap 5. Zelf hulp organiseren of melding doen

Met het zorgvuldig doorlopen van stappen 1 tot en met 4 zal het vaak niet tot stap 5 komen. Er kan sprake zijn geweest van (een vermoeden van) kindermishandeling die gestopt is, bijvoorbeeld doordat ouders tot het inzicht zijn gekomen dat zij hun verantwoordelijkheid voor de veiligheid van hun kind moeten nemen. Het is dan zeer de vraag wat het doel van een melding is. Steeds is het belang van het kind daarin doorslaggevend.

Ouders kunnen een klacht indienen bij de tuchtrechter tegen een mondzorgverlener die volgens hen een onterechte melding heeft gedaan. Uit ervaringen van kinderartsen kan worden geleerd dat indien een zorgverlener zich houdt aan de richtlijn van de beroepsgroep de klachten ongegrond worden verklaard (Berkers et al, 2015).

Betrokkenheid zorgverleners

Onderzoek uit 2014 toont aan dat 82% van de tandartsen zich bewust is van hun verplichtingen wanneer ze worden geconfronteerd met huiselijk geweld (Van Dam et al, 2013). Onder huisartsen ligt dat percentage op 83 (Pons et al, 2015). Ongeveer de helft van de tandartsen (51%) heeft de meldcode 'Kindermishandeling en huiselijk geweld' geïmplementeerd in de praktijk. Bijna een kwart (24%) van hen heeft in het afgelopen jaar gemiddeld 2,4 keer bij patiënten vormen van huiselijk geweld waargenomen. Van hen heeft 81% daarover een notitie gemaakt in het patiëntendossier en 58% heeft daarnaast op andere wijze actie ondernomen.

Uit Engels onderzoek bleek dat Engelse kindertandartsen in 2005 zelden instellingen voor jeugdzorg raadpleegden als zij constateerden dat een kind een verwaarloosd gebit had (Harris et al, 2009a; Harris et al, 2009b). De gegevens uit 2011 tot 2014 van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling Amsterdam (AMK, tot 1-1-2015 onderdeel van Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam) bevestigen de bevindingen van dit Engelse onderzoek (tab. 1). Gegevens afkomstig van het tegenwoordige Veilig Thuis Amsterdam-Amstelland, dat een kleiner gebied omvat dan het vroegere Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam, vermelden 8 adviezen en 2 meldingen in relatie tot tandartsen in de eerste helft van 2016. Het betreft een paar promille van het totale aantal contacten dat Veilig Thuis heeft met zorgverleners. In een uitzending van Nieuwsuur op 28 september 2014 werd een percentage van 1,6 van meldingen over kindermishandeling door huisartsen genoemd. Een huisarts in dit programma reageerde dat dit percentage zeer laag was en gaf daarvoor als reden het ontbreken van voldoende alertheid en kennis bij

	Meldingen	Adviezen/ consulten
2011		
Totaal	733	4.249
Huisarts	12	88
Ziekenhuis	122	1.063
JGZ/GGD	42	214
Tandarts	1	2
2012		
Totaal	594	4.170
Huisarts	11	92
Ziekenhuis	80	1.259
JGZ/GGD	41	173
Tandarts	1	1
2013		
Totaal	529	4.562
Huisarts	8	78
Ziekenhuis	64	1.508
JGZ/GGD	16	158
Tandarts	0	8

In de verstrekte data wordt geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende vormen van kindermishandelingen. Aangenomen mag worden dat verwaarlozing van mondverzorging zelden of nooit tot contacten met de bevoegde instanties leidt, terwijl vooral tandartsen die veel kinderen behandelen hier met enige regelmaat mee worden geconfronteerd.

Tabel 1. Jaaroverzicht van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling Amsterdam 2011, 2012 en 2013 (Bron: AMK Amsterdam/Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam (BJAA), gepubliceerd in *Ned Tijdschr Geneesk* 2015; 159: A8071).

de huisartsen. Dit wordt bevestigd door een enquête onder artsen waarin artsen zichzelf een 6,4 geven voor kennis en een 6,2 voor hun vaardigheden voor het herkennen van kindermishandeling (Pons et al, 2015). Zorgverleners dienen toetsbaar te zijn op hun professionaliteit. Het is de vraag of dat voldoende het geval is als het gaat om kindermishandeling en huiselijk geweld. Eigenlijk is er, gezien de hoeveelheid kennis over dit onderwerp die beschikbaar is via internet en het aanbod aan nascholing over kindermishandeling en huiselijk geweld, geen reden om vaardigheden en kennis niet te vergroten.

