

AANPAK VAN VERMOEDEN VAN KINDERMISHANDELING

Gevalideerd door Cebam in oktober 2013

AUTEURS

N. DEKKER, K. SMETS, K. KAÏRET, L. PEREMANS

MET MEDEWERKING VAN L. PAS, N. CLAES, J. VANSCHOENBEEK, M. DIERCKX

INLEIDING	S1
KLINISCHE VRAGEN	S2
DEFINITIES EN BEGRIPPEN	S2
RISICOFACTOREN VOOR KINDERMISHANDELING	S3
Welke risicofactoren maken kindermishandeling meer waarschijnlijk en zijn belangrijk in de opvolging van families?	S3
SIGNALLEN VOOR KINDERMISHANDELING	S4
Bij welke signalen/situaties moet kindermishandeling overwogen/vermoed worden en welke argumenten helpen het vermoeden bevestigen?	S4
ROL VAN DE HUISARTS	S13
Wat is de rol van de huisarts bij het overwegen/vermoeden van kindermishandeling?	S13
Dient de (huis)arts kindermishandeling bespreekbaar te maken met het slachtoffer en zijn omgeving, en zo ja hoe?	S13
Hoe kan de (huis)arts bij vermoeden van kindermishandeling de dringendheid en ernst inschatten?	S14
SAMENWERKING MET ANDERE INSTANTIES	S15
Op welke manier kan/dient een (huis)arts samen te werken met andere gespecialiseerde instanties?	S15
KLINISCH ONDERZOEK EN DOSSIEROPVOLGING	S17
Moet de huisarts een gericht klinisch onderzoek uitvoeren bij het overwegen/vermoeden van kindermishandeling?	S17
Hoe dient een (huis)arts een overwegen/vermoeden van kindermishandeling te documenteren in het medisch dossier?	S17
KERNBOODSCHAPPEN	S19
STROOMDIAGRAM: AANPAK VAN KINDERMISHANDELING	S23
GRADE	S24
RANDVOORWAARDEN	S24
RESEARCHAGENDA	S24
TOTSTANDKOMING	S24
NOTEN	S25

AANPAK VAN VERMOEDEN VAN KINDERMISHANDELING

Gevalideerd door Cebam in oktober 2013

N. DEKKER, K. SMETS, K. KAÏRET, L. PEREMANS

MET MEDEWERKING VAN L. PAS, N. CLAES, J. VANSCHOENBEEK, M. DIERCKX

OMSCHRIJVING

Dekker N, Smets K, Kaïret K, Peremans L, met medewerking van Pas L, Claes N, Vanschoenbeek J, Dierckx M. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Aanpak van vermoeden van kindermishandeling. Antwerpen: Domus Medica vzw; 2014.

AUTEURS

N. Dekker is huisarts in Hoboken en verbonden aan de Commissie Richtlijnen;

K. Smets is huisarts in Lier en CLB-arts;

K. Kaïret is student geneeskunde aan de Universiteit Antwerpen;

L. Peremans is huisarts in Antwerpen en is verbonden aan de Vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg, Universiteit Antwerpen.

L. Pas is huisarts in Wezembeek-Oppem en verbonden aan de researchafdeling van het Academisch Centrum voor Huisarts-geneeskunde van de KU Leuven;

N. Claes is huisarts in Buggenhout;

J. Van Schoenbeek is huisarts in Halen;

M. Dierckx is huisarts en CLB-arts.

INBRENG VAN DE PATIËNT EN AFWEGING DOOR DE HUISARTS

Richtlijnen voor goede medische praktijkvoering zijn richtinggevend als ondersteuning en een houvast bij het nemen van diagnostische of therapeutische beslissingen in de huisartsgeneeskunde. Zij vatten voor de huisarts samen wat voor de gemiddelde patiënt wetenschappelijk gezien het beste beleid is. Daarnaast is er de agenda van de patiënt, die een gelijkwaardige partner is bij het nemen van beslissingen. Daarom verheldert de huisarts de vraag van de patiënt door een gepaste communicatie en geeft informatie over alle aspecten van de mogelijke beleidsopties. Het kan dus voorkomen dat huisarts en patiënt samen verantwoord en beredeneerd een andere beste keuze maken. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijnen aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld.

INLEIDING

Motivatie voor de richtlijn

Kindermishandeling is een frequent, maar sterk onderschat probleem. In de zes Vlaamse Vertrouwenscentra Kindermishandeling werden in 2011 in totaal 7163 meldingen genoteerd voor 10 188 kinderen. Bij 5510 meldingen (76,9%) ging het om een (vermoeden van een) concrete situatie van mishandeling of verwaarlozing. 944 meldingen (13,2%) betroffen een risicosituatie, bij 709 meldingen (9,9%) ging het om een verwerkingsproblematiek of een andere problematiek dan actuele kindermishandeling.

In vergelijking met 2010 steeg het totaal aantal meldingen met 8,1%. Vooral het aantal meldingen van een concrete problematiek steeg aanzienlijk (10%). Ook het aantal kinderen in de meldingen steeg t.o.v. 2010, namelijk met 8,4%. Sinds 2005 is er een stijging van het aantal gemelde kinderen met 13,1%.¹

Wat de gemelde problematieken betreft, zijn er geen grote significante verschuivingen over de jaren heen. Soms zijn er kleine verschuivingen waar te nemen, maar globaal gezien zijn dit ongeveer de gemiddelden van 2005 tot en met 2010: fysieke mishandeling 27%, emotionele mishandeling 18%, seksueel misbruik 23%, risicosituatie 15%, Munchausen by Proxy 0,4%, geen mishandeling 4,5%.²

Ongeveer 15% van de meldingen in Vlaanderen gebeurt vanuit de gezondheidszorg en 2,3% van de meldingen door de huisarts.²

In Wallonië waren er in 2010 (geen cijfers voor 2011) via de 'Equipes SOS enfants' 5297 meldingen voor 4831 kinderen. Ook in dit landsgedeelte is het aantal meldingen en het aantal gemelde kinderen sinds 2006 gestegen, namelijk met 10,5% en 15% respectievelijk. Van 2006 tot 2010 is de gemiddelde verdeling van vormen van kindermishandeling als volgt: seksueel misbruik 29%, fysieke mishandeling 17,8%, psychologische mishandeling 8,4%, institutionele mishandeling

Disclaimer

Het opstellen van dit document is een werk van lange adem geweest waaraan de uiterste zorg is besteed. Desondanks kan Domus Medica u geen perfect resultaat garanderen, en is Domus Medica, behalve in geval van bedrog of opzettelijke fout, niet (mede)aansprakelijk voor eventuele onvolledigheden of onjuistheden, noch voor eventuele schade, overlast of ongemakken van welke aard dan ook die het gevolg zouden zijn van het gebruik, op welke wijze dan ook, van dit document. Domus Medica is evenmin (mede)aansprakelijk voor op dit document en/of de daarin opgenomen informatie gebaseerde beslissingen, handelingen of nalatigheden. Dit document heeft enkel een informatieve waarde. Aan de inhoud ervan kunnen bijgevolg op geen enkele wijze rechten of plichten ontleend worden. Dit document mag evenmin worden gezien als een vervanging van een professioneel oordeel door iemand met de daartoe vereiste kwalificaties, kennis en bekwaamheid. Incorrecte gegevens of tekortkomingen geven geen recht op een financiële compensatie.

De vermelding van bepaalde rechtspersonen of producten betekent geenszins dat deze worden aanbevolen boven andere gelijkaardige bedrijven of producten. Indien verwezen wordt naar informatie verspreid door een derde, is Domus Medica niet aansprakelijk voor de informatie verspreid door deze derde. De volledige inhoud van dit document wordt beheerst door het Belgische recht en kan enkel aan de bevoegdheid van de Belgische rechtbanken worden onderworpen.

