

# Het opvolgen van (een vermoeden van) kindermishandeling

## Het opvolgen van (een vermoeden van) kindermishandeling

1	Wat is kindermishandeling?.....	1
1.1	Definitie .....	1
1.2	Vormen .....	1
1.3	Prevalentie / Incidentie .....	3
2	Gevolgen .....	4
2.1	Fysieke gevolgen .....	4
2.2	Psychische gevolgen .....	5
2.3	Cognitieve en intellectuele gevolgen .....	5
2.4	Neurobiologische gevolgen .....	5
2.5	Sociaal – emotionele gevolgen .....	6
2.6	Gevolgen voor de omgeving.....	6
2.7	Sterfte.....	7
3	Theoretisch Kader: ontstaan, risicofactoren – beschermende factoren.....	7
3.1	Ontstaan .....	7
3.2	Risicofactoren .....	10
3.3	Beschermende factoren: .....	12
4	Signalering .....	13
4.1	Inschatten van risicofactoren en beschermende factoren .....	13
4.2	Strategieën van signalering.....	17
4.3	Signaleringsinstrumenten .....	17
5	Stappenplan.....	18
6	Specifieke vormen .....	19
6.1	Failure to thrive (FTT).....	19
6.2	Shaken baby Syndroom .....	21
6.3	Excessief huilen.....	24
	Bijlage 1: Signalenlijst .....	26
	Bijlage 2: Stappenplan bij een vermoeden van kindermishandeling volgens de Nederlandse JGZ-richtlijn. ....	31
	Bijlage 3: opzet en resultaten van het literatuuronderzoek .....	32
	a) Wat is het doel van het literatuuronderzoek .....	32
	b) Zoekstrategie (zoektermen) en resultaten.....	32
	Referentielijst .....	34

# 1 Wat is kindermishandeling?

## 1.1 Definitie

Op de website van de Vlaamse Vertrouwenscentra Kindermishandeling (VK) worden volgende definities van kindermishandeling gehanteerd: ‘*Kindermishandeling en –verwaarlozing is iedere situatie waarin het kind slachtoffer is van geweld van fysieke, psychische of seksuele aard, en dit actief of passief.*’ (www.kindermishandeling.org).

Nederland hanteert de volgende definitie: ‘*Kindermishandeling is elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel.*’

In de definitie die in Nederland wordt gehanteerd staat de bedreigende en gewelddadige aard van de interactie centraal, evenals de al dan niet passieve of actieve betrokkenheid van de minderjarige. Ook schade die nog niet wordt opgelopen, maar wel *dreigt* te worden opgelopen, wordt hierin vervat. In beide definities wordt vertrokken vanuit het belang van vroegtijdige hulpverlening waarin het belang van het kind centraal staat.

De internationale vereniging ter voorkoming van kindermishandeling en -verwaarlozing (International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect of ISPCAN) en de Wereldgezondheidsorganisatie adviseren de volgende definitie: ‘*Child abuse or maltreatment constitutes all forms of physical and/or emotional ill-treatment, sexual abuse, neglect or negligent treatment or commercial or other exploitation, resulting in actual or potential harm to the child’s health, survival, development or dignity in the context of a relationship of responsibility, trust or power.*’ (Butchart, 2006).

## 1.2 Vormen

Er kunnen 5 verschillende vormen onderscheiden worden. (Wagenaar-Fischer, 2007; Butchart, 2006)

- Lichamelijke mishandeling
- Lichamelijke verwaarlozing
- Psychische mishandeling
- Psychische verwaarlozing
- Seksueel misbruik

### 1.2.1 Lichamelijke mishandeling

Hiervan is sprake wanneer de dader lichamelijk geweld tegen het kind gebruikt zoals slaan, schudden, schoppen, bijten, knijpen, branden, gooien, snijden, bevriezen, verwringen van ledematen,...

Bijzondere vormen zijn:

- Shaken baby syndroom

Hierbij wordt de baby hevig heen en weer geschud. Het babyhoofdje is nog relatief groot, en de nekspieren zijn nog niet voldoende ontwikkeld, waardoor het erg beweegt wanneer er met het kind wordt geschud. Dit kan leiden tot neurologische afwijkingen zoals een centraal motorische stoornis,

visuele problemen, gedragsstoornissen t.g.v. een hersenletsel. Hoe jonger het kind, hoe ernstiger de gevolgen (zie §6.2).

- Münchhausen by Proxy syndroom

Bij deze vorm van mishandeling worden door de ouders/verzorgers fysieke of psychische klachten bij het kind nagebootst, verzonnen, veroorzaakt, uitvergroot of aangepraat. De ouder houdt de arts voor dat het kind een ernstige ziekte heeft waarvoor behandeling nodig is, uit nood naar aandacht. Het kind ondergaat hierdoor een aantal onnodige medische onderzoeken en behandelingen. Dit wordt ook wel *Pediatric Condition Falsification* genoemd of *Factitious Disorder by Proxy* (Stirling, 2007)

### **1.2.2 Lichamelijke verwaarlozing**

Bij lichamelijke verwaarlozing heeft de ouder geen oog voor het lichamenlijk welzijn van het kind en verwaarloost de verzorging op vlak van voeding, hygiëne en kleding. Voorbeelden van lichamelijke verwaarlozing zijn het onvoldoende verzorgen, in de kou of regen laten staan, opzettelijk in gevaarlijke situaties achterlaten, ontoereikende of ongeschikte voeding geven, geen of onvoldoende medische verzorging verlenen. Ook het niet gebruik maken van de diensten van de jeugdgezondheidszorg kán wijzen op verwaarlozing (Van Puyenbroeck, 2007).

### **1.2.3 Psychische mishandeling**

Hieronder vallen verbale dreigingen, vernederingen, sociale isolatie, intimidatie, het stellen van onredelijke eisen die het kind niet aankan. De dader zal het kind bijvoorbeeld uitschelden, snauwen, vitten op het kind, het opsluiten of met de dood bedreigen, het bang maken, of eindelijk verbieden (Van Puyenbroeck, 2007). Door het verbaal geweld leeft het kind in angst en onzekerheid. Het krijgt te horen dat het niet gewenst is, altijd alles verkeerd doet of het wordt volledig genegeerd. Deze uitspraken hoeven niet steeds rechtstreeks naar het kind te gebeuren, maar worden eveneens gedaan tegenover derden in bijzijn van het kind.

### **1.2.4 Psychische verwaarlozing**

Hierbij schiet de ouder tekort in het geven van aandacht aan het kind, in de vorm van liefde, warmte en bescherming. Voorbeelden hiervan zijn het kind achterlaten, geen toezicht kunnen houden, het onthouden van pleziertjes, of het afwijzen. Ook cognitieve verwaarlozing, zoals het onthouden van onderwijs, valt onder psychische verwaarlozing (Van Puyenbroeck, 2007). Psychogene dwerggroei, of failure to thrive, is een specifieke vorm van verwaarlozing. Het duidt op een achterstand van de lichamenlijke ontwikkeling als gevolg van emotionele verwaarlozing (website VK) (zie §6.1).

### **1.2.5 Seksueel misbruik**

Seksueel misbruik wordt door het VK gedefinieerd als *‘Het betrekken van kinderen of jongeren in seksuele activiteiten die ze niet ten volle begrijpen, waar ze niet de “informed consent” aan kunnen geven of die de sociale taboes van de familierelatie overschrijden. Dit kan gaan om ongewenste seksuele aanrakingen, seksueel getinte spelletjes met een kind, het betrekken van kinderen in volwassen seksualiteit door ze bijvoorbeeld te verplichten toe te kijken tijdens het vrijen, of het plegen van flagrante seksuele daden op het lichaam van het kind, met of zonder verwondingen.’* (www.kindermishandeling.org)

Een bijzondere vorm hiervan is incest, wanneer het gaat over seksuele handelingen met verwanten tot de derde graad of vervangende verzorgers zoals stiefouders die behoren tot de huiselijke kring.

### 1.3 Prevalentie / Incidentie

In Vlaanderen werd de diagnose van kindermishandeling gesteld door de Vertrouwenscentra bij 1484 kinderen in 2007. Bijna 1 op 5 (17,7%) van hen bevindt zich in de leeftijdscategorie 0-3 jaar. Bij gediagnosticeerde baby's tot 1 jaar (n=97) gaat het vaak om een risicosituatie (43,3%), fysieke mishandeling (15,5%) of verwaarlozing (16,5%). Bij kinderen tussen 1 en 3 jaar (n=168) gaat het eveneens vaak om risicosituaties (42,9%). Emotionele verwaarlozing komt in deze leeftijdsgroep vaker voor in vergelijking met de totale groep gediagnosticeerde kinderen (0 tot 18 jaar) (14,3%), net als lichamelijke verwaarlozing (9,5%). Het gaat in een groot aantal gevallen ook om een andere problematiek dan kindermishandeling (9,5%) of er blijft onduidelijkheid (8,9%) (Van Puyenbroeck, 2007).

Er worden jaarlijks echter veel meer kinderen aangemeld bij het vertrouwenscentrum. In 2007 ging het om 6271 kinderen (Van Puyenbroeck, 2007). In 2008 is sprake van een daling van het aantal aanmeldingen bij het VK. Er werden 42 kinderen per 10000 aangemeld voor kindermishandeling (0,42%) (K&G, 2008). In vergelijking met andere landen is dit incidentiecijfer laag. Zo worden bijvoorbeeld in UK, USA, Australië en Canada 1,5 tot 5% van het totaal aantal kinderen elk jaar gemeld voor kindermishandeling. Ongeveer 1% van de kinderen worden elk jaar gediagnosticeerd (Gilbert, 2009).

Uit de literatuur blijkt dat wat gesignaleerd wordt enkel het topje van de ijsberg is. Kindermishandeling is moeilijk om vast te stellen en blijft vaak niet gerapporteerd (Dubowitz 2007). Zo blijkt uit vragenlijst onderzoek bij kinderen, adolescenten en ouders uit westerse landen, dat de jaarlijkse frequentie van mishandeling veel hoger is dan wat gerapporteerd wordt (fysieke mishandeling 4-16%, psychologische mishandeling 10%, verwaarlozing 1-15%). Deze cijfers geven aan dat de meeste mishandeling niet gerapporteerd wordt. Zowel het vragenlijstonderzoek als de officiële cijfers zijn onderhevig aan vertekeningen en inconsistenties, waardoor er een zekere mate van onzekerheid is. Desondanks is het duidelijk dat er een groot verschil is tussen de officiële cijfers en de rapportage door slachtoffers of ouders. Eén studie geeft evidentie dat slechts 5% van de kinderen die fysiek misbruikt zijn en 8% van de kinderen die seksueel misbruikt zijn, in contact komen met instanties voor kindbescherming (Gilbert, 2009).

Wanneer er wel gerapporteerd wordt, komen 42,5 % van de meldingen van een persoon uit de primaire omgeving van het kind, vaak is dit de moeder, een ander gezinslid of een buur. Ook vanuit de school of buitenschoolse opvang wordt vaak gemeld (20,4%). 17,2% van de meldingen in Vlaanderen is afkomstig uit de gezondheidszorg. Het gaat hierbij om artsen, thuisverpleegkundigen, therapeuten, de Centra Geestelijke Gezondheidszorg, ziekenhuismedewerkers en medewerkers van K&G. K&G staat in voor 25,3% van alle meldingen die gebeuren vanuit de gezondheidszorg (Van Puyenbroeck, 2007).

De problematiek die het meest gemeld wordt is lichamelijke mishandeling en verwaarlozing (K&G, 2008). Fysiek misbruik wordt eenvoudiger gerapporteerd omdat er zichtbare gevolgen zijn. Verwaarlozing kan echter evenveel schade aanrichten bij het kind maar is sterk ondergerapporteerd. Van de kinderen die sterven ten gevolge van mishandeling, is het grootste aandeel ten gevolge van verwaarlozing (Delanfilis, 2006).

## 2 Gevolgen

Kindermishandeling heeft gevolgen op fysiek, psychologisch en sociaal vlak zowel op korte als lange termijn (Dubowitz, 2007). Achtereenvolgens worden de fysieke, psychische, cognitieve, neurobiologische en sociaal-emotionele gevolgen besproken. Ook de gevolgen voor de omgeving en sterfte ten gevolge van mishandeling komen aan bod.

Niet elk kind lijdt evenveel onder mishandeling. Dit wordt beïnvloed door volgende factoren (Wagenaar-Fischer, 2007):

- ernst van het geweld, verwaarlozing of misbruik;
- leeftijd van aanvang;
- duur van de mishandeling;
- al dan niet aanwezig zijn van steun uit de omgeving;
- persoonlijkheid van het kind;
- mate van emotionele druk;
- relatie tussen kind en pleger.

Sommige kinderen lijken geen grote gevolgen te hebben, mogelijks door beschermende factoren of interventies. Interventies kunnen positieve uitkomsten hebben, zelfs bij ernstig verwaarloosde kinderen. Hoe vroeger men start hoe beter (Dubowitz, 2007).

