

# **Richtlijnen na het overlijden van Minderjarigen**

## **Deel 1: achtergrond en toepassing van de richtlijnen**

Dr. B.O. Vogelvang  
Mr. Drs. L. Janssen  
Adviesbureau van Montfoort  
*in opdracht van het Ministerie van Justitie en het Ministerie van VWS*

December 2000

## Inleiding

De Ministeries van Justitie en VWS gaven in 1999 gezamenlijk opdracht voor het uitvoeren van een vervolgonderzoek naar de wijze waarop in de praktijk in ons land wordt omgegaan met vermoede gevallen van niet-natuurlijke dood van minderjarigen. Het vervolgonderzoek moest naast beschrijving van de huidige stand van zaken, ook tot een protocol leiden.

Dit protocol moest zich richten op een gezamenlijke, multidisciplinaire *afhandeling* van vermoedens door de betrokken professionele sectoren: de medische sector (huisarts, kinderarts, geneeskundige inspectie), forensisch geneeskundigen, het Advies en Meldpunt Kindermishandeling / Bureau Vertrouwensartsen, de politie, het Openbaar Ministerie, kinderbeschermers (raadsonderzoekers, gezinsvoogden) en hulpverleners in de jeugd- en volwassenzorg. Een gezamenlijke *evaluatie* van gevallen zou van de afhandeling deel moeten uitmaken.

In dit *deel 1* wordt het protocol gepresenteerd als onderdeel van een (bredere) verzameling Richtlijnen. De naamswijziging - van protocol in Richtlijnen - heeft plaatsgevonden op verzoek van de begeleidingscommissie van het onderzoek. Als titel is gekozen voor Richtlijnen na het overlijden van Minderjarigen.

In *deel 2* van de Richtlijnen wordt verslag gedaan van het ontwikkelingsproces en de daarin genomen besluiten over de Richtlijnen.

De *bijlagen* bij Deel 1 en Deel 2 zijn in een aparte uitgave opgenomen.

Een aantal concrete aspecten van de Richtlijnen is in dit rapport nog niet uitgewerkt. Dit zijn onder andere formulieren en aanwijzingen die bij de voorbereiding van de implementatie van de Richtlijnen beter in nauwe samenwerking met de direct betrokkenen kunnen worden uitgewerkt. In de inhoudsopgave van de Bijlagen is aangegeven welke aspecten dit betreft.

Bij de ontwikkeling van de Richtlijnen hebben de klankbordgroep – bestaande uit mensen die beroepsmatig bij overlijdensgevallen van minderjarigen betrokken zijn - en een begeleidingscommissie hun kennis en ervaringen ingebracht. Er is door hen met grote inzet meegewerkt aan de totstandkoming van de Richtlijnen. Op deze plaats willen wij hen hiervoor hartelijk danken.

Bas Vogelvang  
Lydia Janssen

De *begeleidingscommissie* voor de ontwikkeling van de Richtlijnen na het overlijden van Minderjarigen bestond uit de volgende leden:

Mw. Prof. Dr. I.D. de Beaufort (voorzitter): Bijzonder hoogleraar gezondheidsethiek  
Erasmus Universiteit Rotterdam  
Geneeskundige Faculteit

Mr. J.A. Hulsenbek: College van Procureurs-generaal,  
Parket Generaal Den Haag

Prof. Dr. T.B. Voorn: Hoogleraar huisartsgeneeskunde  
Rijksuniversiteit Utrecht  
Vakgroep Huisartsgeneeskunde

Prof. Dr. H.E.M. Baartman: Bijzonder hoogleraar kindermishandeling  
Vrije Universiteit Amsterdam  
Vakgroep Orthopedagogiek

Prof. Mr. J.E. Doek: Hoogleraar privaatrecht  
Vrije Universiteit Amsterdam  
Faculteit der Rechtsgeleerdheid

Mw. Drs. A.G.C Ochtman: Ministerie van Justitie,  
Directie Preventie, Jeugd en Sanctiebeleid

Mr. P.W.H.M. Francissen: Ministerie van VWS,  
Directie Gezondheidsbeleid

### 1. Achtergrond

1.1.Waarom Richtlijnen na het overlijden van minderjarigen? .....	1
1.1.1. <i>Vragen na het overlijden van minderjarigen</i> .....	1
1.1.2. <i>Problemen bij de huidige afhandeling</i> .....	1
1.2.Ontwikkeling van de Richtlijnen .....	4
1.2.1. <i>Waarom alleen Richtlijnen voor minderjarigen?</i> .....	5
1.2.2. <i>Waarom Richtlijnen voor alle overlijdensgevallen van minderjarigen?</i> .....	5
1.3.Cultuuromslag door toepassing van de Richtlijnen .....	6
1.4.Missie en doelstelling van de Richtlijnen .....	8
1.5.Korte beschrijving van de Richtlijnen.....	9
1.6.Wettelijk kader .....	11
1.7.Gebruik van dit document .....	12

### 2. Toepassing van de Richtlijnen

2.1.Doelgroep.....	13
2.1.1. <i>Overlijden</i> .....	13
2.1.2. <i>Doodsoorzaak</i> .....	13
2.2.Regionale evaluatieteams 1: evaluaties van individuele overlijdensgevallen .....	13
2.2.1. <i>Leden</i> .....	13
2.2.2. <i>Taken en verantwoordelijkheden van leden en genodigden</i> .....	14
2.2.3. <i>Taken en verantwoordelijkheden van politie en Openbaar Ministerie</i> .....	18
2.3.Regionale evaluatieteams 2: periodieke evaluaties.....	19
2.3.1. <i>Leden</i> .....	19
2.3.2. <i>Taken en verantwoordelijkheden</i> .....	19
2.4.Landelijk evaluatieteam .....	19
2.4.1. <i>Leden</i> .....	20
2.4.2. <i>Taken en verantwoordelijkheden</i> .....	21
2.5.Centraal registratiepunt en database.....	22
2.6.Evaluatie en kwaliteitszorg .....	23
2.7.Verbindingen met bestaande richtlijnen / protocollen / handboeken.....	23

# 1. ACHTERGROND

## 1.1 Waarom Richtlijnen na het overlijden van minderjarigen?

### 1.1.1 Vragen na het overlijden van minderjarigen

In Nederland overlijden jaarlijks omstreeks 1800 minderjarigen<sup>1</sup>. Het overlijden van minderjarigen is niet alleen tragisch, het is ook ongewoon, en in een deel van de gevallen is het ook te voorkomen. Het is bekend hoeveel minderjarigen er in Nederland overlijden, en meestal ook wat de doodsoorzaak is geweest, maar veel minder is bekend over de omstandigheden die hebben geleid tot het overlijden. Regelmatig blijft onduidelijk welke risicofactoren tot het overlijden hebben geleid, of wat eventueel gedaan had kunnen worden om het overlijden te voorkomen. Soms blijft onduidelijk of er een ongeluk, of een misdrijf in het spel is geweest, met name bij kindermishandeling en/of -verwaarlozing. Het komt in Nederland voor, dat kinderen die zijn overleden ten gevolge van mishandeling, verwaarlozing, of onachtzaamheid (bijvoorbeeld onjuiste medische handelingen), worden begraven of gecremeerd zonder dat sprake is geweest van een onderzoek naar de exacte toedracht en omstandigheden van het overlijden, en dat hierdoor toepassing van het strafrecht niet mogelijk is geweest.

Deze uitspraak is niet ongefundeerd: vanuit twee onderzoeken kan de conclusie worden getrokken, dat in Nederland minderjarigen kunnen overlijden zonder dat er een (gedegen) onderzoek of strafvervolgning plaatsvindt. Het eerste onderzoek betrof een onderzoek naar het melden van (vermoedens) van een niet-natuurlijke dood of onduidelijke doodsoorzaak door huisartsen<sup>2</sup>. Veel huisartsen voelen zich geconfronteerd met dilemma's en handelingsverlegenheid wanneer een minderjarige overlijdt, en hebben aarzelingen ten aanzien van justitiële bemoeienis en het doorbreken van het zwijgen.

### 1.1.2 Problemen bij de huidige afhandeling

Op basis van dit onderzoek werd in 1999 door beide Ministeries<sup>3</sup> opdracht gegeven voor een vervolgonderzoek naar de huidige en gewenste afhandeling van (vermoede) niet-natuurlijke dood en onduidelijke doodsoorzaken door huisartsen, kinderartsen, en andere beroepsgroepen (zoals politie, forensisch geneeskundige en officier van justitie)<sup>4</sup>. Dit tweede onderzoek (waarover wordt

---

<sup>1</sup> Het betreft 1800 levend geboren tot en met 18 jaar, 1500 x perinatale sterfte (rond de geboorte) en 800 x neonatale sterfte (te vroeg geboren). Toepassing van de richtlijnen zal zich dus jaarlijks richten op ten hoogste omstreeks 4100 gevallen. Naast deze overleden minderjarigen was in 1996 sprake van 870 doodgeborenen (niet in de doelgroep). De 1800 levend geboren zijn als volgt verdeeld: 900 baby's van 0-1 jaar, 500 kinderen van 1-9 jaar en 400 jongeren van 10-19 jaar. In 1998 overleden 135.700 personen van 20 jaar en ouder. In totaal overleden er in 1998 in Nederland dus 137.500 personen. Dat zijn bijna 9 personen op elke 1000 inwoners. Ongeveer 1 op de 75 personen die in Nederland overlijdt, is een minderjarige. De resterende 74 zijn 20 jaar of ouder.

<sup>2</sup> Kuyvenhoven, Hekkink en Voorn, Ned. Tijds. Geneeskunde, 1998: (2515-8). Dit onderzoek is voortgekomen uit de aanbevelingen die door de 'Commissie Hermanns' zijn gedaan in het rapport Standpunt Advies- en Meldpunten Kindermishandeling. (Standpunt van de Staatssecretaris van VWS en de Staatssecretaris van Justitie; Eindrapport Advies- en Meldpunten Kindermishandeling van de Werkgroep Meldpunt Kindermishandeling), Rijswijk, 1998: Ministerie van VWS.