Verwaarlozing van mondverzorging

Onderzoek heeft aangetoond dat bij meer dan 10% van de ouders met een sociaaleconomisch minder bevoorrechte achtergrond de mondverzorging van hun kinderen tekortschiet (Vermaire et al, 2012). Kindermishandeling in de vorm van verwaarlozing van mondverzorging kan een signaal zijn voor verwaarlozing in bredere zin (Gruythuysen et al, 2015).

In een systematisch literatuuronderzoek worden de volgende oorzaken voor het negeren van signalen van kindermishandeling als gevolg van tandheelkundige verwaarlozing door mondzorgverleners genoemd: gebrek aan



Afb. 2. Het occlusale aanzicht van de bovenkaak van een jongetje van 4 jaar dat lijdt aan de gevolgen van verwaarlozing van mondverzorging. De ontstoken tijdelijke centrale bovenincisieven werden geëxtraheerd. De voor reiniging toegankelijke cariëslae-sies kunnen stabiliseren door zelfzorg, maar de moeder van ongeveer 20 jaar kon de zelfzorg niet aan en vroeg om totaalextractie. Het kind werd restauratief behandeld onder algehele anesthesie. Beter zou het zijn geweest om in overleg met Veilig Thuis na te gaan of het vermoeden van verwaarlozing beperkt bleef tot de mondverzorging en vervolgens te zoeken naar een oplossing van de geconstateerde problemen (Bron: Tandartspraktijk, 2012/©R.J.M. Gruythuysen).

vaardigheden, gebrek aan richtlijnen, angst voor imago-schade van de praktijk, confrontatie met agressie jegens zorgverleners of het kind, angst voor juridische procedures en onzekerheid over de diagnose 'orale verwaarlozing' (Bhatia et al, 2014). Inmiddels is aangetoond dat dankzij educatie de professionele vaardigheden om met kindermishandeling om te gaan wat toenemen. Ook leggen de meeste mondzorgverleners inmiddels sneller een verband tussen verwaarlozing en cariës bij het kind (Harris et al, 2009; Harris et al, 2013).

De norm voor goede zorg wordt door pedodontologen nog steeds geassocieerd met een conventionele interpretatie van het begrip 'verzorgingsgraad' (Lee et al, 2015). Uit onderwijsmateriaal blijkt dat vooralsnog een sterke neiging bestaat om bij cariësprogressie over te gaan tot reparatie en dus tot symptoombestrijding (Stel et al, 2013). Dat is in strijd met de hippocratische traditie die zijn weerslag heeft in het Internationaal Verdrag Inzake de Rechten van het Kind en dus ook in de Jeugdwet. Reden waarom in het algemeen geldt dat bij geconstateerde cariësactiviteit de voorkeur uitgaat naar niet-restauratieve behandeling (Frencken, 2017). Uit casuïstiek blijkt dat symptoombestrijding bij een 4-jarig jongetje met een verwaarloosde dentitie leidt tot maskering van het probleem (afb. 2) (Gruythuysen, 2012). Juist bij verwaarlozing dient gestreefd te worden naar een causale behandeling omwille van verbetering van de mondgezondheid als onderdeel van het algemeen welbevinden van het kind (Gruythuysen et al, 2015).

In de praktijk ondernomen acties leiden niet altijd snel tot het gewenste resultaat. Ook blijkt dat het contact met bevoegde instanties over het vermoeden van kindermishandeling niet altijd even soepel verloopt (intermezzo 3). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat jeugdzorgverle-

Intermezzo 3. Casus: gegeneraliseerde diepe cariës

In een praktijk meldt zich in oktober 2014 een meisje van 13 jaar met haar moeder. Het gebit van meisje vertoont diverse diepe caviteiten waaronder ook gebitselementen met irreversibele pulpaschade (afb. 3a). Over een langere periode ging het niet-poetsen gepaard met frequent gebruik van energiedranken. De moeder had de problemen aan de frontelementen 2 jaar geleden voor het eerst waargenomen. Ze stelde “*er nu werk van gemaakt te hebben*”, vandaar het tandartsbezoek. De moeder toonde een laag begripsniveau en rook zeer onfris. Het meisje was lief, maar erg terneergeslagen en passief.