### 2.1 Fysieke gevolgen

Lichamelijke mishandeling veroorzaakt een lichamelijk letsel. De meeste verwondingen genezen spontaan of met medische hulp, niettemin kunnen ernstige verwondingen blijvende littekens of blijvende gevolgen veroorzaken. Enkele voorbeelden zijn (Wagenaar-Fischer, 2007):

- Intracraniale bloedingen kunnen veroorzaakt worden door heen en weer schudden van een baby (het shaken-infant-syndroom). Dit kan ook veroorzaakt worden door een kind krachtig tegen het hoofd te slaan of ergens bruusk tegenaan te gooien. (cfr §6.2);
- Beschadiging van inwendige organen kan optreden door het kind in de buik te stampen /te schoppen;
- Verwondingen aan geslachtsorganen of de anus kunnen optreden door seksueel misbruik;
- Door het seksueel contact kan het kind seksueel overdraagbare ziektes oplopen. Als de pleger van het misbruik HIV-seropositief is, loopt het kind zelfs het gevaar op vroege leeftijd aids-patiënt te worden;
- Bij seksueel misbruik kan zwangerschap ontstaan;
- Bij verwaarlozing kunnen infecties ontstaan, cariës en onvoldoende groei.

Dubowitz & Bennett (2007) stellen vast dat kinderen die in het hospitaal terecht komen omwille van kindermishandeling vaak meer ernstige verwondingen hebben, langer in het hospitaal blijven, minder baat hebben bij de behandeling en meer kans hebben om te overlijden. Kinderen die opgenomen worden met een hoofdtrauma ten gevolge van mishandeling (shaken baby) hebben een slechtere uitkomst op korte termijn dan kinderen met een hoofdtrauma dat niet uitgelokt is (Dubowitz, 2007).

Een aantal studies vindt sterke associaties tussen kindermishandeling en obesitas. Er bestaat mogelijks ook een verband tussen seksueel misbruik en het ontstaan van eetstoornissen. Verder is een associatie gevonden tussen seksueel misbruik en seksueel gedrag zowel op jonge als op latere leeftijd. Zo wordt bij een aantal kinderen geseksualiseerd gedrag waargenomen. In een aantal studies worden verbanden gevonden tussen seksueel misbruik op kinderleeftijd en het vroeger starten met seksuele betrekkingen als adolescent, een verhoogd aantal abortussen, meer onveilig vrijen en met meer partners vrijen (Gilbert, 2009).

Kinderen die verwaarloosd worden lopen risico op een groot aantal fysieke problemen, waaronder failure to thrive, ernstige luieruitslag, huidinfecties, ondervoeding, infecties, verminderde

hersenenontwikkeling. Wanneer de ouder het nalaat om het kind medische verzorging te geven, kan dit grote gevolgen hebben voor de hersenenontwikkeling en de gezondheid (Delanfilis, 2006).

## **2.2 Psychische gevolgen**

Voor een gezonde groei en ontwikkeling van een kind zijn positieve invloeden van de omgeving belangrijk. Vooral de positieve interactie met de ouders is onontbeerlijk, zoals een goede lichamelijke verzorging, het geven van liefde en aandacht en het belonen van goed gedrag van het kind. Het ontbreken van deze positieve interactie kan allerlei stoornissen veroorzaken, waaronder ernstige gedragsproblemen, verslaving, crimineel gedrag en psychische en psychiatrische problemen.

Kinderen die mishandeld zijn, hebben op lange termijn meer kans op het ontwikkelen van gedragsproblemen, waaronder internaliserende (angst, depressie) en externaliserende problemen (agressie, uitageren). Er is eveneens een verhoogd risico op het ontwikkelen van persoonlijkheidsstoornissen, zelfmoord en alcoholproblemen. Deze kinderen lopen ook meer risico op posttraumatische stressstoornissen ten gevolge van de traumatische ervaringen. Symptomen hierbij zijn het herhaaldelijk terugkeren van beangstigende gedachten en herinneringen, slaapmoeilijkheden, en onthechte of verlamde gevoelens waardoor de persoon niet normaal kan functioneren.

Andere mogelijke gevolgen op latere leeftijd zijn verslaving, zelfverwonding, psychosomatische klachten, psychiatrische ziektebeelden, verstoord sociaal functioneren en een verstoorde beleving van de seksualiteit.

Er is een sterke samenhang tussen de ernst en uitgebreidheid van de mishandeling of het meemaken van gezinsgeweld op de kinderleeftijd en multiële ziekten en gezondheidsrisico's op latere leeftijd. Vooral een cumulatie van negatieve ervaringen kan leiden tot ernstige gevolgen (Wagenaar-Fischer, 2007; Gilbert, 2009).

## **2.3 Cognitieve en intellectuele gevolgen**

Door het ontbreken van een positieve interactie met de opvoeders, kunnen problemen ontstaan in de spraak- en taalontwikkeling van het kind, en wordt de intellectuele ontwikkeling belemmerd (Wagenaar-Fischer, 2007). Cognitieve tekorten en een ernstige school- en ontwikkelingsachterstand komt het meest voor bij verwaarloosde kinderen. Delanfilis (2006) stelde vast dat verwaarloosde kinderen de grootste vertraging hebben in expressief en receptief taalgebruik in vergelijking met mishandelde en normale kinderen. Dit is voornamelijk toe te schrijven aan het ontbreken van sociale interactie, waardoor een achterstand in taal- en spraakontwikkeling ontstaat.

Op lange termijn is kindermishandeling geassocieerd met problemen in welslagen op school. Kinderen met een verleden van mishandeling halen slechtere punten en krijgen vaker speciale begeleiding. Ze krijgen later meer te maken met werkloosheid en tijdelijk werk (Gilbert, 2009).

## **2.4 Neurobiologische gevolgen**

Stress in de eerste levensjaren (zoals bij kindermishandeling) kan de stress-responsieve neurobiologische systemen beïnvloeden en heeft hierdoor een weerslag op de ontwikkeling van hogere functies. Dit tast de gezondheid en levenskwaliteit aan op lange termijn. Anda et al. (2006) bundelden epidemiologische en neurobiologische effecten van vroegkinderlijke trauma's. Het blijkt dat het aantal negatieve ervaringen in de kindertijd, die een aanuiding vormen van de hoeveelheid stress in de kindertijd, gerelateerd is aan het aantal gevolgen later in het leven en de hoeveelheid comorbiditeit. Het risico op affectieve, somatische, seksuele en agressieve gevolgen neemt gradueel toe naargelang de hoeveelheid stress in de kindertijd; hetzelfde graduele effect wordt teruggevonden bij het risico op druggebruik en invloed op het geheugen.

DePanfilis (2006) geeft aan dat de gevolgen van verwaarlozing op de vroege ontwikkeling van de hersenen mogelijk ernstiger zijn dan de gevolgen van fysiek of seksueel misbruik. Bij mishandelde kinderen is er vaker sprake van een mentale beperking, een mogelijke verklaringsmodel is dat de hersenen van een mishandeld kind zich aanpassen aan een korte-termijn-overleving eerder dan optimaal cognitief te ontwikkelen. Mishandelde kinderen zijn vaak in een toestand van 'hyperarousal'; hierdoor zijn ze constant alert voor mogelijke dreiging en kunnen aldus positieve sociale, emotionele en cognitieve stimuli inadequaet verwerken. Als een kind niet in staat is om nieuwe informatie te verwerken kan dit tot gevolg hebben dat sommige hersengebieden niet of onvoldoende worden geactiveerd met als mogelijk gevolg een vertraagde hersenmaturatie. Kinderen die het slachtoffer zijn van globale verwaarlozing hebben vaak ook kleinere hersenvolumes met aldus ook minder neuronale verbindingen met mogelijk blijvende gevolgen op intellectueel vlak.

## **2.5 Sociaal – emotionele gevolgen**

Depressie, angst en schaamte komen veel voor bij mishandelde kinderen. Omwille van de sociaal-emotionele gevolgen kan het kind moeite hebben om te functioneren in de maatschappij (Wagenaar-Fischer, 2007).

Verwaarloosde kinderen zijn vaak niet goed gehecht aan hun verzorgers. Ze hebben geleerd dat hun behoeften niet ingelost kunnen worden door anderen, waardoor ze minder snel hulp of warmte van anderen zullen vragen en dus ook niet krijgen. Kinderen die geen veilige hechting met een volwassene gevormd hebben,

- zijn wantrouwig ten opzichte van volwassenen en willen minder van hen leren;
- begrijpen moeilijk emoties van anderen, en kunnen niet goed een relatie vormen en behouden;
- hebben een verminderde capaciteit om schuld of empathie te voelen;
- hebben minder zelfvertrouwen of sociale vaardigheden;
- hebben minder sociale intelligentie, waardoor interacties vaak als stresserend worden aangezien (DePanfilis, 2006).

## **2.6 Gevolgen voor de omgeving**

### *Verslaving en criminaliteit*

Jongeren met een verleden van mishandeling hebben meer kans om terecht te komen in de criminaliteit en een verslaving te ontwikkelen. Er is ook een verband aangetoond met agressief gedrag (Gilbert, 2009). Verslaving en geweld berokkenen leed aan een individu, omgeving maar ook de samenleving. Bestrijding van verslaving en criminaliteit is kost de samenleving handenvol geld, preventie van kindermishandeling heeft dus ook een belangrijke socio-economische impact (Wagenaar-Fischer, 2007).

### *Overdracht van geweld*

Ouders die hun kinderen mishandelen hebben vaak zelf een mishandelingsverleden. Eigen jeugdervaringen hebben grote impact op de opvoedingsstijl van ouders. Wanneer ouders zelf op een liefdevolle manier zijn opgevoed, kunnen zij daar emotioneel en praktisch veel steun uit putten. Wanneer die jeugd minder aangenaam is geweest, kán dat zijn weerslag hebben op de opvoeding van de eigen kinderen en aldus een risicofactor zijn voor kindermishandeling (Wagenaar-Fischer, 2007).

## 2.7 Sterfte

In extreme gevallen, bij zware lichamelijke mishandeling of verwaarlozing, kan het kind zelfs aan de gevolgen overlijden. Het is niet gemakkelijk om hierover betrouwbare gegevens te vinden. In 1997 werd in Nederland een landelijk onderzoek onder huisartsen en kinderartsen uitgevoerd om te achterhalen hoeveel kinderen in 1996 waren overleden, waarbij de arts vermoedde dat kindermishandeling de oorzaak was. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat in dat jaar naar schatting minimaal 40 kinderen ten gevolge van mishandeling gestorven waren (Wagenaar-Fischer, 2007). Volgens de WHO sterven naar schatting jaarlijks 155000 kinderen jonger dan 15 jaar ofwel door niet-accidentele letsels ofwel door verwaarlozing. Dat is 0,6% van alle kindersterfte en 12,7% van de sterfte ten gevolge van ongevallen. Slechts een derde van deze doden worden als moord geclassificeerd. Vaak gebeuren onderzoeken niet grondig, waardoor veel gevallen niet gerapporteerd worden. Kindermoord komt het meeste voor bij kinderen jonger dan 1 jaar (Gilbert, 2009).

## 3 Theoretisch Kader: ontstaan, risicofactoren – beschermende factoren

Hieronder wordt een beknopt overzicht gegeven van een aantal theorieën rond het ontstaan van kindermishandeling. Kindermishandeling kan ook gezien worden als een ernstige vorm van disfunctioneren in het gezin. Dit wordt uitgebreid besproken in de literatuurstudie over de “Effecten van het psychisch functioneren van het gezin op de gezondheid, groei en ontwikkeling van het kind”.

### 3.1 Ontstaan

Er bestaan verschillende visies op het ontstaan van kindermishandeling. Vooreerst wordt het verklaringsmodel van Belsky toegelicht en daarbij aansluitend de pedagogische visie van Baartman. Vervolgens wordt de visie van Pollman besproken, waarbij kindermishandeling gezien wordt als een symptoom van ernstige gezinspathologie. Tot slot volgt een bespreking van het balansmodel dat in Nederland gebruikt wordt.

#### 3.1.1 *Het ecologisch verklaringsmodel van Belsky*

Volgende beschrijving is gebaseerd op Hellinckx et al (2001).

