

Doorbreken van het medisch beroepsgeheim: zorg of zegen?

Beantwoording van de probleemstelling:

*‘Is het, gezien het belang van het kind, gerechtvaardigd
dat het medisch beroepsgeheim wordt aangetast
door de uit de Meldcode Kindermishandeling
voortvloeiende meldplicht?’*

Doorbreken van het medisch beroepsgeheim: zorg of zegen?

Beantwoording van de probleemstelling:

*‘Is het, gezien het belang van het kind, gerechtvaardigd
dat het medisch beroepsgeheim wordt aangetast
door de uit de Meldcode Kindermishandeling
voortvloeiende meldplicht?’*

Naam	: Marjolein Meijs
Administratienummer	: s543121
Instelling	: Universiteit van Tilburg
Faculteit	: Faculteit der Rechtsgeleerdheid
Opleiding	: Master Nederlands recht
Datum van voltooiing	: 1 juli 2009
Datum van verdediging	: 8 juli 2009
Scriptiebegeleider	: Prof. mr. P. Vlaardingerbroek
Examinatoren	: Mr. dr. J. Nouwt Mr. J.P. van Roestel Prof. mr. P. Vlaardingerbroek

INHOUDSOPGAVE

1.	Inleiding	1
2.	Het medisch beroepsgeheim	3
2.1	De ontwikkeling van het medisch beroepsgeheim	3
2.2	De doelen en onderdelen van het medisch beroepsgeheim	5
2.3	De uitzonderingen op het medisch beroepsgeheim	6
2.4	Samenvatting hoofdstuk 2	10
3.	Kindermishandeling	11
3.1	De definitie en vormen van kindermishandeling	11
3.2	De aanpak van kindermishandeling	12
3.2.1	Het kennisnemen van (een vermoeden van) kindermishandeling	12
3.2.2	Het aangaan van een gesprek met ouders en kind	13
3.2.3	Het voeren van overleg met terzake kundige collega's	15
3.2.4	Het vragen van advies aan en melden bij het AMK	16
3.3	De aanpak van kindermishandeling in de praktijk	17
3.4	Samenvatting hoofdstuk 3	19
4.	De Meldcode Kindermishandeling	20
4.1	De inhoud van de Meldcode Kindermishandeling	20
4.2	Te nemen stappen bij (een vermoeden van) kindermishandeling	23
4.3	Kanttekeningen bij de Meldcode Kindermishandeling	25
4.4	De Meldcode Kindermishandeling in de praktijk	27
4.4.1	De werkwijze binnen het ziekenhuis	28
4.4.2	Aanbevelingen ten behoeve van het ziekenhuis	30
4.5	Samenvatting hoofdstuk 4	31
5.	Conclusie en aanbevelingen	32
5.1	De meldplicht voortvloeiend uit de Meldcode Kindermishandeling	32
5.2	Voor- en nadelen aan een meldplicht	33
5.2.1	Nadelen aan een meldplicht	33
5.2.2	Voordelen aan een meldplicht	34

5.3	De aantasting van het medisch beroepsgeheim	35
5.4	Conclusie	36
5.5	Aanbevelingen	38
5.5.1	Aanbeveling 1: Verruimen van de meldplicht	39
5.5.2	Aanbeveling 2: Duidelijke(re) definiëring en afbakening	40
5.5.3	Aanbeveling 3: Beperken van personen waarmee overleg wordt gevoerd	40
5.5.4	Aanbeveling 4: Opnemen overlegverplichting met deskundige collega's	40
5.5.5	Aanbeveling 5: Geen doorbreking op basis van artikel 7:453 BW	41
5.5.6	Aanbeveling 6: Scholing over kindermishandeling en de aanpak ervan	41
5.6	Samenvatting hoofdstuk 5	42
6.	Afsluiting	44

Literatuurlijst

Jurisprudentielijst

Bijlagen

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

In deze scriptie staat het medisch beroepsgeheim centraal. Hoewel ook advocaten, notarissen en geestelijken onder bepaalde omstandigheden geheimhouding verplicht zijn, beperk ik me hier tot het beroepsgeheim van een medisch hulpverlener.¹ Daar waar in deze scriptie wordt gesproken over ‘het beroepsgeheim’ moet dus het medisch beroepsgeheim worden verstaan.

Het medisch beroepsgeheim bestaat uit een zwijgplicht en een verschoningsrecht. De zwijgplicht van een hulpverlener houdt in dat hij verplicht is gegevens van een patiënt geheim te houden door te zwijgen. Het verschoningsrecht betekent dat verschoningsgerechtigden, zoals een hulpverlener, de vragen van een rechter niet hoeven te beantwoorden. Het medisch beroepsgeheim dient een tweetal belangen, te weten een algemeen en een individueel belang. Onder het algemeen belang wordt begrepen dat niemand door de vrees dat zijn geheim wordt geopenbaard ervan weerhouden wordt zich tot de gezondheidszorg te wenden.² Het individueel belang houdt in dat iedere afzonderlijke patiënt erop moet kunnen vertrouwen dat zijn of haar gegevens geheim gehouden worden.

Gezien bovenstaande doelen wordt aan het medisch beroepsgeheim groot belang toegekend. Toch is algemeen aanvaard dat de van het beroepsgeheim deeluitmakende zwijgplicht in bepaalde gevallen mag worden doorbroken. In de in september 2008 door de KNMG uitgegeven Meldcode Kindermishandeling is doorbreking van het medisch beroepsgeheim zelfs regel: een hulpverlener die kindermishandeling vermoedt of vaststelt, is feitelijk verplicht dit te melden aan het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. Dat het medisch beroepsgeheim door deze uit de Meldcode Kindermishandeling voortvloeiende meldplicht wordt aangetast, is vanzelfsprekend. Patiëntgegevens komen als gevolg hiervan immers, veelal zonder toestemming van betrokkenen, bij derden terecht. De vraag die ik in deze scriptie wil beantwoorden is of de aantasting van het medisch beroepsgeheim gezien het belang van het kind kan worden gerechtvaardigd. Mijn probleemstelling luidt dan ook: *‘Is het, gezien het belang van het kind, gerechtvaardigd dat het medisch beroepsgeheim wordt aangetast door de uit de Meldcode Kindermishandeling voortvloeiende meldplicht?’*

Uit de volgende hoofdstukken zal blijken dat de aantasting van het medisch beroepsgeheim door de meldplicht in mijn ogen kan worden gerechtvaardigd gelet op het belang van het kind. De meldplicht zoals vormgegeven in de huidige Meldcode dient mijns inziens echter wel te worden verruimd. Ter staving van deze conclusie is mijn scriptie als

¹ Onder het begrip ‘hulpverlener’ valt, naast een arts, bijvoorbeeld ook een verpleegkundige en een verloskundige. In deze scriptie zal ik echter vaak de arts als uitgangspunt nemen.

² Leenen en Gevers 2000, p. 222.

volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 zal ik allereerst een algemene uiteenzetting geven over (de ontwikkeling van) het medisch beroepsgeheim. Ook zal ik de doelen en onderdelen van het medisch beroepsgeheim noemen. Ten slotte zal ik de uitzonderingen op de van het medisch beroepsgeheim deeluitmakende zwijgplicht nader verklaren. In hoofdstuk 3 staan vervolgens kindermishandeling en de aanpak ervan centraal. Ik zal schetsen wat kindermishandeling is en aangeven welke vormen ervan bestaan. Tevens zal ik aangeven welke stappen een hulpverlener kan zetten indien hij kindermishandeling vermoedt of vaststelt. Daarnaast zal ik uiteenzetten welke stappen binnen een – wegens privacyredenen niet nader te noemen – ziekenhuis in Nederland worden gezet indien sprake is van (een vermoeden van) kindermishandeling.

In hoofdstuk 4 ga ik in op de Meldcode Kindermishandeling. Ik zal de inhoud ervan artikelsgewijs bespreken en stilstaan bij hoe volgens de Meldcode gehandeld moet worden ingeval van (vermoedens van) kindermishandeling. Tevens zal ik enkele kanttekeningen voortvloeiend uit de literatuur bij de Meldcode plaatsen. Ten slotte zal ik de aanpak van kindermishandeling in de praktijk afzetten tegen de door de Meldcode Kindermishandeling voorgeschreven stappen. Uitgangspunt hierbij is wederom het hiervoor genoemde ziekenhuis. In hoofdstuk 5 zal ik mijn conclusie geven. Daartoe zal ik allereerst aantonen dat er in de Meldcode Kindermishandeling sprake is van een meldplicht en duidelijk maken welke voor- en nadelen een dergelijke meldplicht met zich meebrengt. Hierbij komt tevens de aantasting van het medisch beroepsgeheim aan de orde. Vervolgens zal ik, na de beantwoording van de probleemstelling, afsluiten met een aantal aanbevelingen. Deze aanbevelingen bestaan voornamelijk uit adviezen om de Meldcode Kindermishandeling op bepaalde punten aan te passen. Hoofdstuk 6 bestaat uit een algemene afsluiting van deze scriptie.

Ter volledigheid zij opgemerkt dat ik met mijn scriptie verschillende onderzoeksdoelen nastreef. Nu ik kennis zal verwerven over het medisch beroepsgeheim, over kindermishandeling en over de Meldcode Kindermishandeling is allereerst sprake van het onderzoeksdoel beeldvorming. Vervolgens komt het onderzoeksdoel meningsvorming aan de orde, aangezien ik me een mening zal vormen over het feit dat het medisch beroepsgeheim wordt aangetast door de meldplicht uit de Meldcode Kindermishandeling. Hoewel deze aantasting van het medisch beroepsgeheim voor lief moet worden genomen gezien het belang van het kind, ben ik het op bepaalde punten niet eens met voornoemde Meldcode. Daartoe zal ik een handelingsvoorstel doen, voornamelijk bestaande uit aanbevelingen om de Meldcode Kindermishandeling op bepaalde punten aan te passen. Dit laatste leidt tot toepassing van het onderzoeksdoel probleemoplossing.

HOOFDSTUK 2 HET MEDISCH BEROEPSGEHEIM

In dit inleidende en algemene hoofdstuk staat het medisch beroepsgeheim centraal. Ik behandel in paragraaf 2.1 allereerst de geschiedenis ervan. In paragraaf 2.2 zal ik aangeven welke doelen het medisch beroepsgeheim dient. Hier zal ook blijken dat het beroepsgeheim uiteenvalt in een zwijgplicht en een verschoningsrecht. In paragraaf 2.3 zal ik de uitzonderingssituaties noemen waarin de van het beroepsgeheim deeluitmakende zwijgplicht kan worden doorbroken. Ik sluit dit hoofdstuk af met een korte samenvatting, vervat in paragraaf 2.4.

Paragraaf 2.1 De ontwikkeling van het medisch beroepsgeheim

Welbekend in de medische wereld is de eed van Hippocrates, vernoemd naar Hippocrates van Kos – een Griekse arts die leefde van omstreeks 460 tot ongeveer 370 voor Christus. In de eed komt een eerste formulering van het medisch beroepsgeheim voor: *“Wat ik ook bij de behandeling, of ook buiten de praktijk, over het leven van mensen zal zien of horen aan dingen die nooit mogen worden rondverteld, zal ik verzwijgen, ervan uitgaande dat zulke dingen geheim zijn.”*³ De eed is opgenomen in het zogeheten Corpus Hippocraticum – een verzameling van 70 Griekse geschriften – die in de derde eeuw voor Christus bijeengebracht werd in de bibliotheek van Alexandrië. Aangenomen wordt dat de geschriften afkomstig zijn van Hippocrates, diens tijdgenoten, voorgangers en navolgers. Onduidelijk is van wanneer de eed zelf precies dateert. In de literatuur wordt wel aangehaald dat de eed al in de tijd van Pythagoras van Samos – die leefde van omstreeks 582 tot circa 507 voor Christus – tot stand is gekomen.⁴ In dit geval lijkt de naam ‘eed van Hippocrates’ wat ongelukkig gekozen.

Behalve een eerste formulering van het beroepsgeheim noemt de Hippocratische eed ook twee morele principes die vandaag de dag nog steeds worden gehuldigd: goeddoen en niet-schaden.⁵ Dit geeft wel aan dat de eed, in ieder geval voor wat betreft deze onderdelen, weinig aan actueel belang heeft ingeboet. Het is door de eeuwen heen dan ook een gezaghebbend document geweest. De eed was zelfs tijdelijk in de wet verankerd, waarbij het afleggen ervan een voorwaarde werd voor toelating tot het beroep van geneeskundige, apotheker of vroedvrouw.⁶ De geheimhoudingsplicht had hierin een voorname plaats. Met de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (hierna: de Wet BIG) werd in 1994 de

³ Aldus de een na laatste alinea van de eed zoals weergegeven in Ten Have, Van Leeuwen en Ter Meulen 2003, p. 54.

⁴ Ten Have, Van Leeuwen en Ter Meulen 2003, p. 54 en zie ook Remans 2005, p. 93.

⁵ Zie de eerste volzin van de derde alinea van de eed zoals weergegeven in Ten Have, Van Leeuwen en Ter Meulen 2003, p. 54.

⁶ Wet van 1 juni 1985, Stb. 60.

eed als voorwaarde voor toelating tot een medisch beroep afgeschaft.⁷ De gewoonte om de eed hardop voor te laten lezen door de persoon die zijn opleiding tot (bijvoorbeeld) arts heeft afgerond, bestaat echter op veel plaatsen nog steeds. Dit is onder andere om tegemoet te komen aan de wens van de Nederlandse faculteiten geneeskunde en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (hierna: de KNMG) om aan alle universiteiten bij de uitreiking van het artsendiploma een ogenblik van reflectie op normen en waarden in te lassen.⁸ Daartoe is wel een nieuwe versie van de eed gemaakt, de Nederlandse Artseneed genaamd. Ook in deze eed, waarvan de nieuwste versie dateert van 2003, komt het beroepsgeheim duidelijk tot uitdrukking: *“Ik zal geheim houden wat mij is toevertrouwd.”*⁹

Naast de verwoording van het beroepsgeheim in de Nederlandse Artseneed is het beroepsgeheim ook stevig in de wet verankerd. Hierbij kan voornamelijk worden gedacht aan artikel 7:457 lid 1 BW en artikel 88 Wet BIG. Hoewel beide artikelen dezelfde strekking hebben, is het beroepsgeheim van artikel 88 Wet BIG ruimer. Artikel 7:457 lid 1 BW vindt immers slechts toepassing indien sprake is van een geneeskundige behandelingsovereenkomst.¹⁰ Een dergelijke behandelingsovereenkomst is echter niet altijd aanwezig. Indien de hulpverlener geen geneeskundig beroep of bedrijf uitoefent of indien het, aldus artikel 7:446 lid 4 BW, “handelingen betreft ter beoordeling van de gezondheidstoestand of medische begeleiding van een persoon, verricht in opdracht van een ander dan die persoon in verband met de vaststelling van aanspraken of verplichtingen, de toelating tot een verzekering of voorziening, of de beoordeling van de geschiktheid voor een opleiding, een arbeidsverhouding of de uitvoering van bepaalde werkzaamheden” geldt de geheimhoudingsplicht van artikel 7:457 lid 1 BW niet.¹¹

Zoals gezegd is het medisch beroepsgeheim van artikel 88 Wet BIG, afgezet tegen artikel 7:457 lid 1 BW, ruimer van aard. Op grond van artikel 88 Wet BIG is een ieder namelijk verplicht “geheimhouding in acht te nemen ten opzichte van al datgene wat hem bij het uitoefenen van zijn beroep op het gebied van de individuele gezondheidszorg als geheim is toevertrouwd, of wat daarbij als geheim te zijner kennis is gekomen of wat daarbij te zijner

⁷ Van Veen, De Jong en Kastelein 2004, p. 23.

⁸ VSNU 2003, p. 4.

⁹ Zie de vierde volzin van de tweede alinea van de eed zoals weergegeven in VSNU 2003, p. 6.

¹⁰ Een dergelijke behandelingsovereenkomst houdt, aldus artikel 7:446 lid 1 BW, in dat “een natuurlijke persoon of een rechtspersoon, de hulpverlener, zich in de uitoefening van een geneeskundig beroep of bedrijf tegenover een ander, de opdrachtgever, verbindt tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst, rechtstreeks betrekking hebbende op de persoon van de opdrachtgever of van een bepaalde derde.”

¹¹ Van Veen, De Jong en Kastelein 2004, p. 78.

kennis is gekomen en waarvan hij het vertrouwelijke karakter moest begrijpen.” Het gaat hier, in tegenstelling tot artikel 7:457 lid 1 BW, om personen die beroepsmatig werkzaam zijn op het gebied van de individuele gezondheidszorg. De kring van ‘zwijgplichtigen’ in artikel 88 Wet BIG is derhalve ten opzichte van artikel 7:457 lid 1 BW veel groter. Daar waar een logopedist dus wel een beroepsgeheim onder de Wet BIG heeft – hij oefent immers een beroep uit op het gebied van de individuele gezondheidszorg; zie artikel 1 Wet BIG –, geldt geheimhouding voor dezelfde logopedist niet onder artikel 7:457 lid 1 BW.