Vanwege vermoedens van verwaarlozing werd advies gevraagd bij AMK (tegenwoordig Veilig Thuis). Het AMK vond de situatie meldingswaardig. Er bleek echter al een dossier over het gezin bij Bureau Jeugdzorg (BJZ) voorhanden te zijn en er werd geadviseerd eerst daarmee contact op te nemen.

BJZ reageerde defensief op de adviesaanvraag. De problemen met het gebit waren wel bekend, zo bleek, maar men had geen idee van de achtergrond. Geïnformeerd werd of ook haar broer (15 jaar) in het patiëntenbestand voorkwam. Die was echter sinds 2011 niet meer gezien. Hij ging al 2 jaar niet meer naar school, zo werd verteld. Als onderdeel van een begeleidingstraject was hem aangeraden een tandarts te bezoeken. Vermeld werd verder dat thuis een schrijnende armoede heerste. Het gezin leefde van 50 euro per week, moest de woning uit en had in de crisisopvang gezeten. BJZ begreep wel dat het gebit geen prioriteit had, maar men zou het gaan bespreken en aandacht besteden aan de mondverzorging. Ook wilde men de noodzaak van een nieuwe melding onder eigen regie nagaan.

Toen de moeder door BJZ op de hoogte was gesteld van de zorgen die er leefden over de mondgezondheid van de kinderen, zag zij dit als een bedreiging en was zij bang voor nieuwe problemen, aldus BJZ. Daar bestond echter geen enkele reden toe en er werd besloten dat de tandarts de kwestie 2 weken later rustig met de moeder zou bespreken. De moeder was rustig en ontspannen. Ze gaf aan dat men bij BJZ gezegd zou hebben dat het niet zo netjes was geweest dat er een melding was gedaan zonder dit met haar te bespreken. Aan de moeder werd uitgelegd dat er helemaal geen officiële melding was gedaan. BJZ verklaarde ook dat een melding niet meer hoefde, omdat BJZ er zelf mee aan de slag zou gaan. De moeder kreeg te horen dat sancties niet aan de orde waren en het enige doel van de tandarts was het bieden van hulp. De moeder gaf aan dit prima te vinden en dat standpunt te begrijpen. Ze had haar zoon aangespoord ook naar de tandarts te gaan. Hij is echter nooit gekomen.

Van de intenties voor betere mondverzorging bij het meisje kwam vervolgens weinig terecht (afb. 3b). Gemaakte afspraken werden herhaaldelijk niet nagekomen, meestal zonder bericht. De moeder besloot naar een gelieerde praktijk te gaan omdat die dichterbij lag.

Het belangrijkste les uit deze casus is dat een dergelijk gezin, ook wat de mondverzorging betreft, in beeld blijft om een herhaling van zetten te voorkomen. Het blijft de vraag of een nieuwe melding voorkomen kan worden.

(Met dank aan Karen van Daelen)



Afb. 3. a. Diagnose bij een 13-jarig meisje: desastreuze gebitssituatie vanwege cariës en gingivitis.



Afb. 3. b. Bijna een half jaar later is het gebit hersteld, maar de mondverzorging is nog ernstig onder de maat. De diagnose luidt gegeneraliseerde gingivitis.

ners zelden een relatie leggen tussen verwaarlozing van kinderen en de toestand van het gebit (Bradbury-Jones et al, 2013). In Nederland zijn bij de jeugdgezondheidszorg wel artsen en verpleegkundigen werkzaam, maar bij de Jeugdbescherming zijn niet altijd artsen werkzaam of beschikbaar. Door ketenvorming in de jeugdzorg kan het bewustzijn over deze materie groeien. Een breed gesteund initiatief om een georganiseerde vorm van mondzorg voor de jeugd daarin op te nemen werd door de KNMT positief ontvangen (Burgersdijk et al, 2013). Maar de belofte om

hieraan gevolg te geven is tot op heden uitgebleven. Dat is teleurstellend, omdat over de gewenste koers met betrekking tot cariësbehandeling bij kinderen vanuit diverse disciplines wel overeenstemming is bereikt (Van Palenstein Helderma et al, 2015).