<sup>3</sup> Ministerie van Justitie: DPJS, Ministerie van VWS: Directie Jeugdbeleid.

<sup>4</sup> In Deel 2 wordt verslag van dit onderzoek gedaan.

gerapporteerd in Deel 2) bevestigde de resultaten van het eerstgenoemde onderzoek. Bij de afhandeling van (vermoede) niet-natuurlijke dood en onduidelijke doodsoorzaken blijken diverse problemen aan de orde. We noemen de volgende:

1. Een gecoördineerde en systematische interventie en evaluatie bij een (vermoede) niet-natuurlijke dood of onduidelijke doodsoorzaak vindt niet of op ad hoc basis plaats. Dit probleem is vooral ontstaan omdat de *missie* van elk van de betrokken sectoren (hulpverleners, strafrecht toepassen, beschermen), die is uitgewerkt in *taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden*, en verankerd in *wetgeving*, te beperkt is. Hierdoor wordt de afhandeling van vermoede gevallen van niet-natuurlijke dood niet of onvoldoende als een *gezamenlijke* verantwoordelijkheid beschouwd. De verantwoordelijkheid hiervoor wordt eenzijdig bij één van de sectoren gelegd of door een sector genomen<sup>5</sup>. Dit leidt tot versnippering van interventie en preventie, het uitblijven van strafrechtelijk ingrijpen wanneer dat wel mogelijk is (geweest), en het in de media beschuldigen van één van de sectoren – veelal de jeugdbescherming - van onvermogen om kinderdoding te voorkomen<sup>6</sup>. Die beschuldiging is in zijn algemeenheid niet terecht. In veel gevallen was het kind, voordat het overleed als gevolg van mishandeling of verwaarlozing, niet bij de Raad voor de Kinderbescherming bekend.
2. Medewerkers in de verschillende sectoren zijn onvoldoende op de hoogte van elkaars werkwijze en de achtergronden daarvan bij de afhandeling van vermoedens. Zo is niet altijd bij geneeskundigen en hulpverleners bekend wat de mogelijkheden en de route voor strafrechtelijke vervolging van (vermoede) daders zijn, welke mogelijkheden zij zelf hebben om hun vermoedens van mishandeling of verwaarlozing te melden, en wat daarvan de juridische en professionele gevolgen zijn. Anderzijds is niet altijd voor bijvoorbeeld politiefunctionarissen duidelijk, wat de juiste strategieën en interventies zijn voor het beschermen van kinderen (broertjes of zusjes in het gezin, toekomstige zwangerschappen) en het op gang brengen van verwerking van het verlies en andere hulp aan ouders en kinderen.
3. Met name de positie van de huisarts is zeer ongunstig en moet hier apart worden genoemd. Deze constateert in veel gevallen als eerste beroepsmatig dat een kind is overleden. Deze huisarts staat na het overlijden van een kind voor dilemma's:
  - a. In veel gevallen het vaststellen van de doodsoorzaak erg moeilijk.
  - b. Dit, en ook het mogelijk 'op het spel zetten' van de relatie die de arts met de ouders heeft, belemmert hem bij het toelaten van twijfels aan een natuurlijke doodsoorzaak en het kunnen / mogen doorbreken van het beroepsgeheim (zwijgplicht).
  - c. Een huisarts wordt niet vaak wordt geconfronteerd met het overlijden van minderjarigen, en heeft daarom in de meeste gevallen weinig ervaring kunnen opdoen met het ter sprake brengen van (onderzoek naar) de doodsoorzaak. De huisarts beschikt ook niet over een procedure om (onderzoek naar) de dood ter sprake te brengen en tegelijkertijd de ouders niet onmiddellijk in een kwaad daglicht te stellen.

---

<sup>5</sup> Het gaat hier overigens ook om het besef van verantwoordelijkheid in de samenleving. Durfee stelt in dit verband, dat programma-ontwikkeling naar aanleiding van gezamenlijke evaluaties niet alleen door professionals, maar in samenwerking met het informele netwerk (familie, vrienden, burens) van gezinnen moet plaatsvinden. Omdat dit nu niet gebeurt, zal ook het besef van verantwoordelijkheid voor het beschermen van kinderen (en daarmee mogelijk voorkomen van overlijden van kinderen) in de gemeenschap minder toenemen: *'The whole task is essentially impossible without the community. We will move toward enabling those around a child to have more involvement in our systems and more accountability for their failure to support children they are capable of serving'*. (Durfee, M. (1989): Fatal Child Abuse: intervention and prevention. Protecting children, Spring 1989, pp 9-12).

<sup>6</sup> Public Child Fatality Review Committee (1986): Report. New York: authors.

- d. De huisarts staat bovendien alleen voor deze taak. De huisarts die wél meldt dat hij geen verklaring natuurlijke dood kan afgeven wordt nu en dan geconfronteerd met een slecht opgeleide schouwarts en het ontbreken van feedback door de Officier van Justitie. Pas (veel) later hoort de huisarts dat er niets mee is gedaan. Hij staat er (ook) dan alleen voor. De taken en bevoegdheden van Justitie zijn voor veel huisartsen onbekend terrein, en de huisarts kent de mensen niet persoonlijk. Hij introduceert voor zichzelf en anderen (de ouders) allerlei onzekerheden door geen verklaring natuurlijke dood af te geven.
- e. Wanneer de arts naar buiten brengt dat hij een vermoeden heeft van mishandeling of verwaarlozing, doorbreekt hij zijn zwijgplicht en komt hij in een conflict van plichten. De arts moet bereid zijn dit risico te nemen. Dit geldt ook voor het risico van een civielrechtelijke vordering die tegen hem kan worden ingediend door de ouders. Een en ander kan jaren duren en dit kan het functioneren van de arts sterk negatief beïnvloeden. Mentaal kan dit voor een arts slopend zijn. Dit alles staat haaks op de wens van de arts alleen maar hulp te willen verlenen. Zelf als een klacht niet ontvankelijk wordt verklaard, snijdt het toch diep in. De arts moet een advocaat bekostigen, zich over veel juridische zaken informeren, hij kan niet meer openlijk spreken, en kan niet meer 100% geconcentreerd werken. Voor veel artsen is het een schrikbeeld. Specialisten krijgen hierbij veel financiële en mentale steun, bijvoorbeeld vanuit het Ziekenhuis. De huisarts is een kleine zelfstandige en moet het zelf regelen. Er is geen tijd voor overleg met andere huisartsen.

Kortom: Toelaten van twijfels en het doorbreken van het beroepsgeheim heeft voor de arts in elk geval zware persoonlijke en soms ook juridische en professionele gevolgen, en de huisarts is in veel gevallen ook onvoldoende voor deze situatie opgeleid. De huisarts beschikt niet over een standaardprocedure, geldend bij alle overlijdensgevallen, waardoor deze dilemma's hem uit handen worden genomen, waardoor ook de relatie met de ouders / familie zuiver kan blijven, en hij al zijn aandacht kan richten op zijn werk als arts.

4. Wanneer geen sprake is van gezamenlijk en systematisch evalueren van gevallen van (vermoede) niet-natuurlijke dood, is er gerede kans dat de effectiviteit van actieve preventie van kindermishandeling of verwaarlozing in het gezin vermindert. Het kan hier gaan om bescherming van aanwezige broertjes / zusjes van het slachtoffer, of het signaleren - en eventueel beschermen - van nieuwe kinderen in het gezin (baby's, pleeg- of stiefkinderen) in de toekomst, en de opvang en hulp aan gezinsleden en andere nauw betrokkenen, die met de plotselinge dood van een kind worden geconfronteerd.
5. Het niet gezamenlijk en systematische evalueren heeft ook als gevolg, dat op lokaal niveau lacunes binnen en tussen de sectoren onvoldoende worden gesignaleerd en verholpen. Het kan hier gaan om concrete handelwijzen, communicatielijnen en gemaakte afspraken, maar ook om taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden:
  - a. Concrete verbeteringen worden niet op landelijk niveau vertaald in aanpassingen van bevoegdheden / verantwoordelijkheden. Hierdoor blijft de situatie in stand dat er op lokaal niveau a) geen aanpassingen plaatsvinden omdat dat op lokaal niveau niet mag, b) wel aanpassingen plaatsvinden, maar pas nadat fatale gevallen hebben plaatsgevonden en c) verschillen ontstaan in de wijze van afhandeling.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Montfoort, A. Van (1993): Kindermishandeling en Justitie. Amsterdam: VU Uitgeverij, p. 145

- b. Resultaten van ad-hoc evaluaties leiden niet op regionaal en landelijk niveau tot ontwikkeling en verbetering van (zorg)programma's, gericht op primaire en secundaire preventie van meer extreme vormen van kindermishandeling en -verwaarlozing.
- c. Een niet te onderschatten probleem bij het ontbreken van gezamenlijke evaluaties is, dat de betrokken professionals elk voor zich een antwoord moeten vinden op de gevoelens van schuld, onmacht, woede, verdriet, die het overlijden van een kind (ook) bij hen veroorzaakt.
- d. Er is sprake van verlies van gegevens, en het daardoor ontbreken van een goed overzicht. Er is geen sprake van consequente, uniforme en systematische registratie van afhandeling van (vermoede) niet-natuurlijke dood en onduidelijke doodsoorzaken *binnen* elk van de sectoren en uitwisseling van informatie *tussen* sectoren. In de *centrale* registratie door het CBS is daardoor sprake van onderrapportage van casussen. Het 'registratieprobleem' kent aspecten van:
  - Beperking van uitwisselingen van informatie door bestaande wetgeving t.a.v. bescherming van persoonsgegevens. Wanneer bijvoorbeeld het OM in het geval van een strafrechtelijk onderzoek naar de toedracht van de dood van een kind besluit tot seponeren, kunnen de gegevens niet meer naar bijvoorbeeld het AMK worden overgedragen.
  - Ontbreken van een uniforme systematiek (format). Zo wordt bijvoorbeeld door de AMK's wel geregistreerd dat een kind is overleden, maar niet wat de (vermoedelijke) doodsoorzaak geweest is.
  - Verlies van gegevens door onbekendheid met de mogelijkheden, slordigheid, onzekerheid, vrees voor mogelijke gevolgen, etc. Op dit moment gaan registratiegegevens over vermoede gevallen verloren, omdat bijvoorbeeld huisartsen niet alle vermoedens bij de politie melden, en de politie niet alle meldingen van huisartsen registreert.