0,3%, ernstige verwaarlozing 8,9%, risicosituatie 31,2%, educatieve ontoereikendheid 3,9% en verlating 0,4%. Net zoals in Vlaanderen is 15% van de meldingen afkomstig uit de gezondheidszorg.³

Huisartsen staan binnen de groep van hulpverleners in nauw contact met de gezinnen. Het vroegtijdig opsporen van risico-gezinnen en herkennen van signalen is een belangrijke taak voor huisartsen (code van de geneeskundige plichtenleer artikel 61).⁴ Ondanks het veelvuldig voorkomen van kindermishandeling en de belangrijke verantwoordelijkheid voor de huisarts, wordt de individuele huisarts in de praktijk niet zo frequent geconfronteerd met kindermishandeling. De huisarts bevindt zich als vertrouwensarts van de hele familie ook in een moeilijke positie. Dit maakt handelen bij vermoeden van kindermishandeling complex.

Doel van de aanbeveling

Deze richtlijn heeft tot doel de huisarts te ondersteunen bij het vroegtijdig opsporen van risicosituaties, het herkennen van kindermishandeling en het beleid dat de huisarts moet voeren bij vermoeden of signalen van kindermishandeling.

Doelgroep

De richtlijn is in de eerste plaats geschreven voor huisartsen maar kan ook door pediaters en artsen in de jeugdgezondheidszorg geraadpleegd worden.

Patiëntenpopulatie en setting

Deze richtlijn is van toepassing op kinderen van 0 tot 18 jaar. Geweld onder leeftijdsgenoten, kindermishandeling bij kinderen die in instellingen verblijven, genitale verminking door culturele gewoonten en plotse dood bij het kind vallen buiten het bestek van deze richtlijn.

KLINISCHE VRAGEN

De richtlijn wil een antwoord geven op de volgende klinische vragen:

- Welke risicofactoren maken kindermishandeling meer waarschijnlijk en zijn belangrijk in de opvolging van families?
- Bij welke signalen/situaties moet kindermishandeling overwogen/vermoed worden en welke argumenten helpen het vermoeden bevestigen?
- Wat is de rol van de huisarts bij het signaleren en melden van kindermishandeling?
- Dient de (huis)arts kindermishandeling bespreekbaar te maken met het slachtoffer en zijn omgeving, en zo ja hoe?
- Hoe kan de (huis)arts bij vermoeden van kindermishandeling de dringendheid en ernst inschatten?
- Op welke manier kan/dient een (huis)arts samen te werken met andere gespecialiseerde instanties:
 - in dringende situaties?
 - in niet-dringende situaties?
- Moet een gericht klinisch onderzoek door de (huis)arts uitgevoerd worden bij het overwegen/vermoeden van kindermishandeling?

- Hoe dient een (huis)arts een overwegen/vermoeden van kindermishandeling te documenteren in het medisch dossier?

DEFINITIES EN BEGRIPPEN⁵

Kindermishandeling

Kindermishandeling omvat 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 een fysiek of psychisch letsel. Het gaat daarbij om lichamelijke, emotionele mishandeling of verwaarlozing, seksueel misbruik en getuige zijn van geweld tussen ouders of verzorgers.

Fysieke mishandeling

Fysieke mishandeling van een kind is gedefinieerd als het intentioneel gebruik van fysieke kracht tegen een kind dat resulteert in (of heeft een groot risico tot) schade aan de gezondheid, overleving, ontwikkeling of waardigheid. Dit omvat slaan, kloppen, schoppen, schudden, bijten, wurgen, verbranden, vergiftigen en verstikken. Veel fysiek geweld tegen kinderen heeft als doel te straffen.

Seksueel misbruik

Seksueel misbruik van een kind is gedefinieerd als de betrokkenheid van het kind in seksuele activiteiten, die hij of zij niet volledig bevat en ongeschikt is om toestemming te geven, of waarvoor het kind niet ontwikkeld genoeg is, of wat de wetten of sociale taboes van de gemeenschap overtreedt. Kinderen kunnen seksueel misbruikt worden door zowel volwassenen als andere kinderen die, door hun leeftijd of ontwikkelingsstadium, in een positie staan van verantwoordelijkheid, vertrouwen of macht tegenover het slachtoffer.

Emotionele mishandeling

Emotionele of psychologische mishandeling omvat zowel geïsoleerde incidenten, als een patroon van falen over een bepaalde tijdsspanne, in de verantwoordelijkheid van de ouder of verantwoordelijke in het voorzien van een voor de ontwikkeling aangepaste en supportieve omgeving. Handelingen in deze categorie geven een hoge kans op schade aan de fysieke of mentale gezondheid, of voor de fysieke, mentale, spirituele of sociale ontwikkeling.

Emotionele mishandeling omvat: verbod van bewegen, patronen van kleineren, berispen, bedreigen, bang maken, discrimineren of belachelijk maken en andere niet-fysieke vormen van afwijzen of vijandigheid.

Verwaarlozing

Verwaarlozing omvat zowel geïsoleerde incidenten als een patroon van falen over een bepaalde tijdsspanne, in de verantwoordelijkheid van de ouder of verantwoordelijke, in het voorzien van een omgeving die voor de ontwikkeling en het

welzijn van het kind nodig is, wanneer de ouder hiervoor de mogelijkheden heeft, in een of meer van de volgende gebieden: gezondheid, opleiding, emotionele ontwikkeling, voeding, onderdak en veilige leefomstandigheden. De ouders van verwaarloosde kinderen zijn niet noodzakelijk arm.

De drempel om te spreken van verwaarlozing is moeilijk te bepalen.

Selectief mutisme

Selectief mutisme is het consistent falen om te praten in specifieke sociale omstandigheden (bv. school), ondanks het praten in andere omstandigheden. Men veronderstelt dat het een angststoornis is, waarbij de persoon onmogelijk kan praten in bepaalde omstandigheden, eerder dan dat moedwillig geweigerd wordt te praten. Het onderliggende mechanisme is nog niet gekend.

Hechtingsproblemen

Hechtingsproblemen zijn problemen in de interacties tussen kind en andere personen, bv. over-vriendelijkheid naar vreemden, heel hard zoeken naar aandacht en affectie van volwassenen die niet de belangrijkste zorgdragers zijn, niet zoeken naar affectie van de ouder indien het kind duidelijk in stress is, tonen van overdreven goed gedrag om afkeuring te voorkomen, overdreven gecontroleerd gedrag naar ouders, reeds als jong kind overdreven goed gedrag tonen wanneer het kind getuige is van een gestresseerde ouder.⁶

Overwegen van kindermishandeling

Overwegen van kindermishandeling betekent dat kindermishandeling een mogelijke verklaring is voor een verhaal of signaal/symptoom of dat kindermishandeling in de differentiaal-diagnose wordt opgenomen.

Vermoeden van kindermishandeling

Vermoeden van kindermishandeling wil zeggen dat er ernstige argumenten voor de mogelijkheid van kindermishandeling zijn, maar geen bewijzen.

RISICOFACTOREN VOOR KINDERMISHANDELING

Welke risicofactoren maken kindermishandeling meer waarschijnlijk en zijn belangrijk in de opvolging van families?

Aanbeveling

Wees bedacht op risicofactoren op het niveau van het kind, ouders, gezin en leefomgeving (GRADE 1B).

Toelichting

Alertheid op risicofactoren draagt bij tot de herkenning van kindermishandeling en maakt het mogelijk actiever op te treden en preventief te handelen. De herkenning van kindermishandeling berust niet alleen op het vaststellen van omschreven verschijnselen, maar op het combineren van diverse

gegevens over omstandigheden, symptomen en risico-verhogende factoren.⁷ Er is geen causaal verband tussen risicofactoren en kindermishandeling.

Men dient opmerkzaam te zijn dat er een klasse- en rasbias kan ontstaan bij het beoordelen van risicofactoren. Arme kinderen met accidentele kwetsuren worden gemakkelijker doorverwezen naar kindbeschermende diensten dan rijkere kinderen met dezelfde letsels. Er geldt zowel een gevaar voor over- als onderdiagnose.⁸

Er bestaan momenteel nog geen gevalideerde instrumenten om in een specifieke situatie zowel risicofactoren als beschermende factoren in kaart te brengen en de hulpverlener te helpen bij het inschatten van de ernst van de situatie.