In de pers verschijnen regelmatig kritische berichten over bevoegde instanties die betrokken zijn bij kindermishandeling. Men dient zich echter te realiseren dat het hierbij in tegenstelling tot de gezondheidszorg uitsluitend gaat over de zorg voor kinderen die vaak in een complexe,

voor hen onveilige situatie verkeren. Daarnaast hebben de vele bezuinigingen en reorganisaties de zorg niet vereenvoudigd. Voor de mondzorgverlener is van belang dat de problemen bij de gemeentelijke instanties die kindermishandeling in hun portefeuille hebben, nooit een excuus kunnen zijn voor het tekortschieten van de professionele verantwoordelijkheid met betrekking tot de zorg voor kinderen die op enigerlei wijze het slachtoffer zijn van kindermishandeling (waaronder verwaarlozing). De Jeugdwet is hierover duidelijk: in alle zaken betreffende kinderen staat het belang van het kind voorop.

Nieuwe inzichten met betrekking tot de meldcode zullen steeds weer leiden tot aanpassingen van de wet. Zo treedt per 1 januari 2018 een besluit in werking dat beoogt zorgverleners beter te ondersteunen bij het maken van keuzes in het traject van de meldcode. Een en ander betreft verbetering van de vroegsignalering, ontwikkeling van meldnormen en verbetering van de samenwerking met Veilig Thuis.

Conclusie

Ontwikkelen van het niet-pluisgevoel is van belang om alert te kunnen reageren bij vermoedens van kindermishandeling. Een goed begrip van het aan de KNMT-meldcode 'Kindermishandeling en huiselijk geweld' gerelateerde 5-stappenplan is een voorwaarde voor het bieden van adequate zorg als de waargenomen signalen daar om vragen. Bij verwaarlozing van mondzorg, de bekendste vorm van kindermishandeling in de mondzorg, is een verschuiving van de aandacht voor schadeherstel naar het behandelen van de oorzaak door preventie in het belang van het kind. Georganiseerde mondzorg voor de jeugd en ketenvorming kan bijdragen aan een efficiënter beleid met betrekking tot kindermishandeling. Dat past in de lijn die de wetgever heeft uitgezet: in alle zaken betreffende kinderen staat het belang van het kind voorop.

Literatuur

- * Allard RHB, Merkesteyn JPR van, Baart JA. Kindermishandeling. Ned Tijdschr Tandheelkd 2009; 116: 186-191.
- * Bailhache M, Leroy V, Pillet P, Salmi LR. Is early detection of abused children possible? A systematic review of the diagnostic accuracy of the identification of abused children. BMC Pediatr 2013; 13: 202.
- * Berkens G, Biesart MCIH, Leeuwenburgh-Pronk GW. Tuchtrechtelijke uitspraken inzake kindermishandeling. Lessen voor de kinderarts. Ned Tijdschr Geneesk 2015; 159: A8509.
- * Bhatia SK, Maguire SA, Chadwick BL, et al. Characteristics of child dental neglect: a systematic review. J Dent 2014; 42: 229-239.
- * Boven JA van. Persoonlijke mededeling. Arnhem: Van Boven Juridisch adviesbureau, 2016.
- * Dam BA van, Sanden WJ van der, Bruers JJ. Recognizing and reporting domestic violence: attitudes, experiences and behavior of Dutch dentists. BMC Oral Health 2015; 15: 159.
- * Bradbury-Jones C, Innes N, Evans D, Ballantyne F, Taylor J. Dental neglect as a marker of broader neglect: a qualitative investigation of public health nurses' assessments of oral health in preschool children. BMC Public Health 2013; 13: 370.