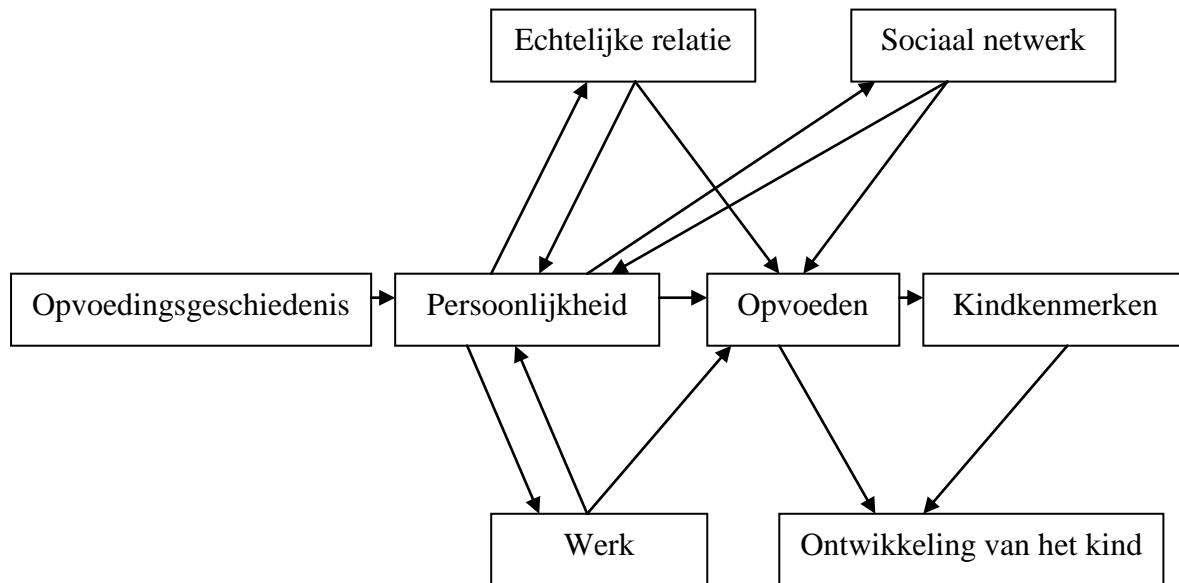
In het model van Belsky (zie figuur 1) wordt kindermishandeling beschouwd als een opvoedingsprobleem. Het is een uiting van een ernstig verstoorde ouder-kindrelatie. Verschillende factoren beïnvloeden het opvoedingsgedrag van de ouders. Het model gaat ervan uit dat kindermishandeling het gevolg is van problemen op verschillende domeinen en er dus meerdere risicofactoren aanwezig moeten zijn. Hoe meer negatieve of stresserende factoren in ouder, kind of context, hoe groter het risico op het ontstaan van kindermishandeling. Dit wordt een ‘cumulatief risicomodel’ genoemd. Niet alle risicofactoren hebben evenveel invloed. Er wordt veel belang gehecht aan de persoonlijkheid van de ouder. Daarnaast spelen ook kindkenmerken, het sociale netwerk van de ouders, de voorgeschiedenis, partnerrelatie en werkomstandigheden een rol.

De persoonlijkheid van de ouder kan zowel beschermend zijn als risico-inducerend. Wanneer ouders voldoende mogelijkheden hebben om negatieve of stresserende omstandigheden het hoofd te bieden, werkt de ouderlijke persoonlijkheid als een buffer tegen kindermishandeling. Wanneer echter de ouder deze mogelijkheden niet heeft, kan de druk te hoog oplopen en kindermishandeling ontstaan. Er zijn verschillende belastende factoren voor de persoonlijkheid van de ouder. Het gaat hierbij niet zozeer om psychopathologie of psychiatrische stoornissen bij de ouders, wat in andere modellen wel voorop staat. Het gaat in dit model eerder om kenmerken van ouders die het ouderlijk functioneren en de ouder-kind interactie beïnvloeden, zoals depressie, verkeerde verwachtingen tegenover het kind,



tolerantie van geweld als methode van disciplineren, het ouderlijke verleden, met name het zelf slachtoffer geweest zijn van mishandeling en een gebrek aan copingvaardigheden ten aanzien van stress.

Het model van Belsky is stevig onderbouwd door empirisch onderzoek en heeft een grote heuristische waarde.



***Figuur 1: Het ecologisch model van Belsky***

### ***3.1.2 Pedagogische visie van Baartman***

De beschrijving van deze visie is eveneens gebaseerd op Hellinckx et al (2001).

De pedagogische visie gaat er eveneens van uit dat kindermishandeling een opvoedingsprobleem is, of een probleem in de interactie tussen ouder en kind. Deze visie bouwt verder op het algemeen ecologisch model van Belsky, maar legt meer nadruk op het pedagogisch besef, of hoe ouders betekenis geven aan het gedrag van het kind en hoe ze hiermee omgaan. Ouders met pedagogisch besef weten wat in het belang is van hun kind en willen dit ook dienen. Hoe ouders betekenis geven aan het hebben van kinderen wordt niet alleen beïnvloed door hun algemene kennis over kinderen en ideeën over opvoeding, ook gevoelens en eigen opvoedingsgeschiedenis spelen hierbij een rol. Ze kunnen het gedrag van het kind positief of negatief beschouwen en daarnaar handelen. Ouders moeten de belangen van het kind niet alleen inzien, ze moeten dit belang ook willen dienen. Vaak botst het zorgen voor een kind met de eigen belangen die de ouder heeft. Wanneer het ouderlijke belang gaat primeren boven het belang van het kind, ontstaan problemen. Vaak doen ouders dit niet met opzet, maar ontstaat het ten gevolge van hun eigen problematiek. Wanneer het kind bij de ouder hoofdzakelijk negatieve belevingen oproept, kan de ouder-kindrelatie ernstig worden verstoord. Ouders reageren en handelen naargelang de betekenis die aan het gedrag van het kind wordt gegeven. Het handelen van ouders kan sensitief worden genoemd als het inspeelt op de noden die achter de signalen schuilen die het kind heeft gegeven, zoals het troosten als het kind huilt. Ouders kunnen ook minder sensitief reageren op signalen door het kind bijvoorbeeld te laten huilen of zich boos te maken. Het is normaal dat de ouder onder invloed van bepaalde omstandigheden gedurende een periode minder sensitief omgaat met het kind en ongepast reageert. Wanneer het echter naar een stabiel patroon evolueert en de ongepaste verwachtingen, negatieve belevingen en het gebrek aan sensitiviteit

gaan domineren, wordt de toestand zorgwekkend en kan men spreken van verminderd pedagogisch besef bij de ouder.

Mishandelende ouders zijn minder in staat het belang van het kind te zien, en kunnen moeilijker hun eigen belang opzij schuiven. Ouderschap heeft voor hen vaak een andere betekenis en gedrag van een kind wordt vaak anders geïnterpreteerd, vaak ten gevolge van hun eigen problematiek en voorgeschiedenis. Ouders die hun eigen jeugd negatief beleven, hebben vaak een te grote verwachting van het kind, waar het kind niet aan kan voldoen. De visie van deze ouders wordt vaak gedomineerd door negatieve ervaringen. Ze gaan minder sensitief om met het kind, wat niet wil zeggen dat ze niet bezorgd zijn om het kind. Of ouders met voorgaande risico's ook daadwerkelijk overgaan tot kindermishandeling, wordt mee bepaald door hun houding ten aanzien van fysieke disciplineren en geweld als opvoedingsmiddel.

In dit model wordt kindermishandeling dus volledig beschouwd als een opvoedingsprobleem, en verstoring van de ouder – kindrelatie. Niet de factoren van buitenaf, maar vooral de intrinsieke factoren zijn belangrijk. Bij de verklaring wordt veel belang gehecht aan het verleden van de ouder.

### ***3.1.3 Kindermishandeling als symptoom van ernstige gezinspathologie***

Pollman (2008) stelt dat kindermishandeling niet enkel als een pedagogisch onvermogen mag gezien worden, waarbij pedagogische hulp nodig is, maar als een symptoom van een ernstige gezinspathologie. De pedagogische visie als benadering om kindermishandeling te verklaren is voor een aantal ouders te globaal en te oppervlakkig, en kan niet dienen als een diagnose van de problematiek die ten grondslag ligt aan ernstige kindermishandeling. Hij stelt dat ernstige mishandeling steeds samenhangt met de persoonlijkheidsstructuur en persoonlijkheden van de ouders en hun onderlinge relatie en verleden. Kindermishandeling is ingebed in een structuur die historisch is gegroeid op basis van de persoonlijkheden van de ouders. Ouders die hun kind ernstig mishandelen zijn vaak hulpvaardig, met een bepaalde pathologie, zonder ondersteuning in de omgeving. Ze kunnen en willen geen hulp vragen om de situatie te verbeteren. Voor deze ouders schiet de pedagogische visie tekort en moet een integraal beeld verkregen worden van de gehele gezinspathologie.

### ***3.1.4 Balansmodel***

In de Nederlandse jeugdgezondheidszorg wordt gewerkt met het balansmodel dat de draaglast en draagkracht voor de ontwikkeling van het kind in kaart brengt. Alle factoren die een gezin onder druk zetten, vormen de draaglast. De veerkracht van de gezinsleden en de hulp en andere positieve invloeden van buitenaf zijn de draagkracht. Als beiden in balans zijn, is er geen probleem. Als de draagkracht te kort schiet of de draaglast te groot wordt dan ontstaan er problemen die kunnen leiden tot kindermishandeling. Dit model berust niet op wetenschappelijk onderzoek. Het kan echter gebruikt worden om de gezinssituatie en de eventuele steun en hulp inzichtelijk te maken, zodat het gezin weer in balans kan gebracht worden en de kindermishandeling stopt. Er is in dit model geen directe relatie tussen een bepaalde risicofactor en eventuele kindermishandeling. Een cumulatie van risicofactoren geeft wel een verhoogde kans op mishandeling. In het model worden zowel ouderfactoren, kind- en gezinsfactoren als sociale steun, omgevingsfactoren en socio-economische factoren bij elkaar gebracht. Op de verschillende risico- en beschermende factoren wordt later in dit hoofdstuk dieper ingegaan (Wagenaar-Fisher, 2007).

### ***3.1.5 Besluit***

Zoals uit bovenstaande modellen blijkt bestaan er verschillende visies op het ontstaan van kindermishandeling. Deze visies spreken elkaar echter niet tegen, maar stemmen hierin overeen dat er

verschillende types ouders zijn bij wie een verhoogd risico op kindermishandeling bestaat, en voor wie een verschillende aanpak vereist is (Wagenaar-Fisher, 2007).

- Een eerste groep zijn de ouders die mishandelen door onvoldoende kennis over de normale ontwikkeling en de opvoeding van een kind. Zij bedoelen het goed met hun kind, maar schieten opvoedkundig tekort. Ze aanvaarden externe hulp. Hierbij is een pedagogische aanpak noodzakelijk.
- Ouders die het kind mishandelen onder druk van de omstandigheden vormen een tweede groep. Bij deze gezinnen is de balans van draagkracht en draaglast uit evenwicht, waardoor de situatie escaleert. Ze staan wel open voor hulpverlening en moeten begeleid worden.
- Ten slotte is er de groep van moeilijk behandelbare plegers. Dit zijn de ouders met een verslaving, psychiatrische stoornis of verstandelijke handicap die moeilijk behandeld kunnen worden omdat ze hulpmijdend zijn of plezier beleven aan het mishandelen van het kind. Bij dit type ouders met duidelijke persoonlijkheidspathologie schiet de pedagogische hulpverlening tekort en moet een uitgebreid diagnostisch onderzoek gevoerd worden zodat de oorzaken van de mishandeling in de persoonlijkheid van de ouders aangepakt kan worden.

## 3.2 Risicofactoren

Kindermishandeling ontstaat zelden door één oorzaak, er is meestal sprake van een interactie tussen verschillende risicofactoren (Dubowitz, 2007). Vaak ontwikkelt kindermishandeling zich op basis van verschillende factoren doorheen de tijd, waardoor het beter is om te spreken van risicoprocessen (Wagenaar-Fisher, 2007; Butchart, 2006).

### 3.2.1 Omgevingsfactoren

Verschillende factoren kunnen de draaglast van ouders verhogen. Draagkracht van ouders is dan bepalend of ze zich kunnen redden in moeilijker levensomstandigheden, voor een aantal ouders is de draagkracht te klein en ontstaat er een hoger risico op kindermishandeling.

- *Sociaal-economische omstandigheden en leefomgeving*

Er is een correlatie tussen kindermishandeling en een aantal socio-economische karakteristieken van de omgeving, zoals de mate van sociale en economische deprivatie, het inkomensniveau, de werkloosheidsgraad, de armoedegrade, en een lage economische standaard (Coulton, 2007). Financiële problemen zetten een gezin onder druk. Slechte of te kleine huisvesting is een andere doorlopende bron van zorg. Als beide ouders werkloos zijn, is de kans groter dat irritaties escaleren in ruzies (Wagenaar-Fisher, 2007).

Kindermishandeling wordt daarnaast ook beïnvloed door de leefomgeving, vb. gevaarlijke buurten en weinig ontspanningsmogelijkheden zijn risicoverhogend. Zo komt er meer kindermishandeling voor in buurten waar minder sociale cohesie is, zorg voor de kinderen minder gedeeld wordt met burens en waar meer stress wordt gerapporteerd. De logica is dat de economische en demografische structuur van de leefomgeving een invloed uitoefent op de sociale relaties, welke op hun beurt een rol spelen in het ontstaan van kindermishandeling. Zo zou verwaarlozing mogelijks meer gerelateerd zijn aan de structurele factoren van de omgeving zoals de armoedegrade. Het is wel belangrijk te weten dat kinderen in alle sociale klassen mishandeld worden. De aandacht moet dus niet enkel gaan naar kinderen uit gezinnen met een laag inkomen. Er is meer onderzoek nodig om na te gaan hoe bepaalde omgevingsprocessen gerelateerd zijn aan stress in het gezin of ondersteuning (Coulton, 2007; Dubowitz, 2007; Delanfilis, 2006).

