



Kindermishandeling

Geschat wordt dat er in Nederland jaarlijks ruim 100.000 kinderen het slachtoffer zijn van kindermishandeling. In meer dan de helft van alle gevallen van fysiek geweld is er sprake van letsel in het hoofd-halsgebied. Daarom is het aannemelijk dat tandartsen (onbewust) met enige regelmaat worden geconfronteerd met mishandelde kinderen. Tandartsen hebben de morele plicht om in geval van een vermoeden van kindermishandeling actief op te treden. Dit kan door verwijzing van het kind naar een kaakchirurg, door te overleggen met de huisarts of door advies in te winnen bij een regionaal Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. De Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapie hebben eind 2007 een convenant gesloten met als intentie nauwer te gaan samenwerken om zodoende kindermishandeling eerder te signaleren.

Allard RHB, Merkesteyn JPR van, Baart JA. Kindermishandeling
Ned Tijdschr Tandheelkd 2009; 116: 186-191

Inleiding

Kindermishandeling is een ernstig maatschappelijk probleem. Enerzijds vanwege de gevolgen voor de ontwikkeling van het kind en anderzijds vanwege de omvang van het probleem.

Bij kindermishandeling wordt een onderverdeling gemaakt in verwaarlozing, mishandeling en seksueel misbruik. Verwaarlozing en mishandeling worden op hun beurt onderverdeeld in een lichamelijke en emotionele variant. Bij lichamelijke verwaarlozing kan worden gedacht aan onvoldoende verzorging, zoals slechte hygiëne, ondervoeding of eenzijdige voeding, maar ook aan het onthouden van de noodzakelijke medische of tandheelkundige zorg. Emotionele verwaarlozing houdt een gebrek aan liefde en voldoende aandacht in. Bij emotionele mishandeling wordt het kind gepest en gekleinereerd of op een voortdurend negatieve manier behandeld. Dat kan binnen het gezin, maar ook op school plaatsvinden. Kinderporno is ook een vorm van seksueel misbruik.

Volgens het onderzoek 'Kindermishandeling in Nederland anno 2005' waren in dat jaar maar liefst 107.200 kinderen tussen de 0 en 17 jaar slachtoffer van mishandeling (Van IJzendoorn et al, 2005). Dat is 30 gevallen van kindermishandeling op iedere 1.000 kinderen. Naar schatting overlijden jaarlijks ongeveer 40 tot 80 kinderen aan de gevolgen van kindermishandeling.

Op basis van deze cijfers zou men tot de conclusie kunnen komen dat de tandarts gemiddeld 12 keer per jaar met uiterlijk zichtbare kindermishandeling kan worden geconfronteerd. Maar 'slechts' 20% van alle soorten mishandelingen bestaat uit fysiek geweld en de helft daarvan betreft het hoofd-halsgebied. Omgerekend kan de tandarts-algemeen practicus zo gemiddeld eens in de 1,5 à 2 jaar met fysieke kindermishandeling worden geconfronteerd (Derks et al,

2002). Maar waarschijnlijk is dat getal nog lager, omdat de ouders of verzorgers het kind bij zichtbaar letsel thuis zullen houden en de tandartsafpraak zullen afzeggen of een baby komt vanwege de jonge leeftijd nog niet bij de tandarts.

Het vaststellen van fysieke kindermishandeling

Lichamelijk letsel bij kinderen ouder dan 9 maanden is niet abnormaal. Hun ondernemingslust, in combinatie met hun beperkte mogelijkheden om gevaarlijke situaties goed in te schatten, zorgt regelmatig voor schaafwonden, blauwe plekken en kneuzingen. Daarom is het vaststellen van kindermishandeling lastig, zeker voor een niet-getrainde beroepskracht. In vrijwel alle gevallen ontbreken harde bewijzen en is er slechts sprake van een vermoeden (Baartman, 1992).