Samenvattend kan worden gezegd, dat er bij de afhandeling van (vermoede) niet natuurlijke dood en bij onduidelijke doodsoorzaken sprake is van een situatie waarin overleden kinderen onvoldoende recht wordt gedaan. In deze situatie ziet met name de behandelend arts zich, vaak als enige, voor dilemma's geplaatst die niet bij de rol en functie van artsen thuishoren.

## 1.2 De ontwikkeling van de Richtlijnen

Op basis van de problemen die in de vorige paragraaf zijn beschreven mag duidelijk zijn, dat de ontwikkeling van een beleid en procedure voor gezamenlijke, op elkaar afgestemde afhandeling vereist is. De Ministeries van Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben hiertoe begin 2000 opdracht gegeven. De Richtlijnen na het Overlijden van Minderjarigen (hierna: Richtlijnen), zijn het resultaat van een onderzoek naar aanleiding van deze opdracht, waarbij een klankbordgroep met vertegenwoordigers vanuit de huisartsgeneeskunde, kindergeneeskunde, forensisch geneeskunde, Openbaar Ministerie, politie, Raad voor de Kinderbescherming en AMK's / vertrouwensartsen werd samengesteld. Door deze groep werd de huidige en gewenste afhandeling van (vermoede) niet-natuurlijke dood en onduidelijke doodsoorzaken in de eigen en andere beroepsgroep beschreven. Op basis van de gewenste afhandeling werd een reeks opties voor Richtlijnen opgesteld, die werden beoordeeld door de klankbordgroep. Het resultaat van deze beoordeling werd in de begeleidingscommissie van het onderzoek van commentaar voorzien.

Het resultaat van deze gezamenlijke zoektocht is, dat *alle* overlijdensgevallen - niet alleen de 'verdachte' overlijdensgevallen - van minderjarigen middels de Richtlijnen volgens een uniforme systematiek worden onderzocht, waarbij primair nagegaan wordt of er bij het overlijden menselijk handelen in het spel geweest is, en dat - indien hiervan sprake blijkt - zo mogelijk strafrecht wordt toegepast.

In het verlengde van toepassing van deze Richtlijnen kan de kennis over het hoe en het waarom van het overlijden van minderjarigen vermeerderen, en kunnen voor het voorkomen van nieuwe, vermijdbare overlijdensgevallen activiteiten worden ontworpen en in gang gezet. Ook kan door toepassing van de Richtlijnen meer duidelijkheid ontstaan, hoe de gemeenschap (betrokkenen, instellingen, overheden) op de dood heeft gereageerd: hoe vond het onderzoek plaats? Wat is er vastgelegd aan gegevens? Wat is de kwaliteit van de samenwerking tussen instanties en van de dienst- en zorgverlening aan nabestaanden geweest? Zijn er afspraken gemaakt over taken en verantwoordelijkheden, en zijn er initiatieven genomen om nieuwe overlijdensgevallen te voorkomen?

### ***1.2.1 Waarom alleen Richtlijnen voor minderjarigen?***

Minderjarigen bevinden zich in een bijzondere positie. In de Nederlandse samenleving worden de ouders gezien als de eerst verantwoordelijken voor de verzorging en opvoeding van hun kind. Het gezin en de familie worden gezien als privé-domein. Onze wetgeving sluit zich hierbij aan. Zo moeten de ouders bijvoorbeeld voor medische behandeling of hulpverlening toestemming geven, en de minderjarige zelf mag maar beperkt beslissen over allerlei zaken. De overheid neemt de opvoedingsverantwoordelijkheid van ouders niet over, maar schept voorwaarden die ouders helpen. De overheid heeft echter ook de verantwoordelijkheid om op te treden als ouders, en de aanvullende steun en zorg die zij krijgen, geen adequate verzorging en opvoeding meer kunnen waarborgen. Wanneer een kind overlijdt, moet de overheid kunnen ingrijpen in het gezag van andere kinderen in het gezin, wanneer blijkt dat ook zij mogelijk gevaar lopen. Dit is een belangrijk argument geweest om aparte Richtlijnen voor minderjarigen te ontwikkelen.

### ***1.2.2 Waarom Richtlijnen voor alle overlijdensgevallen van minderjarigen?***

Aanvankelijk was de ontwikkeling van de Richtlijnen gericht op alleen die overlijdensgevallen, waarbij een verband met kindermishandeling en/of -verwaarlozing evident was, of kon worden vermoed. In de loop van de ontwikkeling is de reikwijdte van de Richtlijnen echter verbreed tot alle overlijdensgevallen van minderjarigen.

Hieraan liggen drie redenen ten grondslag:

1. Wanneer *niet* alle overlijdensgevallen onder de Richtlijnen komen te vallen, *blijft* er sprake van een bepaalde afweging en selectie. Dit zou in het overgrote deel van de gevallen nog steeds de taak van de behandelend arts blijven. Deze arts zou hiermee niet van de dilemma's worden verlost die in de vorige paragraaf zijn beschreven. Er zou vrijwel niets aan de situatie veranderen. De dilemma's rond het niet afgeven van een verklaring van natuurlijke dood zouden dezelfde blijven, maar nu verschuiven naar het al dan niet toepassen van de Richtlijnen. Door te kiezen voor alle overlijdensgevallen, en de verplichting om deze voor een eerste toets aan een forensisch geneeskundige voor te leggen, verandert de situatie wel.
2. Ouders zouden zich, door een *selectief* toepassen van Richtlijnen, onmiddellijk als verdachten beschouwd voelen. In gevallen waarin deze ouders niets te verwijten valt zou dit niet alleen onterecht zijn, en aanleiding kunnen geven tot klachten of procedures, maar zou dat bij ouders - boven op het verlies van hun kind – als een extra klap aankomen. Ook geeft

het selectief toepassen van de Richtlijnen aanleiding tot twijfels in de directe omgeving van de ouders: 'Er komt een onderzoek, dus er zal wel iets aan de hand zijn'. Wie ontkracht dan deze geruchten? Het toepassen van de Richtlijnen bij alle overlijdensgevallen als een normale, gebruikelijke procedure, waarbij 'verdacht zijn' helemaal niet aan de orde is, voorkomt dit.

3. Het niet signaleren, en daardoor te weinig rapporteren van aan kindermishandeling en/of -verwaarlozing gerelateerde overlijdensgevallen wordt verder teruggedrongen door voor alle overlijdensgevallen te kiezen. Veel symptomen van kindermishandeling en/of -verwaarlozing zijn voor de behandelend arts niet eenvoudig te constateren. Bij het overlijden van een minderjarige gaat het mogelijk om een misdrijf. Indien dat het geval is, moet het recht zijn beloop hebben. Door te kiezen voor alle overlijdensgevallen, is de kans hierop het grootst.

De verplichting om alle overlijdensgevallen voor een eerste toets aan een forensisch geneeskundige voor te leggen, vereist een aanpassing van de Wet op de Lijkbezorging.

### **1.3 Cultuuromslag door toepassing van de Richtlijnen**

De invoering van de Richtlijnen heeft het karakter van een cultuuromslag inzake het omgaan met het overlijden van kinderen door de samenleving. Dit vindt nu nog plaats in een context, waarin niet de rechten van het (overleden) kind, maar de rechten van ouders op privacy en de rechten van de geneeskundige op geheimhouding prevaleren. De 'compassie' met de betrokkenen staat voorop. Met de invoering van de Richtlijnen wordt daar van afgestapt. De rechten van het kind prevaleren, en indien nodig, worden deze rechten via het strafrecht bewaakt. De 'controle' van deze rechten staat nu voorop. Privacy van ouders en geheimhoudingsplicht van artsen verdienen bescherming, maar komen na het overlijden van minderjarigen op de tweede plaats. In de doelstelling van de Richtlijnen (zie 1.2) staat kort gezegd daarom de afweging "*strafrecht: ja of nee*" centraal.

Daarom staan in de Richtlijnen ook de *onmiddellijke* evaluaties, direct na het overlijden van minderjarigen, op de eerste plaats. Periodieke evaluaties, met het oog op registratie en preventie van het overlijden van minderjarigen zijn ook van belang, maar komen op de tweede plaats.

Het gaat bij cultuuromslag in de eerste plaats om bijzondere positie van het kind. Daarnaast past deze omslag in de huidige trend in Nederland, waarin duidelijk wordt gepleit voor uitbreiding van de mogelijkheden in beleid en praktijk om kindermishandeling en -verwaarlozing aan te pakken. Te noemen vallen het meldrecht van artsen bij (vermoede) kindermishandeling of -verwaarlozing bij het AMK, de bemoeienis van de overheid rond het goed functioneren van AMK's, de versterking van de functies van consultatiebureaus ten aanzien van signalering van kindermishandeling en/of -verwaarlozing, het recente RAAK-initiatief, en het debat over de mogelijkheden om bij jonge en/of alleenstaande ouders aan te dringen op het volgen van opvoedingscursussen, of deze zelfs te verplichten.

Deze trend zien we ook in het buitenland. In de eerste plaats noemen we de USA, waarin sinds eind jaren 80, in navolging van Californië, in alle 50 staten richtlijnen na het overlijden van minderjarigen zijn ontwikkeld en ingevoerd. De '*Child fatality protocols*', '*Child death review*

*boards'* en '*Child death evaluation teams'* hebben bij het besluit tot ontwikkeling van de Richtlijnen een belangrijke rol gespeeld<sup>8</sup>.