In dit kader kan ook een korte bespreking van de Wet bescherming persoonsgegevens (hierna: de Wbp) niet achterwege worden gelaten. Allereerst bepaalt artikel 9 lid 4 Wbp dat verwerking van persoonsgegevens achterwege moet blijven voor zover een geheimhoudingsplicht uit hoofde van ambt, beroep of wettelijk voorschrift daaraan in de weg staat. Vervolgens legt artikel 12 lid 2 Wbp aan een ieder voor wie niet een geheimhoudingsplicht uit hoofde van ambt, beroep of wettelijk voorschrift geldt een verplichting tot zwijgen op ten aanzien van de persoonsgegevens waarvan hij of zij kennis neemt. Ook moet gewezen worden op het verbod van artikel 16 Wbp om gevoelige gegevens te verwerken. Onder gevoelige gegevens moeten, aldus artikel 21 Wbp, ook gegevens betreffende iemands gezondheid worden verstaan.¹²

Het schenden van voornoemde normen kan leiden tot aansprakelijkheid op grond van het burgerlijk recht. Daarnaast geldt ingevolge de Wet BIG voor bepaalde (para)medische beroepen het tuchtrecht. Naast artsen betreft dit onder andere verpleegkundigen, fysiotherapeuten en psychologen. Verder kan schending van het medisch beroepsgeheim ook strafrechtelijke gevolgen hebben. Artikel 272 Wetboek van Strafrecht (hierna: WvSr) benoemt deze gevolgen. Dit artikel wordt door het Openbaar Ministerie echter zelden ingeroepen.

Paragraaf 2.2 De doelen en onderdelen van het medisch beroepsgeheim

Het beroepsgeheim dient een tweetal belangen, te weten een algemeen en een individueel belang. Vroeger hield het algemeen belang een gezondheidsbelang in: doordat zieken zich tot een arts konden wenden zonder vrees voor openbaring van hun geheim zou de algemene volksgezondheid geen gevaar lopen. Inmiddels wordt onder het algemeen belang begrepen dat niemand door de vrees dat zijn geheim wordt geopenbaard ervan weerhouden wordt zich tot de gezondheidszorg te wenden.¹³ Het individueel belang dat het beroepsgeheim dient houdt in

¹² Van Veen, De Jong en Kastelein 2004, p. 81-82.

¹³ Leenen en Gevers 2000, p. 222.

dat iedere afzonderlijke patiënt erop moet kunnen vertrouwen dat zijn of haar gegevens geheim gehouden worden. Beide belangen verklaren waarom zowel door de wetgever als door de rechter veel waarde wordt gehecht aan het medisch beroepsgeheim.

Het beroepsgeheim van de hulpverlener bestaat uit een zwijgplicht en een verschoningsrecht. De zwijgplicht houdt in dat een hulpverlener verplicht is gegevens van een patiënt geheim te houden door te zwijgen. De zwijgplicht geldt in beginsel ten opzichte van iedereen, dus ook ten opzichte van de familie van de patiënt, de media én politie en justitie. Niet alleen gegevens die bewust aan de hulpverlener zijn toevertrouwd vallen onder de zwijgplicht. Ook de gegevens die in de uitoefening van het beroep bij de desbetreffende patiënt worden opgemerkt en via andermans of eigen onderzoek dan wel per toeval of via mededelingen van derden over de patiënt bekend worden en waarvan de openbaarmaking het vertrouwen zou beschamen dat patiënten wegens de hulpverlenende taak in hem moeten kunnen stellen, vallen onder de zwijgplicht van een arts.¹⁴

Het verschoningsrecht houdt in dat verschoningsgerechtigden de vragen van een rechter niet hoeven te beantwoorden. De getuigplicht geldt voor onder andere de arts, geestelijke en advocaat dus niet. De ratio van het verschoningsrecht (onder andere vervat in artikel 218 Wetboek van Strafvordering en artikel 68 lid 5 Wet BIG) is dat bepaalde beroepsbeoefenaren (zelfs) bij de rechter mogen zwijgen om hun plicht, het geheim van de patiënt beschermen, te kunnen handhaven.¹⁵ Volgens de jurisprudentie¹⁶ ligt aan het verschoningsrecht ten grondslag dat:

“(…) het maatschappelijk belang dat de waarheid in rechte aan het licht komt moet wijken voor het maatschappelijk belang dat een ieder zich vrijelijk en zonder vrees voor openbaarmaking van het toevertrouwde om bijstand en advies tot de verschoningsgerechtigde moet kunnen wenden.”

De hulpverlener moet, ondanks zijn status als verschoningsgerechtigde, indien gevraagd echter wel voor de rechter verschijnen.

Paragraaf 2.3 De uitzonderingen op het medisch beroepsgeheim

Hoewel aan het medisch beroepsgeheim groot belang wordt toegekend, is algemeen aanvaard dat het niet absoluut is. In bepaalde gevallen moet het beroepsgeheim dus wijken. Een ander belang dan de belangen die het beroepsgeheim dient, weegt in een dergelijk geval zwaarder.

¹⁴ Leenen en Gevers 2000, p. 225.

¹⁵ Bannier e.a. 2008, p. 10-11.

¹⁶ Zie onder andere HR 29 juni 2004, *NJ* 2005, 273 en HR 24 januari 2006, *NJ* 2006, 109.

Het feit dat zelfs waarheidsvinding en de opsporing van strafbare feiten van minder belang worden geacht dan de doelen die het beroepsgeheim dient, maakt wel duidelijk dat grote terughoudendheid moet worden betracht bij doorbreking van de zwijgplicht. Uitzonderingssituaties waarin die doorbreking toch op zijn plaats kan zijn, zal ik hieronder schetsen.

Uitzondering 1

Uit artikel 7:457 lid 1 BW volgt dat indien sprake is van (in vrijheid gegeven) toestemming van de patiënt de geheimhoudingsplicht mag worden doorbroken. In dat geval mogen inlichtingen aan anderen dan de patiënt worden verstrekt. Er moet echter wel op worden gelet dat geen gegevens worden verstrekt die de privacy van een derde kunnen schaden. In verband met eventuele latere problemen verdient schriftelijke toestemming de voorkeur, maar mondelinge toestemming volstaat. Bij het verstrekken van gegevens op verzoek van de patiënt aan een derde moet de hulpverlener zich ervan vergewissen dat de patiënt zich bewust is van hetgeen ter kennis van die derde zal komen.¹⁷

Uitzondering 2

De geheimhoudingsplicht mag worden doorbroken indien hiertoe een wettelijke verplichting bestaat, aldus de laatste volzin van artikel 7:457 lid 1 BW. Voorbeeld van een dergelijk wettelijk voorschrift is artikel 4 Infectiewet, waarbij wordt gewezen op de plicht van de hulpverlener om bepaalde infectieziekten die hij bij een door hem onderzocht persoon vermoedt of vaststelt, te melden aan de directeur van de gemeentelijke gezondheidsdienst. De wetgever heeft straffeloosheid gegarandeerd bij het begaan van een strafbaar feit ter uitvoering van een wettelijk voorschrift (artikel 42 WvSr). Dit betekent dat een hulpverlener niet strafbaar is als hij zijn zwijgplicht schendt omdat hij op grond van een wettelijk voorschrift mag of moet spreken.¹⁸

Uitzondering 3

Ten opzichte van degenen die rechtstreeks bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst betrokken zijn, mag de hulpverlener, voor zover zij voor de uitoefening van hun taak over deze informatie moeten beschikken, zijn geheimhoudingsplicht doorbreken. Dit volgt uit artikel 7:457 lid 2 BW. Deze uitzondering doet zich onder andere

¹⁷ Leenen en Gevers 2000, p. 233.

¹⁸ Leenen en Gevers 2000, p. 233-234.

voor ingeval van vervolg(be)handelingen of als de patiënt een second opinion vraagt. De toestemming van de patiënt voor gegevensverstrekking mag in beide gevallen worden verondersteld. De verstrekking aan rechtstreeks betrokkenen moet echter beperkt blijven tot die gegevens die noodzakelijk zijn voor de door hen in dat kader te verrichten werkzaamheden. Ook moet de patiënt tegen de gegevensverstrekking geen bezwaar hebben gemaakt. Op de mogelijkheid om bezwaar te maken kan de patiënt worden gewezen tijdens een persoonlijk gesprek en/of middels een informatiefolder.¹⁹

Uitzondering 4

Een hulpverlener mag zijn geheimhoudingsplicht doorbreken ten aanzien van degene die optreedt als zijn vervanger of waarnemer. Dit volgt uit artikel 7:457 lid 2 BW. De verstrekking moet echter noodzakelijk zijn voor de door de vervanger te verrichten werkzaamheden. Ook moet de patiënt geen bezwaar hebben gemaakt tegen de gegevensverstrekking. De patiënt kan middels mondeling verstrekte informatie evenals via een patiëntenfolder worden gewezen op de mogelijkheid tot het maken van bezwaar.

Uitzondering 5

Ten aanzien van de wettelijke vertegenwoordiger of gemachtigde van patiënt mag een hulpverlener, aldus artikel 7:465 lid 4 BW, zijn geheimhoudingsplicht doorbreken. Dit is slechts anders indien doorbreking strijd met ‘de zorg van een goed hulpverlener’ zoals verwoord in artikel 7:453 BW oplevert. In een dergelijk geval moet het verstrekken van vertrouwelijke informatie achterwege blijven. Te denken valt hierbij onder andere aan een abortusverzoek door een minderjarige patiënt.

Uitzondering 6

Doorbreking van de zwijgplicht kan zich voordoen als een hulpverlener in een conflict van plichten komt te verkeren. De hulpverlener voelt zich in een dergelijke situatie voor een dilemma geplaatst: enerzijds heeft hij de plicht te zwijgen, anderzijds nopen de omstandigheden volgens hem tot spreken. Of zich een conflict van plichten voordoet, moet de hulpverlener aan de hand van de bijzondere omstandigheden van het geval beoordelen. Bij die beoordeling zijn de volgende zes criteria van belang:

¹⁹ KNMG 2004, p. 58.

1. Het is niet mogelijk toestemming te vragen dan wel te krijgen of betrokkene ervan te overtuigen zelf het probleem op te lossen of hulp daarbij te zoeken; en
2. de hulpverlener is in gewetensnood door het handhaven van het beroepsgeheim; en
3. het niet doorbreken van het geheim kan voor een ander (verdere) ernstige schade opleveren; en
4. door de geheimdoorbreking kan (verdere) ernstige schade aan de ander worden voorkomen of beperkt; en
5. het geheim wordt zo min mogelijk geschonden; en
6. de hulpverlener ziet geen andere weg dan doorbreking van het geheim om het probleem op te lossen.²⁰

Uitzondering 7

Een hulpverlener mag de zwijgplicht doorbreken voor het voeren van zijn verweer in een klacht-, tucht- of strafzaak tegen zichzelf. Ditzelfde geldt indien de patiënt een schadeclaim heeft ingediend, tenzij de patiënt gegevensverstrekking uitdrukkelijk weigert. De consequenties van die weigering komen dan voor rekening van de patiënt zelf.

Uitzondering 8

Een hulpverlener mag zijn beroepsgeheim doorbreken indien een onderzoek moet plaatsvinden in opdracht van een derde, hetgeen resulteert in een advies of een rapport. Algemeen uitgangspunt is dat uitsluitend noodzakelijke informatie aan de opdrachtgever mag worden verstrekt voor het doel van het advies of de rapportage. Tevens heeft de patiënt, als gevolg van artikel 7:464 lid 2 sub b BW, in het geval van een keuringsrapportage in het kader van een nieuwe functie, opleiding of verzekering recht op eerste kennisneming van het rapport met de mogelijkheid tot blokkering van het doorgeven van de uitslag aan anderen.

Uitzondering 9

Een hulpverlener mag zijn beroepsgeheim doorbreken in het kader van wetenschappelijk onderzoek, statistiek en onderwijs. Er dient dan, ingevolge artikel 7:458 BW, aan de volgende voorwaarden te zijn voldaan:

1. Het onderzoek dient een algemeen belang; en
2. het onderzoek kan zonder de desbetreffende gegevens niet worden verricht; en

²⁰ Leenen en Gevers 2000, p. 234-235.

3. de patiënt heeft geen uitdrukkelijk bezwaar gemaakt tegen de gegevensverwerking; en
4. er doet zich één van de twee volgende situaties voor:
 - a) Toestemming vragen is redelijkerwijs niet mogelijk op gronden, gelegen in de persoon wiens gegevens het betreft. Het onderzoek dient nu zo uitgevoerd te worden dat de privacy zo min mogelijk wordt geschaad; of
 - b) toestemming vragen kan in redelijkheid niet worden verlangd vanwege de aard van het onderzoek. In dit geval moeten de gegevens zodanig worden gecodeerd, dat de onderzoeker de gegevens niet kan herleiden tot de patiënt.

Uitzondering 10

Ook de zorg van een goed hulpverlener, voortvloeiend uit artikel 7:453 BW, kan – aldus de Meldcode Kindermishandeling – voor de hulpverlener reden zijn om zijn zwijgplicht te doorbreken.²¹ In mijn ogen is deze uitzondering echter twijfelachtig, nu zij gebaseerd is op het algemene (en daardoor vage) artikel 7:453 BW. Ik kom hier verderop in deze scriptie op terug.

Paragraaf 2.4 Samenvatting hoofdstuk 2

In dit hoofdstuk heb ik het ontstaan van het medisch beroepsgeheim geschetst en aangegeven waar het beroepsgeheim in de wet is neergelegd. Ook heb ik duidelijk gemaakt dat het medisch beroepsgeheim uiteenvalt in een zwijgplicht en een verschoningsrecht. Daarnaast heb ik uiteengezet dat het medisch beroepsgeheim een tweetal belangen dient: een algemeen en een individueel belang. Ondanks deze aanzienlijke belangen is algemeen aanvaard dat het medisch beroepsgeheim niet absoluut is. In bepaalde uitzonderingsgevallen kan het beroepsgeheim, zoals beschreven in dit hoofdstuk, dus opzij worden gezet.

²¹ KNMG 2008, p. 27.

HOOFDSTUK 3 KINDERMISHANDELING

In dit hoofdstuk staan kindermishandeling en de aanpak ervan centraal. In paragraaf 3.1 zal ik allereerst aangeven wat kindermishandeling is en welke (meng)vormen ervan bestaan. Vervolgens zal ik in paragraaf 3.2 schetsen welke stappen een hulpverlener kan zetten indien hij kindermishandeling vermoedt of vaststelt. Daartoe geef ik in paragraaf 3.2.1 eerst aan hoe een arts kennis kan nemen van (vermoedens van) kindermishandeling. Vervolgens beantwoord ik in paragraaf 3.2.2 de vraag of het wenselijk is dat een arts, indien sprake is of lijkt te zijn van kindermishandeling, communiceert met de ouders en het kind over zijn vermoedens. Ook zal ik me buigen over de vraag of overleg dient plaats te vinden met collega-hulpverleners (paragraaf 3.2.3) en met het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (hierna: het AMK) (paragraaf 3.2.4). In paragraaf 3.3 zal ik uiteenzetten welke stappen binnen een – wegens privacyredenen niet nader te noemen – ziekenhuis in Nederland worden gezet indien sprake is van (vermoedens van) kindermishandeling. Ten slotte zal ik in paragraaf 3.4 een korte samenvatting geven van dit hoofdstuk.

Paragraaf 3.1 De definitie en vormen van kindermishandeling

Voordat ik daadwerkelijk inga op de aanpak van kindermishandeling acht ik het van belang aan te geven wat onder kindermishandeling moet worden verstaan. Kindermishandeling is, aldus artikel 1 sub p Wet op de jeugdzorg, “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.”

Uit de definitie blijkt wel dat er verschillende vormen van kindermishandeling bestaan. Zo onderscheidt men fysieke mishandeling (lichamelijk geweld zoals slaan en schoppen), psychische mishandeling (bijvoorbeeld het constant kleineren) en seksueel misbruik (het onvrijwillig seksuele handelingen moeten verrichten en/of ondergaan).²² Daarnaast wordt ook verwaarlozing aangedragen als vorm van (kinder)mishandeling. Hieronder wordt het nalaten van de vervulling van elementaire levensbehoeften van een kind door de ouders en/of verzorgers verstaan. Ook verwaarlozing kent een lichamelijke en een psychische variant.²³

²² Van der Vegt en Loonstra 2005, 120-121.

²³ Bilo en Voorhoeve 2005, p. 280.