- *Sociale omgeving/sociaal isolement*

Het ontbreken van een sociale steunende omgeving kan het risico op kindermishandeling verhogen. Een goede sociaal steunende omgeving vormt daarentegen een beschermende factor. Ouders die weinig contact hebben met familie, vrienden of buurtgenoten bevinden zich in een sociaal isolement. Daardoor hebben deze ouders geen ondersteuning wanneer het moeilijk gaat. Het gebrek aan sociale steun kan nog worden versterkt als een van de ouders zich afzijdig houdt van de opvoeding. Een alleenstaande ouder mist de steun van een partner en moet, bij het ontbreken van steun uit de omgeving, zelf alle problemen oplossen. Deze belasting kan zich uiten in opvoedingsproblemen. Vaak groeit het sociale isolement, waardoor de omgeving geen signalen kan opvangen over hoe de opvoeding in het gezin verloopt. Er zijn ook ouders die het sociale isolement opzoeken om op die manier te verbergen dat zij de opvoeding van hun kind niet onder controle hebben. Voor de buitenwereld blijft de kindermishandeling daardoor onopgemerkt. Gezinnen die vaak verhuizen lopen hiervoor een groot risico (Wagenaar-Fisher, 2007). Ook Delanfilis (2006) geeft aan dat een tekort aan sociale steun een risicofactor vormt voor kindermishandeling. Sociaal geïsoleerde ouders hebben immers geen voorbeelden van positief ouderschap.

- *Immigranten*

Immigrante gezinnen kennen vaak niemand in België en missen de steun van de familie die is achtergebleven in het land van herkomst. Zij lopen daardoor een verhoogd risico op sociale isolatie. Immigranten staan mogelijk wantrouwig tegenover een voor hen onbekende vorm van hulpverlening (Wagenaar-Fisher, 2007).

### 3.2.2 *Ouder- en gezinsfactoren*

Volgende ouder- en gezinsfactoren verhogen het risico op kindermishandeling (Delanfilis, 2006; Dubowitz, 2007; Wagenaar-Fisher, 2007)

- *Persoonlijke problemen bij de ouder*

Zwakkere cognitieve mogelijkheden, verslaving (alcohol, drugs, gokken), psychische of psychiatrische problemen of een chronische ziekte kunnen ouders beperken in het geven van voldoende ouderlijke zorg.

Volgende ouderkarakteristieken zijn gerelateerd aan verwaarlozing:

- problematische ontwikkelingsgeschiedenis en kindertijd van de ouder
- problematische persoonlijkheidsfactoren van de ouder
- fysieke en psychische problemen (vb. depressie)
- druggebruik
- slecht ouderschap
- slechte oplossingsvaardigheden
- zwakkere cognitieve mogelijkheden

- *Relatieproblemen*

Ernstige relatieproblemen kunnen spanningen geven waar ook de kinderen onder lijden. Ook partnergeweld in het gezin leidt tot een verhoogd risico.

- *Gezinskenmerken*

Gezinnen waar verwaarlozing voorkomt, hebben vaak problemen met communicatie en interactie op een goede manier. De families zijn chaotisch, tonen minder emoties, minder empathie en openheid, kennen meer negatieve interacties, zijn minder ondersteunend en responsief.

- *Negatieve jeugdervaringen of stress bij de ouders*

De eigen jeugdervaringen zijn van grote invloed op de manier waarop ouders met hun kind omgaan. Een ouder die zelf op een liefdevolle manier is opgevoed, kan daar emotioneel en praktisch veel steun uit putten. Wanneer de eigen jeugd moeilijk is geweest, bijvoorbeeld door mishandeling, kan dat zijn weerslag hebben op de opvoeding. Enerzijds kunnen ouders zo geobsedeerd zijn om het beter te doen dan hun eigen ouders, dat zij overdrijven in de bescherming van het kind of teveel begrip van het kind verwachten. Anderzijds kan het zijn dat de ouders niet beter weten en dat zij het gedrag van hun eigen ouders kopiëren. De verpleegkundige moet ouders altijd naar hun eigen jeugd vragen.

- *Gebrek aan pedagogisch besef*

De ouder heeft geen besef wat het kind nodig heeft aan zorg, warmte en bescherming en mist de vaardigheid om de emoties en bedoelingen van het kind juist te interpreteren. De ouder weet zich niet in het kind in te leven en vindt geen goede balans tussen de belangen van het kind en die van zichzelf.

- *Zorgmijders*

Het mijden door de ouders van de reguliere jeugdgezondheidszorg (JGZ) kán een signaal zijn dat de ontwikkeling en de opvoeding van het kind bedreigd worden. De JGZ moet daarom in actie komen als ouders niet verschijnen en nagaan wat de reden is. Ook gezinnen die niet wonen op het opgegeven adres of gezinnen die aangegeven hebben dat zij geen gebruik wensen te maken van de diensten van de JGZ lopen een verhoogd risico op kindermishandeling.

### 3.2.3 *Kindfactoren*

Volgende risicofactoren maken het kind extra kwetsbaar voor mishandeling omdat deze de draaglast voor de ouders vergroten (Delanfilis, 2006; Wagenaar-Fisher, 2007):

- prematuur geboren kind ( met hoger risico op hechtingsproblemen);
- huilbaby (cf. 7.3);
- kind met een handicap;
- druk kind;
- ongewenst kind;
- stiefkind, geadopteerd kind of pleegkind;

Deze kinderen hebben meer kans omdat de ouders de verhoogde zorg niet aankunnen en zich afreageren op het kind, of omdat het kind minder responsief is en daardoor minder aandacht ontvangt.

Verwaarlozing komt vaker voor bij kinderen onder 3 jaar, bij kinderen met gedragsproblemen en/of kinderen met een moeilijk temperament. Andere bezwarende kindfactoren zijn een negatief zelfbeeld bij het kind of traumatische ervaringen of het blootgesteld zijn aan toxische agentia in de baarmoeder. Dit laatste kan immers leiden tot een verlaagd geboortegewicht of problemen bij het kind.

### 3.3 **Beschermende factoren:**

Beschermende factoren die de draagkracht bij ouders verhogen zijn de volgende (Wagenaar-Fisher, 2007):

- hoge intelligentie van het kind;
- positief zelfbeeld van het kind;
- stabiele persoonlijkheid van de ouder;
- goede gezondheid van de ouder;

- positieve jeugdervaringen bij de ouder;
- beschikbaarheid van sociale steun;
- goede sociale bindingen;
- sociale cohesie in de leefomgeving;
- goede en toegankelijke sociale en pedagogische infrastructuur, onderwijs, zorg, welzijn;
- goed inkomen of goede opleiding;
- normen en waarden in overeenstemming met dominante cultuur;
- stabiel sociaal en politiek klimaat;
- open, tolerante samenleving.

Dubowitz & Bennett (2007) geven ook volgende beschermende factoren aan:

- ouder herkent probleem en zoekt hulp;
- grootouders zijn ondersteunend;
- toegankelijke geestelijke gezondheidszorg.

Een aantal factoren kan de impact van kindermishandeling verminderen (Butchart, 2006):

- veilige hechting van het kind;
- hoog niveau van verzorging door de vader;
- warme en ondersteunende relatie met ouder die het kind niet misbruikt;
- weinig stress gerelateerd aan het misbruik.

## 4 Signalering

Kindermishandeling kan meestal niet als dusdanig vastgesteld worden. Er kan vaak wel een waarschijnlijkheidsdiagnose gesteld worden op grond van een gewogen oordeel van de risico- en beschermende factoren. Aangezien risicoprocessen kunnen veranderen, moeten hulpverleners (waaronder bv. CB-medewerkers) bij elk contact alert zijn voor risicofactoren in het gezin.

### 4.1 Inschatten van risicofactoren en beschermende factoren

Gilbert, Kemp et al. (2009) onderstrepen het belang van een goede kennis bij hulpverleners van de signalen van kindermishandeling. Mede door een tekort aan kennis van deze signalen en van de procedures voor rapportering aan beschermende instanties, wordt kindermishandeling sterk ondergerapporteerd.

Meestal is er een combinatie van signalen nodig voor het vaststellen van een ernstig pedagogisch probleem of het vermoeden van kindermishandeling, bovendien moeten de risicofactoren en de beschermende factoren tegen elkaar afgewogen worden. Toch zal in sommige gevallen reeds bij één signaal een vermoeden kunnen rijzen dat er iets aan de hand is.

Een overzicht van signalen voor mishandeling, seksueel misbruik, meisjesbesnijdenis, en verwaarlozing wordt gegeven in bijlage.

Hieronder wordt een aantal specifieke signalen besproken die van belang zijn in het medisch onderzoek dat wordt uitgevoerd door de arts. De arts moet bij een vermoeden van kindermishandeling in staat zijn een onderscheid te maken tussen verwondingen die opgelopen worden tijdens het spel en door ongevallen en verwondingen die aangebracht zijn in het kader van mishandeling. De differentiaaldiagnose hiervan staat beschreven in de 'Inscholingscursus voor artsen' van K&G (2008). Er zal vervolgens een overzicht worden gegeven van recente literatuur hierover ter aanvulling van de informatie in de Inscholingscursus. Er wordt dus enkel informatie gegeven die in vergelijking met wat de inscholingscursus vermeldt nieuw is, ontbreekt, of tegenstrijdig is.

### 4.1.1. Lichamelijke mishandeling

De arts is vooral belangrijk bij het vaststellen van medische signalen die wijzen op lichamelijke kindermishandeling.

#### *Blauwe plekken (Ecchymosen)*

Vooraf de locatie en het patroon van de blauwe plekken zijn belangrijk bij de beslissing of het over een ongeval gaat of niet. Volgende patronen suggereren kindermishandeling (NCCWCH, 2009):

- blauwe plekken bij baby's of kinderen die nog niet zelfstandig mobiel zijn;
- blauwe plekken op het gelaat (behalve voorhoofd), rug, buik, armen, billen, oren en handen;
- blauwe plekken op plaatsen waar geen bot zit;
- meerdere blauwe plekken in clusters;
- meerdere blauwe plekken van dezelfde vorm;
- blauwe plekken waarbij de vorm van het gebruikte voorwerp zichtbaar is;
- blauwe plekken in de nek ten gevolge van verstikking;
- blauwe plekken aan polsen en voeten ten gevolge van vastbinden.

- *Bijtwonden*

Kindermishandeling moet overwogen worden bij bijtwonden door mensen (behalve door jonge kinderen) (NCCWCH, 2009)

- *Brandwonden*

Bij volgende verwondingen is er een mogelijkheid van kindermishandeling (NCCWCH, 2009):

- wanneer de uitleg over de verwonding niet klopt of afwezig is;
- wanneer het kind nog niet onafhankelijk mobiel is;
- op een plaats waarmee je normaal niet in contact komt met hete voorwerpen (achterzijde hand, voetzolen, billen, rug);
- in de vorm van een voorwerp (sigaret, strijkijzer,...);
- wonden die wijzen op gedwongen verschroeiing, onderdompeling:
  - aan billen, perineum, lagere ledematen
  - symmetrisch aan de ledematen
  - met duidelijke grenzen

- *Wurging en verstikking*

Elk teken dat hierop lijkt, moet aanleiding geven tot een ernstig vermoeden van kindermishandeling, aangezien het om ernstige verwondingen gaat (NCCWCH, 2009).

- *Scheurwond, schaafwond, litteken*

Kindermishandeling kan vermoed worden wanneer de uitleg niet strookt met de verwonding en in volgende gevallen (NCCWCH, 2009):

- bij een kind dat nog niet zelfstandig mobiel is;
- wanneer er meerdere wonden zijn;
- bij symmetrie;
- op lichaamsdelen die normaal bedekt zijn door kledij (rug, borst, buik, genitale zone);
- op ogen, oren en zijkant van het gezicht;
- in de nek, enkels en polsen ten gevolge van vastbinden.

- *Haaruitval*

Haar kan uitgetrokken worden, wat valt onder kindermishandeling. Het is wel zo dat kinderen ook elkaars haar kunnen uittrekken bij een gevecht. In dat geval moet bevraging duidelijkheid brengen (NCCWCH, 2009).

Haar kan ook uitvallen door emotionele stress, mogelijks ten gevolge van mishandeling (NCCWCH, 2009).

- *Breuken*

Wanneer het gaat om een breuk bij een kind jonger dan 18 maand, wijst dit mogelijks op kindermishandeling.

Wanneer het kind één of meerdere breuken heeft, zonder onderliggende medische conditie of duidelijke uitleg, is kindermishandeling mogelijk. Het gaat onder meer om (NCCWCH, 2009):

- breuken van verschillende leeftijd;
- de aanwezigheid van verborgen breuken (bv. ribben) die op de botscan of RX babygram duidelijk zijn.

- *Schedeltraumata*

Kindermishandeling is mogelijk wanneer een kind zich presenteert met intracraniale letsels, zonder bevestiging van een trauma ten gevolge van een ongeval of bij volgende gevallen (NCCWCH, 2009):

- uitleg klopt niet;
- kind is jonger dan 3 jaar;
- aanwezigheid van oogletsels, breuken, of andere niet-accidentele letsels;
- meerdere subdurale bloedingen al dan niet in combinatie met subarachnoïde bloedingen al dan niet in combinatie met hypoxisch-ischemische hersenschade tot gevolg.