Risicofactoren

Kindfactoren

- Voorgeschiedenis van mishandeling
- Kinderen met een (verstandelijke) handicap
- Laag geboortegewicht
- Een ongeplande zwangerschap
- Kinderen met een moeilijke persoonlijkheid, met gedragsstoornissen (zoals ADHD) of ontwikkelingsmoeilijkheden
- Huilbaby
- Prematuriteit
- Jongens hebben meer risico op het shakenbabysyndroom dan meisjes
- Meerlingzwangerschap

Ouderfactoren

- Leeftijd <20 jaar
- Lage scholing
- Persoonlijheidsproblematiek of andere psychiatrische problematiek
- Voorgeschiedenis van kindermishandeling
- Getuige zijn van agressie en negatieve gebeurtenissen
- Persoonlijkheidskenmerken van een van de ouders: inadequate woeden agressiebeheersing, angst, depressie, laag zelfbeeld
- Ongewenste zwangerschap
- Werkloosheid
- Middelengebruik
- Geven van lijfstraffen

Gezinsfactoren

- Grote familie >3 kinderen
- Alleenstaande moeder
- Nieuw samengesteld gezin
- Familiaal geweld
- Minderheidsgroepen, gezinnen van allochtone origine en nieuwe allochtonen (Zuid-Amerikaanse, Afrikaanse, Oost-Europese origine)

Leefomgeving

- Armoede
- Zwak sociaal netwerk of sociale isolatie
- Criminaliteit
- Gebrek aan adequate kindzorg of gelimiteerde opvoedingscapaciteiten
- Geweld in de leefomgeving

Basis voor aanbeveling

Deze aanbeveling is gebaseerd op richtlijnen⁹, verschillende prospectieve cohortstudies¹⁰, systematische reviews¹¹, reviews¹² en een rapport.¹³

Gegevens over risicofactoren steunen vooral op populatie-onderzoek in cohortstudies, case-control studies en cross-sectionele studies. Hoewel de graad van evidentie sterk wisselend en eerder laag is en de studies zeer divers van opzet zijn, komen een aantal risicofactoren toch regelmatig en consistent terug. Dit wil echter niet zeggen dat er ook

een causaal verband is: in een multivariate analyse waar bij verschillende risicofactoren samen in rekening worden gebracht, daalt hun waarde meestal. Een aantal confounders als armoede en materiële tekorten hebben met andere risicofactoren een gemeenschappelijke basis (bv. lage scholingsgraad, jonge of alleenstaande moeders, als kind onder toezicht geplaatst,...).

SIGNALLEN VOOR KINDERMISHANDELING

Bij welke signalen/situaties moet kindermishandeling overwogen/vermoed worden en welke argumenten helpen het vermoeden bevestigen?

Kindermishandeling: algemeen

Aanbeveling

Overweeg kindermishandeling:

- indien er geen verklaarbare uitleg is voor een letsel (*GRADE 1C*);
- indien er een ongewoon lange tijdsduur is tussen het ontstaan van het letsel en het zoeken van medische hulp (*GRADE 1C*);
- bij gedragsveranderingen van het kind (*GRADE 1B*);
- bij dissociatie bij het kind, niet verklaard door een traumatisch voorval (*punt voor goede praktijkvoering*);
- bij een kind dat verantwoordelijkheden heeft waardoor dagelijkse activiteiten niet gedaan kunnen worden (*punt voor goede praktijkvoering*);
- bij zelfpijniging en/of inname van medicatie (*punt voor goede praktijkvoering*);
- bij frequent schoolverzuim waarvan de ouders op de hoogte zijn en waarvoor geen rechtvaardiging is (*GRADE 1C*);
- wanneer de verklaring van een verwonding een gebrek aan supervisie suggereert;
- wanneer een kind meer dan eenmaal wegloopt of tracht weg te lopen (*punt voor goede praktijkvoering*).

Vermoed kindermishandeling bij:

- een prepubertair kind met dwingend seksueel gedrag of preoccupatie (seksueel misbruik) (*GRADE 1C*).

Toelichting

Belangrijk is de verklaring die gegeven wordt voor de oorzaak van de letsels. Letsels kunnen zowel geïsoleerd als in associatie met andere letsels voorkomen. Fysieke mishandeling kan eender welk fysiek letsel bij een kind betreffen. Het is belangrijk te weten dat 80% van de ouders ouders zijn die hun acties zien als een vorm van discipline.¹⁴

De meest voorkomende letsels zijn brand- en bijtewonden, mondletsels en breuken.

Blauwe plekken zijn de meest voorkomende presentatie van fysieke mishandeling. Bij de interpretatie van blauwe plekken is het altijd noodzakelijk om de medische en sociale context, het ontwikkelingsstadium van het kind en de uitleg over de oorzaak te bekijken.¹⁵ Wanneer geen medische of andere afdoende verklaring kan worden gegeven, dient men kindermishandeling te vermoeden.

Brandwonden kunnen accidenteel of intentioneel ontstaan. Er is geen verschil in geslacht, leeftijd of grootte tussen accidentele en intentionele brandwonden. Ze kunnen ook een gevolg zijn van inadequate supervisie. Soms wordt ook niet direct medische hulp geroepen als de brandwonde moedwillig is toegebracht.¹⁶ Brandwonden, veroorzaakt door mishandeling, komen eerder voor bij verwaarlozing dan bij fysieke mishandeling.¹⁷

Bij fysieke mishandeling zijn er vaak hoofdletsels. Mondletsels zijn niet specifiek voor mishandeling, ook niet een gescheurd frenulum labialis.¹⁸ Bij elk onverklaard gescheurd frenulum labialis moet een volledig onderzoek van de mond volgen om occulte letsels te ontdekken. Orale trauma's zijn vaker een hematoom in plaats van een ecchymose.

Mishandelde kinderen tonen ook vaker tekenen van tandbederf.¹⁹

Vermoed mishandeling bij een of meerdere *breuken* in de afwezigheid van een medische aandoening (bv. osteogenesis imperfecta, osteopenie of prematuriteit) of indien er geen verklarende uitleg is.²⁰ Wanneer de radiologische bevindingen niet correleren met de verwachte breuk op basis van anamnese, kan een vermoeden van mishandeling bestaan.²¹

Gedragsveranderingen

Mishandelde kinderen vertonen veel meer emotionele en gedragsproblemen. Vaak is dit het meest duidelijke en blijvende signaal van kindermishandeling. Onverwacht gedrag of gedragsverandering voor de leeftijd of het ontwikkelingsstadium, niet verklaarbaar door een gekende stressvolle situatie (bv. echtscheiding) of door medische oorzaken (bv. ADHD, autismespectrumstoornis), kan een uiting zijn van kindermishandeling.

Het vertoonde gedrag kan zeer uiteenlopend zijn, gaande van selectief mutisme tot woede- en frustratie-uitbarstingen, hechtingsproblematiek, enuresis nocturna of diurna en herhaalde nachtmerries en eetstoornissen.

Emotionele problemen kunnen zijn: een laag zelfbeeld, extreme angst, teruggetrokken gedrag, depressie.²² Bij gedragsproblemen gaat het eerder om agressief of antisociaal gedrag.²³

Onverklaarde veranderingen in gedrag en houding komen minder voor in situaties waarbij het kind wordt blootgesteld aan meer chronische tekortkomingen in zorg, zoals vaak bij verwaarlozing en emotionele mishandeling. Gedragsveranderingen komen vaker voor bij afzonderlijke ervaringen van fysieke mishandelingen en seksueel misbruik.

Veranderingen komen zowel op vlak van lichamelijke als gedragsproblemen tot uiting,²⁴ maar ook op vlak van schoolresultaten en in de vorm van aanpassingsproblemen.²⁵

Veranderingen in de ouder-kindrelatie kan een signaal zijn van kindermishandeling. Het kan zowel om fysieke, emotionele mishandeling en seksueel misbruik gaan als om verwaarlozing. Het gedrag en de houding van het kind moet voor elk kind afzonderlijk bekeken worden. Steeds moet men rekening houden met de leeftijd, de mentale capaciteiten, het

karakter,... van het kind. Belangrijk hierbij zijn vooral de vastgestelde veranderingen.

Dissociatie

Er is een positieve associatie tussen de aanwezigheid van dissociatiesymptomen met vroegere of huidige mishandeling.²⁶ Er is onvoldoende evidentie om een relatie tussen leeftijd, geslacht, graad, chroniciteit van mishandeling en de ontwikkeling van de symptomen van dissociatie aan te tonen. Het is een moeilijke differentiële diagnose tussen dagdromen, epilepsie of het moedwillig vermijden van interactie. De diagnose kan enkel door een arts met ervaring in deze materie worden gesteld. Een traumatisch voorval kan ook tot dissociatie leiden.