Letsels op verschillende plaatsen en/of met verschillende genezingsstadia, kwetsuren die niet passen bij het ontwikkelingsstadium van het kind en verklaringen die niet passen bij het letsel kunnen het vermoeden van kindermishandeling doen rijzen. Het gedrag van het kind en/of de verzorgers kunnen dit vermoeden nog versterken. Opvallend in de anamnese van mishandelde kinderen is het feit dat ze met voorgaande letsels al elders een Spoedeisende Hulp post (SEH-post) hebben bezocht. Bovendien tenderen ouders van mishandelde kinderen, vaker dan anderen, van huisarts te wisselen. Echter, 'daders zijn wel geneigd om van huisarts te wisselen, maar niet van tandarts' (Aved et al, 2007). Ook kunnen de gevolgen van mishandeling soms nog jaren zichtbaar zijn in het gebit. Dus ook mishandelingen van lang geleden kunnen de tandarts onder ogen komen. Daaraan kan onder meer worden gedacht bij avitale frontelementen zonder aanwijzingen van cariës.

Om een indruk te geven van de stappen die bij het stellen



- Bij alle kinderen die op de Spoedeisende Hulppost worden gepresenteerd, worden 9 vragen, de 9 W's, beantwoord:
 - > Welk soort letsel? (kneus, steek, brand, snij, enzovoorts.)
 - > Welke plaats? (is dit een gebruikelijke plaats voor dit soort letsels?)
 - > Welke zijn de uiterlijke kenmerken? (kleur, vorm; ziet het letsel er gebruikelijk uit?)
 - > Wanneer is het ongeval gebeurd? (klopt het uiterlijk van het letsel met de opgegeven ouderdom van het letsel?)
 - > Wat is de oorzaak van het letsel? (klopt de verklaring met soort, plaats en uiterlijk van het letsel?)
 - > Wie was de veroorzaker van het letsel? (is de veroorzaker meegekomen naar de SEH-post?)
 - > Waren er anderen bij aanwezig? (zijn er getuigen meegekomen?)
 - > Welke maatregelen zijn er ondernomen? (waren de maatregelen adequaat?)
 - > Welke oude letsels zijn er te zien?
- Bij een vermoeden van kindermishandeling, wordt een tweede chirurg of kinderarts geconsulteerd voor een volledig lichamelijk onderzoek. Dat kan meestal zonder daar al te veel nadruk op te leggen. "Uw kindje is behoorlijk gevallen. Ik wil uw kindje dan ook voor de zekerheid helemaal na (laten) kijken." In het bijzonder moet worden gelet op verschillende letsels of blauwe plekken van verschillende ouderdom, brandwonden, afdrukken van handen, riemen of andere voorwerpen en mondletsels, in het bijzonder een gescheurd frenulum van tong of bovenlip, hetgeen zou kunnen wijzen op geforceerd voeden. Klopt het letsel met de leeftijd van het kind? Klopt de ouderdom van het letsel? Klopt het verhaal bij de aard van het letsel? In dit stadium wordt nooit in de status geschreven dat er een mishandeling wordt vermoed, maar wordt vooral goed vastgelegd wat er bij het kind op dat moment wordt aangetroffen en welke verklaringen er door de begeleiders worden gegeven.
- Indien de onderzoekers het na gedegen overleg niet eens kunnen worden over het vermoeden, wordt zonodig telefonisch advies gevraagd aan het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (landelijk telefoonnummer: 0900-1231230) en/of aan een maatschappelijk werker of een medewerker van de afdeling Medische psychologie van het ziekenhuis.
- Bij een vermoeden van kindermishandeling wordt het kind opgenomen of, indien dit niet mogelijk is, wordt een afspraak voor poliklinische controle gemaakt.
- In alle gevallen wordt de casus bij het AMK gemeld en wordt de huisarts – bij voorkeur telefonisch – op de hoogte gebracht.
- Ten slotte vindt een goede verslaglegging plaats. Waarom werd getwijfeld over de oorzaak van het letsel? Wat waren de bevindingen? Welke procedure is doorlopen? Met wie is er overlegd? Wat is er met de ouders afgesproken?

van de diagnose van belang kunnen zijn, wordt het protocol van de Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie beschreven in bijlage 1.