Het uitgebreid ingaan op voornoemde vormen en de daarbij behorende symptomen en gevolgen gaat het bereik van deze scriptie te buiten. Vermeld zij wel dat kindermishandeling, naast dat het een probleem oplevert voor het kind en het gezin waartoe het kind behoort, steeds vaker wordt gezien als een volksgezondheidsprobleem. Kinderen die zich in een mishandelingssituatie hebben bevonden, leiden op latere leeftijd immers vaak een leven vol mentale problemen, alcohol- en drugsmisbruik en crimineel gedrag. Wat daarom onder ogen moet worden gezien is dat kindermishandeling en de gevolgen ervan een enorme belasting vormen voor onze gezondheidszorg en dus voor de gehele maatschappij. Daarom is het belangrijk dat dit indringende probleem met langdurige consequenties actief wordt aangepakt.²⁴

Paragraaf 3.2 De aanpak van kindermishandeling

Bij de aanpak van kindermishandeling komen verschillende stappen kijken. Allereerst dient een arts kennis te nemen van (een vermoeden van) kindermishandeling. In paragraaf 3.2.1 zal ik aangeven hoe dit mogelijk is. Wanneer een beroepskracht op basis van de signalen vermoedt dat er sprake is van kindermishandeling, is een aantal stappen mogelijk. Hierbij kan onder andere worden gedacht aan het aangaan van een gesprek met de ouders en/of het kind (paragraaf 3.2.2), het voeren van overleg met terzake kundige collega's (paragraaf 3.2.3) en het vragen van advies aan of zelfs het melden bij het AMK (paragraaf 3.2.4).

Paragraaf 3.2.1 Het kennisnemen van (een vermoeden van) kindermishandeling

Als in een gezin enige vorm van kindermishandeling plaatsvindt, zullen zowel de ouders²⁵ als het kind hier niet gauw mee naar buiten treden. Veel voorkomende redenen hiervoor zijn schaamte van het kind en/of de ouders én loyaliteit van het kind naar de ouders toe. Juist omdat gezinnen geneigd zijn problemen binnenshuis te houden, is het van belang dat mensen in hun omgeving signaleren dat er iets mis is. Zij dienen zich bewust af te vragen of kindermishandeling aan de orde is.²⁶

Iedereen in de omgeving van het gezin is in de gelegenheid signalen op te pikken. Dit geldt voor de privé-omgeving van het kind (buren, vrienden en familie), maar ook voor beroepskrachten die werken met het kind en/of de ouders.²⁷ Ten aanzien van de laatste

²⁴ De Vries 2009, p. 30-33.

²⁵ Daar waar in de tekst 'ouders' staat, kan ook het enkelvoud worden gelezen. Om duidelijkheid en overzichtelijkheid te bevorderen is in de tekst echter gekozen voor de meervoudsvorm.

²⁶ Wolzak en Ten Berge 2005, p. 61-62.

²⁷ Wolzak en Ten Berge 2005, p. 62.

categorie kan onder andere gedacht worden aan ziekenhuispersoneel. Voornamelijk hulpverleners op de Spoedeisende Eerste Hulp (hierna: de SEH) krijgen te maken met kindermishandeling. Zij kunnen dus een belangrijke rol vervullen bij de signalering van kindermishandeling. Uit een in oktober 2008 uitgegeven rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg blijkt echter dat signalering op de SEH van ziekenhuizen achterblijft.²⁸ Ook kinderartsen kunnen behulpzaam zijn bij het ontdekken van kindermishandeling.

Als het kind samen met zijn ouders op de SEH of de polikliniek kindergeneeskunde verschijnt en de hulpverlener constateert dat sprake is of lijkt te zijn van kindermishandeling, dan stelt hij op basis van zijn eigen waarneming (een vermoeden van) kindermishandeling vast. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan een kind dat op de SEH komt vanwege een gebroken arm of een kinderarts die tijdens lichamelijk onderzoek van het kind constateert dat sprake is van verschillende blauwe plekken die door de ouders onvoldoende kunnen worden verklaard. Naast het vaststellen van (vermoedens van) kindermishandeling op basis van eigen waarneming door de hulpverlener, is het echter ook mogelijk dat beroepskrachten door derden op de hoogte worden gesteld. Zo kan de leerkracht constateren dat een kind altijd alleen naar school komt, er onverzorgd uitziet en niet fris ruikt. Voornoemde derden kunnen in een dergelijk geval de huisarts of een andere vertrouwensarts van het eventueel mishandelde kind op de hoogte stellen.

Paragraaf 3.2.2 Het aangaan van een gesprek met ouders en kind

Na het, al dan niet op basis van eigen waarneming, signaleren van kindermishandeling ligt het in de rede dat de hulpverlener een gesprek aangaat met de ouders en het (eventueel) mishandelde kind. Op dit terrein is echter sprake van een grote mate van ondeskundigheid bij beroepskrachten.²⁹ Dit vergroot de reeds bestaande terughoudendheid: vaak zijn hulpverleners bang om ouders onterecht te beschuldigen en ook angst voor agressie aan de kant van de ouders speelt een rol. Toch is een open en eerlijk gesprek aangaan met de ouders zeer zeker aan te raden. Ouders krijgen op deze manier het gevoel betrokken te worden in het proces, met als gevolg dat ze eerder geneigd zijn mee te werken. Op deze manier kan zo snel mogelijk een eind worden gemaakt aan de mishandelingssituatie en de daaraan ten grondslag liggende problemen. Openheid naar ouders toe leidt dus tot een effectievere aanpak van de mishandeling in het gezin.³⁰

²⁸ IGZ 2008, p. 9-30.

²⁹ IGZ 2008, p. 24-25.

³⁰ Baeten en Stapel-Van der Hoek 2009, p. 25.

Kindermishandeling werd van oudsher niet besproken met het mishandelde kind zelf. Ook de Meldcode Kindermishandeling spreekt slechts over het aangaan van een gesprek met de ouders. Toch is het vanuit meerdere overwegingen van belang om ook kinderen te betrekken bij de gespreksvoering rondom kindermishandeling. In de loop der tijd is voornoemd uitgangspunt dan ook veranderd. Zo voerde het Nederlands Jeugdinstituut (toen nog het NIZW) in 2002/2003 een project uit dat leidde tot een rapport met richtlijnen voor het voeren van gesprekken met kinderen.³¹ Het AMK Zuid-Holland/Haaglanden heeft onlangs, nu enkele jaren ervaring is opgedaan met het voeren van gesprekken met kinderen, een eerste (niet gepubliceerde) verkennende studie laten verrichten naar de resultaten van het gevoerde beleid. Uit de literatuurstudie die voorafging aan dit onderzoek blijkt dat het belangrijk is dat kinderen kunnen meepraten over de situatie waarin zij zich bevinden. Door kinderen te vragen naar hun mening over de mishandeling kunnen ze betrokkenheid ontwikkelen. Deze vorm van participatie kan ertoe bijdragen dat kwetsbare of gekwetste kinderen beter met hun situatie omgaan. Tevens kan door het perspectief van kinderen een vollediger beeld ontstaan van de mishandelingssituatie. Indien kinderen op een leeftijdsadequate manier worden benaderd en er rekening wordt gehouden met de specifieke omstandigheden, dan zijn kinderen goed in staat om betrouwbare verklaringen af te leggen, ook als het gaat over gevoelige onderwerpen zoals kindermishandeling. De interviewer moet in een dergelijk geval wel rekening houden met de gevoelens van loyaliteit die het kind ten opzichte van de ouders ervaart.³²

Het is dus zaak dat de hulpverlener zijn zorgen naar de ouders én naar het kind toe onder woorden brengt. Voor gespreksvoering met kinderen in mishandelingssituaties bestaan zoals gezegd richtlijnen. Over het voeren van gesprekken met ouders bestaat meer onduidelijkheid. In een dergelijk gesprek moeten in ieder geval de zorgen worden besproken, zodat tot de ouders wordt doorgedrongen en zij aan het denken worden gezet over de situatie en hun eigen gedrag. Het in de mond nemen van het woord kindermishandeling wordt in de literatuur afgeraden, omdat dit grote weerstand kan oproepen bij ouders, met als gevolg dat het doel – de situatie doorbreken en ouders zover krijgen dat ze nadenken over hun gedrag – uit het oog wordt verloren.³³ Toch is duidelijkheid geboden en moeten zorgen niet worden afgezwakt: ouders moeten weten dat problemen binnen het gezin zijn gesignaleerd en dat hier, indien nodig, op een geëigende manier tegen zal worden opgetreden.

³¹ Ten Berge en Bakker 2005, p. 35-37.

³² Baeten en Stapel-Van der Hoek 2009, p. 26-28.

³³ Ohlsen 2008, p. 44-45.

Paragraaf 3.2.3 Het voeren van overleg met terzake kundige collega's

Uit de vorige subparagraaf is gebleken dat het raadzaam is dat een hulpverlener, na constatering van (vermoedens van) kindermishandeling, een gesprek aangaat met de ouders van het eventueel mishandelde kind én met het kind zelf. De volgende vraag die kan worden gesteld is of het in overleg treden met terzake kundige collega's tevens een wenselijke stap is bij de aanpak van kindermishandeling. Deze vraag zal ik in deze paragraaf beantwoorden.

Bij voornoemde vraag is het allereerst van belang om te weten welke personen onder terzake kundige collega's moeten worden verstaan. Onder deze categorie personen vallen onder andere de SEH-hulpverlener die kindermishandeling vermoedt of constateert, een kinderarts en een vertrouwensarts. Ook hulpverleners die deelnemen in een (ziekenhuisbrede) Werkgroep Kindermishandeling kunnen onder terzake kundige collega's worden geschaard.³⁴

In mijn ogen is het zeer belangrijk dat een hulpverlener die kindermishandeling vermoedt of vaststelt hierover een kundige collega-hulpverlener raadpleegt. Dit heeft een aantal redenen. Door de feiten van de zaak aan anderen uiteen te zetten, vormt zich bij de signalerende hulpverlener allereerst een beter beeld van de mishandelingssituatie. Daarnaast ontstaat bij de hulpverlener, door te luisteren naar soortgelijke ervaringen van collega's, ook een vollediger beeld van de mogelijkheden om de situatie aan te pakken. Op deze manier kan een zo passend mogelijke oplossing voor de kindermishandelingssituatie worden gevonden. Advies vanuit verschillende hoeken maakt het voor de hulpverlener tevens mogelijk om een eigen, objectief oordeel te vormen over de mishandelingssituatie. Die objectiviteit is erg belangrijk vanwege de grote belangen die, in het bijzonder voor het kind, op het spel staan.

Een ander voordeel verbonden aan het voeren van overleg met een terzake kundige collega is gelegen in het feit dat de vermoedens van kindermishandeling op deze manier niet 'onder de pet' worden gehouden. Meerdere collega's zijn immers op de hoogte van de vermoedens, met als gevolg dat zij elkaar kunnen aanspreken op hun verantwoordelijkheden. Hierdoor wordt de kans dat niet wordt ingegrepen in een bekende kindermishandelingssituatie behoorlijk verkleind. Daarnaast heeft deze vorm van intervisie als voordeel dat er altijd iemand op de hoogte is van de mishandelingssituatie, ook als de betreffende hulpverlener niet aanwezig is. Zodoende kan, indien nodig, meteen worden ingegrepen.

Uit het voorgaande blijkt dat het wenselijk is dat overleg plaatsvindt met terzake kundige collega's over bij de hulpverlener levende vermoedens van kindermishandeling. Bij deze gespreksvoering met collega's is, in verband met het beroepsgeheim van de

³⁴ Voorwaarde daarvoor is natuurlijk wel dat een dergelijke werkgroep bestaat.

hulpverlener, wel anonimiteit geboden. In de huidige Meldcode Kindermishandeling wordt overleg met terzake kundigen aangeraden, maar is de hulpverlener er niet toe verplicht. Zelf zie ik wel iets in het opnemen van een verplichting tot overleg met terzake kundige collega's door de hulpverlener die kindermishandeling vermoedt of vaststelt. Ik verwijs hiervoor verder naar de aanbevelingen opgenomen in hoofdstuk 5.

Paragraaf 3.2.4 Advies vragen aan en melden bij het AMK

Indien een hulpverlener kindermishandeling vermoedt of vaststelt, kan hij zijn zorgen over het kind aan het AMK voorleggen. Dit gebeurt in veel gevallen telefonisch. In deze adviesgesprekken met het AMK wordt een inschatting gemaakt van de problemen binnen het gezin. Daarnaast wordt overlegd welke hulp de ouders en het kind aangeboden kan worden. Ook kan het AMK ondersteuning bieden bij het voeren van een gesprek met de ouders. Als de beller voldoende mogelijkheden heeft om de vermoedelijke kindermishandeling zelf aan te pakken, zal met advies door het AMK kunnen worden volstaan.

Voor een adviesgesprek hoeft de hulpverlener de naam van het kind en van het gezin niet te noemen. Het AMK legt bij het vragen van advies immers geen persoonsgegevens over het gezin vast en neemt ook geen actie in de richting van het gezin of het kind. Indien gewenst kan de hulpverlener bij het vragen van advies ook zijn eigen naam en functie achterwege laten. Aangetekend zij dat de hulpverlener die (slechts) advies vraagt aan het AMK zelf verantwoordelijk blijft voor het al dan niet bieden van hulp.³⁵

Als sprake is van een sterk vermoeden van kindermishandeling en de hulpverlener zelf niet de mogelijkheden en middelen heeft om de vermoedens aan te pakken, kan hij een melding doen bij het AMK. Na een melding wordt eerst zorgvuldig onderzocht hoe de situatie van het kind is. Als dat duidelijk is, wordt door het AMK samen met het gezin naar een passende oplossing gezocht. Het AMK biedt zelf geen hulp, maar zorgt er wel voor dat de noodzakelijke hulp in gang wordt gezet. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat de GGZ wordt ingeschakeld. Het onderzoek en de keuze van hulpverlening gebeurt zoveel mogelijk in overleg met de ouders.³⁶

Na een melding is het AMK verantwoordelijk voor het onderzoek en het in gang zetten van de stappen die moeten volgen. De hulpverlener draagt de zaak én zijn verantwoordelijkheid dus over. Om latere problemen rondom deze verantwoordelijkheid te voorkomen, is een aantekening van de overdracht in het medisch dossier aan te raden.

³⁵ <http://www.amk-nederland.nl/overhetamk.advies.php>.

³⁶ <http://www.amk-nederland.nl/overhetamk.onderzoek.php>.

Paragraaf 3.3 De aanpak van kindermishandeling in de praktijk

Vanwege juridische werkzaamheden die ik binnen een – wegens privacyredenen niet nader te noemen – ziekenhuis in Nederland heb verricht, heb ik ervoor gekozen om de aanpak van kindermishandeling in dit ziekenhuis in kaart te brengen. Hiertoe heb ik een afspraak gemaakt met een kinderarts werkzaam binnen dit ziekenhuis. Deze kinderarts bekleedt tevens de functie van aandachtsfunctionaris kindermishandeling. In het gesprek is mij geschetst welke stappen een hulpverlener binnen dit ziekenhuis kan zetten indien hij kindermishandeling vermoedt of vaststelt. Ik zal dit proces hieronder puntsgewijs uiteenzetten. Aangetekend zij echter dat ik in deze paragraaf het proces slechts in grote lijnen opteken. Of dit beleid ook daadwerkelijk voldoet aan de hieromtrent gestelde regels in de Meldcode Kindermishandeling is een vraag die in paragraaf 4.4 aan de orde komt.

Stap 1

- a) In de meeste gevallen komt een kind met enig letsel op de SEH. Indien het kind 18 jaar of jonger is, zijn hulpverleners verplicht om een SPUTOVAMO-formulier in te vullen (zie bijlage 1). Met behulp van de vragen op dit formulier kan de hulpverlener een vermoeden van kindermishandeling bevestigen of uitsluiten. Ten behoeve van het invullen van het formulier wordt het kind lichamelijk onderzocht en worden aan de ouders enkele vragen gesteld. Ook is het van belang dat de SEH-hulpverlener de daadwerkelijke toedracht van het ongeval dat heeft geleid tot de verwonding(en) aan het kind achterhaalt. Aangezien het voorval nog vers in het geheugen ligt op het moment dat ouders met hun gewonde kind op de SEH verschijnen en zij vaak erg geschrokken zijn, is de kans dat gegevens over het voorval worden prijsgegeven op de SEH vrij groot; ook als ouders zelf enige schuld aan de verwondingen hebben. De hulpverlener zal hier dus op moeten inspelen. Indien zowel vanuit het SPUTOVAMO-formulier als in het gesprek met de ouders vermoedens van kindermishandeling rijzen, wordt met de ouders een afspraak op korte termijn gemaakt bij de aandachtsfunctionaris kindermishandeling. Ten behoeve van dit gesprek wordt het SPUTOVAMO-formulier samen met de bevindingen van de SEH-hulpverlener – eventueel met een mondelinge toelichting – naar de aandachtsfunctionaris doorgegeven. Tijdens het gesprek tussen de aandachtsfunctionaris kindermishandeling en de ouders van het eventueel mishandelde kind wordt nogmaals getracht informatie over het voorval te verkrijgen. De meeste ouders zijn op dit moment echter van de grootste schrik bekomen en laten niet veel meer los.

- b) Het is ook mogelijk dat een kind met letsel meteen – dus zonder eerst op de SEH te zijn geweest – terechtkomt bij de afdeling kindergeneeskunde van het ziekenhuis. Dit is bijvoorbeeld het geval indien een kinderarts tijdens lichamelijk onderzoek van het kind verdacht letsel constateert. Indien het kind 18 jaar of jonger is, wordt ook in dit geval het SPUTOVAMO-formulier ingevuld. Indien hieruit vermoedens van kindermishandeling volgen, wordt de aandachtsfunctionaris kindermishandeling op de hoogte gesteld. Zij wordt óf meteen in het consult betrokken, óf er wordt een nieuwe afspraak met de ouders gemaakt waarbij de aandachtsfunctionaris aanwezig kan zijn. In beide situaties wordt getracht te achterhalen hoe de verwonding(en) aan het kind zijn ontstaan.