Schedeltraumata en intracranieële bloedingen komen voor bij het ‘Shaken infant Syndroom’. Hierop wordt later dieper ingegaan. (cfr 7.2)

- *Oogtrauma*

Dit komt vaak voor samen met niet-accidentele hoofdtraumata. Bloedingen aan het netvlies kunnen wijzen op kindermishandeling (NCCWCH, 2009). Dit is zeker het geval wanneer het gaat om meerdere bloedingen die uitbreiden naar de rand van het netvlies en zich in meerdere lagen bevinden (Dubowitz, 2007).

- *Letsels aan het ruggenmerg*

Deze letsels komen zeer weinig voor in de kindertijd en leiden vaak tot blijvende handicap of dood. Wanneer er geen duidelijke uitleg gegeven wordt voor het letsel is dit een reden om kindermishandeling te vermoeden.

#### **4.1.2. Seksuele mishandeling**

Uit literatuuronderzoek blijkt de inhoud van de paragraaf rond seksueel misbruik uit de inscholingscursus volledig te zijn. Er kunnen geen aanvullingen gemaakt worden.



### **4.1.3. Lichamelijke verwaarlozing**

Opsporing hiervan is zowel de taak van de arts als verpleegkundige.

Er kunnen lichamelijke signalen zijn van verwaarlozing waarvoor de arts alert moet zijn:

- Kinderen kunnen zich presenteren met verwondingen door koude wanneer hun basisnoden niet vervuld worden. Dit is bijvoorbeeld wanneer ze onvoldoende kledij dragen of geen onderdak hebben. Kindermishandeling moet daarom overwogen worden wanneer het kind verwondingen door koude heeft zonder medische verklaring (vb. rode gezwollen handen of voeten). Ook wanneer het kind onderkoeld is zonder duidelijke uitleg, moet dit in overweging genomen worden (NCCWCH, 2009).
- Failure to thrive kan een manifestatie zijn van verwaarlozing. Hierop wordt verder ingegaan in § 7.1.

### **4.1.4. Psychische mishandeling**

Detectie van deze vorm van mishandeling zal meestal gebeuren door de verpleegkundige, aangezien deze kinderen zich vaak presenteren met gedragsproblemen en psychologisch – pedagogische problemen.

### **4.1.5. Psychische verwaarlozing**

De verpleegkundige is de beste persoon om deze vorm te detecteren aan de hand van observaties van de interacties tussen ouder en kind en een psychische en pedagogische evaluatie van het kind.

Mogelijke signalen bij de ouder zijn (Delanfilis, 2006):

- onverschilligheid tegenover het kind
- apathisch of depressief gedrag
- irrationeel of bizar gedrag
- alcohol of drugmisbruik
- ontkent problemen bij kind of schrijft deze toe aan het kind zelf
- ziet het kind als slecht, waardeloos of belastend
- bekijkt het kind in de eerste plaats voor zorg, aandacht of bevrediging van eigen noden

De arts moet bij het medisch onderzoek volgende zaken in het achterhoofd hebben:

- Bijtonden van een hond kunnen mogelijk wijzen op verwaarlozing, wanneer het kind onvoldoende wordt bewaakt (NCCWCH, 2009). Ook wanneer het gaat om meerdere beten door een ander kind, kan dit wijzen op onvoldoende toezicht en verwaarlozing (Dubowitz, 2007);
- Brandwonden kunnen wijzen op verwaarlozing of onvoldoende toezicht (NCCWCH, 2009). Het is niet eenvoudig om het onderscheid te maken met brandwonden die met opzet zijn aangebracht. Vaak komen deze mensen pas laattijdig hulp vragen.

## **4.2 Strategieën van signalering**

### **4.2.1. Screening**

In de internationale literatuur wordt het systematisch screenen naar kindermishandeling over het algemeen afgeraden. Er bestaat nog te weinig goede evidentie over de effectiviteit van het screenen van kinderen in eerstelijnsgezondheidszorg en er bestaan te weinig studiegegevens over predictieve waarde van screening. Vaak hebben deze screeningsinstrumenten een redelijke sensitiviteit, maar gaan ze gepaard met een te lage specificiteit. Ze resulteren dus in hoge proporties vals-positieve testresultaten, terwijl ze de kans op vroegtijdige detectie van echte kindermishandeling niet significant verhogen.

Er bestaan geen cijfers over mogelijke schade van screening, maar men mag aannemen dat omwille van het hoge aantal vals-positieven, het valselijk beschuldigen van ouders of verzorgers van mishandeling van een kind dat zij onder hun hoede hebben een kwalijk neveneffect is van screening (Nygren, n.d.).

Ook uit het rapport van MacMillan en de ‘Canadian Task Force on Preventive Health Care’ blijkt dat er matige evidentie is om niet aan screening te doen die bedoeld is om individuen met hoog risico of mensen die kinderen mishandelen te detecteren (vb; door middel van de Child Abuse Potential Inventory, CAPI) (MacMillan, 2000).

### **4.2.2. Signalering**

Er bestaan trainingen voor professionals gericht op het gebruiken van gestructureerde vragenlijsten en correct doorverwijzen naar gespecialiseerde diensten.

In de Nederlandse jeugdgezondheidszorg wordt aanbevolen om bij risicoschatting op een consultatiebureau gebruik te maken van signaleringsinstrumenten en gestructureerde richtlijnen voor risicotaxatie. Dit verbetert namelijk de juistheid van de inschattingen. Bij een gestructureerde risicotaxatie wordt de professional gedwongen om alle relevante risicofactoren te inventariseren. De kans op een foutieve selectie van bevindingen vermindert daardoor. Bijkomende voordelen zijn dat de werkwijze tussen de verschillende consultatiebureaus meer uniformiteit vertoont en dat er meer eenduidigheid is in de registratie door artsen en verpleegkundigen (Wagenaar-Fisher, 2007).

In een recente richtlijn voor de secundaire preventie van kindermishandeling, bedoeld voor medewerkers in de Nederlandse jeugdgezondheidszorg, wordt aanbevolen om de signalering van mogelijke risicofactoren in drie stappen te laten verlopen:

- Stap 1. Vroege signalering van zorgwekkende opvoedingssituaties gericht op alle ouders en kinderen;
- Stap 2. Nader onderzoek naar gesignaleerde problemen die voortkomen uit stap 1;
- Stap 3. Diagnostiek van de gesignaleerde problemen die gevonden zijn in stap 1 en 2.

De vroege signalering en nader onderzoek naar de gesignaleerde problemen (stap 1 en 2) gebeuren door de jeugdgezondheidszorg, waar diagnostiek (stap 3) eerder de taak is van het vertrouwenscentrum (Wagenaar-Fisher, 2007).

De resultaten van de risicoschatting en probleemdetectie moeten met de ouders besproken worden, zodat een interventie kan gepland worden met het gezin.

## **4.3. Signaleringsinstrumenten**

De signalering van kindermishandeling kan gebeuren aan de hand van de instrumenten voor de opsporing van psychosociale problemen bij het kind of in het gezin. Een uitgebreide bespreking hiervan wordt gegeven in de tekst van perceel 4: ‘Signalering en preventie van sociaal-emotionele en gedragsproblemen en zorgwekkende opvoedingssituaties bij kinderen van 0-3 jaar’. Daar worden ook een tweetal instrumenten besproken die specifiek gebruikt kunnen worden bij een vermoeden van kindermishandeling of om het risico op kindermishandeling te inventariseren. Hiervoor komen de CAPI, CARE-NL en POS-schaal in aanmerking.

Er bestaat nog geen algemeen aanvaard systeem van risicotaxatie bij de secundaire preventie van kindermishandeling. In verband met de preventie van kindermishandeling is het belangrijk dat in het dossier de gegevens van de zwangerschap en de bevalling vermeld staan. Daarnaast moet de JGZ bij elk contact met kind en ouders actief onderzoeken of er risicofactoren aanwezig zijn en of het gezin hulp nodig heeft. Voor de vele problemen van immigranten is extra aandacht van de JGZ nodig.

## 5 Stappenplan

In het kader van deze literatuurstudie werden de richtlijnen doorgenomen die de CB-medewerkers van K&G moeten volgen bij het vaststellen van signalen die mogelijk wijzen op mishandeling en het stappenplan voor het handelen bij zorgwekkende opvoedingssituaties zoals beschreven in de artsenhandleiding. Deze komen overeen met richtlijnen uit andere landen en hoeven niet gewijzigd te worden op grond van literatuurstudie. Over het algemeen komt het stappenplan van K&G overeen met het model dat in Nederland (Wagenaar-Fisher, 2007) wordt gebruikt (zie bijlage 2). Behalve dit model uit Nederland, werden in de internationale literatuur geen andere stappenplannen teruggevonden die bedoeld zijn voor gebruik in een setting die vergelijkbaar is met die van de Vlaamse en Nederlandse jeugdgezondheidszorg. Hieronder worden een aantal verschilpunten aangegeven tussen het model van K&G en het Nederlandse model:

Wanneer een CB-medewerker van K&G een signaal opvangt of vaststelt dat wijst op mogelijke mishandeling, moet eerst en vooral de behandelende arts gecontacteerd worden, die het kind vervolgens zal onderzoeken. De CB-arts volgt de doorverwijzing op en overweegt naargelang de ernst van de signalen verdere stappen. In Nederland wordt deze stap niet vermeld in het stappenplan en wordt onmiddellijk een gesprek met de ouders gepland.

In het stappenplan van de Nederlandse jeugdgezondheidszorg wordt een tijdsbalk opgenomen waarop de acties worden afgebeeld. Dit om te voorkomen dat er teveel tijd verloopt tussen het vermoeden van kindermishandeling en de daaropvolgende acties.

Hierin wordt aangeraden om een vraagverdieping (cf. plusmodule in K&G) te starten maximum twee weken na de melding van het vermoeden. Wanneer doorverwezen wordt, moet maximum twee weken later een follow-up plaatsvinden. Wanneer de instantie naar waar verwezen is niet zelf een bericht laat, moet contact opgenomen worden om te horen of het gezin zich gemeld heeft en de behandeling gestart is. Er gebeurt ook na drie maanden een evaluatie van zowel de procedure als het resultaat. Evaluatie wordt in het Vlaamse stappenplan niet opgenomen, hoewel dit zinvol zou zijn.

In Nederland wordt niet gewerkt met een instrument zoals de POS-schaal. Er wordt enkel een gesprek gehouden met de ouders waarin het vermoeden wordt besproken. Wanneer er nog twijfel bestaat vindt een tweede en eventueel derde gesprek plaats. Er wordt na elk gesprek overlegd met de teamverantwoordelijke. Binnen K&G is het niet duidelijk afgebakend hoeveel extra consulten de plusmodule inhoudt, maar is dit afhankelijk van de gezinssituatie.

De procedure voor het hulp bieden aan een kind in nood en onmiddellijke melding bij gevaar aan parket of vertrouwenscentrum is vergelijkbaar. Ook de verslaggeving is van dezelfde aard.

Over het algemeen lijkt het stappenplan, indien goed gekend en gebruikt, voldoende uitgewerkt. Samenwerking tussen de arts en regioverpleegkundige is erg belangrijk om signalen samen te leggen en een goed beeld te krijgen van het gezin.

## 6 Specifieke vormen

### 6.1 Failure to thrive (FTT)

Met '*failure to thrive*' wordt bedoeld dat het kind een significant lager gewicht heeft dan verwacht mag worden en/of dat het kind significant minder in gewicht toeneemt. De term '*failure to thrive*' wordt in principe gebruikt voor kinderen waarbij enkel het gewicht achterblijft. De lengte en de hoofdomvang zijn over het algemeen niet of in veel mindere mate aangedaan dan het gewicht van het kind.

'Failure to thrive' is een verschijnsel dat vrij vaak voorkomt en dan met name in de eerste twee levensjaren van het kind, hoewel het ook op andere momenten in de kindertijd voor kan komen. 'Failure to thrive' is geen vaststaande diagnose maar een beschrijving van een fysieke staat.

De kenmerken zijn (Delanfilis, 2006):

- groeivertraging;
- lage spierverspanning;
- weinig of ongelukkige gezichtsuitdrukking;
- verminderde vocalisatie;
- algemene niet-responsiviteit.

Het niet goed gedijen van een kind is een veel voorkomend probleem bij jonge kinderen. Het is meestal multifactorieel van aard. Een inadequate voeding en een tekort aan sociale interacties dragen bij tot het weinig bijkomen van het gewicht, een vertraagde ontwikkeling en abnormaal gedrag. Er kan een organische oorzaak zijn die de groeivertraging verklaart. Daarnaast moet echter nagegaan worden of FTT te wijten kan zijn aan verwaarlozing door ouders, aangezien dit bij een aantal kinderen met FTT het geval is. In extreme gevallen kan failure to thrive ten gevolge van verwaarlozing leiden tot overlijden van het kind (Block, 2005).