Lichamelijke mishandeling in het hoofd-halsgebied

In meer dan de helft van alle gevallen van vormen van fysieke kindermishandeling is sprake van letsel in het hoofd-halsgebied (American Academy of Pediatrics, 1999). Wanneer alleen wordt gekeken naar de gevallen van fysiek geweld gaat het in 50% van de gevallen om traumata in het hoofd-halsgebied (Jessee, 1995). Vaak betreft het stompe traumata die hebben geleid tot laceraties van de huid en/of de orale mucosa, avulsies en fracturen van gebitselementen (afb. 1) of kaakfracturen (Welbury en Murphy, 1998). Een gekneusd of gescheurd lipbandje, laesies aan de mondbodem of in de omslagplooï kunnen het gevolg zijn van gedwongen voeding. De opvatting echter dat een geïsoleerd gescheurd lipbandje pathognostisch is voor mishandeling heeft men na gedegen onderzoek sinds kort verlaten (Reading, 2007; Welbury, 2007). Dit, omdat letsel aan het lipbandje ook gemakkelijk bij zeer jonge kinderen kan ontstaan door vallen bij het leren lopen.

Elliptische verkleuringen en laceraties kunnen wijzen op beetverwondingen; karakteristiek hiervoor is een centraal gebied met ecchymose (bloeduitstorting), veroorzaakt door

Afb. 1. Trauma tijdelijke dentitie.

Afb. 2. Impetigo.

Afb. 3. Automutilatie.

Afb. 4. Automutilatie (patiënt afb. 3).



de druk van de tanden en/of door zuigen. In tegenstelling tot beten van dieren wordt bij bijtewonden door mensen zelden verlies van weefsel gezien.

Vooraf wanneer het verhaal van de ouder/verzorger of het kind niet consequent en/of kloppend is bij het letsel of wanneer het kind ongewoon reageert, is het van belang alert te zijn op kindermishandeling. Ook wanneer letsels pas na enig tijdsverloop worden gepresenteerd, dient men op z'n hoede te zijn (Paneseur, 2006).

Ongeacht of er een melding van kindermishandeling wordt gedaan of niet, de bevindingen dienen nauwkeurig te worden gedocumenteerd zodat deze later zonedig nog kunnen worden geraadpleegd (Spencer, 2004).

Een aantal afwijkingen kan ten onrechte het vermoeden oproepen van kindermishandeling. Hierbij kan onder meer worden gedacht aan spontane fracturen bij bottumoren, botziekten en ontwikkelingsstoornissen, huidafwijkingen, zoals hemangiomen of erythema multiforme, die op blauwe plekken of littekens lijken, en afwijkingen die op brandwonden lijken, zoals epidermolysis bullosa en impetigo (afb. 2). Buiten de gangbare oorzaken als ongevallen en sportletsels kunnen verwondingen ook zijn veroorzaakt door automutilatie (afb. 3 en 4), epileptische insulten of onoplettendheid bij hyperactiviteit.

Seksueel misbruik in het hoofd-halsgebied

De mondholte is in het merendeel van de gevallen de belangrijkste locatie van seksueel misbruik. Orale en/of periorale gonorrhoe en lues bij prepuberale kinderen is zelfs pathognostisch voor seksueel misbruik (Kennedy en Clark, 1992). Onverklaarbaar erytheem of petechiën op het pala-





Afb. 5. *Condylomata acuminata*.

tum, en in het bijzonder op de overgang tussen het harde en zachte palatum, kunnen wijzen op (gedwongen) orale seksuele handelingen. Ook automutilatie van de mond of de weigering de mond te openen kunnen een aanwijzing zijn voor seksueel misbruik bij kinderen. Alhoewel orale en/of periorale condylomata acuminata (afb. 5) meestal worden veroorzaakt door orogenitaal contact, moet bij het constateren van orale wratachtige aandoeningen ook rekening worden gehouden met de mogelijkheid van besmetting door eigen vingerwratten.