Stap 2

Vervolgens wordt, nu de aandachtsfunctionaris kindermishandeling op de hoogte is van alle mishandelingssituaties die binnen het ziekenhuis zijn gesignaleerd, op basis van de mate van ernst van de (vermoedens van) kindermishandeling een selectie tussen de zaken gemaakt. De zaken die door deze selectie heenkomen worden uitgebreid besproken in de Werkgroep Kindermishandeling. Door de werkgroep wordt per geval bekeken of, en zo ja welke maatregelen genomen dienen te worden om de (vermoedens van) kindermishandeling aan te pakken. Nu in de Werkgroep Kindermishandeling ook een arts verbonden aan het AMK zetelt, kan hiertoe onmiddellijk mondeling advies worden gevraagd. De beslissingen die binnen de werkgroep worden genomen, worden opgetekend en vervolgens verwerkt in een schriftelijke rapportage. Deze is te allen tijde opvraagbaar.

Stap 3

Na signalering en bespreking van de mishandelingssituatie is een drietal stappen mogelijk:

- a) Vanuit het ziekenhuis wordt besloten om geen vervolgstappen te nemen. Dit is voornamelijk het geval als de vermoedens niet gegrond (b)lijken of reeds hulp van een andere instantie door het gezin is ingeroepen. De vraag wie (eind)verantwoordelijk is voor deze beslissing speelt een grote rol. Indien de vermoedens van kindermishandeling achteraf gegrond blijken te zijn, is het immers mogelijk dat het ziekenhuis medeverantwoordelijk wordt gehouden voor het voortduren van de kindermishandeling. Als het gezin buiten het ziekenhuis om een andere instantie heeft ingeschakeld, ligt de verantwoordelijkheid voor (de aanpak van) de situatie bij hen. Het verdient aanbeveling om deze ‘overdracht’ vanuit het ziekenhuis te bevestigen via een brief.

- b) Er wordt besloten om vanuit het ziekenhuis ondersteuning te bieden bij de problemen die ouders en kind ondervinden. In een gesprek met de ouders kan worden bepaald in welke richting deze hulp gezocht moet worden. Hierbij kan onder andere worden gedacht aan gesprekken met een psycholoog en/of pedagoog.
- c) Er wordt besloten over te gaan tot het melden van de vermoedens van kindermishandeling aan het AMK. De zaak wordt in dit geval uit handen gegeven, evenals de verantwoordelijkheid. Hoe de procedure vanaf dit moment precies verloopt, is vervat in de nieuwe Meldcode Kindermishandeling. Aangezien ik in het volgende hoofdstuk uitgebreid inga op deze door de Meldcode voorgeschreven procedure laat ik die beschrijving hier achterwege.

Paragraaf 3.4 Samenvatting hoofdstuk 3

In dit hoofdstuk heb ik geconstateerd dat het wenselijk is dat een arts, na het signaleren van (vermoedens van) kindermishandeling, een gesprek aangaat met de ouders en het eventueel mishandelde kind. Hierbij, en bij andere vraagstukken betreffende de vermoedelijke mishandelingssituatie, kan de hulp van het AMK worden ingeroepen. Indien de hulpverlener zelf voldoende middelen heeft om de mishandeling aan te pakken, volstaat het advies van het AMK. Als de situatie de mogelijkheden van de beroepsbeoefenaar echter overstijgt, ligt een melding bij het AMK in de rede. Gedurende het geschetste proces is het raadzaam om in overleg te treden met terzake kundige collega's over de vermoedelijke kindermishandelingssituatie. Ik pleit zelfs voor het opnemen van een verplichting daartoe in de Meldcode Kindermishandeling. Deze collegiale toetsing kan namelijk bijdragen aan de juiste aanpak van kindermishandeling. Ook worden vermoedens van kindermishandeling op deze manier niet 'onder de pet' gehouden, met als gevolg dat collega's elkaar kunnen aanspreken op hun verantwoordelijkheden.

Ten slotte is in dit hoofdstuk de aanpak van kindermishandeling binnen een Nederlands ziekenhuis aan bod gekomen. Ik heb de situatie geschetst zoals aan mij uiteengezet is door een in dit ziekenhuis werkzame kinderarts, die tevens de functie van aandachtsfunctionaris kindermishandeling bekleedt. De vraag of de aanpak van het ziekenhuis voldoet aan de eisen gesteld door de Meldcode Kindermishandeling wordt in paragraaf 4.4 beantwoord.

HOOFDSTUK 4 DE MELDCODE KINDERMISHANDELING

In dit hoofdstuk wil ik ingaan op de Meldcode Kindermishandeling uit 2008. Daartoe zal ik in paragraaf 4.1 allereerst de inhoud van de Meldcode artikelsgewijs bespreken. In paragraaf 4.2 zal ik vervolgens stilstaan bij hoe volgens de Meldcode gehandeld moet worden ingeval van (vermoedens van) kindermishandeling. Daarna zal ik in paragraaf 4.3 enkele kanttekeningen uit de literatuur bij de Meldcode uiteenzetten. In paragraaf 4.4 zal ik de gang van zaken rondom kindermishandeling in de praktijk afzetten tegen de door de Meldcode Kindermishandeling voorgeschreven stappen. Een goed beeld kan hier echter nog niet van worden gevormd, aangezien de Meldcode betrekkelijk nieuw is en nog geen evaluatie heeft plaatsgevonden. De aanpak van kindermishandeling na inwerkingtreding van de nieuwe Meldcode is mij binnen een bepaald Nederlands ziekenhuis, vanwege juridische werkzaamheden die ik er heb verricht, echter wel bekend. Derhalve zal ik de binnen dit ziekenhuis gevolgde handelswijze ingeval van kindermishandeling vergelijken met de stappen die de Meldcode Kindermishandeling voorschrijft. Ten slotte zal ik in paragraaf 4.5 afsluiten met een korte samenvatting van dit hoofdstuk.

Paragraaf 4.1 De inhoud van de Meldcode Kindermishandeling

In september 2008 is de nieuwe Meldcode Kindermishandeling, genaamd ‘Artsen en kindermishandeling. Meldcode en Stappenplan’ (hierna: de Meldcode (Kindermishandeling)), landelijk ingevoerd. Deze Meldcode vervangt de KNMG-Meldcode Kindermishandeling uit 2002 en geldt voor alle artsen die beroepsmatig geconfronteerd worden met (vermoedens van) kindermishandeling.³⁷ Het uitgangspunt van de nieuwe Meldcode is compleet anders dan dat van de oude: waar de arts op basis van de oude Meldcode in principe geen vertrouwelijke informatie naar buiten mocht brengen in relatie tot kindermishandeling tenzij een bijzondere situatie dat rechtvaardigde (‘zwijgen, tenzij’), roept de nieuwe Meldcode artsen juist op tot het delen van informatie (‘spreken, tenzij’).³⁸

De huidige Meldcode Kindermishandeling is opgebouwd uit een samenvatting, een preambule en een elftal artikelen. Ook bevat de Meldcode zes bijlagen, waaronder informatie over de zorgplicht van een arts en het beroepsgeheim (bijlage 1). Ook wordt nadere informatie gegeven over het AMK (bijlage 2) en is een overzicht opgenomen van risicofactoren en signalen bij kindermishandeling (bijlage 5).

³⁷ Derhalve zal ik in dit hoofdstuk ook voornamelijk spreken over ‘de arts’, in tegenstelling tot voorgaande hoofdstukken waarin de hulpverlener in het algemeen vaak het uitgangspunt was.

³⁸ KNMG 2008, p. 8.

De elf artikelen uit de Meldcode vangen aan met een drietal algemene artikelen. Artikel 1 bevat de definitie van kindermishandeling, artikel 2 benoemt de algemene verantwoordelijkheid van een arts met betrekking tot de signalering en aanpak van kindermishandeling en artikel 3 van de Meldcode geeft aan welke eisen aan de dossiervoering rondom kindermishandeling worden gesteld.

In artikel 4 van de Meldcode is een Stappenplan opgenomen dat de arts moet volgen indien hij kindermishandeling vermoedt of vaststelt. Hoewel deze stappen in de volgende paragraaf uitgebreid worden besproken, zal ik ze ter volledigheid ook hier opnemen. De stappen uit het Stappenplan van artikel 4 van de Meldcode Kindermishandeling luiden achtereenvolgens:

1. De arts die kindermishandeling vermoedt of vaststelt, verzamelt alle aanwijzingen die zijn vermoedens kunnen onderbouwen of ontkrachten en legt deze vast in het patiëntendossier.
2. De arts vraagt advies aan het AMK en eventueel aan een deskundig collega over zijn vermoedens en bevindingen.³⁹ De arts presenteert de casus daarbij anoniem.
3. De arts bespreekt aanwijzingen en signalen van kindermishandeling met de ouders, tenzij dit niet mogelijk is uit vrees voor de veiligheid of gezondheid van het kind of andere kinderen uit het gezin, als redelijkerwijs gevreesd moet worden dat de arts het kind daardoor uit het oog zal verliezen of als de arts vreest voor zijn eigen veiligheid.
4. De arts kan overleggen met andere bij het gezin betrokken hulpverleners of beroepskrachten om zijn vermoeden van kindermishandeling te verifiëren. Toestemming van betrokkenen is nodig, tenzij de veiligheid van het kind of de arts door het overleg in gevaar komt.
5. a) Wordt het vermoeden van kindermishandeling bevestigd of in elk geval niet weggenomen en is er een reële kans op schade door (het voortduren van) de kindermishandeling, dan doet de arts zo spoedig mogelijk een melding bij het AMK.
b) Wordt het vermoeden niet weggenomen door het overleg als bedoeld in stap 3 en 4 maar is de arts ervan overtuigd dat hulpverlening op vrijwillige basis het risico voor het kind kan wegnemen, dan spant hij zich in om noodzakelijke hulp te verlenen of deze elders in gang te zetten.

³⁹ Welke personen onder ‘deskundige collega’s’ kunnen worden verstaan, is reeds in paragraaf 3.2.3 aan bod gekomen.

De artikelen 5 tot en met 11 van de Meldcode bevatten regels met betrekking tot:

- Het anoniem melden aan het AMK (artikel 5). Dit is slechts mogelijk als anonimiteit noodzakelijk is in verband met de veiligheid van het kind, de vertrouwensrelatie met het gezin waartoe het kind behoort of in verband met de veiligheid van de arts;
- de informatieverstrekking op verzoek van het AMK (artikel 6). Hierbij moet de arts – eventueel zonder toestemming van betrokkenen – alle tot zijn beschikking staande informatie die noodzakelijk is om kindermishandeling te stoppen of een redelijk vermoeden daarvan te laten onderzoeken verstrekken aan het AMK. Slechts om gewichtige redenen, het belang van het kind betreffende, kan de arts van deze informatieverstrekking afzien;
- de terugkoppeling door het AMK (artikel 7). Meteen nadat het AMK heeft besloten wat er met een melding wordt gedaan, neemt het contact op met de arts die informatie verstrekte om hem dat mede te delen. Als de betrokkenheid van het AMK wordt afgesloten, neemt het AMK opnieuw contact op met de arts;
- de informatieverstrekking aan Bureau Jeugdzorg (artikel 8). Naast het AMK verstrekt de arts ook aan andere personen werkzaam bij Bureau Jeugdzorg gegevens over de (vermoedens van) kindermishandeling als dat noodzakelijk is om de kindermishandeling te stoppen of een vermoeden daarvan te laten onderzoeken;
- de informatieverstrekking aan een andere bij het gezin betrokken hulpverlener of beroepskracht (artikel 9). Een arts kan aan een andere bij het gezin betrokken hulpverlener of beroepskracht – zonodig ook zonder toestemming – informatie over (een vermoeden van) kindermishandeling verstrekken, indien en voor zover dat noodzakelijk is om een vermoeden verder te (laten) onderzoeken of om noodzakelijke hulp in verband met de veiligheid van het kind op elkaar af te stemmen;
- het melden bij de Raad voor de Kinderbescherming in acute situaties (artikel 10). Als sprake is van een situatie die zó acuut is dat onmiddellijk ingrijpen met een kinderschermingsmaatregel noodzakelijk is, doet de arts zijn melding direct bij de Raad voor de Kinderbescherming. De arts informeert de ouders over zijn melding, tenzij dit niet mogelijk is in verband met de veiligheid van het kind of anderen, als redelijkerwijs gevreesd moet worden dat de arts het kind uit het oog zal verliezen of als de arts vreest voor zijn eigen veiligheid;
- het contact met politie/justitie (artikel 11). Het beroepsgeheim kan in de richting van politie of justitie alleen worden doorbroken indien en voorzover dat noodzakelijk is om gevaar voor de veiligheid van een kind af te wenden. De arts stelt de ouders op de hoogte

van de informatieverstrekking, tenzij dit niet mogelijk is in verband met de veiligheid van het kind of anderen (waaronder de arts zelf), of als redelijkerwijs gevreesd moet worden dat de ouders geen contact meer met de arts zullen houden.

Paragraaf 4.2 Te nemen stappen bij (een vermoeden van) kindermishandeling

Een arts die kindermishandeling vermoedt of vaststelt, moet het Stappenplan uit artikel 4 van de Meldcode toepassen. Dit Stappenplan is een globaal schema van de stappen die een arts moet, respectievelijk kan nemen alvorens hij overgaat tot melden. In de vorige paragraaf zijn deze stappen al kort aan bod gekomen. Hieronder zal ik uitgebreid ingaan op de mogelijkheden die een arts ter beschikking staan bij (vermoedens van) kindermishandeling.

Stap 1

Indien een arts kindermishandeling vermoedt of vaststelt, is het van groot belang dat hij overgaat tot een zo volledig mogelijk onderzoek van de vermoedelijke mishandelingssituatie. Indien mogelijk moet het kind zelf ook lichamelijk worden onderzocht. Ouders moeten in beginsel worden geïnformeerd over het lichamelijk onderzoek van het kind. Tevens is hun toestemming vereist. Als het woord kindermishandeling echter in de mond wordt genomen, zal geen toestemming voor het onderzoek worden verkregen. Door duidelijk te maken dat nader onderzoek nodig is én het woord kindermishandeling te omzeilen, kan in veel gevallen toch toestemming worden verkregen. Ontbreekt de toestemming voor het lichamelijk onderzoek echter alsnog, dan kan de leer van het conflict van plichten uitkomst bieden.⁴⁰

De arts houdt in het dossier zorgvuldig aantekening van de aanwijzingen die hij heeft op basis van het onderzoek en van de uitkomsten daarvan. Daarbij dient hij duidelijk onderscheid te maken tussen zijn eigen bevindingen en de (subjectieve) mening van anderen.

Stap 2

Vervolgens moet een arts advies vragen aan het AMK. Ook een deskundig collega kan worden geraadpleegd. Welke collega terzake deskundig is, hangt af van de aard en omstandigheden van het geval.⁴¹ Aangezien de casus bij het vragen van advies anoniem wordt gepresenteerd en dus geen uitwisseling van persoonsgegevens plaatsvindt, is er geen sprake van strijd met het beroepsgeheim.

⁴⁰ De Meldcode Kindermishandeling geeft ook aan dat deze werkwijze in dergelijke gevallen, gelet op het belang van het kind, moet worden gevolgd. Zie KNMG 2008, p. 9.

⁴¹ KNMG 2008, p. 16.

Doel van het vragen van advies is het komen tot een antwoord op de volgende vragen:

- Is er sprake of kan er sprake zijn van kindermishandeling?
- Welke acties kan de arts ondernemen om meer duidelijkheid over de situatie te krijgen?
- Op welke manier kan de arts het vermoeden met de ouders bespreken?
- Welke hulpverlening kan worden ingezet om het risico af te wenden?
- Op welke manier kunnen de taken en verantwoordelijkheden worden verdeeld?
- Is melding bij het AMK aangewezen?

Stap 3

Nadat advies van het AMK en deskundige collega's is ingewonnen, is het raadzaam om de aanwijzingen en signalen van kindermishandeling in een gesprek met de ouders te bespreken.⁴² In het gesprek kan de arts ook de mogelijkheden van een verwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening (zie ook stap 5b) opperen.⁴³ Op deze manier worden ouders bij het proces betrokken, wat medewerking van hun kant vaak vergroot. Ook kunnen zij zich voorbereiden op eventueel te nemen vervolgstappen. Voornoemd contact met de ouders mag achterwege blijven indien sprake is van vrees voor de veiligheid of gezondheid van het kind of andere kinderen uit het gezin, als redelijkerwijs gevreesd moet worden dat de arts het kind daardoor uit het oog zal verliezen of als de arts vreest voor zijn eigen veiligheid. Besluit de arts zijn vermoeden niet met de ouders te bespreken, dan zoekt hij waar mogelijk naar een ander geschikt moment om de ouders alsnog in te lichten.