Dichter bij huis zien we dat het melden van kindermishandeling in vele Europese landen een recht, en in sommige landen (Engeland, Frankrijk, Scandinavische landen) een plicht is voor betrokken professionals<sup>9</sup>. Met het uitsluitend melden op basis van vrijwilligheid nam Nederland tot voor kort een uitzonderingspositie in. Deze uitzonderingspositie werd voornamelijk verdedigd met het argument, dat het ontwikkelen of vasthouden van de vertrouwensrelatie met de ouders / opvoeders wordt gezien als de belangrijkste voorwaarde voor (het motiveren voor) hulpverlening. Dit zou niet meer goed mogelijk zijn indien degene die deze vertrouwensrelatie heeft, ook degene is die moet melden. Dit argument is echter niet valide, als degene die hulp verleent of de ouders daartoe motiveert, zich daarmee in de positie plaatst van enige persoon die afweegt of de rechten van het kind voldoende zijn gewaarborgd. Na het overlijden van een kind komt daar bij, dat men dan ook als enige afweegt of het strafrecht toegepast moet worden. Het consulteren van een collega-arts (vertrouwensarts) is een verplaatsing van het probleem van de behandelend arts naar de vertrouwensarts: als de behandelend arts niet meldt of aangifte doet, staat de vertrouwensarts voor het dilemma om dit al of niet te doen.

Bij de ontwikkeling van de Richtlijnen is ervoor gekozen dat deze op *alle* overlijdensgevallen van toepassing zijn. De discussie over meldplicht versus meldrecht bij (vermoede) kindermishandeling en/of –verwaarlozing speelt daardoor geen enkele rol bij het in gang zetten van de Richtlijnen. Het is in deze Richtlijnen namelijk verplicht, dat behandelend artsen bij *alle* overlijdensgevallen een forensisch geneeskundige inroepen<sup>10</sup> (zie 1.5). Deze geeft op basis van onderzoek een verklaring natuurlijke dood af, of niet. Bij een afgifte van een verklaring van natuurlijke dood is de toepassing van de Richtlijnen - op een administratieve afhandeling na - ten einde. In zeer veel gevallen zal dit het geval zijn, bijvoorbeeld bij minderjarigen die als gevolg van een ziekte overlijden.

Hoewel rond het *in gang zetten* van de Richtlijnen de discussie over meldplicht versus meldrecht dus irrelevant is, kan *later* bij de afhandeling het meldrecht wel een rol spelen: naarmate de forensisch geneeskundige meer vragen en onduidelijkheden aantreft, wordt de toepassing van de Richtlijnen verlengd, waarbij ook een multidisciplinaire evaluatie, en eventueel, naar aanleiding daarvan, aangifte van strafbare feiten in beeld komen. Bij een multidisciplinaire evaluatie wordt – naast andere betrokkenen - de behandelend arts ook uitgenodigd. Een vertrouwensarts (AMK) is hierbij ook aanwezig. Tijdens de evaluatie *kan* deze arts daardoor gebruik maken van zijn

---

<sup>8</sup> In alle 50 staten zijn (in elke county) teams operationeel. De implementatie is geschied onder leiding van de National Center for Fatality Review. De teams zijn doorgaans zelf verantwoordelijk voor de case-management rond de afhandeling van het vermoeden. Deze taak blijkt het lastigst bij zeer jonge kinderen, omdat daarbij heel specifieke kennis over pedagogiek / opvoeden, ontwikkeling van kinderen en medische aspecten is vereist. In veel staten ondersteunen teams op staatsniveau de lokale teams en verzamelen zij data voor landelijk beleid. Heropening van geseponeerde zaken en veroordeling van daders, soms na jaren, komt voor. Teams zijn seriemoorden op het spoor gekomen, en het doden van kinderen om de verzekeringspremie. Lokale multidisciplinaire en intersectorale samenwerking is verbeterd door veel teams. Preventieprogramma's voor heel jonge kinderen zijn door het werk van deze teams lokaal ingevoerd. (Child Abuse Review 1995 special: Durfee & Tilton-Durfee: Multiagency Child Death Review Teams; experience in the United States.p. 378-9)

<sup>9</sup> Zie Van Unen, A. (1998): Kindermishandeling over de grens. Utrecht: NIZW.

<sup>10</sup> Het is overigens in Nederland nu reeds gebruikelijk dat een forensisch geneeskundige wordt opgeroepen door politie of ambulancedienst wanneer personen (ook minderjarigen) in de openbare ruimte overlijden (bijvoorbeeld bij een verkeersongeluk) en wanneer er geen behandelend arts is.

meldrecht richting AMK. Dit recht geldt overigens ook voor andere professioneel bij het bij het gezin betrokkenen, zoals hulpverleners in de jeugdzorg of volwassen-GGZ.

#### **1.4 Missie en doelstelling van de Richtlijnen**

***Missie:***

Elk kind dat door (het nalaten van) menselijk handelen om het leven komt, is er één teveel. Het vertrouwen van de samenleving in de betrokkenheid, mogelijkheden en daadkracht van de politiek rond dit thema dient te worden versterkt.

Het overlijden van kinderen door (het nalaten van) menselijk handelen, waaronder door fatale kindermishandeling en -verwaarlozing, is niet uit te bannen, maar dient vaker te worden voorkomen:

- Vervolging van daders dient vaker plaats te vinden en vaker succesvol te zijn.
- Verschillen in afhandeling, en daarmee rechtsongelijkheid, dienen te worden opgeheven.
- Door het bevorderen van samenwerking en uitwisseling, en het invoeren van systematiek op het gebied van registratie, interventie, preventie en evaluatie dienen energie en middelen van de betrokken instellingen en beroepsgroepen gebundeld te worden.

Het bieden van hulp aan en bescherming van andere in het gezin wonende kinderen dient te worden verbeterd.

### ***Doelstelling:***

De Richtlijnen na het overlijden van Minderjarigen zijn gericht op:

- Het systematisch nagaan of bij het overlijden van minderjarigen menselijk handelen in het spel geweest is, en - indien hiervan sprake is - zo mogelijk toepassing van strafrecht,
- Het bieden van hulp aan en bescherming van andere in het gezin wonende kinderen,
- Een beter begrip van het hoe en waarom van het overlijden van minderjarigen: het waar mogelijk verbeteren van het onderzoek naar het overlijden, en in dat verband ook op ontwikkeling en invoering van eenduidige registratie en protocollen ten aanzien van onderzoek bij bepaalde doodsoorzaken (bijvoorbeeld wiegendood) en/of bepaalde instanties (bijvoorbeeld ziekenhuizen),
- Verbetering van de communicatie en samenwerking (-verbanden) tussen instanties die met het overlijden van minderjarigen te maken hebben,
- Het verbeteren van de zorg- en dienstverlening aan nabestaanden, en
- Het identificeren en stimuleren van mogelijkheden voor wetgeving, beleid en gerichte actie door provincies, gemeenten en gemeenschappen om het vermijdbaar overlijden van minderjarigen terug te dringen en de veiligheid en gezondheid van kinderen te verbeteren, zowel op de korte als lange termijn.

## **1.5 Korte beschrijving van de werkwijze**

De Richtlijnen vormen een stapsgewijze en bindende (aan wetgeving verbonden) aanpak na het overlijden van minderjarigen.

De forensisch geneeskundige heeft een eerste, cruciale rol. Hij wordt bij alle overlijdensgevallen betrokken<sup>11</sup>. Zijn aanwezigheid is nodig, omdat de bevoegdheid om een verklaring natuurlijke dood af te geven onder deze Richtlijnen niet meer bij de behandelend, eerst aanwezige arts ligt, maar bij de forensisch geneeskundige.

De behandelend arts is in alle gevallen verplicht om na het overlijden van een minderjarige de forensisch geneeskundige in te roepen (via de GGD). Daarmee wordt het dilemma om deze deskundige al dan niet in te roepen, definitief uit handen van de behandelend arts genomen.

De arts hoeft zelf zijn eventuele twijfels over een natuurlijke dood niet meer met de ouders / betrokkenen te delen, maar kan volstaan met de mededeling dat het een *standaardprocedure* is dat er een tweede arts bij komt, en (afhankelijk van de situatie waarin het kind is overleden) dat het kind vooralsnog moet blijven liggen. Hierdoor ontstaat voor de arts ook de (emotionele) ruimte om zich geheel op de eerste opvang en begeleiding van de betrokkenen te kunnen richten. De forensisch geneeskundige komt altijd naar de plaats waar het kind is overleden (huis, ziekenhuis, openbare ruimte, etc). De procedure kan niet telefonisch worden afgehandeld.

De forensisch geneeskundige bepaalt, aan de hand van eenduidige criteria, of de evaluatie van het overlijden naar een breder, interdisciplinair verband moet worden overgedragen. Dat is vereist wanneer er vragen of tegenstrijdigheden zijn over een natuurlijke doodsoorzaak, en zeker wanneer de doodsoorzaak met menselijk handelen, zoals kindermishandeling en/of -

---

<sup>11</sup> Dat is in veel gevallen nu reeds gebruikelijk. Zie voetnoot 10.

verwaarlozing, in verband moet, of kan worden gebracht. De forensisch geneeskundige kan daartoe voor overleg contact opnemen met een patholoog.

Indien de forensisch geneeskundige besluit dat een gezamenlijke evaluatie niet is vereist, kan door hem een verklaring van natuurlijke dood worden afgegeven en vindt afhandeling plaats van de noodzakelijke registratie die bij de Richtlijnen hoort. De toepassing van de Richtlijnen is in dat geval ten einde. De ‘bemoeienis’ is zeer kort geweest, en heeft zich beperkt tot een ‘check’ door een forensisch geneeskundige.

Indien een evaluatie plaats gaat vinden, moet de behandelend arts (daarin zo nodig ondersteund door de forensisch geneeskundige) de betrokkenen duidelijk maken dat het team binnen 36 uur bijeen zal zijn geweest en er na twee dagen volledige duidelijkheid zal zijn over de kant die men op zal gaan.