De aanpak van kindermishandeling

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

Eerste hulp bij kindermishandeling wordt zo mogelijk gegeven in een 'golden window of opportunity'. Hiermee wordt bedoeld dat als ouders met een mishandeld kind naar een spoedeisende hulppost gaan, ze zich meestal in een crisissituatie bevinden en zich kortdurend blootgeven. De 'gordijnen gaan even open' en er is dan kortdurend te zien wat er werkelijk gaande is. Spoedig zijn de gordijnen weer dicht en is de kans verkeken. Idealiter vindt het gesprek over de mishandeling en het aanbod van hulp in deze crisisperiode plaats en moet adequate hulpverlening er meteen, ter plekke, op aansluiten. Daarbij kunnen opvoeders die openstaan voor vrijwillige hulpverlening, worden verwezen naar een Bureau Jeugdzorg of een Ouder en Kind Centrum (OKC).

Meldcode kindermishandeling voor artsen

In september 2008 heeft Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst de 'Meldcode voor medici inzake kindermishandeling' uit 2002 herzien. De vernieuwde meldcode werd ontwikkeld in samenwerking met vele experts 'uit het veld'. De meldcode is te downloaden van de website www.knmg.artsenet.nl.

Een arts die het vermoeden heeft dat een kind het slacht-

offer is van kindermishandeling, dient daarover altijd contact op te nemen met het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) en eventueel een ter zake kundige collega, bij voorkeur een kinderarts of een vertrouwensarts inzake kindermishandeling, te consulteren. Daarbij verstrekt de arts uitsluitend geanonimiseerde gegevens. Wel vermeldt hij zijn eigen naam en werkadres. Het AMK verstrekt de arts een deskundig advies over de aanpak van (het vermoeden van) de kindermishandeling.

Een arts die weet, of op redelijke gronden vermoedt, dat er daadwerkelijk sprake is van kindermishandeling, doet daarvan melding bij het AMK. Het AMK stelt een onderzoek in en wordt regieverantwoordelijk voor de aanpak van (het vermoeden van) de kindermishandeling. De arts vraagt zo mogelijk kind en/of ouders om toestemming voor het verstrekken van de relevante gegevens aan een AMK. De arts kan deze echter ook zonder toestemming aan het AMK verstrekken. Dit betekent dat de arts zijn beroepsgeheim moet schenden. Dit is gerechtvaardigd omdat het goed hulpverlenerschap prevaleert, maar alleen indien en voor zover dat noodzakelijk is om kindermishandeling te doen stoppen of een redelijk vermoeden daarvan te doen onderzoeken.

Artsen die zich niet aan de spelregels van de meldcode houden, kunnen door de (tucht)rechter worden veroordeeld (Regionaal Tuchtcollege Zwolle 2006/ 37).

Inmiddels hebben de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) een convenant gesloten met als intentie nauwer te gaan samenwerken om zodoende kindermishandeling eerder te signaleren.

De tandheelkundige professie en kindermishandeling

Het herkennen van fysieke kindermishandeling vereist niet alleen voldoende kennis, maar ook bewustzijn bij de tandheelkundige professie. Ondanks dat het regelmatig voorkomt, heeft 86% van de Nederlandse tandartsen nog nooit een geval van kindermishandeling in de praktijk gezien (Derks, 2002). Van de tandheelkundestudenten in de Verenigde Staten weet 82,4% niet hoe ze met kindermishandeling moet omgaan. De studenten mondhygiëne scores slechts een paar procent beter (Thomas, 2006).

Omdat de tandarts-algemeen practicus daartoe niet is gekwalificeerd, is het niet zijn taak om zelfstandig de diagnose 'kindermishandeling' te stellen (Welbury, 1998; Harry, 2007). Tandartsen die op grond van zelf waargenomen objectiveerbare feiten vermoeden dat er sprake is van kindermishandeling, doen er goed aan om patiëntjes met hoofd-halsletsel (na telefonisch overleg) te verwijzen naar de kaakchirurg, die zonodig een kinderarts kan consulteren (Allard, 2002). Dit is immers een 'normale' en in de ogen van de ouders geen argwaan oproepende route. Ook is telefonisch overleg met de huisarts van het patiëntje een optie om eventueel een snelle interventie mogelijk te maken. Bij

twijfel kan altijd een controleafspraak worden gemaakt, waardoor de tandarts 1 tot 2 weken de tijd heeft om nader advies in te winnen bij een regionaal AMK.