Stap 4

Na de voorgaande stappen kan de arts, om zijn vermoedens van kindermishandeling te verifiëren, overleggen met andere bij het gezin betrokken hulpverleners (zoals de huisarts) of beroepskrachten (bijvoorbeeld de leerkracht van school). Uitgangspunt is dat overleg met voornoemde personen alleen plaatsvindt met toestemming van de ouders en/of het kind. Er zijn echter situaties denkbaar waarin toestemming niet wordt gegeven of de hulpverlener geen toestemming wil vragen. Dit laatste is bijvoorbeeld het geval als de hulpverlener op zijn verzoek een dermate heftige reactie van de ouders verwacht, dat de veiligheid van het kind of van hem zelf op het spel komt te staan. De hulpverlener mag in een dergelijke situatie ook zonder toestemming met derden overleggen om te kijken of zij zijn vermoeden herkennen.

⁴² Bijlage 3 van de Meldcode geeft tips voor gesprekken met ouders.

⁴³ KNMG 2008, p. 17.

Stap 5

De laatste stap die een hulpverlener ingeval van (vermoedens van) kindermishandeling kan zetten bestaat uit een tweetal mogelijkheden.

- a) Indien op grond van het voorgaande het vermoeden van kindermishandeling wordt bevestigd – of in elk geval niet weggenomen is – en een reële kans op schade door (het voortduren van) de kindermishandeling bestaat, doet de arts zo spoedig mogelijk een melding bij het AMK (stap 5a).⁴⁴ De arts informeert de ouders over zijn melding, tenzij dit niet mogelijk is in verband met de veiligheid van het kind of andere kinderen uit het gezin, als redelijkerwijs gevreesd moet worden dat de arts het kind uit het oog zal verliezen of als de arts vreest voor zijn eigen veiligheid.
- b) Wordt het vermoeden niet weggenomen door overleg met de ouders of met andere bij het gezin betrokken hulpverleners of beroepskrachten, maar is de arts ervan overtuigd dat hulpverlening op vrijwillige basis het risico voor het kind kan wegnemen, dan spant hij zich in om noodzakelijke hulp te verlenen of deze elders in gang te zetten. De arts monitort zelf de voortgang en effectiviteit van deze hulp – hetgeen inhoudt dat de arts, aldus de toelichting op stap 5b van de Meldcode, een afspraak maakt voor één of meer vervolcontacten, waarbij hij onderzoekt of de kindermishandeling is gestopt en of er voldoende hulp wordt geboden – of zorgt ervoor dat deze monitoring door een ander wordt uitgevoerd (stap 5b). Zo kan de arts de hulp van een psycholoog aanbieden, het kind en/of de ouders doorverwijzen naar maatschappelijk werk of de GGZ inschakelen voor gespecialiseerde hulp. De arts dient zich er wel van te vergewissen of de hulp voldoende effect heeft. Blijkt de mishandeling niet of niet volledig gestopt, dan doet de arts alsnog een melding bij het AMK.

Paragraaf 4.3 Kanttekeningen bij de Meldcode Kindermishandeling

In de literatuur is een aantal kanttekeningen geplaatst bij de huidige Meldcode Kindermishandeling. De belangrijkste zal ik in deze paragraaf nader verklaren. Ik heb er bewust voor gekozen om deze kanttekeningen objectief op te tekenen en niet in te gaan op mijn eigen mening. De in mijn ogen nadelige kanten aan de Meldcode Kindermishandeling komen immers uitgebreid aan bod in hoofdstuk 5.⁴⁵

⁴⁴ Het woord ‘reële’ maakt, aldus de Meldcode, duidelijk dat de enkele (theoretische) kans op schade onvoldoende basis is voor een melding. Nu kindermishandeling in mijn ogen echter nooit zonder schade blijft, is sprake van een loos criterium. Ik kom hier in hoofdstuk 5 (onder andere bij de aanbevelingen) op terug.

⁴⁵ Meer bepaald verwijs ik naar paragraaf 5.6, waar ik aanbevelingen geeft om de Meldcode op een aantal bezwaarlijke punten aan te passen.

Een eerste kanttekening bij de Meldcode Kindermishandeling die uit de literatuur naar voren komt, is dat de in de Meldcode vervatte omschrijving van kindermishandeling erg ruim is. De definitie ziet immers op verscheidene handelingen gericht tegen het kind, die zich op verschillende wijzen kunnen manifesteren. In dat verband worden in bijlage 5 van de Meldcode Kindermishandeling meer dan zestig signalen beschreven die (op zichzelf of gecombineerd) in de richting van kindermishandeling kunnen wijzen.⁴⁶ Ondanks (of juist dankzij) deze lijst is kindermishandeling moeilijk te herkennen: de signalen zijn bijna nooit specifiek voor kindermishandeling en steun voor de vermoedens moet veelal in de combinatie van symptomen en de leeftijd van het kind worden gezocht.⁴⁷

Een tweede kritiekpunt uit de literatuur⁴⁸ heeft betrekking op het feit dat de Meldcode uitgaat van twee gedachten die strijdig zijn met elkaar:

“enerzijds zet zij [de Meldcode Kindermishandeling, mm] artsen aan tot een open communicatie met alle bij de kindermishandeling betrokken personen, anderzijds dient de arts zonodig zonder medeweten en/of toestemming van de betrokkenen vertrouwelijke informatie met anderen te delen en indien daartoe aanleiding is (vermoedens van) kindermishandeling te melden.”

Een belangrijk nadeel is dat deze dubbelrol van een behandelend arts in mishandelingssituaties kan leiden tot verlies van het vertrouwen in hem. Hierdoor keren ouders zich van de hulpverlener af, met als gevolg dat het oplossen van de mishandelingssituatie verder weg lijkt dan ooit.⁴⁹

Een volgende kanttekening die bij de Meldcode Kindermishandeling kan worden geplaatst, heeft te maken met de in de Meldcode neergelegde ruime uitleg van het in artikel 7:453 BW vervatte ‘goed hulpverlenerschap’. Allereerst is het de vraag of de uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeiende verantwoordelijkheden bij kindermishandeling (bestaande uit het signaleren en aanpakken ervan) gelijkkelijk op alle soorten artsen rusten.⁵⁰ Ook kunnen vraagtekens worden geplaatst bij het feit dat volgens de Meldcode Kindermishandeling het algemene (en dus vage) artikel 7:453 BW als grond kan dienen ter doorbreking van het medisch beroepsgeheim.⁵¹

Naast voorgaande bezwaren zijn in de literatuur tevens enkele aanmerkingen op het in de Meldcode vervatte uitgangspunt ‘spreken, tenzij’ naar voren gekomen. Nu artsen reeds bij

⁴⁶ Ploem 2008, p. 595.

⁴⁷ KNMG 2008, p. 8.

⁴⁸ Ploem 2008, p. 596.

⁴⁹ Kastelein 2007, p. 417.

⁵⁰ Ploem 2008, p. 596.

⁵¹ Ploem 2008, p. 597-598.

vermoedens van kindermishandeling vertrouwelijke informatie over het gezin waartoe het eventueel mishandelde kind behoort uit kan wisselen met andere hulpverleners en beroepskrachten, wordt het beroepsgeheim al in een vroeg stadium doorbroken. Op deze manier kan informatie terechtkomen bij mensen die op geen enkele wijze aan een beroepsgeheim zijn gebonden en zich ten overstaan van politie en/of justitie dus ook niet op een zwijgplicht kunnen beroepen.⁵²

Een ander nadeel, dat te maken heeft met voorgaand bezwaar, is gelegen in de van de Meldcode deeltmakende meldplicht. Een gevolg van deze meldplicht is dat ouders een hulpverlener kunnen gaan mijden uit angst dat de kindermishandeling aan het licht komt. Hulpverleners moeten immers – ondanks het beroepsgeheim – vermoedens melden. Op deze manier verliezen de doelen van het beroepsgeheim, vervat in hoofdstuk 2, hun waarde. Ten slotte wordt in de literatuur verdedigd dat de Meldcode uit 2008, zelfs met de daarin vervatte meldplicht, te vrijblijvend is. Het ontbreken van harde sancties voor (huis)artsen die nalaten kindermishandeling te melden wordt gezien als een gemiste kans.⁵³

Paragraaf 4.4 De Meldcode Kindermishandeling in de praktijk

In deze paragraaf wil ik de aanpak van kindermishandeling in de praktijk afzetten tegen de door de Meldcode Kindermishandeling voorgeschreven stappen. Zoals gezegd kan hier nog geen goed beeld van worden gevormd, aangezien de Meldcode betrekkelijk nieuw is en nog geen evaluatie heeft plaatsgevonden. De aanpak van kindermishandeling na inwerkingtreding van de nieuwe Meldcode binnen een niet nader te noemen ziekenhuis in Nederland is mij, wegens juridische werkzaamheden die ik binnen dit ziekenhuis heb verricht, echter wel bekend. Daarom zal ik de binnen dit ziekenhuis gevolgde handelswijze bij (een vermoeden van) kindermishandeling vergelijken met de stappen die de Meldcode voorschrijft.

De handelswijze die binnen het mij bekende ziekenhuis kunnen worden genomen indien een hulpverlener kindermishandeling vermoedt of vaststelt, zijn reeds in grote lijnen in paragraaf 3.3 aan de orde geweest. In deze paragraaf wil ik, aan de hand van het Stappenplan uit de Meldcode, dieper op het proces ingaan. Ik zal hierbij gebruik maken van de informatie die ik heb verzameld tijdens een gesprek met een kinderarts van voornoemd ziekenhuis, dat begin 2009 heeft plaatsgevonden. Bedoelde kinderarts bekleedt binnen het ziekenhuis tevens de functie van aandachtsfunctionaris kindermishandeling. Ten behoeve van de vergelijking in

⁵² Ploem 2008, p. 597-598 en Prins 2008, p. 1983.

⁵³ Doek 2008, p. 4. Minister Rouvoet en de KNMG geven in ditzelfde artikel echter aan niet te geloven in harde sancties, omdat melden geen doel op zich moet worden.

werkwijzen zal ik ook het protocol ‘Signalering kindermishandeling op de SEH’(bijlage 2), geldend binnen het ziekenhuis van onderzoek, gebruiken.

Paragraaf 4.4.1 De werkwijze binnen het ziekenhuis

Hieronder zal ik per stap uit het Stappenplan van de Meldcode Kindermishandeling aangegeven in hoeverre er in het ziekenhuis van onderzoek aan wordt voldaan. Vermeldswaardig is dat de werkwijze rondom kindermishandeling in het ziekenhuis naar aanleiding van invoering van de nieuwe Meldcode op geen enkele manier is aangepast.

Stap 1

Indien een hulpverlener kindermishandeling vermoedt of vaststelt, zal hij – voordat hij daadwerkelijk overgaat tot de aanpak ervan – meer duidelijkheid willen hebben over de eventuele mishandelingssituatie. Daartoe dient de hulpverlener allereerst onderzoek te verrichten, hetgeen in het centraal staande ziekenhuis ook daadwerkelijk gebeurt. Zo wordt, indien mogelijk, het kind lichamelijk onderzocht. Hierbij wordt acht geslagen op het meest recente letsel, maar men is ook bedacht op oude(re) verwondingen aan het kind. Daarnaast wordt getracht een gesprek aan te gaan met de ouders, onder andere om te achterhalen wat de (daadwerkelijke) oorzaak van het letsel is. De resultaten van beide ‘onderzoeken’ worden met elkaar vergeleken en de bevindingen worden opgetekend in het medisch dossier. De eerste door het Stappenplan voorgeschreven stap wordt in het ziekenhuis dus uitgevoerd. Het uitvoeren van (lichamelijk) onderzoek wordt duidelijk en vrij uitgebreid vermeld in het protocol ‘Signalering kindermishandeling op de SEH’. Hoewel de optekening in het medisch dossier van bevindingen uit het onderzoek in de praktijk wel gebeurt, is deze stap – wellicht vanwege de vanzelfsprekendheid hiervan – niet opgenomen in het protocol.

Stap 2

Vervolgens dient de hulpverlener, aldus de Meldcode Kindermishandeling, advies te vragen aan het AMK en/of een terzake kundige collega. Ook deze stappen worden in het ziekenhuis genomen en wel op zeer efficiënte wijze. Zo vindt overleg plaats binnen de Werkgroep Kindermishandeling over een geselecteerde groep van kinderen waaromtrent vermoedens van kindermishandeling bestaan. In deze werkgroep zetelen onder andere kundige kinderartsen, een pedagoog én een arts verbonden aan het AMK. Op deze manier wordt zowel advies gevraagd aan het AMK als aan deskundige collega's. Deze stap wordt ook duidelijk in het protocol ‘Signalering kindermishandeling op de SEH’ vermeld én aangeraden.

Stap 3

De derde stap die een hulpverlener op basis van het Stappenplan uit de Meldcode Kindermishandeling ingeval van (een vermoeden van) kindermishandeling kan zetten, is het aangaan van een gesprek met de ouders van een eventueel mishandeld kind om de aanwijzingen en signalen van de (vermoedelijke) kindermishandeling te bespreken. Ook deze stap uit het Stappenplan wordt door het ziekenhuis nageleefd. Zowel door hulpverleners op de SEH als door de aandachtsfunctionaris kindermishandeling wordt een gesprek met de ouders aangegaan om te achterhalen hoe het letsel bij het kind is ontstaan. In dit gesprek worden ook de aanwijzingen en signalen van kindermishandeling besproken. Voornoemd protocol noemt deze derde stap echter slechts in beperkte mate.

Stap 4

De volgende stap die een hulpverlener kan zetten indien hij kindermishandeling vermoedt of vaststelt, bestaat uit het overleggen met andere bij het gezin betrokken hulpverleners en beroepskrachten om de (vermoedens van) kindermishandeling te verifiëren. Uit het protocol ‘Signalering kindermishandeling op de SEH’ lijkt te volgen dat dergelijk overleg binnen het ziekenhuis nauwelijks wordt gevoerd. In het protocol wordt de huisarts genoemd, maar met hem wordt slechts overlegd indien sprake is van een matig vermoeden van kindermishandeling. Leerkrachten van school of andere beroepshalve derden lijken niet te worden geraadpleegd. Op dit punt blijft het ziekenhuis dus behoorlijk achter, hetgeen kan worden verklaard door het feit dat de Meldcode Kindermishandeling uit 2008 (nog) niet is geïmplementeerd. Juist deze vierde stap is immers kenmerkend voor de nieuwe Meldcode Kindermishandeling. Aangezien openheid het nieuwe uitgangspunt is, staat overleg, samenwerking en afstemming met anderen in de Meldcode Kindermishandeling van 2008 centraal.

Stap 5

De vijfde en laatste stap die een hulpverlener kan zetten indien sprake is van (een vermoeden van) kindermishandeling onderscheidt zich in melden of monitoren. Beide stappen worden binnen het ziekenhuis gezet. Aangetekend zij dat de mogelijkheden van melden en monitoren, ondanks hun enorme belang, niet worden genoemd in het protocol ‘Signalering kindermishandeling op de SEH’.

Paragraaf 4.4.2 Aanbevelingen ten behoeve van het ziekenhuis

Zoals gezegd gaf de kinderarts, tevens aandachtsfunctionaris kindermishandeling van het ziekenhuis, mij tijdens ons gesprek aan dat de werkwijze rondom kindermishandeling in het ziekenhuis naar aanleiding van de nieuwe Meldcode op geen enkele manier is aangepast. De werkwijze die binnen het ziekenhuis wordt gehanteerd is dus nog steeds gebaseerd op de Meldcode Kindermishandeling uit 2002. De voorgaande paragraaf heeft duidelijk aangegeven waar, mede als gevolg hiervan, de voornaamste knelpunten zitten. In deze paragraaf zal ik aangeven op welke punten het beleid ten aanzien van kindermishandeling aangepast dient te worden. Ik zal me hierbij tot de hoofdlijnen beperken, aangezien een diepgaande beschrijving het bereik van deze scriptie te buiten gaat.

De Meldcode Kindermishandeling is in 2008 landelijk ingevoerd en geldt voor alle artsen die beroepsmatig geconfronteerd worden met (vermoedens van) kindermishandeling. Nu hier binnen het bedoelde ziekenhuis – vanzelfsprekend – sprake van is, is implementeren van de Meldcode Kindermishandeling onontkoombaar. Hiertoe moet het beleid dat nu wordt gevoerd op een aantal punten worden aangepast.