De forensisch geneeskundige neemt in alle gevallen contact op met de Officier van Justitie<sup>12</sup>. Naarmate het overlijden van het kind door de forensisch geneeskundige duidelijker in verband kan worden gebracht met (mogelijk) strafbare feiten, zal hij de Officier van Justitie eerder adviseren een onderzoek te beginnen. Het gaat hier om de meer evidente gevallen, waarin kinderen om het leven blijken te zijn gebracht of door grove nalatigheid / onachtzaamheid van anderen zijn overleden. In die gevallen legt de Officier van Justitie beslag op het lichaam van de minderjarige, en wordt sectie uitgevoerd om de doodsoorzaak vast te stellen. Een onderdeel van de Richtlijnen is, dat de Officier van Justitie daarvoor eerst overleg voert met de patholoog. In niet alle gevallen is namelijk sectie mogelijk of wenselijk, en deze praktijk behoeft verbetering. Dat geldt ook voor het rapporteren aan de behandelend arts van de resultaten van de sectie, door de Officier van Justitie. Deze is daartoe in de Richtlijnen voortaan verplicht. De behandelend arts blijft hierdoor niet in het ongewisse.

Indien de forensisch geneeskundige vooral stuit op tegenstrijdigheden, onduidelijkheid en onbeantwoorde vragen, zal hij de Officier van Justitie niet direct adviseren een onderzoek te starten. In juist die gevallen is een bijeenkomst van een interdisciplinair samengesteld team zeer gewenst, om meer duidelijkheid over de zaak te krijgen. Daarom *moet* de forensisch geneeskundige in die gevallen besluiten tot een gezamenlijke onmiddellijke evaluatie van het overlijdensgeval. Deze evaluatie vindt plaats in interdisciplinair verband, in regionale evaluatieteams, die in het kader van de Richtlijnen werken. Er zijn meerdere regionale teams, verspreid over de provincies en grote steden. Deze teams bespreken het overlijdensgeval op zo kort mogelijk termijn.

In de regionale evaluatieteams zijn een forensisch geneeskundige (voorzitter) en medewerker van de Raad voor de Kinderbescherming vaste leden van het team. Een derde vast lid is een kinderarts wanneer het gaat om wiegendood, peri- en postnataal overlijden van pasgeborenen, mogelijke medische fouten en het overlijden van kinderen in ziekenhuizen. De vertrouwensarts is het derde vaste lid (in plaats van de kinderarts) bij zaken waarbij mogelijk kindermishandeling en/of -verwaarlozing in het spel is geweest. Een vierde vast lid is een (onafhankelijk) jurist, die het team adviseert over de wenselijkheid en mogelijkheid van aangifte. Het team wordt aangevuld met betrokkenen vanuit de casus (de huisarts of medewerker van de ambulancedienst bijvoorbeeld) of specialisten (bijvoorbeeld een kinderarts of forensisch psychiater), die voor de evaluatie worden uitgenodigd. De evaluaties worden geregistreerd door de GGD.

---

<sup>12</sup> Dat was voorafgaand aan de invoering van de Richtlijnen ook al vereist.

Deze vaste en uitgenodigde leden brengen hun expertise en ervaring in om de aanleiding / voorgeschiedenis, directe oorzaak en omstandigheden van het overlijden zoveel als mogelijk vast te stellen, en om te besluiten of aangifte wordt gedaan (door de forensisch geneeskundige) van een (mogelijk) strafbaar feit. Het team is daartoe verplicht als daartoe aanleiding bestaat. Dit besluit wordt door de vaste leden van het team gezamenlijk genomen, waarbij de forensisch geneeskundige een beslissende stem heeft.

Ter toetsing van het besluit om al dan niet aangifte te doen, wordt een samenvatting van elke evaluatie aan de Officier van Justitie toegezonden. Op basis daarvan kan het openbaar ministerie zelf besluiten of alsnog een onderzoek wordt begonnen.

Bij de uitvoering van het onderzoek worden de regionale evaluatieteams indien gewenst ondersteund door een landelijk team.

Het Openbaar Ministerie (Officier van Justitie) en de politie zijn zelf bij deze onmiddellijke evaluaties niet aanwezig<sup>13</sup>. De informatie die bij het OM en politie bekend is over de betrokkenen kan wel worden ingebracht bij deze evaluaties. De medewerker van de Raad voor de Kinderbescherming draagt hier zorg voor, omdat deze over wettelijke bevoegdheid beschikt deze informatie op te vragen.

Indien een strafrechtelijk / opsporingsonderzoek reeds gestart is, kunnen onmiddellijke evaluaties ook plaatsvinden. Naast de forensisch geneeskundige kan ook de Officier van Justitie hiertoe besluiten. Ook dan zijn het Openbaar Ministerie en de politie niet aanwezig. Bij deze evaluaties is het nemen van het besluit om al dan niet aangifte te doen, niet meer het hoofddoel. De bijeenkomst is in die gevallen vooral gericht op een reconstructie van de voorgeschiedenis en de directe aanleiding en omstandigheden van het overlijden.

De vaste leden van het regionale evaluatieteam worden regelmatig aanvullend getraind en alle teams werken met een identiek script. De resultaten van onmiddellijke evaluaties kunnen - indien nodig – dienen voor het ondersteunen van strafrechtelijk ingrijpen, of voor het richten van interventies en verbeteren van communicatie en afspraken.

Het evalueren van overlijdensgevallen door regionale evaluatieteams is niet publiek toegankelijk, en specifieke details die kunnen leiden tot identificatie van betrokkenen, worden nooit naar buiten gebracht, tenzij aangifte wordt gedaan bij het Openbaar Ministerie.

Leden en genodigden van regionale evaluatieteams zijn daartoe reeds verplicht door bestaande wetgeving, en ondertekenen daartoe een aanvullend document.

Zowel de forensisch geneeskundige als regionale teams werken met vaste, elkaar aanvullende registratiesystematiek. Hierdoor wordt het mogelijk dat de doodsoorzaak van elke minderjarige accuraat wordt vastgesteld en dat er gelijkaardig over wordt gerapporteerd.

---

<sup>13</sup> Om diverse redenen compliceert dit een goede afhandeling van overlijdensgevallen. In deel 2 wordt hierop dieper ingegaan. Een belangrijke punt hierbij is dat nieuwe, belastende informatie, die een Officier van Justitie of politiefunctaris ter ore komt indien zij bij een evaluatie aanwezig zijn, hen kan verplichten een onderzoek te starten. Zij mogen dat echter tijdens die evaluatie niet zeggen, en ook mag die informatie verder in het strafrechtelijk onderzoek niet meer worden gebruikt..

Periodieke evaluaties zijn gericht op preventie van overlijdensgevallen van minderjarigen. Hierbij worden alle recente overlijdensgevallen in de regio opnieuw geëvalueerd, waarbij voor elke casus de vraag wordt beantwoord of het overlijden te vermijden was geweest, en zo ja, hoe (onder welke omstandigheden, door welke acties) dat had gekund. Bij deze evaluaties wordt het team uitgebreid met vertegenwoordigers van onder andere het Openbaar Ministerie, de inspecties voor gezondheid, jeugdzorg en onderwijs, en de GGD. De resultaten van deze evaluaties kunnen dienen voor het voorstellen van maatregelen rond veiligheid, gezondheid, en preventie van kindermishandeling en/of –verwaarlozing, het vaststellen van trends of behoeften in gemeenschappen / gezinnen, het verbeteren van communicatie en afspraken, en het vaststellen van opleidingsbehoeften.

De dagelijkse, operationele leiding van de Richtlijnen ligt bij een landelijk team, ondergebracht bij de GGD, dat de verantwoordelijkheid heeft voor het instellen, in stand houden en opleiden van de regionale teams, continue beschikbare ondersteuning van regionale teams, het verzamelen van informatie (registraties en evaluatierapporten) op landelijk niveau en onderbrengen hiervan in een database, en de jaarrapportage, waarin aan de ministeries verantwoording wordt afgelegd en adviezen worden opgenomen om vermijdbare overlijdensgevallen op landelijk of regionaal niveau terug te dringen.

## **1.6 Wettelijk kader**

De Richtlijnen zijn gebaseerd op de bestaande mogelijkheden om persoonsgegevens uit te wisselen en te bewaren, en op een aanpassing van de Wet op de Lijkbezorging voor de Richtlijnen. De Richtlijnen zijn bindend na het overlijden van elke minderjarige in Nederland. *Deze paragraaf dient nader te worden geëxpliciteerd wanneer de Richtlijnen in het kader van een pilot / experiment worden geïmplementeerd.*

## **1.7 Gebruik van dit document**

In dit document worden de achtergrond en toepassing van de Richtlijnen na het overlijden van Minderjarigen uiteengezet. De richtlijnen die worden genoemd, evenals in revisies opgenomen wijzigingen hiervan, zijn bindend voor landelijke en regionale evaluatieteams. Het document is te gebruiken als handleiding en naslagwerk voor het landelijke evaluatieteam en regionale evaluatieteams, de afzonderlijke instanties die aan toepassing van de Richtlijnen een bijdrage leveren, en andere belangstellenden. Het document is niet vertrouwelijk en mag aan iedereen worden overhandigd.

Revisies van deze handleiding worden aan alle leden van evaluatieteams individueel toegezonden, aan alle instanties die aan de Richtlijnen een bijdrage leveren, en alle overige personen / instanties die om toezending hebben verzocht.

## **2. TOEPASSING VAN DE RICHTLIJNEN<sup>14</sup>**

---

<sup>14</sup>De bijlagen bij deze Richtlijnen zijn opgenomen in een aparte uitgave. Veel van deze bijlagen zijn nog niet uitgewerkt. Het betreft formulieren en specifieke instructies die als onderdeel van de implementatie van de Richtlijnen met de betrokkenen zelf moeten worden ontwikkeld en getoetst.

## **2.1 Doelgroep**

### **2.1.1 Overlijden**

De Richtlijnen zijn van toepassing op alle minderjarigen, ongeacht nationaliteit, die in Nederland overlijden. Het betreft alle minderjarigen met een geboorteverklaring en minderjarigen welke perinataal (bij de geboorte) of neonataal (na te vroege geboorte) overlijden<sup>15</sup>.

Kinderen die dood geboren worden, vallen niet onder de Richtlijnen.