Zelfpijniging

Zelfpijniging kan een uiting zijn van kindermishandeling.²⁷ Onder zelfpijniging verstaan we snijden, krabben, bijten,... (met het doel een wonde te veroorzaken), haar uittrekken en het innemen van medicatie aan een heel hoge dosis. De intentie van dit gedrag is vaak moeilijk te achterhalen (zelfmoord of zelfbeschadiging); het kan zelfs risicovol gedrag zijn dat deel is van een normale adolescentie.²⁷

Schoolverzuim

Alle kinderen tot 18 jaar hebben schoolplicht en het recht op een degelijke voltijdse opleiding. Ouders zijn hiervoor verantwoordelijk.

Bij frequent schoolverzuim waarvan de ouders op de hoogte zijn en waarvoor geen rechtvaardiging is (er is geen medische reden) en waar ook geen thuisopleiding wordt voorzien, dient men bedacht te zijn op mishandeling.²⁷

Seksueel gedrag

Wanneer een prepubertair kind dwingend seksueel gedrag of preoccupatie vertoont (bv. seksuele praat in combinatie met het tekenen van genitaliën, seksuele activiteit met een ander kind), dient men zeer bedacht te zijn op kindermishandeling.²⁸ Seksueel gedrag maakt deel uit van de ontwikkeling van het kind; het is als professionele hulpverlener belangrijk normaal seksueel gedrag te herkennen. Bij kleuters is het niet ongevoel dat zij hun eigen genitaliën aanraken, een vrouw haar borsten willen aanraken, naar andere kinderen hun genitaliën kijken en hun eigen genitaliën tonen.²⁹

Basis voor aanbeveling

Deze aanbeveling is gebaseerd op een richtlijn²⁹, een systematische review³⁰ en reviewartikel.³¹

De aanbevelingen betreffende gedrag(sveranderingen) werden ook aan Vlaamse experts voorgelegd. Over deze twee punten was na de eerste ronde van de Delphi-procedure consensus: kindermishandeling moet worden overwogen als een kind verantwoordelijkheden heeft waardoor dagelijkse activiteiten niet gedaan kunnen worden, evenals bij zelfpijniging en/of inname van medicatie.

In een tweede ronde werd ook consensus bereikt over de volgende punten: overweeg kindermishandeling wanneer een kind meer dan eenmaal wegloopt of tracht weg te lopen, en artsen moeten kindermishandeling vermoeden bij dwingend seksueel gedrag of preoccupatie bij een prepubertair kind.

Fysieke mishandeling

Aanbeveling

Overweeg mishandeling indien er geen verklaarbare uitleg is voor een letsel, zeker indien er een ongewoon lange tijdsduur is tussen het ontstaan van het letsel en het zoeken van medische hulp (GRADE 1C).

Toelichting

Belangrijk is de verklaring die gegeven wordt voor de oorzaak van de letsels. Letsels kunnen zowel geïsoleerd als in associatie met andere letsels voorkomen. Fysieke mishandeling kan eender welk fysiek letsel bij een kind betreffen.

De letsels die het meeste geïdentificeerd worden en gerapporteerd worden door klinici zijn: hoofdtrauma's, retina-bloedingen, failure to thrive, lusvormige (loop mark) blauwe plekken of striemen op de huid, spiraalfracturen bij zeer jonge kinderen, anogenitale letsels, verminderde rectale tonus, symmetrische submersie brandwonden, brandwonden op de genitalia en de billen, brandwonden door sigaretten, gefabriceerde of geïnduceerde ziekte en onverklaarbare letsels.³² Hoewel deze letsels duidelijk kunnen zijn, dient men zeker bedacht te zijn op minder duidelijke alarmentekenen.

De United States Department of Health and Human Services raadt aan om fysiek geweld te vermoeden wanneer een kind:³³

- vervagende blauwe plekken heeft of andere zichtbare letsels na een afwezigheid op school;
- bang lijkt te zijn van de ouders of weent of protesteert wanneer het tijd is om naar huis te gaan;
- ineenkrimpt bij de aanwezigheid van een volwassene;
- aangeeft dat een letsel is veroorzaakt door een ouder of andere volwassen verzorger.

Het is belangrijk te weten dat 80% van de daders ouders zijn die hun acties zien als een vorm van discipline.³⁴

Wanneer zich een levensbedreigende situatie voordoet, is de eerste reflex van de huisarts om eerste zorg toe te dienen en hulp in te schakelen. Indien de letsels zo ernstig van aard zijn, is doorverwijzing naar spoedeisende hulp noodzakelijk. Dit betreft intracranieële letsels, ruggengraatletsels, vergiftiging, verdrinking en uitgebreide brandwonden.

Blauwe plekken

Aanbeveling

Vermoed kindermishandeling indien een kind blauwe plekken heeft in de vorm van een hand- of tandafdruk, een bandafdruk of vingerafdrukken (door te grijpen) (GRADE 1B).

Toelichting

Blaauwe plekken zijn de meest voorkomende presentatie van fysieke mishandeling. Bij de interpretatie van blauwe plekken is het altijd noodzakelijk om de medische en sociale context, het ontwikkelingsstadium van het kind en de uitleg over de oorzaak te bekijken.

Specifieke patronen van blauwe plekken die mishandeling doen vermoeden:³⁵

- bij een niet-mobiele zuigeling of bij een baby
- die gegroepeerd voorkomen
- die steeds dezelfde vorm en grootte hebben
- met een specifieke vorm die een object doet vermoeden (riem, touw,...)
- die op zachte lichaamsdelen, bv. ogen, oren, billetjes, rug,... voorkomen
- die op gezicht, rug, buik, armen, billetjes, oren en handen voorkomen
- in de nek, die aan strangulatie doen denken
- ter hoogte van de enkels en polsen
- ter hoogte van de genitaliën
- die uitgebreid zijn (meer dan 3 blauwe plekken en/of meer dan 1 cm doorsnede)

Het tijdstip waarop blauwe plekken zijn toegebracht, kan via een klinisch onderzoek of een foto niet bepaald worden.³⁶ Blaauwe plekken ter hoogte van de buik zijn zelden accidenteel vanwege de flexibiliteit en schokabsorberende kracht van buikvet. Deze blauwe plekken doen dus een hoge impact vermoeden. Onderzoek op interne verwondingen is in dergelijk geval onontbeerlijk, omdat de mortaliteit tot 50% oploopt.³⁷

Basis voor aanbeveling

Deze aanbeveling is gebaseerd op twee richtlijnen³⁸ en reviews.³⁹

Een systematische review beschrijft 22 studies over blauwe plekken bij kinderen zonder en met mishandeling.⁴⁰ Niet-mishandelde kinderen hebben eveneens blauwe plekken en hoe mobieler een kind is, hoe meer blauwe plekken kunnen voorkomen op meerdere locaties: 17% van de kinderen die beginnen te stappen, 53% van de stappers en de meerderheid van de schoolgaande kinderen hebben blauwe plekken. Deze blauwe plekken zijn klein, vooral over de gewrichten en aan de voorkant van het lichaam. Blaauwe plekken bij niet-beweeglijke baby's zijn echter heel zeldzaam (<1%). Uit drie studies van een andere systematische review blijkt dat de ouderdom van blauwe plekken niet kan worden bepaald.⁴¹ Door de kleur van een kneuzing kan de arts het tijdstip niet bepalen, omdat er een heel scala aan kleuren kan ontstaan naarmate de geëxtravaseerde rode bloedcellen worden afgebroken.

Uit een studie van Pierce blijkt dat de aanwezigheid van eender welke blauwe plek bij een zuigeling die nog niet mobiel is, een vermoeden van kindermishandeling moet teweegbrengen.⁴² Verdacht zijn ook blauwe plekken op de borstkast, oren en nek. Bij faciale letsels zonder een duidelijk verhaal dient men eveneens bedacht te zijn op kindermishandeling.