Allereerst moet het protocol ‘Signalering kindermishandeling op de SEH’ (zoals gesteld te vinden in bijlage 2) integraal worden toegepast. Ook andere afdelingen, en in het bijzonder de afdeling kindergeneeskunde, kunnen immers te maken krijgen met gevallen van kindermishandeling. Naar ik heb vernomen worden er binnen het ziekenhuis door een kinderverpleegkundige, in samenwerking met de aandachtsfunctionaris kindermishandeling, reeds stappen in deze richting gezet. Vóór ziekenhuisbrede invoering van het protocol – dat dan vanzelfsprekend een andere naam behoeft – dient het protocol echter de nodige inhoudelijke aanpassingen te ondergaan. Allereerst dient de binnen het ziekenhuis gevolgde werkwijze ingeval van kindermishandeling te worden gelijkgesteld aan de door de Meldcode voorgeschreven wijze. Puntsgewijs dient te worden aangegeven hoe een hulpverlener dient te handelen indien hij kindermishandeling vermoedt of vaststelt. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van het Stappenplan uit de Meldcode Kindermishandeling. Concreet moet in mijn ogen het volgende worden aangepast:

- De nu in het protocol gebruikte definitie van kindermishandeling moet worden gelijkgesteld aan de wettelijke definitie uit artikel 1 sub p Wet op de jeugdzorg.
- Het protocol dient te vermelden dat de resultaten van het onderzoek, zoals bedoeld in stap 1 van het Stappenplan, moeten worden opgenomen in het medisch dossier.
- In het protocol dienen richtlijnen en tips over het aangaan van een gesprek met ouders te worden opgenomen.

- In het protocol dient het belang van overleg met bij het gezin betrokken hulpverleners en beroepskrachten uiteen te worden gezet. Tevens verdient het aanbeveling om voorbeelden te geven van dergelijke professionals.
- In het protocol moet duidelijk worden gemaakt welke stappen een hulpverlener die kindermishandeling vermoedt of vaststelt concreet kan zetten. De mogelijkheden van melden bij het AMK, monitoring door de hulpverlener zelf en monitoring door een derde moeten, met een korte toelichting, puntsgewijs uiteen worden gezet.

Indien deze aanbevelingen binnen het ziekenhuis in acht worden genomen, ontstaat in mijn ogen een kindermishandelingsbeleid dat is afgestemd op en voldoet aan de nieuwe Meldcode Kindermishandeling. Publicatie van het aangepaste en ziekenhuisbreed geïmplementeerde protocol op het intranet van het ziekenhuis maakt het voor medewerkers mogelijk het kindermishandelingsprotocol te allen tijde te raadplegen. Dit zal de aanpak van door het ziekenhuis gesignaleerde kindermishandeling zeer zeker ten goede komen.

Paragraaf 4.5 Samenvatting hoofdstuk 4

In dit hoofdstuk heb ik vastgesteld dat de Meldcode Kindermishandeling uit 2008 als uitgangspunt ‘spreken, tenzij’ heeft. Dit staat haaks op de vrijblijvendheid van de Meldcode uit 2002. Dat de aanpak van kindermishandeling met de nieuwe Meldcode meer gestructureerd plaats moet vinden, blijkt uit het in artikel 4 van de Meldcode vervatte Stappenplan. Hierin staan de stappen beschreven die een arts kan c.q. moet zetten indien hij kindermishandeling vermoedt of vaststelt.

In dit hoofdstuk heb ik tevens geconstateerd dat in de literatuur verschillende kanttekeningen bij de Meldcode Kindermishandeling worden geplaatst. De belangrijkste nadelen, waaronder de aantasting van het medisch beroepsgeheim door de uit de Meldcode voortvloeiende meldplicht, heb ik uiteengezet. Ook heb ik de aanpak van kindermishandeling binnen een mij bekend Nederlands ziekenhuis afgezet tegen de door de Meldcode voorgeschreven stappen. Ondanks dat de Meldcode Kindermishandeling binnen dit ziekenhuis (nog) niet is geïmplementeerd, wordt de in de Meldcode vervatte werkwijze veelal (onbewust) gevolgd. Op een aantal punten blijft het ziekenhuis echter achter. Hiertoe heb ik in paragraaf 4.4 enkele concrete aanbevelingen gedaan.

HOOFDSTUK 5 CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk zal ik mijn conclusie geven, bestaande uit een antwoord op de probleemstelling. Daartoe zal ik in paragraaf 5.1 allereerst aantonen dat er in de Meldcode Kindermishandeling sprake is van een meldplicht. Vervolgens zal ik in paragraaf 5.2 aangeven welke nadelen er aan deze meldplicht kleven. Uit de probleemstelling volgt al dat een van die nadelen gelegen is in de aantasting van het medisch beroepsgeheim. Aan een meldplicht zitten echter, afgezet tegen een meldrecht, ook voordelen. Deze voordelen zal ik in paragraaf 5.3 uiteenzetten. Vervolgens zal ik in paragraaf 5.4 komen tot een conclusie. Ik zal in paragraaf 5.5 mijn aanbevelingen geven, onder andere bestaande uit adviezen om de Meldcode Kindermishandeling op bepaalde punten aan te passen. Ik sluit dit hoofdstuk af met een korte samenvatting.

Paragraaf 5.1 De meldplicht voortvloeiend uit de Meldcode Kindermishandeling

Een arts die met anderen over (vermoedens van) kindermishandeling spreekt, heeft daarvoor in beginsel toestemming van betrokkenen nodig. Spreekt hij zonder deze toestemming, dan doorbreekt hij formeel zijn beroepsgeheim. Het doorbreken van het beroepsgeheim is echter onder bepaalde omstandigheden wettelijk toegestaan.⁵⁴ Een voorbeeld van een dergelijke uitzondering is te vinden in artikel 53 lid 3 Wet op de jeugdzorg: beroepsbeoefenaren met een beroepsgeheim mogen zonder toestemming gegevens aan Bureau Jeugdzorg (en in het bijzonder aan het daarvan deeluitmakende AMK) verstrekken als dat noodzakelijk is om kindermishandeling te stoppen of een redelijk vermoeden daarvan te laten onderzoeken.

Voornoemd artikellid spreekt van “mogen (...) verstrekken”. Dit houdt in dat een hulpverlener gegevens aan het AMK mag verstrekken, maar het niet moet. Er is dus sprake van een meldrecht, hetgeen uitgaat van de gedachte dat in bepaalde gevallen het belang van het kind vóór het beroepsgeheim gaat. Een vergelijkbare bepaling is opgenomen in artikel 1:240 BW voor gegevensverstrekking aan de Raad voor de Kinderbescherming. Deze artikelen worden beide gezien als een *lex specialis* ten opzichte van de algemene bepalingen over het beroepsgeheim zoals opgenomen in de WGBO, de Wet BIG en het WvSr.⁵⁵

De KNMG is van mening dat in de Meldcode Kindermishandeling ook sprake is van een meldrecht.⁵⁶ Een arts hoeft de (vermoedelijke) kindermishandeling immers niet in alle gevallen te melden aan het AMK. Hij moet wel, aldus de Meldcode, het Stappenplan

⁵⁴ Zie voor de specifieke uitzonderingen paragraaf 2.4.

⁵⁵ KNMG 2008, p. 10.

⁵⁶ KNMG 2008, p. 10.

toepassen. Luidt de conclusie na toepassing van dat plan dat er een reële kans op schade door (het voortduren van) de kindermishandeling bestaat, dan moet er gemeld worden. Is de arts ervan overtuigd dat hulpverlening op vrijwillige basis het risico voor het kind afdoende kan wegnemen, dan spant hij zich in om die hulp te verlenen of deze elders in gang te zetten.⁵⁷

In mijn ogen komt het voorgaande in de praktijk echter weldegelijk neer op een meldplicht. Een hulpverlener moet immers (vermoedens van) kindermishandeling melden indien er een reële kans op schade door de kindermishandeling bestaat, maar kindermishandeling blijft mijns inziens nooit zonder schade. Dit heeft tot gevolg dat een hulpverlener in alle gevallen waarin hij kindermishandeling vermoedt of vaststelt, over moet gaan tot melding van de situatie aan het AMK. In de Meldcode Kindermishandeling van 2008 is dus feitelijk sprake van een meldplicht.

Paragraaf 5.2 Voor- en nadelen aan een meldplicht

Een meldplicht, waarvan sprake is in de Meldcode Kindermishandeling, heeft zowel voordelen als nadelen. De belangrijkste voor- en nadelen zal ik in deze paragraaf schetsen. Ik wil opmerken dat ik hier slechts in beperkte mate gevolgtrekkingen zal verbinden aan de hierna te noemen pluspunten en bezwaren. Mijn eigen kijk op de Meldcode Kindermishandeling en de daarin vervatte meldplicht komt bij de aanbevelingen, vervat in paragraaf 5.5, uitgebreid aan bod.

Paragraaf 5.2.1 Nadelen aan een meldplicht

Een eerste nadeel van de meldplicht uit de Meldcode Kindermishandeling is gelegen in het feit dat een meldplicht tot ‘defensief melden’ kan leiden. Dit betekent dat hulpverleners alle situaties waarin maar enigszins sprake lijkt te zijn van kindermishandeling, zonder verdere afweging melden bij het AMK.⁵⁸ Dit kan leiden tot veel onterechte meldingen, hetgeen onnodig belastend is voor alle betrokkenen. Dit kan tevens tot gevolg hebben dat terechte meldingen te laat worden onderzocht.⁵⁹

Het belangrijkste nadeel van de meldplicht is in het kader van deze scriptie echter gelegen in de aantasting van het medisch beroepsgeheim. Als gevolg van de Meldcode Kindermishandeling zijn hulpverleners verplicht (vermoedens van) kindermishandeling te melden aan het AMK. Hierbij worden patiëntgegevens, meestal zonder toestemming van

⁵⁷ Zie artikel 4 van de Meldcode, stap 5a en 5b.

⁵⁸ KNMG 2008, p. 10.

⁵⁹ KNMG 2008, p. 10.

betrokkenen, aan derden vrijgegeven. De hulpverlener doorbreekt bij deze informatieverschaffing dus zijn beroepsgeheim. De kans bestaat dat ouders die hun kinderen mishandelen en weten dat de arts een meldplicht heeft, deze zullen gaan mijden terwijl diens hulp juist hard nodig is. Op deze manier komen de doelen van het medisch beroepsgeheim onder druk te staan en verliest de hulpverlening haar toegankelijkheid.

De Meldcode Kindermishandeling heeft ook op een ander punt de aantasting van het medisch beroepsgeheim tot gevolg. Voordat over wordt gegaan tot het melden aan het AMK, raadt de Meldcode aan om informatie uit te wisselen met andere bij het gezin betrokken hulpverleners en beroepskrachten. Op deze manier kunnen, aldus stap 4 van het Stappenplan, vermoedens van kindermishandeling worden geverifieerd. Het gevolg van deze gespreksvoering is echter dat informatie terechtkomt bij mensen die op geen enkele wijze aan een beroepsgeheim zijn gebonden en zich hier dus ook niet op kunnen beroepen ten overstaan van politie en/of justitie.⁶⁰

Voornoemde informatie-uitwisseling met bij het gezin betrokken professionals om vermoedens van kindermishandeling te verifiëren, heeft tevens tot gevolg dat het medisch beroepsgeheim al in een vroeg stadium wordt doorbroken. Volgens de Meldcode Kindermishandeling rechtvaardigt de zorgplicht van een arts jegens het kind, zoals vervat in artikel 7:453 BW, deze aantasting. Van een conflict van plichten is namelijk, aldus de Meldcode, bij het verifiëren van vermoedens van kindermishandeling nog geen sprake. Het is echter de vraag of een algemeen en vaag artikel als artikel 7:453 BW als grond kan dienen om het (belangrijke doelen dienende) beroepsgeheim te doorbreken. Voor beantwoording van deze vraag verwijs ik naar paragraaf 5.5.

Paragraaf 5.2.2 Voordelen aan een meldplicht

In de vorige subparagraaf is gebleken dat aan een meldplicht behoorlijke nadelen kleven. In het bijzonder de aantasting van het medisch beroepsgeheim roept vragen op.⁶¹ Opgemerkt zij echter dat het alternatief voor de in de Meldcode Kindermishandeling opgenomen meldplicht, een meldrecht, ook niet ideaal is. In het navolgende zal ik duidelijk maken waarom ik de voorkeur geef aan een meldplicht boven een meldrecht.

In de Meldcode Kindermishandeling van 2002 was sprake van een meldrecht. In de in 2007 uitgevoerde evaluatie van deze Meldcode kwamen de nadelen van een meldrecht duidelijk naar voren. Met name de vrijblijvendheid van de oude Meldcode – waardoor het

⁶⁰ Ploem 2008, p. 597-598, Prins 2008, p. 1983.

⁶¹ Ik kom uitgebreid op dit bezwaar terug in de volgende paragraaf.

aantal meldingen bij het AMK significant achterbleef – werd door artsen en andere sleutelfiguren als probleem ervaren.⁶² Mede als gevolg hiervan is het uitgangspunt van de oude Meldcode, bestaande uit ‘zwijgen, tenzij’, in de Meldcode van 2008 veranderd in het uitgangspunt ‘spreken, tenzij’.

Naast het hiervoor genoemde bezwaar brengt een meldrecht nog een ander nadeel met zich mee. Bij een meldrecht is het voor hulpverleners vaak niet duidelijk wanneer tot melden moet worden overgegaan, met als mogelijk gevolg dat te laat of helemaal niet wordt ingegrepen in de mishandelingssituatie. Een meldplicht zorgt daarentegen voor grote duidelijkheid bij hulpverleners. Zij weten immers wat van hen verwacht wordt indien (vermoedelijk) sprake is van kindermishandeling: overgaan tot melden. Deze duidelijkheid brengt met zich mee dat hulpverleners sneller tot handelen zullen overgaan. Op deze manier kan eerder een eind worden gemaakt aan de mishandelingssituatie en in een vroeg stadium worden begonnen met het herstel van de relatie tussen opvoeders en kind. Dit heeft tot gevolg dat het kind beter wordt beschermd en dat is waar het uiteindelijk om gaat.

Paragraaf 5.3 De aantasting van het medisch beroepsgeheim

In de vorige paragraaf heb ik de voor- en nadelen van een meldplicht beschreven. Ondanks dat er behoorlijke nadelen aan kleven, acht ik een meldplicht meer in het belang van het kind dan een meldrecht. Een meldplicht, zoals vervat in de Meldcode Kindermishandeling, heeft echter tot gevolg dat het medisch beroepsgeheim wordt aangetast. Ondanks de aanzienlijke belangen die het beroepsgeheim dient, kan deze aantasting in mijn ogen worden gerechtvaardigd gelet op het belang van het kind.

Met het oog op kindermishandeling is het uitwisselen van gegevens over kinderen en/of ouders in risicosituaties uitermate belangrijk. Zo kan het risico op kindermishandeling immers goed worden ingeschat en kan snel worden ingegrepen. Het onvoldoende uitwisselen van gegevens brengt met zich mee dat de risico-inschatting niet snel of nauwkeurig genoeg gebeurt, met als gevolg dat niet de juiste hulp wordt geboden. Ook kan het zijn dat ingrijpen te laat of helemaal niet gebeurt. Beroepskrachten moeten derhalve informatie kunnen delen en met elkaar (blijven) overleggen over zorgwekkende signalen.⁶³ Dat hiervoor het beroepsgeheim wordt doorbroken, moet in mijn ogen voor lief worden genomen: het belang van het kind weegt nu eenmaal zwaarder.

⁶² De Vries en Wiegersma 2007, p. 5.

⁶³ Jeugd en Gezin 2007, p. 14.

Voor de doorbreking van het beroepsgeheim staan de hulpverlener, ingeval van kindermishandeling, verschillende mogelijkheden ter beschikking. Een starre omgang met het medisch beroepsgeheim is dan ook helemaal niet nodig. De eerste mogelijkheid die een hulpverlener ingeval van kindermishandeling heeft, bestaat uit het delen van informatie met collega's die direct bij de medische behandeling zijn betrokken. Indien de gegevens worden geanonimiseerd kunnen ook andere terzake kundige collega's worden geraadpleegd. Op deze manier worden vermoedens van kindermishandeling niet 'onder de pet' gehouden, hetgeen de daadwerkelijke aanpak van kindermishandeling ten goede komt.⁶⁴

Ook het leerstuk van het conflict van plichten biedt beroepskrachten de mogelijkheid om zonder toestemming van de patiënt informatie met anderen te delen. De hulpverlener voelt zich in een dergelijke situatie voor een dilemma geplaatst: enerzijds heeft hij de plicht te zwijgen, anderzijds nopen de omstandigheden volgens hem tot spreken. Of zich een conflict van plichten voordoet, moet de hulpverlener aan de hand van de bijzondere omstandigheden van het geval beoordelen. Bij die beoordeling zijn een zestal criteria van belang. Voor deze criteria verwijs ik, om onnodige herhaling te voorkomen, naar paragraaf 2.3.

Ingeval van kindermishandeling mag een hulpverlener zijn beroepsgeheim dus opzij zetten als dat nodig is om het belang van het kind te kunnen behartigen. Hierdoor wordt het beroepsgeheim wel doorbroken, maar deze aantasting is te rechtvaardigen door een uit de wet volgende en/of in de jurisprudentie ontwikkelde uitzonderingsgrond. In dergelijke gevallen gaat het belang van het kind terecht vóór het beroepsgeheim.