Advies- en Meldpunten Kindermishandeling

Er zijn in Nederland, verdeeld over het hele land, 15 Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (zie de website www.amk-nederland.nl). Er is 1 landelijk telefoonnummer: 0900-1231230. Jaarlijks komen bij alle AMK's in Nederland ruim 17.000 meldingen binnen. Bij een melding vraagt de melder het AMK om actie en draagt daarbij de verantwoordelijkheid over. In de meeste gevallen zal het AMK het vermoeden van kindermishandeling met de verzorgers bespreken. Zo nodig worden meldingen gezamenlijk door het AMK en de Raad voor de Kinderbescherming behandeld. Terwijl het AMK in beginsel aanstuurt op vrijwillige hulpverlening, kan de Raad voor de Kinderbescherming in ernstige gevallen de kinderrechtverzoeken om via een civielrechtelijke maatregel een kind te beschermen. Naast het 'meldtraject' kent het AMK het 'adviestraject'. Bij adviesvragen is het niet noodzakelijk om van tevoren al duidelijk te hebben waarvoor men het AMK belt. Zaken als 'Mag/kan ik melden?', 'Hoe verhoudt zich een en ander tot het beroepsgeheim?', 'Hoe kunnen de belangen van het kind en de verzorgers het beste worden afgewogen?' en dergelijke kunnen aan de orde komen. Omdat bij adviesvragen geen directe actie wordt ondernomen, zijn de personalia van de betrokkenen niet van belang en worden daarom ook niet geregistreerd. Zelfs de adviesvrager kan desgewenst anoniem blijven.

Juridische overwegingen

Juridisch beschouwd hebben hulpverleners een meldrecht sinds 2003. Hierbij mag onder 2 voorwaarden het beroepsgeheim worden geschonden: het onderzoek moet op medisch verantwoorde wijze hebben plaatsgevonden en er moeten redelijke, dan wel invoelbare gronden aanwezig zijn om te vermoeden dat kindermishandeling de oorzaak van de problemen van het kind is. Hierbij zij nog opgemerkt dat in de jurisprudentie expliciet is gesteld dat de afweging om tot melding over te gaan een hoogst persoonlijke afweging van de betreffende hulpverlener is en dat rechters niet gerechtvaardigd zijn om in deze afweging te treden. In sommige staten van de Verenigde Staten van Amerika bestaat er een meldplicht en wordt het niet aangeven van een vermoeden van kindermishandeling als een misdrijf beschouwd (Sfikas, 1999; Senn et al, 2001). De invoering van een meldplicht kan echter de autonomie van de professionele hulpverlener in het geding brengen. In Nederland wordt meer geappelleerd aan de professionele verantwoordelijkheid die hulpverleners – ook met een behandelrelatie – hebben voor het welbevinden/welzijn van kinderen. Hulpverleners moeten in de belangenafweging tussen rechten van kinderen en ouders de keuze vóór kinderen willen maken.

Discussie

Tot op heden is er in de tandheelkunde weinig aandacht besteed aan het verschijnsel kindermishandeling. Het convenant dat eind 2007 tussen de NMT, de LHV en het KNGF is gesloten moet uiteindelijk leiden tot handvatten voor de tandarts-algemeen practicus hoe om te gaan met het vermoeden van kindermishandeling.

Uit de voorgestelde route via de kaakchirurg, de huisarts of het AMK zou kunnen worden opgemaakt dat de tandarts zijn verantwoordelijkheid niet durft te nemen en zijn dilemma's doorschuift naar andere gezondheidswerkers. Toch is vooralsnog, na uitvoerige gesprekken met deskundigen en meerdere vertrouwensartsen van het AMK, voor deze indirecte aanpak gekozen totdat tandartsen beter zijn geschoold in het herkennen en opvangen van gevallen van kindermishandeling. Informatieve artikelen, landelijke voorlichtingscampagnes en het incorporeren van het onderwerp in het tandheelkundig curriculum, zoals dat nu al bij ACTA het geval is, zijn daarbij zeer wenselijk.