#### 6.1.1 Definitie

FTT is gekenmerkt door het langdurig stoppen van de gewichtstoename vergeleken met de normen voor de leeftijd en het geslacht nadat een stabiel patroon is bereikt. De definitie van de groeivertraging wordt in detail toegelicht in hoofdstuk IV.2. Omwille van verschillen in de definities moet de diagnose met voorzichtigheid gesteld worden, aangezien varianten in groei kunnen voorkomen. De verwijzing dient te gebeuren door de arts op basis van groeicurven en vergelijking met eerdere metingen en de klinische indruk. Wanneer het gewicht minder dan 70% bedraagt van het voorspelde gewicht bij een bepaalde lengte, is dringende aandacht vereist (Block, 2005).

#### 6.1.2 Oorzaken en risicofactoren

Een groot aantal factoren kan aan de basis liggen van het ontstaan van FTT, waaronder armoede, voedingsproblemen, bepaalde ziekten, enz.

Wanneer FTT het gevolg is van verwaarlozing van het kind, zijn er vaak bepaalde risicofactoren aanwezig. Het is belangrijk elke risicofactor te bekijken in de context van het specifieke gezin. In deze context zijn onder meer de volgende risicofactoren en risicosituaties van belang:

- Het is mogelijk dat de ouder eerder inadequaat onaangepast sociaal interactioneel gedrag vertoont en in mindere mate positief affectief gedrag. Deze ouder kan een adolescent zijn of zelf een verleden hebben van kindermishandeling;
- Het kind met FTT is vaak prematuur geboren of heeft een te laag geboortegewicht en kan kort na de geboorte gescheiden geweest zijn van de verzorgers omwille van een langdurige hospitalisatie;
- Familiale en sociale factoren die bijdragen aan verwaarlozing zijn het gebrek aan steun vanuit de bredere familiekring, druggebruik, gezinsgeweld, alleenstaand ouderschap, onstabiele werk;
- Ouders uit de midden-en hogere klasse kunnen teveel gericht zijn op carrière of activiteiten buitenshuis waardoor een tekort aan emotionele verbondenheid of maturiteit kan ontstaan.

Al deze factoren kunnen leiden tot inconsistente voedingspatronen met verminderde voeding, groei en stress in het gezin. Bij kleuters en oudere kinderen wordt de achterstand in gewicht- en lengtetoeename soms genegeerd of toegeschreven aan ziekte. Artsen moeten daarom alert zijn voor verwaarlozing op elke leeftijd.

Hechting is een belangrijke component van FTT. Verstoringen in de hechting kunnen een voorspeller zijn van verscheidene problemen in de ontwikkeling van het kind. Hierbij is niet noodzakelijk een causaal verband aanwezig, maar vaak zijn de factoren die gerelateerd zijn aan FTT ook gerelateerd aan hechtingsproblemen (armoede, postnatale depressie, verwaarlozing) (Block, 2005).

### **6.1.3 Klinisch onderzoek**

Het klinisch onderzoek naar FTT bestaat uit een volledige anamnese, lichamelijk onderzoek, voedingsobservatie en huisbezoek door een daartoe opgeleide hulpverlener (Block, 2005). De differentiaaldiagnose is erg belangrijk. Er moet aan de hand van een gestructureerde bevraging over het gedrag van het kind, ouderlijke vaardigheden voor het voeden, symptomen bij het kind en de aanleidingen voor deze symptomen, beslist worden of het al dan niet om een organische vorm van FTT gaat (Levy, 2009). Black et al. (2006) geven aan dat FTT slechts bij een minderheid van de kinderen uitgelokt wordt door verwaarlozing.

### **6.1.4 Signalen**

Volgende risicofactoren kunnen een hulpverlener (inclusief CB-medewerker) alarmeren voor de mogelijkheid van verwaarlozing als oorzaak van FTT (Block, 2005)(niet-limitatieve lijst):

- ouderlijke depressie, stress, huwelijksproblemen, scheiding;
- ouders hebben zelf een verleden van mishandeling als kind;
- mentale retardatie en psychologische afwijkingen bij de ouders;
- jonge en alleenstaande moeders zonder sociale steun;
- huiselijk geweld;
- alcohol of druggebruik;
- voorgaande kindermishandeling in het gezin;
- sociale isolatie of armoede;
- ouders met inadequate aanpassings- en sociale vaardigheden;
- ouders die overdreven gefocust zijn op carrière of activiteiten buitenshuis;
- zich niet kunnen houden aan medische voorschriften;
- te weinig kennis over normale groei en ontwikkeling;
- kinderen met een laag geboortegewicht of verlengde hospitalisatie.

Zorgen over verwaarlozing moeten geuit worden tijdens de duur van de interventie en aangepast indien volgende gebeurtenissen plaatsvinden (Block, 2005):

- opzettelijk weerhouden van voedsel voor het kind;
- sterk geloof in gezondheid en/of voedingsregimes die een gevaar vormen voor het welzijn van het kind;
- gezin is terughoudend tegenover de aanbevolen interventies ondanks een multidisciplinaire aanpak.

### **6.1.5 Behandeling en aanpak**

Behandeling is afhankelijk van de oorzaak van de FTT, de algemene gezondheid van het kind en zijn medische voorgeschiedenis. Wanneer het gaat om onvoldoende of onjuiste voeding, is voedingseducatie aan de ouders noodzakelijk (Delanfilis, 2006).

Een verwijzing voor verdere diagnostiek en eventuele behandeling dient te gebeuren door de arts op basis van groeicurven en vergelijking met eerdere metingen en de klinische indruk. Wanneer het gewicht minder dan 70% bedraagt van het voorspelde gewicht bij een bepaalde lengte, is dringende aandacht vereist (Block, 2005).

Snelle herkenning van ernstige gevallen is belangrijk omdat slechte voeding ernstige gevolgen kan hebben op de vroege hersenontwikkeling (Block, 2005). Zelfs met behandeling, kunnen er blijvende gevolgen zijn, zoals groeiretardatie, verminderde cognitieve activiteit, mentale retardatie, socio-emotionele tekorten en weinig impulscontrole (Delanfilis, 2006).

Bij een vermoeden van mishandeling of verwaarlozing in combinatie met ernstig FTT, is een ziekenhuisopname aangeraden. Een kind dat niet goed gedijt ten gevolge van verwaarlozing kan immers in de veilige omgeving van het ziekenhuis plots een inhaalbeweging maken. Wanneer het gewicht plots sterkt toeneemt en het kind goed eet is dit ondersteunend voor een diagnose van verwaarlozing als oorzaak. Bij een vermoeden van verwaarlozing moet het vertrouwenscentrum ingelicht worden. De arts dient duidelijk aan te geven welke interventies ondernomen zijn, welke specifieke instructies gegeven zijn aan ouders, of de ouders deze begrepen hebben, of de ouders begrijpen welke negatieve gevolgen er zijn voor het kind en of de ouders zich kunnen houden aan de voedingsrichtlijnen (Block, 2005).

### **6.1.6 Besluit**

Bij gezinnen met profielen die wijzen op een hoog risico voor mishandeling, en bij gezinnen die steeds opnieuw mislukken om zich te houden aan de aanbevolen interventies of geen stabiele omgeving voor hun kind kunnen behouden, moet FTT als gevolg van mishandeling of verwaarlozing overwogen worden (Block, 2005).

## **6.2 Shaken baby Syndroom**

### **6.2.1 Definitie**

Het ‘Shaken Baby Syndroom’ (SBS) is een term die gebruikt wordt om de gevolgen van het hevig door elkaar schudden van een jong kind aan te geven. In de Engelstalige literatuur wordt ook de term ‘Abusive Head Trauma’ gebruikt om de hersenschade aan te geven ten gevolge van onder meer het schudden van een kind (Dubowitz, 2007).

Het ‘Shaken Baby Syndroom’ is een ernstige vorm van kindermishandeling waarbij het bovenlichaam van het kind hevig door elkaar wordt geschud, wat leidt tot een verscheidenheid aan symptomen en

gevolgen naargelang de duur en hevigheid van het schudden. De ernst van het schudden is vaak afhankelijk van het niveau van spanning en frustratie bij de mishandelende persoon. Één derde van de kinderen houdt hieraan blijvende mentale en fysieke letsels over, nog eens één derde sterft aan zijn/haar verwondingen (Walls, 2006).

### 6.2.2 Risicofactoren – Beschermende factoren

In onderstaande tabel worden de verschillende risico- en beschermende factoren opgelijst die uit verschillende artikels werden samengebracht in de review van Walls (2006).

Tabel 1. Risico- en beschermende factoren voor ‘Shaken Baby Syndrome’

Risicofactoren	Beschermende factoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ontwikkelings- / mentale problemen bij het kind</li> <li>- Sociale isolatie van het gezin</li> <li>- Ongepaste verwachtingen over de ontwikkeling en noden van het kind</li> <li>- Verleden van huiselijk geweld</li> <li>- Armoede, werkloosheid</li> <li>- Weinig structuur, oplossingsvaardigheden en geweld in het gezin</li> <li>- Tekort aan gezinssamenhang</li> <li>- Verleden van drugsmisbruik</li> <li>- Jonge ouders, alleenstaande ouder</li> <li>- Weinig ouder-kind interacties en negatieve interacties</li> <li>- Stress en mentale stoornissen bij de ouders</li> <li>- Geweld in de omgeving</li> <li>- Ouderlijke overtuigingen en gedragingen ondersteunend voor misbruik en mishandeling</li> <li>- Slechte toegankelijkheid van buurtvoorzieningen</li> <li>- Weinig ondersteuning van familie en omgeving</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ondersteunende familiale omgeving</li> <li>- Stabiele familierelaties</li> <li>- Opvoedingsvaardigheden bij de ouder</li> <li>- Ouders hebben job</li> <li>- Aangepaste, stabiele woning</li> <li>- Regeling en opvolging voor het kind</li> <li>- Toegankelijke gezondheidszorg en sociale diensten</li> <li>- Zorgende, ondersteunende volwassenen buiten de familie die fungeren als rolmodel</li> <li>- Ondersteuning vanuit de omgeving</li> <li>- Preventieprogramma's voor mishandeling</li> </ul>

Gegevens afkomstig uit Carbaugh, 2004; Davies & Garwood, 2001; Hennis, Kini & Palusci, 2001; NCIPC; 2005; in Walls, 2006.

Vooraf jonge kinderen tot 4 jaar vormen de meest kwetsbare groep. Anatomische redenen (groot hoofd, zwakke nek), weinig mogelijkheden tot communicatie en de onmogelijkheid om zichzelf te beschermen tegen volwassenen vergroten het risico in deze leeftijdsgroep (Walls, 2006).

Bepaalde kindfactoren vergroten het risico op SBS:

- mannelijk geslacht;
- jonge leeftijd;
- ontroostbaar huilen;
- kolieken;
- moeilijk temperament;
- prematuriteit;
- aanwezigheid van speciale medische noden.

De dader is vaak de biologische vader of vriend van moeder, babysit, of een andere verzorger, die beschikt over volgende persoonlijkheidsfactoren:

- mannelijk geslacht;

- jonge ouder;
- alleenstaande ouder;
- weinig ervaring met kinderverzorging;
- ongepaste verwachtingen over de ontwikkeling van het kind;
- laag niveau van educatie;
- toegenomen fysische en psychologische stress;
- verleden van of aanwezigheid van mentale stoornis of druggebruik;
- aanwezigheid van huiselijk geweld;
- verleden van mishandeling.

Omgevingsfactoren die bijdragen aan het risico zijn de volgende:

- lage socio-economische status;
- tekort aan gemeenschapsvoorzieningen;
- onveilige omgeving;
- sociale isolatie;
- weinig ondersteuning van familie of instanties;
- weinig prenatale zorg;
- weinig ouderlijke tevredenheid;
- slecht functioneren van het gezin;
- regelmatige verhuizen.

### **6.2.3 Signalen en symptomen**

Signalen en symptomen van hoofdtrauma's ten gevolge van mishandeling variëren van geen of mild en non-specifiek, en tot ernstig en levensbedreigend (Dubowitz, 2007).

- weinig voedselinname;
- braken;
- lusteloosheid;
- veranderingen in neurologische status (kreupelheid, apathie, irritabiliteit, epileptische aanvallen en coma);
- veranderingen in ademhaling (inclusief apnoe);
- netvliesbloedingen;
- schedelbreuk;
- volle fontanel
- hoofdwonden.

De symptomen zijn soms subtiel waardoor de diagnose gemist kan worden (Dubowitz, 2007). Vele symptomen van SIS kunnen kaderen binnen veel voorkomende aandoeningen in de kindertijd (Walls, 2006).

Bij radiologisch en klinisch onderzoek kunnen volgende letsels ontdekt worden:

- intracraniale letsels;
- interhemisferische en subdurale bloedingen en hematomen;
- cerebrale oedemen;
- retinale bloedingen (vaak in meerdere lagen van het netvlies);
- ruggengraat / nek verwondingen; spinale letsels
- onverklaarde breuken van ribben, lange botten, schedel;
- abdominale letsels;
- kneuzingen aan de borstkast.