Paragraaf 5.4 Conclusie

In deze paragraaf zal ik een antwoord geven op de probleemstelling die in deze scriptie centraal staat. Ter volledigheid zij vermeldt dat mijn probleemstelling als volgt luidt: *'Is het, gezien het belang van het kind, gerechtvaardigd dat het medisch beroepsgeheim wordt aangetast door de uit de Meldcode Kindermishandeling voortvloeiende meldplicht?'*

In de huidige Meldcode Kindermishandeling moeten hulpverleners overgaan tot melden bij het AMK indien een reële kans op schade door (het voortduren van) de kindermishandeling bestaat. Nu mijns inziens in alle (kinder)mishandelingssituaties schade optreedt, leidt het in de Meldcode vervatte beleid ertoe dat een hulpverlener die kindermishandeling vermoedt of vaststelt steeds tot melden aan het AMK moet overgaan. In de Meldcode Kindermishandeling uit 2008 is dus feitelijk sprake van een meldplicht.

⁶⁴ Janssen 2008, p. 30.

Aan een meldplicht kleven belangrijke bezwaren. Zo kan een meldplicht tot ‘defensief melden’ leiden, met veel onterechte meldingen als gevolg. Ook dreigt het gevaar dat terechte meldingen (te) laat worden onderzocht. Het in het kader van deze scriptie meest nadelige gevolg van de meldplicht uit de Meldcode Kindermishandeling is echter gelegen in de aantasting van het medisch beroepsgeheim. Doordat artsen vermoedens van kindermishandeling verplicht moeten melden, doorbreken zij hun beroepsgeheim. Zij geven immers informatie vrij over een patiënt en/of diens gezinsleden, met als gevolg dat ouders die hun kinderen mishandelen en weten dat de arts een meldplicht heeft, deze zullen gaan mijden terwijl diens hulp juist hard nodig is. Op deze manier verliezen de doelen van het medisch beroepsgeheim, vervat in hoofdstuk 2 van deze scriptie, hun waarde. Ook de toegankelijkheid van de hulpverlening komt hierdoor in gevaar.

De vraag die vervolgens beantwoord dient te worden, is of voornoemde aantasting van het medisch beroepsgeheim door de meldplicht uit de Meldcode Kindermishandeling gerechtvaardigd kan worden gelet op het belang van het kind. In mijn ogen moet deze vraag bevestigend worden beantwoord en wel om de volgende redenen. Ondanks de verschillende bezwaren die aan een meldplicht kleven, verkies ik een meldplicht boven een meldrecht. Afgezet tegen een meldrecht brengt een meldplicht immers grote duidelijkheid mee over wat van hulpverleners wordt verwacht indien zij kindermishandeling vermoeden of vaststellen. Een gevolg van deze duidelijkheid is dat hulpverleners eerder tot handelen overgaan, wat leidt tot een betere bescherming van het kind. Geconcludeerd kan dus worden dat een meldplicht in het belang van het kind is.

Dat een meldplicht het medisch beroepsgeheim aantast, heb ik hiervoor reeds geconstateerd. Het medisch beroepsgeheim neemt een belangrijke plaats in de medische wereld in en dient twee feitelijke doelen. Hoewel aan het beroepsgeheim groot belang wordt toegekend, is algemeen aanvaard dat het niet absoluut is. In bepaalde gevallen moet het beroepsgeheim dus wijken. Een ander belang dan de belangen die het beroepsgeheim dient, worden in een dergelijk geval van zwaarder belang geacht. In mijn ogen is het belang van het kind een dergelijk belang. Het uitwisselen van gegevens over kinderen en/of ouders in risicosituaties is met het oog op kindermishandeling immers van eminent belang. Op deze manier kan het risico op kindermishandeling goed worden ingeschat en kan snel worden ingegrepen. Het onvoldoende uitwisselen van gegevens brengt met zich mee dat de risico-inschatting niet snel of nauwkeurig genoeg gebeurt, met als gevolg dat niet de juiste hulp wordt geboden. Ook kan het zijn dat ingrijpen te laat of helemaal niet gebeurt. Beroepskrachten moeten derhalve informatie kunnen delen en elkaar (blijven) bevragen bij

zorgwekkende signalen.⁶⁵ Voor de doorbreking van het beroepsgeheim staan de hulpverlener, in geval van kindermishandeling, dan ook verschillende mogelijkheden ter beschikking.

In mijn ogen kan, gelet op het belang van het kind, de in de probleemstelling gesignaleerde aantasting van het medisch beroepsgeheim door de meldplicht voortvloeiend uit de Meldcode Kindermishandeling dus worden gerechtvaardigd: het belang van het kind weegt, ondanks de belangrijke doelen die het beroepsgeheim dient, zwaarder. De probleemstelling dient dan ook bevestigend te worden beantwoord. Dat (een kleine groep) ouders door de meldplicht wellicht artsen gaan mijden uit angst dat de kindermishandelingssituatie aan het licht komt, is helaas niet te voorkomen. Het voordeel dat een meldplicht voor de meeste kinderen in mishandelingssituaties met zich meebrengt, weegt echter zeer zeker op tegen dit nadeel.

Het voorgaande heeft wel duidelijk gemaakt dat ik een meldplicht toejuich. Toch kleven aan de meldplicht zoals vormgegeven in de huidige Meldcode Kindermishandeling in mijn ogen een aantal bezwaren. Vooral het feit dat een hulpverlener in alle (vermoedelijke) mishandelingsgevallen het Stappenplan uit de Meldcode Kindermishandeling zonder mogelijkheid tot afwijking moet volgen, vind ik stuitend. In sommige gevallen is melden nu eenmaal niet de aangewezen weg – bijvoorbeeld omdat het tot gevolg heeft dat ouders met het kind onderduiken in het illegale circuit. Hoewel in mijn ogen melden bij het AMK uitgangspunt moet blijven, pleit ik voor het verruimen van de meldplicht zodat recht kan worden gedaan aan de bijzondere omstandigheden van ieder geval. Een hulpverlener moet in de gelegenheid worden gesteld om af te wijken van het in de Meldcode vervatte Stappenplan indien voldaan is aan bepaalde voorwaarden. Ik zal hiertoe in de volgende paragraaf een criterium noemen. Ook andere aanbevelingen om de Meldcode te wijzigen komen in paragraaf 5.6 aan de orde.

Paragraaf 5.5 Aanbevelingen

Om recht te kunnen doen aan de conclusie(s) uit de vorige paragraaf dient de Meldcode Kindermishandeling op bepaalde punten te worden gewijzigd. Ook enkele andere aanbevelingen zullen hierna de revue passeren.

⁶⁵ Jeugd en Gezin 2007, p. 14.

Paragraaf 5.5.1 Aanbeveling 1: Verruimen van de meldplicht

Aan de meldplicht zoals vormgegeven in de huidige Meldcode Kindermishandeling kleeft in mijn ogen een groot bezwaar. Een hulpverlener die kindermishandeling vermoedt of vaststelt, moet – aldus het Stappenplan uit de Meldcode – overgaan tot melden bij het AMK indien een reële kans op schade bestaat door (het voortduren van) de kindermishandeling. Nu kindermishandeling in mijn ogen nooit zonder schade blijft, leidt het voorgaande ertoe dat een hulpverlener in alle gevallen over moet gaan tot melden. Hoewel dit melden in de meeste gevallen de aangewezen weg is om de kindermishandeling te stoppen, zijn er gevallen denkbaar waarin het doen van een melding meer kwaad dan goed doet. Daarom pleit ik ervoor om in de Meldcode Kindermishandeling het uitgangspunt van melden bij het AMK te handhaven, zij het met de toevoeging van het woord ‘tenzij’. Door gebruik te maken van het uitgangspunt ‘melden, tenzij’ kan rekening worden gehouden met gevallen waarin melden niet de aangewezen weg is. Op deze manier kan recht worden gedaan aan de omstandigheden van ieder geval. In mijn ogen is een kind hier zeer zeker bij gebaat.

Hoewel het ‘tenzij’ in de jurisprudentie nader zal moeten worden ingevuld en aangescherpt, zal ik een eerste aanzet geven. In mijn ogen moet een hulpverlener overgaan tot het melden van (een vermoeden van) kindermishandeling aan het AMK, tenzij:

- De hulpverlener aan het AMK advies heeft gevraagd over de mishandelingssituatie; en
- de hulpverlener overleg heeft gevoerd met terzake deskundige collega's over de (vermoedelijke) kindermishandeling; en
- de hulpverlener het vermoeden heeft dat de ouders, indien de (vermoedens van) kindermishandeling wordt gemeld aan het AMK, in het illegale circuit zullen onderduiken.

Indien aan voornoemde voorwaarden is voldaan, mag de hulpverlener mijns inziens na gezamenlijk overleg besluiten om af te zien van melden bij het AMK.

Om te voorkomen dat hulpverleners te gauw een beroep op voornoemde uitzondering doen, dienen in de Meldcode Kindermishandeling regels over aansprakelijkheid worden opgenomen. Een hulpverlener die bewust niet ingrijpt in een hem bekende kindermishandelingssituatie moet in mijn ogen medeaansprakelijk kunnen worden gehouden voor (het voortduren van) de kindermishandeling. Dit is slechts anders indien de bijzondere omstandigheden van het geval het niet ingrijpen van de hulpverlener rechtvaardigen. In welke hoek deze eventuele aansprakelijkheid moet liggen, zal de praktijk moeten uitwijzen.

Paragraaf 5.5.2 Aanbeveling 2: Duidelijke(re) definiëring en afbakening

Hulpverleners die te maken krijgen met kindermishandeling moeten weten wat van hen wordt verwacht. Daartoe zal allereerst duidelijk moeten zijn wat kindermishandeling precies is. In de Meldcode wordt nu een vrij ruime definitie van kindermishandeling gehanteerd. Aanscherping ervan kan in mijn ogen een belangrijke bijdrage leveren aan een snelle en geëigende aanpak van kindermishandeling. Ook de inhoud van bijlage 5 van de Meldcode Kindermishandeling, waarin meer dan zestig algemene signalen van kindermishandeling worden beschreven, moet worden aangescherpt. Een lijst met meer specifieke aanwijzingen voor kindermishandeling kan wellicht uitkomst bieden. Ondanks dat kindermishandeling een lastig en complex probleem is en blijft, zullen hulpverleners kindermishandeling als gevolg hiervan sneller herkennen. Dit heeft als voordeel dat eerder een eind kan worden gemaakt aan de kindermishandelingssituatie en in een vroeg stadium een begin kan worden gemaakt met het herstellen van de relatie tussen opvoeders en kind.

Paragraaf 5.5.3 Aanbeveling 3: Beperken van personen waarmee overleg wordt gevoerd

In paragraaf 5.2.1 heb ik mijn twijfels geuit over het door de arts delen van informatie met andere bij het gezin betrokken hulpverleners en beroepskrachten. Dit heeft immers tot gevolg dat het medisch beroepsgeheim in een vroeg stadium – namelijk wanneer slechts sprake is van vermoedens van kindermishandeling – wordt doorbroken. Op deze manier worden patiëntgegevens van met naam en toenaam genoemde personen bij derden bekend. Aangezien slechts sprake is van vermoedens, kan het ook zijn dat helemaal geen sprake is van kindermishandeling. Dit heeft mogelijk ernstige gevolgen voor het ‘verdachte’ gezin.

Anderzijds zie ik ook in dat gegevens over een kind, bijvoorbeeld afkomstig van een leerkracht van school, in bepaalde gevallen noodzakelijk zijn voor de arts. Hij kan zich op deze manier een (nog beter) beeld vormen van de situatie. De mogelijkheid tot informatieverschaffing om vermoedens van kindermishandeling te verifiëren moet derhalve blijven bestaan, maar de kring van personen die om inlichtingen kan worden gevraagd moet mijns inziens wel worden beperkt. Waar de grens precies moet worden gelegd, zal in de praktijk moeten worden uitgemaakt.

Paragraaf 5.5.4 Aanbeveling 4: Opnemen overlegverplichting met deskundige collega's

De huidige Meldcode Kindermishandeling raadt de hulpverlener die kindermishandeling vermoedt of vaststelt aan om, naast het (verplicht) vragen van advies aan het AMK, in overleg te treden met terzake kundige collega's over de mishandelingssituatie. De hulpverlener is

echter niet verplicht tot het nemen van deze in het Stappenplan onder 2 opgenomen stap. Ik pleit wel voor het opnemen van een dergelijke verplichting in de Meldcode Kindermishandeling. Om herhaling te voorkomen verwijs ik naar paragraaf 3.2.3, waar de redenen voor het voeren van overleg met terzake kundige collega's uitgebreid uiteen zijn gezet.

Paragraaf 5.5.5 Aanbeveling 5: Geen doorbreking op basis van artikel 7:453 BW

Een hulpverlener kan, om de bij hem levende vermoedens van kindermishandeling te verifiëren, met andere bij het gezin betrokken professionals overleggen. Ingevolge de Meldcode Kindermishandeling kan deze doorbreking van het medisch beroepsgeheim worden gerechtvaardigd door het vage en algemene artikel 7:453 BW. Zelf heb ik hier mijn twijfels over. De in stap 4 van het Stappenplan beschreven informatievervalsing om vermoedens van kindermishandeling te verifiëren moet in mijn ogen blijven bestaan (zie ook paragraaf 5.5.3), maar moet dan wel steunen op een van de uitzonderingsgronden genoemd in hoofdstuk 2 van deze scriptie. Het conflict van plichten zou hier, in tegenstelling tot wat in de Meldcode wordt aangedragen, wellicht wel uitkomst kunnen bieden. Op het moment dat een hulpverlener kindermishandeling vermoedt, verkeert hij immers al in tweestrijd: enerzijds wil hij zijn beroepsgeheim niet doorbreken, anderzijds wenst de hulpverlener niet dat de mishandelingssituatie blijft voortduren en benodigde hulp te laat komt.

Paragraaf 5.5.6 Aanbeveling 6: Scholing over kindermishandeling en de aanpak ervan

Kindermishandeling is een complex en lastig probleem, mede omdat het vaak moeilijk te herkennen is. De herkenning van kindermishandeling is zo moeilijk doordat signalen vrijwel nooit specifiek zijn voor kindermishandeling. Juist in de combinatie van signaleren en de leefsituatie van het kind ligt de basis van het vermoeden en vaststellen van kindermishandeling.⁶⁶ Dat de definitie van kindermishandeling vrij ruim is, speelt ook een rol in het feit dat veel beroepskrachten kindermishandeling niet herkennen. Nu het bij deze eerste stap vaak misgaat, zal hier de komende jaren meer aandacht aan moeten worden besteed. Deskundigheidsbevordering op het terrein van kindermishandeling is dus van belang. Het tijdens de opleiding van medische beroepskrachten meer aandacht besteden aan kindermishandeling (bijvoorbeeld middels het bestuderen van casuïstiek) kan mijns inziens een belangrijke bijdrage leveren. Ook moet aandacht worden besteed aan de (meng)vormen

⁶⁶ KNMG 2008, p. 8.

van kindermishandeling. Vooral verwaarlozing is een weinig (h)erkende vorm van kindermishandeling. Daarnaast dienen hulpverleners, onder andere door middel van rollenspellen, vaardigheden te ontwikkelen met betrekking tot het aangaan van een gesprek met de ouders van een vermoedelijk mishandeld kind. Door reeds werkzame beroepskrachten nascholingen op voornoemde gebieden aan te bieden, wordt ook hier de kennis over het herkennen (en aanpakken) van kindermishandeling vergroot.

Paragraaf 5.6 Samenvatting hoofdstuk 5

In dit hoofdstuk heb ik een antwoord gegeven op de probleemstelling die in deze scriptie centraal staat. Daartoe heb ik allereerst aangetoond dat in de huidige Meldcode Kindermishandeling feitelijk sprake is van een meldplicht. Hulpverleners moeten immers overgaan tot melden bij het AMK indien een reële kans op schade door (het voortduren van) de kindermishandeling bestaat. Nu mijns inziens in alle (kinder)mishandelingssituaties schade optreedt, leidt het in de Meldcode vervatte beleid ertoe dat een hulpverlener die kindermishandeling vermoedt of vaststelt steeds tot melden aan het AMK moet overgaan.

Vervolgens heb ik aangetoond dat aan een meldplicht belangrijke bezwaren kleven. Zo kan een meldplicht tot ‘defensief melden’ leiden, met veel onterechte meldingen als gevolg. Ook dreigt het gevaar dat terechte meldingen (te) laat worden onderzocht. Daarnaast heeft een meldplicht nog een bijzonder nadelig gevolg, bestaande uit de aantasting van het medisch beroepsgeheim. Een meldplicht kent, afgezien van voornoemde nadelen, echter ook voordelen. Het belangrijkste voordeel is gelegen in de duidelijkheid die een meldplicht voor hulpverleners met zich meebrengt: hulpverleners die kindermishandeling vermoeden of vaststellen weten wat van hen wordt verwacht. Een gevolg hiervan is dat hulpverleners eerder tot handelen overgaan. Afgezet tegen een meldrecht heeft een meldplicht mijn voorkeur.