In de NICE-richtlijn is er consensus voor het vastleggen van letsels op foto.⁴³ In de Delphi-procedure noch in de LOK-

toetsing was hierover evidentie. Slechts één expert vond het aangeraden in een noodsituatie wanneer kinderen begeleid werden door een derde.

Bijwonden

Aanbeveling

Vermoed mishandeling bij:

- bijwonden die lijken van volwassenen te komen en niet van een kind (*punt voor goede praktijkvoering*);
- wonden of littekens zonder verklaarbare uitleg (*punt voor goede praktijkvoering*).

Toelichting

Bijwonden komen vaak voor bij kinderen (1 kind op 600 heeft een bijwonde), meestal door een ander kind. Men kan een bijwonde vermoeden bij een rond, ovaal letsel met een welomschreven boord, met of zonder een centrale ecchymose. Het is moeilijk om te onderscheiden of bijwonden zijn toegebracht door een volwassene of een kind.⁴⁴ Kinderen kunnen elkaar in hun spel bijten. Wanneer een bijwonde hoogst waarschijnlijk van een volwassene afkomstig is, moet mishandeling toch worden vermoed.⁴⁵

Basis voor aanbeveling

De aanbevelingen zijn gebaseerd op richtlijnen die op consensus gebaseerd zijn.⁴⁶ Over deze twee aanbevelingen is ook consensus bereikt in de eerste Delphi-ronde.

Er is geen consensus in de Delphi-procedure over bijwonden bij baby's veroorzaakt door dieren. Experts zien dit eerder als nalatigheid dan kindermishandeling.

Brandwonden

Aanbeveling

Vermoed kindermishandeling bij brandwonden (GRADE 1B):

- wanneer het kind niet mobiel is;
- op lichaamsdelen die normaal niet verwacht worden in contact te komen met een heet object (bv. handrug, billen, rug);
- wanneer de wonde een bepaalde vorm (bv. sigaret,...) heeft;
- wanneer de vorm van de brandwonde lijkt op een geforceerde onderdompeling van bv. billen, beide onderste ledematen, beide handen waarbij de wonden symmetrisch zijn met sterk afgelijnde randen.

Toelichting

Brandwonden kunnen op elke leeftijd voorkomen, zowel bij jongens als meisjes. Ze kunnen accidenteel of intentioneel ontstaan. Ze kunnen ook een gevolg zijn van inadequate supervisie. Soms wordt niet direct medische hulp geroepen als de brandwonde moedwillig is toegebracht.

Brandwonden zijn pijnlijk en kunnen dodelijk zijn; ze zijn ook de oorzaak van blijvende littekens en psychologische problemen.⁴⁷ Bij kinderen duurt het minder dan een seconde om een *full-thickness* brandwonde op te lopen door een vloeistof van 60°C.

Bij brandwonden, niet veroorzaakt door heet water, moet men een goede anamnese afnemen. Kijk steeds de kledij na i.v.m. gaten veroorzaakt door een caustisch middel en vraag of kijk naar het oorzakelijke middel.⁴⁸ Brandwonden op lichaamsoppervlakten met kleding kunnen een uitdaging zijn. Een gedetailleerde anamnese is hierbij cruciaal om te bepalen of het over mishandeling gaat.

Men kan mishandeling vermoeden wanneer er een brandwonde is op beide bovenste of onderste extremiteiten (sok- of handschoendistributie), geïsoleerd op de billen of genitaliën, met een herkenbare vorm (strijkijzer of sigaret), een verhaal van een brandwonde veroorzaakt door een vloeistof zonder indicatie van spatzen.

Wanneer een brandwonde ontstond door onderdompeling in heet water, is dit meestal veroorzaakt door mishandeling: bv. wanneer enkel de armen of benen in heet water worden geplaatst, heeft dit een sok- of handschoendistributie met een scherpe demarcatielijn.⁴⁹ Bij geforceerde onderdompeling zijn de huidplooiën en rustpunten van de gluteale regio vaak gespaard; er is een accurate aflijning met uniforme diepte.⁵⁰ Wanneer een brandwonde door het overgieten met vloeistof ontstaat, is er een onregelmatige omlijning en spatzen; in sommige gevallen kan dit ook veroorzaakt zijn door een zorgende.⁵¹

Basis van aanbeveling

Deze aanbeveling is gebaseerd op de NICE-richtlijn⁵², een systematische review⁵³ en een reviewartikel.⁵⁴

Dissanaike bestudeerde een grote databank van kinderen met brandwonden door mishandeling.⁵⁵ In tegenstelling tot de andere studies kwamen er meer intentionele brandwonden bij meisjes voor en dit ook op jongere leeftijd (1,75 versus 5,5 jaar voor accidentele brandwonden).

Breuken

Aanbeveling

Vermoed mishandeling bij een of meer breuken:

- bij een kind dat immobiel is (*GRADE 1B*);
- bij meerdere breuken van verschillende ouderdom (*GRADE 1B*).

Toelichting

Wanneer kinderen beginnen stappen en meer actief worden, verhoogt het risico op accidentele kwetsuren. De meerderheid van accidentele breuken komen voor bij kinderen boven de vijf jaar. Zestig procent van de kinderen heeft ooit een breuk gehad voor de leeftijd van zestien jaar.

Geen enkele breuk is specifiek voor mishandeling.⁵⁶ Specifieke fracturen in bepaalde omstandigheden kunnen wel suggestief zijn voor mishandeling.⁵⁷ Fracturen met een hoge specificiteit op kindermishandeling zijn: klassieke fracturen door de botmetafyse, ribfracturen voornamelijk posterior, scapulafracturen, fracturen van het sternum en fracturen van de processus spinosus. Het gelijktijdig voorkomen van verschillende breuken⁵⁸ of breuken bij een kind dat immobiel is,

maakt de kans op mishandeling groter.⁵⁹ Een breuk bij een kind jonger dan achttien maanden heeft een grotere kans te zijn veroorzaakt door mishandeling.⁶⁰

De ouderdom van een fractuur bepalen op grond van een RX is niet mogelijk.⁶¹

Basis voor aanbeveling

Deze aanbeveling is gebaseerd op de NICE-richtlijn⁶², die gebaseerd is op twee systematische reviews.⁶³

In de systematische review van Kemp et al. werden grotere kansen op mishandeling bij volgende fracturen gevonden:⁶³

	Probabiliteit op mishandeling
Ribfractuur	0,71
Humerusfractuur	0,48-0,54
Femurfractuur	0,28-0,43
Schedelfractuur	0,30

De andere systematische review van Prosser et al. gaf aan dat radiologen de ouderdom van een fractuur bepalen op basis van klinische ervaring en tekstboeken, er is echter geen evidentie hierover.⁶³

In een retrospectieve studie vonden de onderzoekers bij 258 kinderen jonger dan drie jaar met mishandelingsfracturen dat 20,9% van de fracturen gemist werd in op zijn minst één medisch consult.⁶⁴ De meeste werden gemist op een spoedafdeling zonder pediatrie of bij eerstelijnsartsen.

Intracranieële letsels

Aanbeveling

Vermoed mishandeling bij een intracranieel letsel in de afwezigheid van een hoogenergetisch trauma of medische oorzaak in een van de volgende omstandigheden (*GRADE 1B*):

- geen of een niet-afdoende uitleg;
- bij een kind jonger dan drie jaar;
- wanneer er ook retinabloedingen, ribfracturen of andere geassocieerde verwondingen zijn;
- wanneer er verschillende subdurale hemorragieën met of zonder subarachnoïdale hemorragieën zijn; met of zonder hypoxische ischemische schade aan de hersenen.

Vermoed mishandeling bij een kind met retinabloedingen of een oogletsel in de afwezigheid van een belangrijk accidenteel trauma of een medische oorzaak (*GRADE 1C*).

Toelichting

Een intracranieel letsel is de meest voorkomende oorzaak van dood in mishandeling.

Intracranieële letsels komen vooral voor bij baby's en jonge kinderen.⁶⁵ De klinische symptomen kunnen variëren van heel algemeen (overgeven, lastige kinderen) tot bewustzijnsverlies. Vaak wordt een hersentrauma tijdens de eerste presentatie gemist.⁶⁶ Retinabloedingen en apneus correleren sterker met een intentioneel hersentrauma dan met een niet-intentioneel hersentrauma bij kinderen jonger dan drie jaar.⁶⁷

De bloedingen verminderen in weken tot maanden, waardoor ze niet gedateerd kunnen worden.