### **6.2.4 Klinisch onderzoek**



Evaluatie van kinderen met een hersenletsel ten gevolge van SBS bestaat uit volgende onderdelen (Deputy, 2003):

- gedetailleerde anamnese;
- fysiek onderzoek;
- documentatie van intracranieële letsels met beeldvorming van de hersenen;
- uitgebreid oogonderzoek;
- radiografische onderzoeken vb. RX babygram

Differentiaaldiagnose van subdurale bloedingen of hematoom:

- accidenteel trauma of trauma door mishandeling;
- geboortetrauma;
- congenitale vervormingen;
- stollingstoornissen;
- infecties;
- metabole aandoeningen;
- tumor;
- vasculitis

### **6.2.5 *Behandeling en aanpak***

De prognose van deze kinderen op lange termijn is over het algemeen slecht. Er zijn weinig effectieve behandelingsmethoden. Preventie is daarom de beste oplossing (Deputy, 2003). Onderzoek uit de VS bij risico-ouders toont aan dat het ontvangen van regelmatige huisbezoeken door verpleegkundigen tijdens de zwangerschap en de eerste twee jaar de kans op kindermishandeling significant vermindert alsook het aantal doktersbezoeken voor ongevallen en vergiftigingen (Deputy, 2003). De verpleegkundige is de meest aangewezen persoon voor educatie over dit onderwerp. Zij kan het onderwerp aansnijden nog voor de ouders de kraamkliniek verlaten en bij de consultaties op het consultatiebureau. Aan de hand van uitleg en begeleiding kan de verpleegster aan de ouders duidelijk maken wat de risico's en gevolgen zijn van het schudden van een baby. Door ouders te informeren over moeilijkheden in de ontwikkeling, zoals overmatig huilen, problemen bij het voeden, slapen, en de zindelijkheid, vormen zij een goed beeld over de ontwikkeling van hun kind. Er zijn ook heel wat materialen beschikbaar om de uitleg te ondersteunen. Preventieprogramma's die uitgedragen worden door verpleegkundigen kunnen best geëvalueerd worden. Verpleegkundigen kunnen ook bijdragen aan onderzoek en studies rond dit thema, zodat de incidentie van SBS kan verlaagd worden (Walls, 2006).

### **6.2.6 *Aanbevelingen voor de arts***

Kindermishandeling moet in overweging genomen worden bij (NCCWCH, 2009):

- een intracranieële bloeding in afwezigheid van een bevestigd ernstig trauma door ongeval of een gekende medische oorzaak;
- afwezigheid of onduidelijkheid van een verklaring of uitleg;
- een kind jonger dan 3 jaar;
- aanwezigheid van:
  - o netvliesbloedingen
  - o breuken van ribben of lange botten
  - o andere geassocieerde aangebrachte verwondingen
- meerdere subdurale bloedingen met of zonder subarachnoïde bloeding met of zonder hypoxisch – ischemische schade aan de hersenen.

## **6.3 Excessief huilen**

Excessief huilen is een risicofactor voor kindermishandeling. Wessel (1954) definieerde excessief huilen als 'perioden van irritatie, zeurderigheid en huilbuien bij jonge kinderen die gezond en weldoorvoed zijn, voor meer dan 3 uur per dag, meer dan 3 dagen per week, langer dan 3 weken aanhoudend'. Een kind dat langdurig en ontroostbaar huilt, kan frustraties veroorzaken bij de ouders. Crouch et al (2008) stelden vast dat huilen voornamelijk een risicofactor is bij ouders die een hoog risico lopen op kindermishandeling. Er bestaat toenemende evidentie dat hoogrisico-ouders informatie op een andere manier verwerken en interpreteren dan normale ouders. Zo is onder meer vastgesteld dat ouders die aangeven hun kind wel eens geslagen te hebben omdat het huilde, het huilen meer als excessief beschouwen dan ouders die hun kind niet slaan. Objectief huilen de kinderen uit de eerste groep echter niet meer dan de andere kinderen. De ouderlijke interpretatie van het huilen is dus predictief voor kindermishandeling, niet het huilen op zich. De mogelijkheid dat hoge en lage risico-ouders verschillen in de manier waarop ze informatie verwerken en interpreteren die gerelateerd is aan verzorging wordt uitgewerkt in cognitieve modellen. Het experiment van Crouch toonde aan dat hoge risico ouders het huilen meer negatief beoordelen en meer vijandige gevoelens hebben bij het kijken naar een video van een huilbaby in vergelijking met lage risico ouders (Crouch, 2008).

Preventie is de beste aanpak. Barr et al (2009) toonden aan dat het gebruik van educatiemateriaal de kennis over het huilen en een aantal gedragingen die preventief zijn voor het mishandelen van het kind verbeterden bij de moeders die deelnamen aan de interventie.

## Bijlage 1: Signalenlijst

Deze lijst geeft een overzicht van signalen van kindermishandeling in de leeftijd van 0-18 jaar (Wagenaar-Fischer, 2007). De signalenlijst is een hulpmiddel om een vermoeden van kindermishandeling te onderbouwen, niet om kindermishandeling te bewijzen. Vrijwel alle genoemde signalen kunnen namelijk een andere oorzaak hebben. Hoe meer van de genoemde signalen het kind uitzendt, hoe groter de kans dat er sprake is van kindermishandeling. Er zijn ook kinderen waar nauwelijks aan te merken is dat zij worden mishandeld.

- **Signalen van geweld**

Aan geweld moet gedacht worden als

- het letsel een herkenbare **vorm** heeft bijvoorbeeld de afdruk van een hand, vingers, tanden of een riem
- het letsel op een **plaats** wordt aangetroffen waar op basis van een ongeval geen letsel verwacht wordt
- de **anamnese** geen of onvoldoende verklaring geeft voor vorm, grootte of plaats van het letsel

- **Signalen van opzettelijke verbrandingen**

Aan verbranding door mishandeling moet gedacht worden bij

- de **plaats**: handpalmen, voetzolen, enkels en polsen, genitalia, perineum, billen
- de **begrenzing**: vaker scherper begrensde laesie bij mishandeling dan bij verbranding door ongeval, bijvoorbeeld brandwonden door sigaretten zijn opvallend rond en scherp begrensd
- **symmetrie**; bij mishandeling vaker symmetrisch dan bij verbranding door ongeval
- **anamnese**: geen adequate verklaring
- **wondverzorging**: de wond is verwaarloosd

- **Lichamelijke signalen**

Blauwe plekken, brandwonden, botbreuken, snij-, krab-en bijt wonden.

Groeiachterstand (0-12 jaar)

Voedingsproblemen (0-4 jaar)

Ernstige luieruitslag (0-4 jaar)

Slecht onderhouden gebit of verkleurde tanden door beschadiging door geweld

Gebroken tanden of tanden die niet meer op hun plaats staan

Wonden, blauwe plekken of littekenvorming in de mondholte

Kind stinkt, heeft regelmatig smerige kleren aan

Oververmoeidheid/slaapproblemen

Vaak ziek

Ziekten die moeizaam genezen

Kind is hongerig

Motorische ontwikkelingsvertraging

Niet zindelijk op de leeftijd dat het hoort

- **Gedragmatige signalen**

Kindermishandeling moet in overweging genomen worden wanneer een kind plots een verandering in het gedrag toont, die onaangepast is aan de normale ontwikkelingsfase en leeftijd, en niet verklaard

wordt door een stressvolle situatie zoals echtscheiding van de ouders of rouw of een medische reden (NCCWCH, 2009). Bijvoorbeeld:

- herhaaldelijke nachtmerries met dezelfde thema's
- extreme onrustigheid
- opvallend tegenstrijdig gedrag
- minder communiceren
- teruggetrokken gedrag

Kindermishandeling moet eveneens in overweging genomen worden wanneer zich een kind presenteert met onaangepast gedrag voor de leeftijd en ontwikkeling dat niet medisch verklaard kan worden of door andere stressvolle gebeurtenissen. Bijvoorbeeld:

- *Algemeen*

Weinig spontaan  
Passief lusteloos, weinig interesse in spel  
Apathisch, toont geen gevoelens of pijn  
In zichzelf gekeerd, leeft in fantasiewereld  
Labiël  
Erg nerveus  
Hyperactief  
Negatief zelfbeeld  
Agressief, vernielzuchtig  
Regressiebeeld (taal, psychomotoriek)

- *Gedragmatige signalen tegenover andere kinderen*

Agressief  
Speelt weinig met andere kinderen  
Wantrouwend  
Niet geliefd bij andere kinderen

- *Gedragmatige signalen tegenover ouders*

Angstig, schrikachtig, waakzaam  
Meegaand, volgzaam  
Gedraagt zich in bijzijn van ouders anders dan zonder ouders  
Zoekt geen troost bij verdriet  
Dwangmatig controlerend gedrag  
Extreem troosten van ouders wanneer deze verontrust zijn door jonge kinderen

- *Gedragmatige signalen tegenover andere volwassenen*

Angstig om zich uit te kleden  
Angst voor lichamelijk onderzoek  
Verstijft bij lichamelijk contact  
Angstig, schrikachtig, waakzaam  
Meegaand, volgzaam  
Agressief  
Overdreven aanhankelijk  
Aandacht vragend gedrag  
Wantrouwend  
Vermijdt oogcontact  
Grensoverschrijdend gedrag

- ***Overig gedrag van het kind***

Plotselinge gedragsverandering  
Gedraagt zich niet leeftijd adequaat  
Taal- en spraakstoornissen  
Weglopen  
Voorkomen van dissociaties bij het kind  
Secundaire enuresis / encopresis

- ***Gedrag van de ouder***

Onverschillig over het welzijn van het kind  
Laat zich regelmatig negatief of vijandig uit over het kind  
Troost het kind niet  
Geeft aan het niet meer aan te kunnen  
Is verslaafd  
Is ernstig (psychisch) ziek  
Kleedt het kind te warm of te koud aan  
Zegt regelmatig afspraken af  
Vergeet vaccinaties  
Houdt het kind vaak thuis van school  
Heeft irreële verwachtingen van het kind  
Zet het kind onder druk om te presteren  
Gebruikt onaangepaste bedreigingen of methoden van disciplineren  
Moedigt kind niet aan tot socialisatie

- **Gezinssituatie**

Samengaan van stressvolle omstandigheden, zoals slechte huisvesting, financiële problemen, relatieproblemen, sociaal isolement en alleenstaande ouder  
Partnermishandeling  
Gezin verhuist regelmatig  
Slechte algemene hygiëne  
Ouders zelf mishandeld als kind

- **Signalen specifiek voor seksueel misbruik**

Het merendeel van de kinderen (70%) zal geen lichamelijke afwijkingen hebben ten gevolge van het seksueel misbruik. Als er lichamelijke afwijkingen zijn, zijn deze meestal niet specifiek.

- ***Lichamelijke signalen***

Verwondingen aan de geslachtsorganen en het perineum  
Vaginale infecties en afscheiding  
Bijthematomen aan billen of secundaire geslachtskenmerken  
Jeuk bij vagina en anus  
Pijn in bovenbenen  
Pijn bij lopen en zitten  
Problemen bij plassen  
Urineweginfecties  
Orale afwijkingen door oro-genitaal contact  
Seksueel overdraagbare aandoeningen

- **Specifieke afwijkingen bewijzend voor een seksueel contact**

Sperma op het lichaam, in de vagina of in het rectum, in de urine of in de kleren van het kind

Prostaatspecifiek antigeen of zure fosfatase in het vulvaspoelsel

Bloed in de vagina, in het rectum of op het perineum van een andere bloedgroep dan die van het kind

- **Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (SOA's)**

Seksueel misbruik kan een SOA tot gevolg hebben. SOA's zijn daarom een aanwijzing voor seksueel misbruik. Voor de diagnose seksueel misbruik bij een SOA moeten een intra-uteriene of perinatale infectie en een infectie door medisch handelen zoals een bloedtransfusie uitgesloten worden.

Bij een kind is seksueel misbruik zéér waarschijnlijk bij *verworven gonorrhoe* en *lues*.

Bij een kind is seksueel misbruik waarschijnlijk bij *chlamydia trachomatis*, *condylomata acuminata*, *trichomonas vaginalis*.

- **Gedragmatige signalen bij seksueel misbruik van het kind**

Drukt benen tegen elkaar aan bij het lopen

Afkeer van lichamelijk contact

Maakt afwezige indruk bij lichamelijk onderzoek

Extreem en niet passend bij de leeftijd seksueel gedrag en taalgebruik

- **Signalen van meisjesbesnijdenis**

Direct na de ingreep

-Extreme pijn

-Mictieklachten: pijn bij het plassen, ophoping van urine in de blaas

-Bloedverlies

Mogelijke signalen na de ingreep

-Mictieklachten: pijn bij het plassen, ophoping van urine in de blaas

-Urineweginfecties

-Chronische pijn in de onderbuik

-Littekenvorming

- **Signalen specifiek voor lichamelijke en/of psychische verwaarlozing**

Deze signalen zijn overgenomen uit Delanfilis (2006) en NCCWCH (2009).