Literatuur

- > Allard RHB, Baart JA, Becking AG. Diagnostiek en beleid bij (verdenking op) kindermishandeling. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2002; 109: 91-94.
- > American Academy of Pediatrics: *Oral and dental aspects of child abuse and neglect*. Committee on Child Abuse and Neglect and Ad Hoc Work Group on Child Abuse and Neglect. *Pediatrics* 1999; 104: 348-350.
- > Aved BM, Meyers L, Burmas EL. Challenging dentistry to recognize and respond to family violence. *J Calif Dent Assoc* 2007; 35: 555-563.
- > Baartman HEM, Montfoort AJ van. *Kindermishandeling*. Utrecht: Data Medica, 1992.
- > Derks A, Frankenmolen FW, Meurs JM. Welke rol speelt de tandarts bij het ontdekken van kindermishandeling? *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2002; 109: 260-263.
- > Harry JC, Sidebotham PD, Welbury RR. Safeguarding children in dental practice. *Dent Update* 2007; 34: 508-517.
- > Ijzendoorn MH van, Prinzie P, Euser EM, et al. *Kindermishandeling in Nederland anno 2005*. De nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM-2005). Leiden: Cashmir publishers, 2005.
- > Jessee S. Orofacial manifestations of child abuse and neglect. *Am Fam Physician* 1995; 52: 1829-1834.
- > Kennedy JP, Clark DH. Child abuse. In: Clark DH (ed.). *Practitioner forensic odontology*. Oxford: Wright, 1992.
- > Panesear J, Sinha KJ, Acharya P, Jafar H, Bower EJ, Harrison VE, Newton JT. The management of abuse: 2. Child abuse. *Dent Update* 2006; 33: 433-438.
- > Reading R. Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenum and intra-oral injuries. *Child Care Health Dev* 2007; 33: 650-651.
- > Regionaal tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle. *Casus 2006/37*. *Tijdschr Gezondheidsrecht* 2006; 7: 538-539.
- > Senn DR, McDowell JD, Alder ME. Dentistry's role in the recognition of domestic violence, abuse and neglect. *Dent Clin North Am* 2001; 45: 343-363.

- > *Sfikas PM*. Reporting abuse and neglect. *J Am Dent Assoc* 1999; 130: 1797-1799.
- > *Spencer DE*. Child abuse: dentists' recognition and involvement. *J Calif Dent Assoc* 2004; 32: 299-303.
- > *Thomas JE, Straffon L, Inglehart MR*. Child abuse and neglect: dental and dental hygiene students' educational experiences and knowledge. *J Dent Educ* 2006; 70: 558-565.
- > *Welbury RR, Murphy JM*. The dental practitioner's role in protecting children from abuse. 2. The original signs of abuse. *Br Dent J* 1998; 184: 61-65.
- > *Welbury RR*. Torn labial frenum in isolation not pathognomonic of physical abuse. *Evid Based Dent* 2007; 8: 71.

Summary

Child abuse

It is estimated that in the Netherlands over 100.000 children per year are victims of child abuse. In more than 50% of the cases of physical abuse there is a trauma of the head and neck area. Therefore, it is likely that (without realizing it) dentists are regularly confronted with cases of child abuse. Dentists have an ethical duty to take positive action in cases of suspected child abuse. They may refer the patient to an oral surgeon, consult the family physician or ask the advice of the 'Advies- en Meldpunt Kindermishandeling' (Advice and Report Centre for Child Abuse). The Dutch Dental Association, the Dutch Association of Family Physicians and the Royal College of Physiotherapists have signed a formal agreement to promote closer cooperation in identifying child abuse more quickly.

Bron

R.H.B. Allard^{1,2}, J.P.R. van Merkesteyn¹, J.A. Baart²

Uit 'de afdeling Mondziekten Kaak- en Aangezichtschirurgie van het Leids Universitair Medisch Centrum en 'de afdeling Mondziekten en Kaakchirurgie van het VU Medisch Centrum/Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam

Datum van acceptatie: 19 mei 2008

Adres: dr. mr. R.H.B. Allard, LUMC, postbus 9600, 2300 RC Leiden
r.h.b.allard@wxs.nl