Bij vermoeden van een hersentrauma bij kinderen jonger dan twee jaar moeten radiografieën van de ribben worden genomen. Indien een kind onderzocht wordt voor een hoofdtrauma, moet aanvullend een NMR van de wervelzuil gebeuren.⁶⁸

Basis voor aanbeveling

Deze aanbeveling is gebaseerd op richtlijnen⁶⁹ en vijf systematische reviews⁷⁰ en twee overzichtsartikels.⁷¹

Bij een val van minder dan 1,8 meter was er in 1-3% van de gevallen kans op een fractuur van de schedel, meestal lineair en zonder intracranieële bloedingen of neurologische uitval.⁷² Minder dan 1% van deze fracturen veroorzaakte extradurale bloedingen (1-3 per 10 000) en zelfs minder veroorzaakte een subduraal hematoom. Wanneer deze bloedingen voldoende volumineus zijn om een massa-effect te veroorzaken, kan een intracranieële hypertensie met de dood tot gevolg ontstaan. In alle gevallen stelde men nabij de begeleidende fractuur een extra en subdurale hematomen focaal vast.

Maguire et al. verrichtten een systematische review over het vinden van retinabloedingen en gerelateerde bevindingen bij niet-accidentele en accidentele hoofdtrauma's.⁷³ Ze includeerden 62 studies, waarvan er 13 prevalentiegegevens bevatten (998 kinderen, 504 niet-accidentele hoofdtrauma's). Retinabloedingen werden vaker gevonden (in 78%) bij toegebrachte en dus niet-accidentele hoofdtraumata vergeleken met (in 5%) accidentele hoofdtrauma's. De odds ratio bij een kind met hoofdtrauma en retinabloedingen voor niet-accidenteel hoofdtrauma was 14,7 (95%-BI: 6,39-33,62) en de kans op mishandeling 91%. Er bestaat daarentegen geen 'uniek' patroon voor retinabloedingen bij niet-accidentele hoofdtrauma's, hoewel de eigenschappen van retinabloedingen bij niet-accidentele hoofdtraumata predominant bilateraal en meestal naar de periferie uitbreiden.

Piteau et al. zochten door middel van een systematische review en meta-analyse van 24 studies een set van diagnostische elementen bij een klinische presentatie van intracranieële hoofdtraumata.⁷⁴ Dit werd bemoeilijkt omwille van een inconsistente definitie, doch vonden zij klinische en radiologische variabelen die consistent waren met intracranieële hoofdtrauma. Dit waren: subdurale bloeding, cerebrale ischemie, retinabloedingen, schedelfracturen met intracranieel letsel, fracturen (inclusief: metafysische, rib en lange beenderen), convulsies, apneu en een gebrek aan een consistent verhaal. Deze bevindingen belichten de moeilijkheid en complexiteit van diagnose en de nood aan betrokkenheid van in kindermishandeling gespecialiseerde pediaters zo mogelijk in traumatologie.

Ruggengraatletsels

Aanbeveling

Vermoed mishandeling bij ruggengraatletsels in afwezigheid van een trauma. Ruggengraatletsels kunnen zich op volgende manier presenteren (GRADE 1B):

- ruggengraatletsels te zien op NMR;
- cervicale letsels in associatie met hoofdletsel;
- thoracolumbale letsels in associatie met een focaal neurologisch letsel of een onverklaarbare kyfose.

Toelichting

Vertebrospinale letsels komen zelden voor bij kinderen en zijn bijna altijd geassocieerd met een duidelijk trauma. Indien er geen afdoende uitleg is voor de oorzaak van deze letsels, moet mishandeling zeker worden vermoed.⁷⁵

Ruggengraatletsels bij kindermishandeling komen meestal voor bij kinderen onder de zes maanden en zijn meestal geassocieerd met een hoofdtrauma en retinabloedingen. Indien een kind wordt onderzocht voor een hoofdtrauma, moet ook gedacht worden aan een ruggenmergletsel.⁷⁶

Basis voor aanbeveling

Deze aanbeveling is gebaseerd op de NICE-richtlijn⁷⁷ en een systematische review.⁷⁸

Vergiftiging

Aanbeveling

Overweeg mishandeling door vergiftiging bij hypernatriëmie zonder een medische verklaring (punt voor goede praktijkvoering).

Vermoed mishandeling door vergiftiging (punten voor goede praktijkvoering):

- bij een melding van opzettelijk toedienen van ongepaste middelen (ook medicatie);
- bij melding of biochemische evidentie van inname van een of meer toxische substanties;
- indien het kind niet onafhankelijk middelen kan inslikken;
- indien de uitleg voor de vergiftiging niet afdoende is;
- indien er reeds verschillende meldingen van 'vergiftigingen' zijn in het gezin.

Toelichting

De meest voorkomende methode van vergiftiging is de inname van veel zout met waterrestrictie.⁷⁹ Hypernatriëmie kan ook het resultaat zijn van diarree, overgeven en van een verkeerde concentratie van babyvoeding.

Vergiftiging is moeilijk te diagnosticeren omwille van de variatie in tekenen en symptomen. Experts zijn overeengekomen dat de klinische tekenen en symptomen van vergiftiging niet verschillend zijn tussen een accidentele of intentionele vergiftiging, hierdoor is het heel belangrijk de omgevingsfactoren en context van de vergiftiging na te kijken.⁸⁰ In 30% van de gevallen persisteert vergiftiging na ziekenhuisopname.

Na een eerste Delphi-ronde bij zestien Vlaamse experts was er enkel consensus over de aanbevelingen mishandeling te vermoeden in geval van melding van opzettelijk toedienen van ongepaste middelen (ook medicatie) en wanneer er reeds verschillende meldingen van 'vergiftigingen' zijn in het gezin.

Over de andere aanbevelingen was er geen consensus. Bovendien bleek ook dat experts hier meer dan bij andere vragen aangaven zich niet bevoegd te voelen hierop te antwoorden. Een mogelijke conclusie kan zijn dat het herkennen van kindermishandeling door vergiftiging een te specialistische materie is en niet thuishoort op de eerste lijn.

De bevroegde experts maakten nog een aantal opmerkingen bij mogelijke kindermishandeling door vergiftiging:

- in de beoordeling moet men steeds een aantal factoren in overweging nemen: draagkracht van de ouders, aard van het kind, context;
- of men kindermishandeling al dan niet moet vermoeden bij een onverwachte bloedspiegel van medicatie hangt af van de ruimere context, bv. ouders hebben weinig inzicht in complexe medicatie zoals anti-epileptica; eerder 'overwegen' dan 'vermoeden' hier;
- men moet rekening houden met de leeftijd van het kind: hoe jonger, hoe onveilig.

Basis voor aanbeveling

Deze aanbeveling is gebaseerd op de NICE-richtlijn⁸¹ en een reviewartikel.⁸² Vervolgens werd deze aanbeveling voorgelegd aan Vlaamse experts.

Münchhausen syndroom by proxy/PCF/FDP

Aanbeveling

Overweeg Münchhausen syndroom by proxy indien de anamnese, de fysieke of psychologische presentatie, de bevindingen bij klinisch onderzoek en de technische onderzoeken herhaaldelijk leiden tot discrepantie (*punt voor goede praktijkvoering*).

Toelichting

Münchhausen syndroom by proxy wordt sinds 2007 in de Angelsaksische literatuur *Pediatric Condition Falcification (PCF)* en *Factitious Disorder by Proxy (FDP)* genoemd.

Het Münchhausen syndroom by proxy kan zelden of nooit als diagnose gesteld worden tijdens een enkele consultatie, aangezien de verklaringen van de dader altijd zeer geloofwaardig zijn.⁸³ Het tijdsverloop tussen het begin van de consulten en de diagnose is vaak een aantal jaren, het komt even vaak voor bij jongens als bij meisjes en meestal is de moeder de dader.⁸³

Basis voor aanbeveling

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op een expertopinie vanuit de NICE-richtlijn⁸³ en twee reviewartikels.⁸⁴ Tussen de start van de symptomen en diagnose verliepen er gemiddeld 21,8 maanden; de gemiddelde leeftijd op het moment van de diagnose was 48,6 maanden.⁸⁵

De aanbevelingen werden voorgelegd aan Vlaamse experts. Alleen voor de bovenstaande aanbeveling werd voldoende consensus bereikt. De andere aanbevelingen uit de NICE-richtlijn werden niet behouden.