### **2.1.2 Doodsoorzaak**

Zowel de natuurlijke en niet-natuurlijke gevallen van overlijden, als onduidelijke doodsoorzaken van minderjarigen vallen onder de Richtlijnen:

De doodsoorzaken die worden onderscheiden zijn beschreven in de ICD-10 (International Classification of Diseases, 10e versie, World Health Organization, zie bijlage).

## **2.2 Regionale evaluatieteams 1: evaluaties van individuele overlijdensgevallen**

### **2.2.1 Vaste leden**

- Forensisch geneeskundige (voorzitter)
- Kinderarts en/of Vertrouwensarts (AMK)
- Medewerker Raad voor de Kinderbescherming
- Onafhankelijk jurist
- Andere betrokkenen (huisarts, forensisch psychiater, hulpverleningsinstelling, patholoog) worden afhankelijk van de casus uitgenodigd.

Vertegenwoordigers van het Openbaar Ministerie en de politie zijn geen vast lid. Deze kunnen worden uitgenodigd bij een evaluatie indien strafrechtelijk / opsporingsonderzoek reeds gestart is en/of wanneer deze het gezin heeft gemeld bij de Raad voor de Kinderbescherming of AMK. Het Openbaar Ministerie kan ook tot een onmiddellijke evaluatie besluiten, maar ook dan is de Officier van Justitie hierbij niet aanwezig. Bij deze evaluaties is het nemen van het besluit om al dan niet aangifte te doen, niet meer het hoofdoel. De bijeenkomst is in die gevallen vooral gericht op een reconstructie van de voorgeschiedenis en de directe aanleiding en omstandigheden van het overlijden.

### **2.2.2 Taken en verantwoordelijkheden van leden en genodigden**

De gang van zaken bij onmiddellijke evaluaties ‘in vogelvlucht’ is op de volgende bladzijde afgebeeld in een stroomdiagram. Lang niet alle overlijdensgevallen van minderjarigen worden geëvalueerd. De forensisch geneeskundige die na het overlijden wordt ingeroepen speelt bij het besluit hierover een belangrijke rol.

---

<sup>15</sup> In Nederland worden peri- en neonataal overleden kinderen in het overlijdensregister opgenomen, waarbij vanuit emotioneel oogpunt op verzoek van de ouder(s) ook de voor- en achternaam van het kind kunnen worden vermeld. (K.Boele-Woelki (2000): De registratie van perinatale sterfte in de ICBS-lidstaten. FJR / 4: p.69)

Wanneer er wel een evaluatie plaatsvindt, is het team als geheel verantwoordelijk om zo spoedig mogelijk een compleet beeld samen te stellen van de omstandigheden waaronder en de oorzaak waardoor de minderjarige is overleden, en op basis daarvan aanbevelingen te doen voor eventuele vervolgacties door het team zelf, of door derden. Elk teamlid is verantwoordelijk voor het naar voren brengen van alle informatie die vanuit de discipline en beroepsuitoefening bij kan dragen aan dit beeld, en aan deze aanbevelingen. Het samen brengen van informatie kan leiden tot een verbeterd, maar ook nieuw of ander beeld van de omstandigheden of doodsoorzaak.

▪ Taken van de forensisch geneeskundige die na het overlijden wordt ingeroepen.

1. Alle overlijdensgevallen van minderjarigen in de regio worden bij de forensisch geneeskundige gemeld. De forensisch geneeskundige verzekert zich ervan dat dit gebeurt. Voor het vaststellen van de doodsoorzaak en het afgeven van een verklaring natuurlijke dood is zonder uitsluit bij alle overlijdensgevallen vereist dat de behandelend arts een forensisch geneeskundige inroept. De forensisch geneeskundige besluit al dan niet een verklaring natuurlijke dood af te geven.
2. Prioriteit: Postmortaal onderzoek uitvoeren op de plaats waar het kind is overleden / aangetroffen.
3. Op basis van het onderzoek vaststellen of sectie vereist is. Bij de besluitvorming over onderzoek en sectie is contact met een patholoog, de politie en Officier van Justitie vereist.
4. Formulier A innemen van politie/brandweer/ambulancedienst of behandelend arts/waarnemer. Door de eerst aanwezige wordt binnen 4 uur op standaardformulier A gerapporteerd over de omstandigheden waaronder het kind is overleden. Het rapport gaat (na forensisch deskundige en eventueel het evaluatieteam) uiteindelijk naar het centraal registratiepunt.
5. Formulier B invullen. De forensisch geneeskundige gebruikt standaardformulier B, inhoudelijk identiek aan het formulier A dat na het eventuele onderzoek bij de overlijdensverklaring wordt gevoegd. Het rapport gaat bij onmiddellijke evaluatie eerst naar het evaluatieteam, en in alle gevallen uiteindelijk naar het centraal registratiepunt.
6. Bij evaluatie: Formulieren A en B naar voorzitter evaluatieteam zenden.
7. Tijdens evaluaties informatie geven over de omstandigheden van overlijden, de (vermoedelijke) doodsoorzaak en mogelijkheden voor interventies.

▪ Taken van de voorzitter van het evaluatieteam: forensisch geneeskundige.

1. Aannemen van berichtgeving en rapportage van forensisch geneeskundigen van alle overlijdensgevallen van minderjarigen in de regio. Ondertekenen en doorsturen naar het landelijk team binnen 48 uur.
2. Met de forensisch geneeskundige die ter plaatse is, besluiten of individuele gevallen in aanmerking komen voor een onmiddellijke evaluatie. Indicatoren voor te evalueren gevallen zijn aangegeven op Formulier B<sup>16</sup>. Indien één van deze indicatoren aanwezig is, moet het overlijdensgeval worden geëvalueerd. Een deel van deze indicatoren zijn

---

<sup>16</sup>De exacte lijst zal voorafgaand aan implementatie moeten worden vastgesteld op basis van het ICD-10 systeem. Een voorbeeld van een dergelijke lijst is te zien in de bijlagen bij Deel 1, Bijlage 1, Formulier A, sectie F: *Indications for review*.

doodsoorzaken in het ICD-10 systeem die op mogelijke strafbare handelingen wijzen:

- *onduidelijke doodsoorzaak*
- *mogelijke inadequate supervisie*
- *onthouding medische zorg of verkeerde voeding / medicatie,*
- *mogelijke foutieve medische handelingen,*
- *mogelijke geweldsoorzaak,*
- *mogelijke suïcide*
- *verdrinking,*
- *verstikking,*
- *vergiftiging,*
- *verbranding*
- *elke andere herkenning van mogelijke kindermishandeling en –verwaarlozing.*

Daarnaast kunnen de volgende indicatoren tot het besluit leiden een casus te evalueren:

- *mogelijk seksueel misbruik*
- *verwondingen door wapens*
- *verwondingen met onduidelijke oorzaak*
- *elke andere verdachte omstandigheid*
- *vroegere betrokkenheid van instanties*
- *onvoldoende beschikbare informatie*
- *tegenstrijdige informatie*
- *evaluatie van de activiteiten / interventies / communicatie tussen een of meer betrokken instanties lijkt wenselijk*

3. Indien de casus niet wordt geëvalueerd: Formulier B sturen naar landelijk team.
4. Contact opnemen met bij de casus betrokkenen en hen uitnodigen voor de evaluatie. De voorzitter verzoekt hen ook om aanwezige rapportage / gegevens beschikbaar te maken voor de evaluatie door zich te richten tot de directie van de instelling waar de betrokkene werkt, of een ander direct verantwoordelijke voor het aan derden ter beschikking stellen van deze informatie. De voorzitter geeft informatie over de procedure, en stuurt / overhandigt een brief met de bevoegdheden, expertise en verplichtingen van het evaluatieteam.
5. Vaste teamleden informeren en uitnodigen. Hierbij afwegen of kinderarts of vertrouwensarts als lid wordt uitgenodigd. Bijeenkomst zo spoedig als mogelijk regelen. Landelijk team (supervisor van de betreffende regio) hiervan ook op de hoogte stellen.
6. Mogelijk maken dat alle beschikbare rapportage op de bijeenkomst ter beschikking staan van de teamleden.
7. De evaluatie voorzitten / bewaken van het evaluatieproces: samenstellen van beeld en formuleren van aanbevelingen. De volgende agenda wordt hierbij aangehouden:
  - a. Nieuwe leden en genodigden op basis van de casus ondertekenen gedragscode.
  - b. Uitleg / herinnering door voorzitter van bevoegdheden en verantwoordelijkheden
  - c. Bespreking / verhelpen van eventuele logistieke / technische problemen voor uitvoeren van de evaluatie.

## STROOMDIAGRAM: ONMIDDELLIJKE EVALUATIES

### MINDERJARIGE OVERLIJDT:

- overlijdt of wordt dood aangetroffen in openbare ruimte / thuis / in ziekenhuis
- bij overlijden / aantreffen in openbare ruimte of thuis: melding bij behandelend arts / waarnemer en 112 (GGD)

### ARTS / WAARNEMER / POLITIE / BRANDWEER / AMBULANCEDIENST:

- dood constateren
- indien kind thuis of in openbare ruimte: richtlijnen t.a.v. vervoer kind en afschermen plaats van overlijden toepassen door politie / brandweer / ambulancedienst
- indien in ziekenhuis: toepassing protocol afweging niet-natuurlijke doodsoorzaak
- ouders / direct betrokkenen inlichten over Richtlijnen
- melding of bevestiging van overlijden bij 112 (GGD) door behandelend arts / waarnemer / politie / brandweer / ambulancedienst
- inroepen forensisch geneeskundige door 112 (GGD)
- doorschakelen naar landelijke nummer Wiegendood bij 0-2 jarigen

### FORENSISCH GENEESKUNDIGE (FG):

- postmortaal onderzoek
- onderzoek context en gesprek arts / politie / brandweer / ambulancedienst
- bij 0-2 jarigen: aanvullend onderzoek wiegendood
- indien nodig consult patholoog
- formulier B invullen
- **afwegen: A) natuurlijke dood of B) niet-natuurlijke dood of vooralsnog onduidelijke doodsoorzaak**

### B. NIET-NATUURLIJKE DOOD / ONDUIDELIJKE DOODSOORZAAK:

- overleg FG met OM, politie en patholoog
- beslag van het lichaam door OM / politie
- besluit:
  - o **B1 Onderzoek OM of**
  - o **B2 Onmiddellijke Evaluatie**

### A. NATUURLIJKE DOOD:

- melding aan OM
- afgeven verklaring natuurlijke dood (FG)
- formulier B naar landelijk team (FG)
- eventueel verzoek aan ouders obductie op vrijwillige basis
- begrafenis / crematie

### B1 ONDERZOEK OPENBAAR MINISTERIE

- formulier B naar landelijk team (FG)
- onderzoek OM / politie
- eventueel: verzoek om onmiddellijke evaluatie
- sectie, na overleg patholoog
- na sectie: O.M. licht FG en behandelend arts in
- conclusie patholoog: **natuurlijke dood** (zie A) of **(waarschijnlijk) niet-natuurlijke dood** (en vervolg onderzoek).