- **Oudersignalen**

Onverschillig naar het kind toe

Lijkt apathisch of depressief

Irrationeel of bizar gedrag

Alcohol of drugmisbruik

Ontkent problemen bij kind of stelt kind ervoor verantwoordelijk

Verlangt van het kind zorg, aandacht, voldoening van emotionele noden

Herhaaldelijk falen om gevaar te voorzien en voorzorgen te nemen om het kind te beschermen

Geeft uitleg voor verwonding waaruit een tekort aan toezicht blijkt

Houdt zich niet aan de voorschreven behandeling

Is niet aanwezig op belangrijke afspraken omtrent de gezondheid van het kind

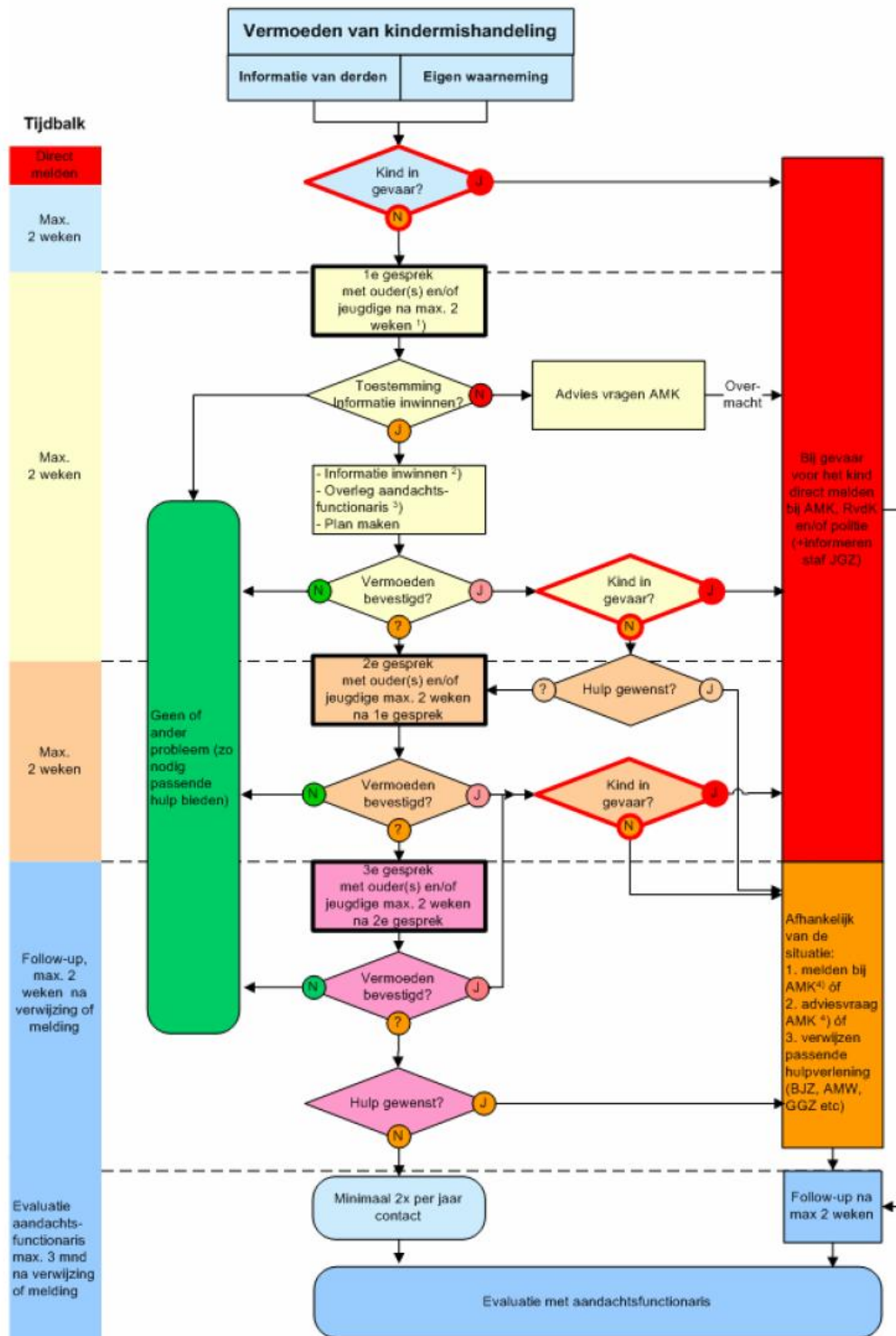
Vragen geen medische hulp bij ziekte of pijn bij het kind

○ ***Kindsignalen***

Draagt vuile kledij, of kledij die duidelijk te groot of te klein is of kapot  
Is niet gekleed naar de weersomstandigheden  
Hongerig, bedelen, voedsel stelen, weinig voedsel mee naar school  
Lusteloos, weinig energie  
Zorgt voor jongere broers of zussen  
Weinig hygiëne, ruikt naar uitwerpselen, slechte mondgezondheid  
Onverwachte medische of tandproblemen  
Zegt dat er niemand thuis is om voor hem/haar te zorgen  
Langdurige aanwezigheid van luizen, schurft  
Onveilige leefomgeving voor de leeftijd van het kind (bij huisbezoek)  
Kind is niet gevaccineerd, niet gescreend, komt niet naar consultaties

**Bijlage 2: Stappenplan bij een vermoeden van kindermishandeling volgens de Nederlandse JGZ-richtlijn.**

**Stappenplan bij een vermoeden van kindermishandeling**



1) Bij vermoeden van seksueel geweld, moet overwogen worden het eerste gesprek door een deskundige te laten plaatsvinden  
 2) Informatie inwinnen vindt in elk geval plaats na het eerste gesprek maar kan op elk ander moment nodig zijn, evenals het aanpassen van het plan.  
 3) Het overleg met de aandachtsfunctionaris vindt in elk geval plaats na het eerste gesprek maar kan op elk ander moment nodig zijn.  
 4) JGZ moet ouders erop attent maken dat zij dit ook zelf kunnen doen



## Bijlage 3: opzet en resultaten van het literatuuronderzoek

### a) Wat is het doel van het literatuuronderzoek

In deze literatuurstudie wordt onderzocht wat er wetenschappelijk bekend is over signalering bij een vermoeden van kindermishandeling door eerstelijns gezondheidswerkers.

### b) Zoekstrategie (zoektermen) en resultaten

#### i. Periode

Vanaf 1990 tot heden

#### ii. Talen

Nederlands, Frans, Engels en Duits

#### iii. Stappen en bronnen

Bij deze stapsgewijze literatuursearch werden volgende bronnen geraadpleegd:

- CLINICAL EVIDENCE
  - The Cochrane Collaboration, Cochrane Database of Systematic reviews (<http://www.cochrane.org>)
  - Cebam, Belgian Branch of the Cochrane Collaboration (<http://www.cebam.be>)
  - EPPI-Centre (<http://eppi.ioe.ac.uk/cms/>)
  - Health Evidence (<http://health-evidence.ca/>)
- GUIDELINES

#### UK

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): <http://www.sign.ac.uk/>
- National Electronic Library of Health (NeLH) Guidelines Finder: <http://www.library.nhs.uk/Default.aspx>
- Centre for Reviews and Dissemination (Effective Health Care Bulletin UK) (<http://www.york.ac.uk/>)

#### US

- National Guidelines Clearinghouse: <http://www.guideline.gov/>
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

#### Canada

- Canadian Task Force on Preventive Health Care: <http://www.ctfphc.org/>

Australië

- National Health and Medical Research Council (NHMRC):  
<http://www.nhmrc.gov.au/index.htm>
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW):  
<http://www.aihw.gov.au/publications/> en
- Department of health and ageing:  
<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/phd-maternal-index>

- WEBSITES

- Vertrouwenscentrum Kindermishandeling:  
<http://www.kindermishandeling.org/VK/>

- MEDLINE

Voor alle zoekacties werden publicaties vóór 1990 uitgesloten.  
De selectie van de relevante artikels gebeurde op basis van titel en abstract.

Artikels werden uitgesloten omwille van:

- primaire preventie van kindermishandeling: valt onder perceel 4
- behandeling
- case studies

Artikels werden ingesloten omwille van:

- secundaire preventie van kindermishandeling, signalering, handelen bij vermoeden
- jonge kinderen (0-5j)
- westerse landen

<b>ZOEKTERMEN</b>
Child maltreatment
Child abuse assessment
Child abuse identification
Reporting child abuse
Child abuse diagnosis
Child maltreatment detection
Child abuse
Failure to thrive
Shaken Baby Syndrome
Abusive head trauma
Excessive crying AND child maltreatment
Infant crying AND child abuse

## Referentielijst

- Anda RF, Felliti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, Dube SR, Giles WH. (2006).  
The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 256: 174-186.
- Barr RG, Barr M, Fujiwara T, Conway J, Catherine N, Brant R. (2009).  
Do educational materials change knowledge and behaviour about crying and shaken baby syndrome? A randomized controlled trial. *CMAJ* 180(7):727-33.
- Black MM, Dubowitz H, Casey PH, Cutts D, Drewett RF, Drotar D, Frank DA, Karp R, Kessler DB, Meyers AF, Wright CM. (2006).  
Failure to thrive as distinct from child neglect. *Pediatrics* 117: 1456-1458.
- Block RW, Krebs NF, and the Committee on Child Abuse and Neglect. (2005).  
Failure to thrive as a manifestation of child neglect. *Pediatrics* 116: 1234-1237.
- Butchart, A., Harvey A.P., Mian, M. & Fürniss, T. (2006).  
Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence / World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect 2006. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf)
- Coulton CJ, Crampton DS, Irwin M, Spilsbury JC, Korbin JE. (2007).  
How neighbourhoods influence child maltreatment: A review of the literature and alternative pathways. *Child Abuse & Neglect* 31: 1117-1142.
- Crouch JL, Skowronski JJ, Milner JS, Harris B. (2008).  
Parental responses to infant crying: The influence of child physical abuse risk and hostile priming. *Child Abuse & Neglect* 32: 702-710.
- DePanfilis D. (2006).  
Child neglect: A guide for prevention, assessment and intervention. US Department of Health and Human Services.
- Deputy S. (2003).  
Shaking-impact Syndrome of infancy. *Seminars in Pediatric Neurology* 10 (2): 112-119.
- Dubowitz H, Bennett S. (2007).  
Physical abuse and neglect of children. *Lancet* 269: 1891-99.
- Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, MacMillan HL. (2009).  
Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet* 2009; 373: 167-80.
- Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. (2009).  
Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 373: 68-81.
- Grietens H, De Haene L, Uyttebroek K. (2007).  
Cross-cultural validation of the Child Abuse Potential Inventory in Belgium (Flanders): Relations with demographic characteristics and parenting problems. *J Fam Viol* 22: 223-229.
- Hellinckx W, Grietens H, Geeraert L, Moors G, Van Assche V. (2001).  
Risico op kindermishandeling? Een preventieve aanpak. *Acco Leuven*.

- Kind & Gezin. (2008).  
Het kind in Vlaanderen. Brussel.
- Kind & Gezin. (2008).  
Inscholingsyllabus artsen. Hoofdstuk 9: de medische aspecten van kindermishandeling.
- Levy, Y., Levy, A., Zangen, T., Kornfeld, L., Dalal, Y., Samuel, Z., Boaz, M., David, N., Dunitz, M. & Levine, A. (2009).  
Diagnostic Clues for Identification of Nonorganic vs Organic Causes of Food Refusal and Poor Feeding. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 48: 355–362.
- MacMillan HL, with the Canadian Task Force on Preventive Health Care. (2000).  
Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *CMAJ* 163 (11): 1451-8.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. (2009).  
When to suspect child maltreatment. Clinical Guideline. United Kingdom.
- Newton AW, Vandeven AM. (2006).  
Unexplained infant and Child death: a review of sudden infant death syndrome, sudden unexplained infant death and child maltreatment fatalities including shaken baby syndrome. *Curr Opin Pediatr* 18: 196-200.
- Newton AW, Vandeven AM. (2009).  
Update on child maltreatment. *Curr Opin Pediatr* 21: 252-261.
- Nygren P, Nelson HD, Klein J.  
Screening children for family violence. U.S. Preventive Services Task Force. Afgehaald op 11-12-2009 op [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov).
- Pollman P. (2008).  
Kindermishandeling inzichtelijk. Vroegsignalering, onderzoek, diagnostiek en risicotaxatie. Van Gorcum.
- Stirling J, and the Committee on Child Abuse and Neglect. (2007).  
Beyond Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics* 119: 1026-1030.
- Van Puyenbroeck B. (2007).  
Clientenregistratie Vertrouwenscentra Kindermishandeling Rapport 2007. Afgehaald op [www.kindengezin.be](http://www.kindengezin.be)
- Wagenaar – Fischer MM, Heerdink – Obenhuijsen N, Kamphuis M, de Wilde J. (2007).  
Concept JGZ richtlijn secundaire preventie kindermishandeling. Afgehaald op 11-12-2009 op [http://www.rivm.nl/jeugdgezondheid/bibliotheek/richtlijnen/JGZ-richtlijn\\_Secundaire\\_Preventie\\_Kindermishandeling.jsp](http://www.rivm.nl/jeugdgezondheid/bibliotheek/richtlijnen/JGZ-richtlijn_Secundaire_Preventie_Kindermishandeling.jsp).
- Walls C. (2006).  
Shaken baby syndrome education: A role for nurse practitioners working with families of small children. *Journal of Pediatric Health Care* 20: 304-310.
- Wessel MA, Cobb JC & Jackson EB. (1954).  
Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. *Pediatrics* 14, 421-435.