Voornoemde aantasting van het medisch beroepsgeheim door de meldplicht moet, gelet op het belang van het kind, voor lief worden genomen. Een kind is immers gediend bij de doorbreking van het medisch beroepsgeheim. Op deze manier kan het risico op kindermishandeling goed worden ingeschat en kan snel worden ingegrepen. Het onvoldoende uitwisselen van gegevens brengt mee dat de risico-inschatting niet snel of nauwkeurig genoeg gebeurt, met als gevolg dat niet de juiste hulp wordt geboden. Ondanks het feit dat het medisch beroepsgeheim belangrijke doelen dient, kan de aantasting ervan door de uit de Meldcode Kindermishandeling voortvloeiende meldplicht in mijn ogen dus worden gerechtvaardigd gelet op het belang het kind. De in deze scriptie centraal staande probleemstelling dient derhalve bevestigend te worden beantwoord.

In mijn ogen moet de Meldcode Kindermishandeling, om het belang van het kind nóg beter te kunnen behartigen, op bepaalde punten worden gewijzigd. Hiertoe heb ik in paragraaf 5.5 een aantal aanbevelingen gegeven, onder andere bestaande uit het advies om de meldplicht uit de Meldcode te verruimen. Uitgangspunt van de Meldcode moet ‘melden, tenzij’ worden. Op deze manier kan recht worden gedaan aan de omstandigheden van ieder geval.

Hoewel het ‘tenzij’ in de jurisprudentie nader zal moeten worden ingevuld en aangescherpt, heb ik in dit hoofdstuk een eerste aanzet gegeven. In mijn ogen moet een hulpverlener overgaan tot het melden van (een vermoeden van) kindermishandeling aan het AMK, tenzij:

- De hulpverlener aan het AMK advies heeft gevraagd over de mishandelingssituatie; en
- de hulpverlener overleg heeft gevoerd met terzake deskundige collega’s over de (vermoedelijke) kindermishandeling; en
- de hulpverlener het vermoeden heeft dat de ouders, indien de (vermoedens van) kindermishandeling wordt gemeld aan het AMK, in het illegale circuit zullen onderduiken.

Indien aan voornoemde voorwaarden is voldaan, mag de hulpverlener mijns inziens na gezamenlijk overleg besluiten af te zien van melden bij het AMK.

HOOFDSTUK 6 AFSLUITING

In de voorgaande hoofdstukken stond het medisch beroepsgeheim centraal. Zonder mijn argumenten hiervoor nogmaals te herhalen, hoop ik aangetoond te hebben dat de aantasting van het medisch beroepsgeheim door de uit de Meldcode Kindermishandeling voortvloeiende meldplicht, gelet op het belang van het kind, kan worden gerechtvaardigd. De probleemstelling moet dus bevestigend worden beantwoord.

In het voorgaande heb ik duidelijk gemaakt dat de Meldcode Kindermishandeling zoals nu vormgegeven, wat mij betreft enkele aanpassingen behoeft. In het bijzonder de verruiming van de meldplicht acht ik van belang. Door gebruik te maken van het uitgangspunt ‘melden, tenzij’ kan recht worden gedaan aan situaties waarin melden niet de aangewezen weg is. Zoals gezegd zal het door mij ontwikkelde criterium in de jurisprudentie nader ingevuld dienen te worden, maar een begin is gemaakt. Het in mijn ogen belangrijkste aspect, het voeren van overleg met terzake kundige collega’s, is in ieder geval reeds opgenomen.

Het voeren van overleg met terzake kundige collega’s over door de hulpverlener geconstateerde (vermoedens van) kindermishandeling is een vorm van intervisie die mijns inziens een meer prominente rol moet gaan innemen in de Meldcode Kindermishandeling. Intervisie biedt immers de mogelijkheid om in kleine kring en in een vertrouwelijke sfeer vraagstukken met elkaar te bespreken. Het doel hiervan is gelegen in het, door een systematische aanpak van het probleem, komen tot een concrete oplossing. Door te reflecteren leert de constaterende hulpverlener afstand te nemen van zijn eigen positie en ruimte te maken voor ervaringen van anderen. De mogelijkheid tot intervisie die nu nog (vrijblijvend) in de Meldcode Kindermishandeling wordt aangeraden, dient in mijn ogen echter in iedere (vermoedelijke) mishandelingssituatie structureel én verplicht plaats te vinden.

Indien de in hoofdstuk 5 genoemde aanbevelingen worden opgevolgd, ontstaat een situatie waarin een hulpverlener meer zekerheid verkrijgt rondom zijn rechtspositie. Hij weet immers wat van hem verwacht wordt indien hij kindermishandeling vermoedt of vaststelt. Tevens is de hoop dat hulpverleners door de feitelijke meldplicht uit de huidige Meldcode Kindermishandeling, in vergelijking met de (meldrecht bevattende) Meldcode Kindermishandeling uit 2002, eerder tot melden over zullen gedaan. Dit heeft een betere bescherming van het kind tot gevolg. De door mij voorgestelde medeaansprakelijkheid van hulpverleners die een mishandelingssituatie bewust in stand houden, kan hier ook aan bijdragen.

Het herkennen van signalen van kindermishandeling verdient in de nabije toekomst mijns inziens bijzondere aandacht. Uit de voorgaande hoofdstukken is tevens gebleken dat het aanbieden van een opleiding in en het geven van ondersteuning bij het bespreken van signalen en aanwijzingen van kindermishandeling geen overbodige luxe is. Dit geldt zowel voor artsen die beroepsmatig geconfronteerd worden met (vermoedens van) kindermishandeling, alsmede voor andere medisch hulpverleners. Ook beroepshalve derden, zoals onderwijzers en sportleraren, kunnen behulpzaam zijn bij de signalering van kindermishandeling. Daarom is het raadzaam ook voor hen informatiedagen rondom het onderwerp kindermishandeling te houden. Nu de huidige Meldcode slechts ziet op artsen, kan het invoeren van een speciaal voor beroepshalve derden ontworpen Meldcode Kindermishandeling tevens een nuttige bijdrage leveren aan de aanpak van kindermishandeling in Nederland.

Ik heb in deze scriptie gezocht naar een situatie waarin het belang van het kind optimaal wordt behartigd. Ik hoop te hebben aangetoond dat, wil men het kind zo goed mogelijk beschermen, de aantasting van het medisch beroepsgeheim door de uit de Meldcode Kindermishandeling voortvloeiende meldplicht voor lief moet worden genomen. Hoewel het medisch beroepsgeheim een belangrijk uitgangspunt vormt in de medische wereld en twee feitelijke en noemenswaardige doelen dient, moet het in bepaalde gevallen opzij (kunnen) worden gezet. Een starre omgang met het medisch beroepsgeheim is ook niet nodig, nu in de literatuur en jurisprudentie mogelijkheden zijn ontwikkeld om het beroepsgeheim opzij te zetten. Kindermishandeling is een dergelijk geval.

Hoewel de doorbreking van het medisch beroepsgeheim bij veel hulpverleners twijfels oproept, is de kracht van het beroepsgeheim – en zo niet van elk ander leerstuk – juist gelegen in de mogelijkheid om er in bepaalde, limitatief omschreven gevallen van af te wijken. De doorbreking van het beroepsgeheim is, gezien vanuit de ogen van een (eventueel) mishandeld kind, dan ook geen zorg, maar een zegen.

LITERATUURLIJST

- Literatuur

Baeten en Stapel-Van der Hoek 2009

P. Baeten en E. Stapel-Van der Hoek, 'Praten met kinderen over mishandeling en verwaarlozing. Kinderen vertellen vaak een ander verhaal dan hun ouders', *Tijdschrift Kindermishandeling* 2009-2, p. 24-28.

Bannier e.a. 2008

F.A.W. Bannier e.a., *Beroepsgeheim en verschoningsrecht. Handboek voor de advocaat, medisch hulpverlener, notaris en geestelijke*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2008.

Ten Berge en Bakker 2005

I.J. Ten Berge en A. Bakker, *Veilig thuis? Handreiking voor het beoordelen en bespreken van veiligheid van kinderen in hun thuissituatie*, Utrecht: NIWZ Jeugd/Expertisecentrum Kindermishandeling 2005.

Bilo en Voorhoeve 2005

R.A.C. Bilo en H.W.A. Voorhoeve, *Kind in ontwikkeling: een handreiking bij de observatie van jonge kinderen*, Maarssen: Reed Business 2005.

Doek 2008

J.E. Doek, 'Aanpak kindermishandeling zwak', *Medisch Contact* 2008-9, p. 4.

Ten Have, Van Leeuwen en Ter Meulen 2003

H. ten have, E. van Leeuwen en R. ter Meulen, *Medische ethiek*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2003.

IGZ 2008

IGZ, *Afdeling Spoedeisende hulp van ziekenhuizen signaleert kindermishandeling nog onvoldoende: gebroken arm nog te vaak een ongelukje*, Den Haag: IGZ 2008.

Janssen 2008

L. Janssen, 'Starre omgang met het beroepsgeheim is onnodig', *Tijdschrift Kindermishandeling* 2008-1, p. 30-31.

Jeugd en Gezin 2007

Jeugd en Gezin, *Actieplan aanpak kindermishandeling. Kinderen veilig thuis*, Den Haag: Jeugd en Gezin 2007.

Kastelein 2007

W.R. Kastelein, 'Big Brother is watching you. In het belang van het kind?', *TvGR* 2007, p. 417-427.

KNMG 2004

KNMG, *Van wet naar praktijk. Deel 4: toegang tot patiëntgegevens*, Utrecht: KNMG 2004.

KNMG 2008

KNMG, *Artsen en Kindermishandeling. Meldcode en Stappenplan*, Utrecht: KNMG 2008.

Leenen en Gevers 2000

H.J.J. Leenen en J.K.M. Gevers, *Handboek Gezondheidsrecht. Deel 1: rechten van mensen in de gezondheidszorg*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2000.

Ohlsen 2008

P. Ohlsen, 'Wat zeg ik tegen een ouder als ik me zorgen over een kind maak?', *Tijdschrift Kindermishandeling* 2008-1, p. 44-45.

Ploem 2008

M.C. Ploem, 'Zorgvuldig handelen bij vermoedens van kindermishandeling. Kanttekeningen bij de nieuwe KNMG-Meldcode', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2008, p. 592-598.

Prins 2008

C. Prins, 'Spreken voor, niet over het kind', *Nederlands Juristenblad* 2008, p. 1983.

Remans 2005

J. Remans, *De boom van goed en kwaad. Over bio-ethiek, biotechniek, biopolitiek*, Leuven: Acco 2005.

Van Veen, De Jong en Kastelein 2004

E.B. Van Veen, E.J.C. de Jong en W.R. Kastelein, *Het beroepsgeheim, continuïteit en verandering*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2004.

De Vries 2009

F. de Vries, ‘Chronisch probleem met langdurige gevolgen’. Ruth Gilbert over nieuw onderzoek in The Lancet’, *Tijdschrift Kindermishandeling* 2009-1, p. 30-33.

De Vries en Wiegersma 2007

K.M. de Vries en P.A. Wiegersma, *Knelpunten signalering kindermishandeling*, Groningen: UMCG 2007.

VSNU 2003

VSNU, *Nederlandse Artseneed*, Utrecht: VSNU 2003.

Wolzak en Ten Berge 2005

A. Wolzak en I. Ter Berge, *Kindermishandeling. De aanpak in Nederland*, Amsterdam: SWP 2005.

- Websites
 - <http://www.amk-nederland.nl/overhetamk.advies.php>.
 - <http://www.amk-nederland.nl/overhetamk.onderzoek.php>.
- Wetgeving
 - Wet van 1 juni 1985, Stb. 60.

JURISPRUDENTIELIJST

- HR 29 juni 2004, *NJ* 2005, 273.
- HR 24 januari 2006, *NJ* 2006, 109.

BIJLAGE 1

SIGNALERINGSPROTOCOL KINDERMISHANDELING VOOR DE ACUTE HULP

Naam invuller

Functie

Datum

Wie vergezelt het kind (relatie t.a.v. het kind)?

De 9 W's van SPUTOVAMO

1. Welk Soort letsel(s)?
Kneus, steek, brand, snij, etc.

2. Welke Plaats (aangeven in de tekening)?

3. Welke zijn de Uiterlijke kenmerken?
Kleur, vorm, randen, etc

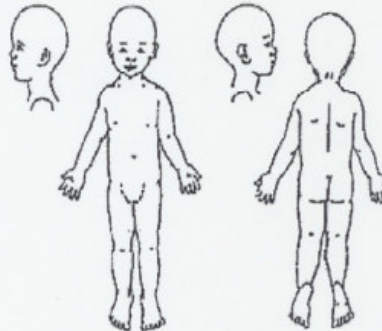
4. Wanneer is het ongeluk gebeurd?

Hoeveel Tijd geleden? _____ uur geleden

5. Wat was de Oorzaak van het ongeval?
Welke verklaring wordt ervoor gegeven?

6. Wie was de Veroorzaker van het ongeval?

7. Waren er Anderen bij aanwezig? Wie?



- Is dit een gebruikelijke plaats voor dit soort letsels?
☐ JA ☐ NEE

- Ziet het letsel er gebruikelijk uit?
☐ JA ☐ NEE

- Klopt uiterlijk letsel met opgegeven ouderdom?
☐ JA ☐ NEE

- Klopt deze verklaring met soort, plaats en uiterlijk van het letsel?
☐ JA ☐ NEE ☐ TWIJFELACHTIG

- Is de veroorzaker meegekomen naar het Centrum Eerste Hulp?
☐ JA ☐ NEE ☐ NVT

- Zijn er getuigen meegekomen?
☐ JA ☐ NEE ☐ NVT

8. Welke Maatregelen werden genomen door de ouders, opvoeders, anderen?

.....
.....

★ Was de ondernomen actie adequaat?
☐ JA ☐ NEE

Zo nee waarom niet?

.....

9. Welke Oude letsels zijn er te zien?

.....
.....

★ Is er gekeken naar oude letsels? ☐ JA ☐ NEE
Waren er oude letsels te zien? ☐ JA ☐ NEE

Welke?

.....

Hebt u een vermoeden dat er sprake is van kindermishandeling?

☐ JA ☐ NEE

Hebt u een vermoeden dat er sprake is van verwaarlozing?

☐ JA ☐ NEE

Welke actie hebt u ondernomen?

.....
.....
.....
.....

BIJLAGE 2

Signalering kindermishandeling op de SEH

Definitie van kindermishandeling

Kindermishandeling is in elke vorm van lichamelijke of emotionele geweldpleging die kinderen overkomt, niet door een ongeval maar door toedoen of nalaten van ouders (??) waarbij afwijkingen bij het kind ontstaan of verwacht wordt dat deze zullen ontstaan.

Onderzoek van het kind

Kijk het kind zorgvuldig na. Ontkleed het kind geheel. Inspecteer de huid op blauwe plekken of eventueel andere verwondingen. Beschrijf dit zo volledig mogelijk, denk b.v. aan plaats, kleur (oud?), oorzaak, etc. Bekijk de verzorgingstoestand en de voedingstoestand van het kind. Kijk naar de reacties van ouders c.q. verzorgers. Eventueel kan er verdere diagnostiek plaats vinden, zoals röntgenfoto's, intoxicatie onderzoek en/of gynaecologisch onderzoek.

Kindermishandeling?

Denkt men dat de mogelijke oorzaak van het ongeval kindermishandeling is, dan kan er contact opgenomen worden met de dienstdoende kinderarts (of met het Advies en Meldpunt

Kindermishandeling (AMK)

Als er een matig vermoeden is van kindermishandeling kan ook contact op worden genomen met de huisarts. Mogelijk heeft deze meer informatie over het kind en het gezin.

Als het vermoeden matig-ernstig is: probeer dan om het kind de volgende dag retour te laten komen op de speciale spoedplaatsen op de kinderopvang. Daar kan het kind dan mogelijk verder onderzocht worden.

Als het vermoeden zeer ernstig is probeer dan het kind in overleg met de ouders op te laten nemen. Laat de behandelend arts zonodig contact opnemen met de kinderarts.

Informeren van de ouders

Reageer nooit boos en beschuldig ouders niet. Zeg dat men zich zorgen maakt en dat het kind verder onderzoek nodig heeft. Overleg van tevoren samen wanneer het gesprek met de ouders wordt aangegaan, hoe ga je dat aanpakken.

Invullen van het SPUTOVAMO-formulier

De behandelend arts vult (in principe) het formulier volledig in. Denk aan het ponsplaatje en de datum. Vraag of het kind eerder in een ziekenhuis is geweest, en zo ja, waarvoor. Probeer een juist beeld te krijgen van de toedracht van het ongeval en/of van de klacht.

Eerst dient de bovenste helft van het formulier ingevuld te worden. Probeer bij ieder kind alert te blijven en vul het niet klakkeloos in. Als er in de bovenste helft van het formulier één of meer keer "nee" is ingevuld, vul je ook de onderste helft in. Dit zijn de negen W's.

Door het beantwoorden van deze vragen kun je de signalen nog beter op een rijtje zetten en het formulier zorgvuldig afhandelen.

Kom niet alleen tot een conclusie, maar overleg met een collega. Dit is van groot belang als een vermoeden bestaat van kindermishandeling. Op basis van vermoedens alleen heb je niets om mee verder te gaan.

Tot slot

Iedereen weet dat kindermishandeling een moeilijk en gevoelig onderwerp is, maar misschien kunnen we door alert te blijven en goed te registreren een aantal kinderen en ouders hulp bieden.