### B2 ONMIDDELLIJKE EVALUATIE

- aanmelding casus en formulier B naar landelijk team (FG)
- uitnodiging en instructies vaste teamleden en betrokkenen bij casus (FG)
- verzameling (dossier-) informatie
- evaluatie (tussen 24 en 36 uur na overlijden)
- formulier C naar landelijk team (FG)
- besluit: aangifte ja/nee
- kopie formulier C naar O.M.

### BESLUIT O.M.: geen onderzoek

- lichaam wordt vrijgegeven
- begrafenis / crematie

### BESLUIT O.M.: onderzoek (zie B1)

### EINDE TOEPASSING RICHTLIJNEN

*Formulier A/B/C bewaard voor periodieke evaluaties*

- d. Uitwisselen van informatie over de casus, deelnemers noemen informatie of geven deze aan anderen:
    - *de forensisch geneeskundige die ter plaatse was, presenteert als eerste zijn informatie over het onderzoek op de plaats waar het kind werd aangetroffen of over het contact in het ziekenhuis, de resultaten (eventueel voorlopig) van het postmortaal onderzoek, en zijn (voorlopige) conclusie over de doodsoorzaak*
    - *betrokken ambulance-/brandweerpersoneel en/of huisarts en/of kinderarts presenteren hun materiaal.*
    - *medewerkers van EHBO en/of intensive care presenteren hun materiaal*
    - *medewerker van de Raad voor de Kinderbescherming presenteert gegevens die van de politie of het Openbaar Ministerie zijn verkregen*
  - e. Controle of alle betrokkenen de gepresenteerde informatie hebben begrepen.
  - f. Discussie: formuleren van coherent beeld over doodsoorzaak en omstandigheden
  - g. Vaststellen van te nemen stappen / strategie, inclusief besluitvorming over de vraag al dan niet aangifte te doen bij het Openbaar Ministerie.
  - h. Invullen en ondertekenen formulier C.
8. Controleren of psychosociale opvang / begeleiding/ hulpverlening aan betrokken ouders, andere kinderen en eventueel andere betrokkenen in het gezin in gang is gezet. Indien nodig deze in gang (helpen) zetten. Aansturen op onderlinge afstemming. Nagaan of hulpverlening is gericht op het reduceren van de kans op herhaling van risicosituaties in het gezin.
  9. Formulier C doorsturen naar Openbaar Ministerie en landelijk team binnen 24 uur na de evaluatie.
    - *Taken van medewerker Raad voor de Kinderbescherming (vast lid van het evaluatieteam)*
1. Op verzoek van de voorzitter van het evaluatieteam informatie opvragen over het kind, andere gezinsleden / de ouders en eventueel andere betrokkenen bij de Raad voor de Kinderbescherming zelf, het AMK, de politie en het Openbaar Ministerie. Het betreft alle informatie die tijdens de evaluatie bij kan dragen aan het formuleren van coherent beeld over doodsoorzaak en omstandigheden. De bevoegdheid die de Raadsmedewerker hiertoe heeft, wordt (nogmaals) uiteengezet in een begeleidende brief van de voorzitter van het evaluatieteam.
  2. Tijdens evaluaties informatie geven over de omstandigheden van overlijden, de (vermoedelijke) doodsoorzaak en mogelijkheden voor interventies. Het betreft hier informatie van de Raad zelf, van de politie/recherche en van het Openbaar Ministerie.
    - *Taken van Kinderarts / Vertrouwensarts (AMK) (vast lid van het evaluatieteam)*

Tijdens evaluaties informatie geven over de omstandigheden van overlijden, de (vermoedelijke) doodsoorzaak en mogelijkheden voor interventies.

- *Taken van andere betrokkenen die bij de evaluatie worden uitgenodigd.*

Het kan hier gaan om de behandelend arts / huisarts, forensisch psychiater, vertrouwensarts, medewerker van de Raad voor de Kinderbescherming, medewerker van een

hulpverleningsinstelling, die afhankelijk van de casus worden uitgenodigd:

1. Inbrengen van dossierinformatie over de overleden minderjarige en het gezin.
2. Tijdens evaluaties informatie geven over de omstandigheden van overlijden, de (vermoedelijke) doodsoorzaak en mogelijkheden voor interventies.
3. In gang zetten en coördineren van opvang / hulpverlening aan betrokken ouders, en / of andere kinderen in het gezin.

### **2.2.3 Taken van politie en Openbaar Ministerie**

#### ▪ Taken van politie / recherche

1. Assisteren van forensisch geneeskundige bij het uitvoeren van een onderzoek op de plaats vinding.
2. Strafrechtelijk / opsporingsonderzoek uitvoeren (ook: informatie / aanbevelingen vanuit evaluatie benutten voor verder onderzoek).
3. Formulier A invullen (indien politiefunctionaris het kind heeft aangetroffen) en aan forensisch geneeskundige overhandigen.
4. Ter voorbereiding van evaluaties informatie aan de Raad voor de Kinderbescherming geven over de omstandigheden van overlijden, de (vermoedelijke) doodsoorzaak en mogelijkheden voor interventies.

#### ▪ Taken van de (hulp-) Officier van Justitie

Een gerechtelijk onderzoek bij een onduidelijke of (vermoedelijk) niet-natuurlijke dood door het OM wordt uitsluitend uitgevoerd door een *daartoe opgeleide (kinder- of medisch-) Officier van Justitie*, of in elk geval gefiatteerd en getoetst door deze Officier van Justitie. Wanneer voor dit het onderzoek het beschikbare medisch dossier beoordeeld moet worden, wordt dat voor deze Officier van Justitie gedaan door de (kinder-)arts en forensisch geneeskundige die in het evaluatieteam participeren.

Taken van de Officier van Justitie zijn:

1. Buiten de evaluatie:
  - a. Besluiten of strafrechtelijk onderzoek wordt gestart.
  - b. Leiden van strafrechtelijk onderzoek.
  - c. Informeren van forensisch geneeskundige en behandelend arts over de stand van zaken.
  - d. Informeren van voorzitter van het evaluatieteam over de stand van zaken.
  - e. Navraag doen bij de Raad voor de Kinderbescherming en AMK of in het gezin van de minderjarige een onderzoek naar mishandeling of verwaarlozing plaats heeft gevonden, of plaatsvindt. Deze informatie aan forensisch geneeskundige geven.
  - f. Indien wordt geseponerd, maar toch een vermoeden bestaat van (een patroon van) kindermishandeling of -verwaarlozing, het gezin melden bij het AMK of Raad voor de Kinderbescherming. Hiertoe overleg voeren met de forensisch geneeskundige en de vertrouwensarts in het regionale evaluatieteam.
2. Ter voorbereiding van evaluatie: informatie over kinderen, ouders en andere bij het gezin betrokkenen aan Raad voor de Kinderbescherming, die bij de evaluatie kan worden ingebracht. Het betreft alle informatie die tijdens de evaluatie bij kan dragen aan het formuleren van coherent beeld over doodsoorzaak en omstandigheden.

3. Naar aanleiding van een evaluatie: besluiten, op basis van toegezonden Formulier C, of al dan niet strafrechtelijk / opsporingsonderzoek wordt gestart (zie verder 1). Voorzitter van het regionale team van dit besluit op de hoogte stellen.
4. Indien de Officier van Justitie wordt uitgenodigd bij een evaluatie:
  - a. Verschaffen van uitleg over juridische procedures en termen.
  - b. Voor zover toegestaan, informatie geven die kan bijdragen aan het vormen van een compleet beeld over de omstandigheden en doodsoorzaak.
5. Indien een strafrechtelijk / opsporingsonderzoek reeds gestart is, kunnen onmiddellijke evaluaties ook plaatsvinden in opdracht van de Officier van Justitie. Ook hierbij zijn het Openbaar Ministerie en de politie niet aanwezig. Bij deze evaluaties is het nemen van het besluit om al dan niet aangifte te doen, niet meer het hoofdoel. De bijeenkomst is in die gevallen vooral gericht op een reconstructie van de voorgeschiedenis en de directe aanleiding en omstandigheden van het overlijden.

## **2.3 Regionale evaluatieteams 2: periodieke evaluaties**

### **2.3.1 Leden**

Dezelfde vaste leden vertegenwoordigd vanuit beroepsverenigingen / koepelorganisaties, aangevuld met een vertegenwoordiger vanuit:

- het onderwijs
- de geneeskundige inspectie
- Openbaar Ministerie
- politie
- kinderrechter
- GG&GD

### **2.3.2 Taken en verantwoordelijkheden**

Periodieke evaluaties vinden elk kwartaal plaats. Deze zijn gericht op preventie van overlijdensgevallen van minderjarigen. Hierbij worden alle recente overlijdensgevallen in de regio opnieuw geëvalueerd, waarbij voor elke casus de vraag wordt beantwoord of het overlijden te vermijden was geweest, en zo ja, hoe (onder welke omstandigheden, door welke acties) dat had gekund.