Seksueel misbruik

Seksueel misbruik bij kinderen omvat seksueel contact onder dwang of uitbuiting van een kind. De daders zijn meestal mannen en bekend voor het kind, vaak als familie.⁸⁶ Een afwezigheid van fysieke letsels staat niet gelijk aan afwezigheid van seksueel misbruik.⁸⁷

Signalen van seksueel misbruik zijn significant moeilijker op te merken door gezondheidswerkers aan huis. Angst, fobie, schuldgevoelens, teruggetrokken zijn, verandering in slaap- en eetpatronen, promiscuïteit, wantrouwen en slechte schoolprestaties zijn een paar symptomen die geassocieerd zijn met seksueel misbruik.⁸⁸

Genitale en anale symptomen en tekenen

Aanbeveling

Overweeg seksueel misbruik bij een openstaande anus (zonder neurologische aandoening of ernstige constipatie), bij genitale of anale symptomen (bv. bloeding of etterig verlies) zonder medische verklaring, persisterende of recidiverende dysurie of anogenitale klachten zonder medische verklaring (bv. wormen, urineweginfectie, huidafwijkingen, slechte hygiëne, gekende allergieën,...) en bij persisterende of recidiverende medisch onverklaarbare anale fissuren (scheurtjes) (*punt voor goede praktijkvoering*).

Overweeg ook seksueel misbruik bij het voorkomen van vreemde lichamen in vagina of anus (*punt voor goede praktijkvoering*).

Vermoed seksueel misbruik indien genitale of anale klachten geassocieerd zijn met veranderingen in emotie of gedrag (*punt voor goede praktijkvoering*).

Toelichting

Het onderscheiden van genitale en anale letsels tussen mishandelde en niet-mishandelde kinderen is heel moeilijk. Door te weinig relevante literatuur zijn de aanbevelingen bepaald door een Delphi-consensus uit de richtlijn.

Het verhaal van het kind of de ouder, samen met klinische symptomen, is in deze context belangrijker dan de klinische tekenen alleen. Ook het tijdsinterval tussen het misbruik en het klinisch onderzoek speelt een belangrijke rol bij het herkennen van symptomen.

De reflex van de anale sluitspier is een belangrijk teken bij het klinisch onderzoek wanneer mishandeling vermoed wordt. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door een arts met expertise. Ziet een arts bij klinisch onderzoek een gedilateerde anus (in afwezigheid van een medische oorzaak), dan moet hij mishandeling overwegen en advies inwinnen bij een collega met ervaring in deze materie.

Er zijn geen studies over de prevalentie van anale fissuren bij constipatie; experts zijn het erover eens dat constipatie en de ziekte van Crohn eerst moeten worden uitgesloten vooraleer mishandeling te vermoeden.

Vaginaal verlies en bloedverlies kunnen voorkomen bij pasgeborenen, zeker bij borstvoeding.⁸⁹ Erytheem en hyperpigmentatie zijn frequent in de perianale regio zonder altijd geassocieerd te zijn met seksueel misbruik.⁹⁰

Basis voor aanbeveling

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op twee richtlijnen⁹¹ en twee reviewartikels.⁹²

De genitale en anale tekenen die werden opgenomen in beide reviews, zijn:

- genitale tekenen bij meisjes: erytheem, oedeem, blauwe plekken, scheurwonden, littekens, hymen met knobbels, diameter van hymen, broosheid van de genitale weefsels, vaginaal verlies, vreemd lichaam in vagina;
- anale tekenen bij meisjes en jongens: geen enkele vergelijkende studie van goede kwaliteit is gevonden i.v.m. de volgende tekenen: anaal of perianaal erytheem, perianale veneuze congestie, blauwe plekken, anale wondjes, anale fissuren, anale littekens, anale tags, reflex anale sluitspier.

In vier caseseries in het reviewartikel van Lane et al. werden genitale tekenen bij jongens gevonden: bij 0% tot 7% van de seksueel misbruikte jongens waren er letsels aan de externe genitaliën en uit één andere studie bleek dat testiculaire of scrotale letsels meer accidenteel voorkwamen.⁹³

De aanbevelingen hierin zijn opgesteld door een expertenpanel. Daarom werden de aanbevelingen ook aan Vlaamse experts voorgelegd. In het Vlaams expertenpanel werd enkel consensus bereikt over het overwegen van kindermishandeling. In tegenstelling tot de consensus in NICE werd hier maar een aanbeveling over vermoeden behouden.

Seksueel overdraagbare infecties

Aanbeveling

Overweeg seksueel misbruik:

- indien een kind <13 jaar hepatitis B of anogenitale wratten heeft, tenzij er duidelijke evidentie is van niet-seksuele transmissie (*punt voor goede praktijkvoering*);
- indien een jongere tussen 13 en 15 jaar hepatitis B, anogenitale wratten, gonorrhoe, chlamydia, syfilis, genitale herpes, hepatitis C, hiv of trichomonas heeft, tenzij er duidelijke evidentie is van niet-seksuele transmissie of dat de infectie afkomstig is van seksuele betrekkingen met een gelijke (*punt voor goede praktijkvoering*);
- indien een jongere >15 jaar hepatitis B of C, gonorrhoe, chlamydia, syfilis, genitale herpes, hiv, trichomonas, anogenitale wratten heeft en
 - er geen duidelijke evidentie voor niet-seksuele transmissie is of dat de infectie afkomstig is van seksuele activiteit tussen gelijken;
 - er een groot verschil is tussen de kracht en mentale capaciteit tussen de jongere en de seksuele partner, vooral wanneer de relatie incestueus is of met een persoon in een vertrouwenspositie;
 - men bezorgd is dat er sprake van verkrachting is (*punt voor goede praktijkvoering*).

Vermoed seksueel misbruik:

- indien een kind <13 jaar gonorrhoe, chlamydia, syfilis, genitale herpes, hepatitis C, hiv of trichomonas heeft, tenzij er duidelijke evidentie is van moeder-kindtransmissie tijdens de geboorte of besmetting via bloed (*punt voor goede praktijkvoering*).

Toelichting

Er is een hoge prevalentie van seksueel misbruik bij kinderen met anogenitale wratten, maar er zijn geen studies die bepalen vanaf welke leeftijd verticale transmissie moeder-kind kan worden uitgesloten.⁹⁴ De differentiële diagnose tussen wratten en molluscum contagiosum en anogenitale wratten in de perianale regio is moeilijk.

Bij vermoeden van niet-seksuele transmissie moeten eerst de huisgenoten getest worden vooraleer seksueel misbruik wordt overwogen.

Seksueel overdraagbare infecties (SOI) bij 13- tot 15-jarigen is niet direct een reden om seksueel misbruik te vermoeden, omdat 13- tot 15-jarigen reeds seksueel actief kunnen zijn. Bij adolescenten moet de aanwezigheid op seksueel overdraagbare infecties (SOI) beoordeeld worden in functie van hun seksuele relaties.

Basis voor aanbeveling

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op de NICE-richtlijn⁹⁵, een systematische review⁹⁶ en een reviewartikel.⁹⁷ De systematische review bevat evidentie over de volgende infecties:⁹⁶

- *Neisseria gonorrhoeae* komt zelden voor bij prepubertaire jongeren en pubers die seksueel misbruikt zijn; een significant deel van kinderen met gonorrhoe is wel seksueel misbruikt. Seksueel misbruik is waarschijnlijk de meest voorkomende wijze van transmissie bij prepubertaire jongeren en pubers;
- als *Chlamydia trachomatis* voorkomt bij kinderen, dan is dit in de meerderheid van de gevallen door seksueel misbruik. Een infectie met *Chlamydia trachomatis* als gevolg van seksueel misbruik, komt echter niet frequent voor. Een significant deel van de kinderen met anogenitale wratten is seksueel misbruikt. In zes studies was seksuele transmissie bij 31% tot 58% van de kinderen de wijze van besmetting;
- seksueel misbruik is een bron van hiv-infectie bij kinderen, waarbij de mogelijkheid van moeder-kindtransmissie en bloedcontaminatie zijn uitgesloten;
- seksueel misbruik is een bron van *Trichomonas vaginalis*-infectie bij kinderen.