- * Burgersdijk RCW, Gruythuysen RJM, Loveren C van. Richtlijn Jeugd, hoe nu verder? Ned Tandartsenbl 2013; 68 (nr. 7): 22-25.
- * Frencken JE. Hoe zinvol is restauratieve behandeling van het tijdelijk gebit? Ned Tijdschr Tandheelkd 2017; 124: 187-192.
- * Gruythuysen RJM. Multicariës: reparatie maskeert verwaarlozing. Tandartspraktijk 2012; 33 (nr. 2): 34-38.
- * Gruythuysen RJ, Loveren C van, Wiggelendam JM, Boven JA van, Burgersdijk RC. Verwaarlozing van de mondzorgverzorging bij kinderen. Een kwestie van integrale aanpak. Ned Tijdschr Geneesk 2015; 159: A8071.
- * Harris JC, Elcock C, Sidebotham PD, Welbury RR. Safeguarding children in dentistry: 1. Child protection training, experience and practice of dental professionals with an interest in paediatric dentistry. Br Dent J 2009a; 206: 409-414.
- * Harris JC, Elcock C, Sidebotham PD, Welbury RR. Safeguarding children in dentistry: 2. Do paediatric dentists neglect child dental neglect? Br Dent J 2009b; 206: 465-470.
- * Harris CM, Welbury R, Cairns AM. The Scottish dental practitioner's role in managing child abuse and neglect. Br Dent J 2013; 214: E24.
- * KNMT. Meldcode 'Kindermishandeling en huiselijk geweld'. Nieuwegein: KNMT, 2015. <https://www.knmt.nl/mishandeling>
- * Palenstein Helderma WH van, Gruythuysen RJ, Bruers JJ, Strijp AJ van, Loveren C van. Een omslag in cariësbehandeling bij kinderen: 'Gewoon Gaaf'. Ned Tijdschr Tandheelkd 2015; 122: 132-138.
- * Pons AGA, Lie TMY, Jong M.M de, Heuvel A van den. Rapportage onderzoek onder artsen naar de werking van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Den Haag: BMC Onderzoek. In opdracht van het Ministerie van VWS, 2015.
- * Lee GH, McGrath C, Yiu CK. Barriers to providing oral health care to pre-school children-differences between paediatric dentists' and general dental practitioners' beliefs. Community Dent Health 2015; 32: 32-38.
- * Teeuw AH, Derckx BH, Koster WA, Rijn RR van. Educational paper: detection of child abuse and neglect at the emergency room. Eur J Pediatr 2012; 171: 877-885.
- * Teeuw AH, Hoytema-Konijnenburg EM van, Sieswerda-Hoogendoorn T, Molenaar S, Heymans HS, Rijn RR van. Parents' opinion about a routine head-to-toe examination of children as a screening instrument for child abuse and neglect in children visiting the emergency department. J Emerg Nurs 2016; 42: 128-138.
- * Stel G, Veerkamp JSJ, Amerongen WE van, Martens LC, Gemert-Schriks MCM van. Behandeling van (diepe) cariës in melkelementen. In: Kindertandheelkunde. Deel 2. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2013.
- * Vermaire JH, Exel NJ van, Loveren C van, Brouwer WB. Putting your money where your mouth is: parents' valuation of good oral health of their children. Soc Sci Med 2012; 75: 2200-2206.
- * Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Wet maatschappelijke ondersteuning, artikel 1.1.1.. Den Haag: Ministerie van VWS, 2015.

Summary

Role of the oral care provider to call attention to child abuse

The focus on child abuse has increased in recent years. In 2015, the Royal Dutch Association of Dentists (KNMT) revised the Sign Code 'child abuse and domestic violence'. The core of the Sign Code is formed by the compulsory 5-step action plan for the signalling of, among other things, (a suspicion of)

child abuse that must be followed. Dealing professionally with child abuse places high demands on the knowledge and communication skills of the health care provider. If the demands are met, the health care provider is by law adequately protected against complaints. Many health care providers are still uncomfortable about applying the Sign Code. The number of contacts with Safe at Home for advice and reports coming from oral care amounts to only a few one-thousandths of the total number of contacts. In dealing with the neglecting of oral care, the most common form of child abuse in the area of dental care, professional action is usually still limited to symptom relief. Organised care via chain formation offers possibilities for the coordination of targeted action on child abuse.

Bron

R.J.M. Gruythuysen¹, J.M. Wiggelendam²

Uit Tandzorg.nl, Rotterdam¹, Veilig Thuis Amsterdam-Amstelland²

Datum van acceptatie: 16 februari 2017

Adres: dr. R.J.M. Gruythuysen, Cees Laseurlaan 187, 2597GD Den Haag
r.gruyt@planet.nl

Dankwoord

De auteurs bedanken mevrouw mr. J.A. van Boven voor haar controle van de juistheid van de juridische aspecten die in dit artikel zijn genoemd.

Verantwoording

Afbeelding 1 is met toestemming van de KNMT gepubliceerd.

Afbeelding 2 is eerder gepubliceerd in het artikel 'Multicariës: reparatie maskeert verwaarlozing. Jonge moeder kan het niet aan ...' van R.J. M. Gruythuysen dat verscheen in *Tandartspraktijk* 2012; nr. 2: 34-38.