De resultaten van deze evaluaties kunnen dienen voor het voorstellen van maatregelen rond veiligheid, gezondheid, en preventie van kindermishandeling en/of –verwaarlozing, het vaststellen van trends of behoeften in gemeenschappen / gezinnen, het verbeteren van communicatie en afspraken, en het vaststellen van opleidingsbehoeften.

De verantwoordelijkheid van het team als geheel is om op basis van alle onmiddellijke evaluaties, en alle rapportages van forensisch geneeskundigen welke niet tot een onmiddellijke evaluatie hebben geleid, strategieën te formuleren om toekomstige overlijdensgevallen van minderjarigen te voorkomen of in aantal te verminderen. Elk teamlid is verantwoordelijk voor het naar voren brengen van alle informatie die vanuit de discipline en beroepsuitoefening bij kan dragen aan deze strategieën.

Periodieke evaluaties zijn nadrukkelijk niet gericht op het ‘achteraf’ bekritisieren van besluiten van personen / instanties, maar als forum om informatie uit te wisselen waarmee het antwoord van de gemeenschap op het overlijden van kinderen kan verbeteren.

▪ Taken van de voorzitter: Forensisch geneeskundige.

1. Contact opnemen met en uitnodigen van teamleden voor periodieke evaluatie. Het landelijk team (supervisor van betreffende regio) ook op de hoogte stellen.
2. Mogelijk maken dat alle beschikbare rapportage op de bijeenkomst ter beschikking staan van de teamleden. Naast de overlijdensgevallen die zijn geëvalueerd betreft dit ook alle gevallen waarbij werd besloten niet te evalueren (formulier A).
3. De evaluatie voorzitten / bewaken van het evaluatieproces aan de hand van dezelfde agenda als bij onmiddellijke evaluaties, aangevuld met:
  - a. Per casus vaststellen of het overlijden voorspelbaar en vermijdbaar was.
  - b. Identificeren van strategieën ter preventie van overlijden van minderjarigen
  - c. Identificeren van trends in de omstandigheden waaronder kinderen in de regio overlijden.
4. Ondertekenen van alle formulieren D en doorsturen naar landelijk team binnen 5 dagen na de periodieke evaluatie.

▪ Taken van andere leden:

Inbrengen van expertise met het oog op het volgende:

1. Per besproken casus vaststellen of het overlijden voorspelbaar en vermijdbaar was of niet.
2. Identificeren / adviseren van strategieën ter preventie van het overlijden van minderjarigen in de regio.
3. Identificeren van trends in de omstandigheden waaronder kinderen in de regio overlijden.

## **2.4 Landelijk evaluatieteam**

### **2.4.1 Leden**

Leden van het Landelijk Evaluatieteam worden aangesteld door de Ministeries van Justitie en VWS. De samenstelling van het landelijk team is een afspiegeling van de regionale teams. De volgende beroepsgroepen / disciplines hebben een afgevaardigde in dit team:

- Forensische geneeskunde / pathologie
- Kindergeneeskunde
- Politie
- Openbaar ministerie
- GG&GD (Inspectie)
- Ambulancedienst / EHBO Ziekenhuizen
- Landelijke Werkgroep Wiegendood
- Optionele leden: Advies- en Meldpunt Kindermishandeling, Raad voor de Kinderbescherming, Bureau Jeugdzorg, e.a.

De regie van het landelijk team ligt bij GGD-Nederland.

Een deel van de leden wordt aangewezen als supervisor van een van de regionale teams.

### **2.4.2 Taken en verantwoordelijkheden**

1. Implementatie, ondersteuning en institutionalisering van de Richtlijnen, onder supervisie van de Ministeries van Justitie en VWS. Hieronder vallen:
  - In stand houden en ontwikkelen Landelijk Evaluatieteam,
  - Ontwikkeling, ondersteuning en training van efficiënte en effectieve regionale netwerken (forensische teams, Regionale Evaluatieteams),
  - Het ontwikkelen en toepassen van kwaliteitsindicatoren voor evaluaties door regionale teams en het landelijk team zelf, met nadrukkelijk inbegrip van indicatoren die het respecteren door teams van privacywetgeving aantonen
  - Ontwikkelen en verbeteren van standaard rapportage formulieren en procedures, en een landelijke database, gericht op epidemiologisch onderzoek.
  - Verzamelen en analyseren van gegevens die op patronen of risico's wijzen,
  - Verzorgen van jaarlijkse rapportage voor de ministeries, op basis van kwartaal evaluaties door regionale teams, waarin overzichten worden opgenomen van overlijdensgevallen en doodsoorzaken, omstandigheden en achtergrondgegevens bij het overlijden, aantallen en uitkomsten van gehouden regionale evaluaties, op basis waarvan aanbevelingen worden gedaan voor wetgeving, beleid en gerichte interventies / programma's,
  - Het stimuleren van provincies, gemeenten en gemeenschappen om het vermijdbaar overlijden van minderjarigen terug te dringen en de veiligheid en gezondheid van kinderen te verbeteren, zowel op de korte als lange termijn.
  
2. Het landelijk evaluatieteam is, zoals boven aangegeven, verantwoordelijk voor het signaleren van opleidingsbehoeften, het organiseren van opleiding, en uitwisseling van expertise. Het gaat hierbij nadrukkelijk niet alleen om leden van evaluatieteams, maar om de beroepsgroepen in het algemeen. Het team heeft in elk geval de taak de volgende opleiding of bijscholing te verbeteren i.s.m. bestaande opleidingsinstituten:
  - kennis / vaardigheden schouwen (kind en context, death scene investigation) door forensisch geneeskundige
  - attitude, kennis en vaardigheden t.a.v. reanimeren van politie, huisartsen en ambulancepersoneel
  - vaardigheid bij politie en forensisch geneeskundigen voor het besluiten onderzoek in te stellen en het informeren van de ouders
  - kennis over de opvoeding en ontwikkeling van kinderen, gezinsfunctioneren, kindermishandeling en/of –verwaarlozing en andere vormen van geweld in gezinnen,
  - Kennis over hulpverlening bij opvoedingsproblematiek, in het bijzonder bij kindermishandeling en/of –verwaarlozing, met het oog de gevolgen die de toepassing van de Richtlijnen en de aanbevelingen van teams op gezinnen kunnen hebben.
  - Kennis van de Officier van Justitie, huisartsen en kinderartsen over de taken en bevoegdheden van forensisch geneeskundigen en pathologen.
  
3. De verbindingsschakels tussen het Landelijke Evaluatieteam en de regionale teams zijn de leden van het landelijke team, die elk als supervisor een regio onder hun hoede hebben en in die regio als aanspreekpunt voor het Landelijke Evaluatieteam fungeren en de kwaliteitszorg/evaluatie organiseren. Alle leden die tevens supervisor van een regio zijn, hebben de volgende taken en verantwoordelijkheden:
  - Ontvangen en controleren van alle formulieren uit de regio, deze inbrengen in landelijk team voor jaarrapportage.
  - Ondersteuning van regionale teams, eventueel in samenwerking met supervisoren van

andere regio's.

- Op verzoek bijwonen van regionale evaluaties
- Inventariseren en helpen beantwoorden van opleidingsbehoeften van regionale teams
- Ondersteuning van projecten kwaliteitszorg en evaluatie van regionale teams. Door middel van een systeem van audits / intercollegiale toetsing wordt de toepassing van de Richtlijnen door evaluatieteams onderling nagegaan.

4. Fungeren als toegankelijke en responsieve informatiebron voor professionals rond alle aspecten van het onderzoeken en het voorkomen van het overlijden van minderjarigen. Hieronder vallen:

- Continue bereikbaarheidsdienst / (gratis) informatienummer.
- Bieden van concrete technische steun / aanwijzingen, verwijzingen, informatie en emotionele ondersteuning aan regionale teams rond het overlijden van minderjarigen.
- Oprichten en ontwikkelen van een ondersteuningsgroep (inclusief hotline) op psychosociaal en juridisch gebied voor deelnemers aan evaluatieteams.

## **2.5 Centraal registratiepunt en database**

De database wordt beheerd door GGD Nederland. Variabelen / velden in de database zijn in elk geval:

1. De antwoordcategorieën (variabelen) op de standaardformulieren A, B en C bij de Richtlijnen.
2. Gegevens over onmiddellijke en periodieke evaluaties (betrokkenen, duur, uitkomsten, etc.)

Op de informatie is de bestaande privacywetgeving van toepassing. De database kan alleen worden geraadpleegd door de landelijke coördinatie, het landelijk team, leden van regionale evaluatieteams (waarbij toestemming van de supervisor in het landelijk team is vereist), en derden (bijvoorbeeld onderzoeksinstituten en het CBS), onder nader vast te stellen voorwaarden.

## **2.6 Evaluatie / kwaliteitszorg**

De supervisors van regio's in het landelijk team zijn verantwoordelijk voor de evaluatie / kwaliteitszorg van regionale teams. Hieronder vallen de volgende werkzaamheden:

- Ondersteuning van de relaties van regionale teams met instellingen en instanties op het gebied van kindergeneeskunde, jeugdzorg, kindermishandeling, etc.
- Supervisie van het proces van regionale teams om tot regels en afspraken te komen of deze te wijzigen.
- Organisatie en supervisie van audits, waarbij kwaliteitscriteria voor evaluaties door regionale teams periodiek worden toegepast.
- Supervisie van het gebruik van rapportageformulieren.

Op basis van periodieke kwaliteitscontrole van de Richtlijnen worden de beroepsverenigingen geïnformeerd over mogelijkheden de communicatie tussen beroepsgroepen / sectoren structureel te verbeteren.

## **2.7 Verbindingen met bestaande richtlijnen / protocollen / handboeken**

Verbindingen worden tot stand gebracht met

- Het Landelijk Protocol Wiegendood,
- Protocol Kindermishandeling NVK
- Project medisch protocollair handelen TNO / Sophia / Rijswijk.
- Protocol vermoedens niet-natuurlijke dood Sophia Kinderziekenhuis

Bij een onduidelijk doodsoorzaak van 0-2 jarigen is de toepassing van het protocol wiegendood een onderdeel van de Richtlijnen. Afstemming van melding en registratie vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de forensisch geneeskundige.