Hammerschlag beschrijft dat een lage prevalentie van chlamydia en gonorrhoe het aantal vals-positieve screeningstests verhoogt.⁹⁸ Daarnaast stelt het onderzoek van Syrjanen dat de meeste data over de aanwezigheid van HPV-infectie suggereren dat laryngeale en anogenitale HPV-infecties bij kinderen jonger dan twaalf jaar (preteen) een gevolg zijn van verticale transmissie of niet-seksuele transmissie.⁹⁹

Gezien de geringe evidentie zijn deze aanbevelingen voorgelegd aan het Vlaams expertenpanel. Na een eerste Delphironde bij zestien Vlaamse experts bleek dat er over alle bovenstaande aanbevelingen duidelijke consensus was.

Zwangerschap

Aanbeveling

Overweeg seksueel misbruik bij een zwangerschap:

- bij een jongere tussen 13 en 16 jaar (*punt voor goede praktijkvoering*);
- bij een jongere tussen 16 en 17 jaar en:
 - een duidelijk verschil in mentale capaciteit tussen jonge moeder en vader, vooral wanneer de relatie incestueus is of met een vertrouwenspersoon (bv. leraar, trainer, religieuze,...) of
 - men bezorgd is dat de seksuele activiteit zonder instemming van de jonge vrouw was of
 - men bezorgd is dat het meisje is uitgebuit (*punt voor goede praktijkvoering*).

Toelichting

Seksuele betrekkingen met kinderen onder zestien jaar zijn in België onwettig. Een zwangerschap bij een jongere onder zestien jaar moet niet direct seksueel misbruik zijn, indien seksuele betrekkingen tussen gelijken plaatsvonden. Bij een zwangerschap bij een jongere onder dertien jaar moet ook de supervisie van de ouders bekeken worden.¹⁰⁰

Basis voor aanbeveling

Deze aanbeveling is gebaseerd op richtlijnen.¹⁰¹

Er is geen geschikte literatuur gevonden die handelt over een zwangerschap die een direct resultaat is van seksueel misbruik. De aanbevelingen werden bepaald door een Delphi-consensus bij Vlaamse experts.

Na een eerste Delphi-ronde reeds, uitgevoerd bij zestien Vlaamse experts, bleek dat er duidelijk consensus was over bovenstaande aanbevelingen.

Experts merkten hier wel op dat men moet rekening houden met socio-economische en vooral culturele invloeden. Bij Roma bijvoorbeeld wordt vaak zwangerschap op jonge leeftijd vastgesteld, zonder dat dit telkens op misbruik hoeft te wijzen.

Emotionele mishandeling

Aanbeveling

Overweeg emotionele kindermishandeling:

- indien de ouder-kindinteractie schadelijk is (*punt voor goede praktijkvoering*);
- wanneer er geen emotionele of een niet-verantwoordelijke relatie is tussen kind en ouder (*punt voor goede praktijkvoering*).

Vermoed emotionele kindermishandeling:

- wanneer persisterende schadelijke ouder-kindinteracties worden geobserveerd of verteld (*punt voor goede praktijkvoering*);
- bij het persisteren van geen emotionele of een niet-verantwoordelijke relatie tussen kind en ouder (*punt voor goede praktijkvoering*).

Toelichting

Emotionele mishandeling wordt weinig gerapporteerd, omdat het niet openlijk zichtbaar is. Onderzoek heeft aangetoond dat

een gebrek aan ernstige evidentie de professionele zekerheid in het identificeren van kindermishandeling en verwaarlozing significant vermindert.¹⁰² Deze vorm van mishandeling is even schadelijk als fysieke of seksuele mishandeling, omdat het de zelfwaardering vermindert en levenslange psychologische littekens achterlaat.

Emotionele mishandeling omvat vernedering, kleineren en marginaliseren van het kind. Frequentie episoden van woede-aanvallen, roepen, negeren, bedreigen, verminderde affectie tonen en anderen mishandelen (zoals een broer/zus, ouder of een huisdier) in het bijzijn van het kind horen hier ook bij.¹⁰³

Belangrijk bij emotionele mishandeling is de ouder-kind-interactie. Als arts ziet men de ouder-kindinteractie heel goed, sommige interacties kunnen leiden tot bezorgdheid over mishandeling. Een niet-aangepaste ouder-kindrelatie kan wijzen op verschillende soorten van mishandeling.

Symptomen van schadelijke ouder-kindrelatie:

- negatieve houding t.o.v. het kind
- kind is steeds de zondebok
- onangepaste verwachtingen ten opzichte van het kind
- blootstellen aan traumatische gebeurtenissen, ook aan huiselijk geweld
- het kind gebruiken voor het vervullen van noden van volwassenen
- falen in het promoten van dagelijkse sociale contacten
- ouders straffen een kind omwille van enuresis ondanks professioneel advies dat de symptomen niet moedwillig zijn
- wanneer ouders weigeren het kind alleen te laten bij de medische hulpverlener indien dit nodig is voor onderzoek

Basis voor aanbeveling

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op de NICE-richtlijn¹⁰⁴ en reviewartikels.¹⁰⁵

Een review van 55 artikels die onderzocht hoe emotionele of psychologische mishandeling te meten, toont dat er nog te veel verschillen zijn en meer accuraatheid- en validiteitstesten uitgevoerd moeten worden.¹⁰⁶

De aanbevelingen zijn opgesteld door een expertenpanel en werden daarom ook aan Vlaamse experts voorgelegd.

Reeds in de eerste ronde van de Delphi-consensusstudie, uitgevoerd bij zestien Vlaamse experts, was er consensus over de bovenvermelde aanbevelingen.

Eén expert merkte op dat dit een zwaar onderschat of miskend probleem is.

De experts vonden dat dergelijke relaties een systeembenaarding vergen. Verstoorde relaties hoeven niet steeds direct op emotionele kindermishandeling te wijzen; het hangt van de definitie van mishandeling af. Er werd ook de bedenking gemaakt op welke manier een arts de inschatting kan maken of een ouder-kind relatie al dan niet verstoord is.

Verwaarlozing

Aanbeveling

Verwaarlozing van een kind is steeds een vorm van kindermishandeling (*punt voor goede praktijkvoering*).

Overweeg verwaarlozing

- bij ernstige en persisterende infestatie met scabiës of hoofdluis;
- bij consistent dragen van onaangepaste kledij aan de weersomstandigheden;
- bij *failure to thrive* (indien er geen medische oorzaak aan de basis ligt) als gevolg van te weinig voedsel of geen aangepast dieet (GRADE 1C);
- wanneer de omstandigheden voor een letsel kunnen wijzen op gebrek aan supervisie;
- wanneer een jong kind wordt opgepast door een persoon, die niet in staat is om zorg te dragen voor kleine kinderen.

Vermoed verwaarlozing

- wanneer een kind steeds vuil is of slecht ruikt;
- onaangepaste leefomgeving en onvoldoende eten.

Toelichting

Een ouder kan falen in basisvoorzieningen (huis en eten), supervisie en aangepaste medische zorg en behandeling. Verwaarlozing is de meest voorkomende vorm van mishandeling en moeilijk te definiëren.

Classificatie van verwaarlozing volgens type en ernst:¹⁰⁷

- fysieke verwaarlozing: onder meer het mislukken om voldoende eten en onderdak te geven of een gebrek aan noodzakelijke supervisie;
- medische verwaarlozing: verzuim om de nodige medische of psychische verzorging te verlenen;
- educatieve verwaarlozing: het niet in staat zijn om een kind iets aan te leren of rekening te houden met zijn specifieke educatieve noden;
- emotionele verwaarlozing: geen aandacht hebben voor de emotionele noden van een kind, geen psychologische zorg verlenen of een kind alcohol en andere drugs laten innemen;
- milde verwaarlozing: een rapportage is niet noodzakelijk, maar een interventie is eventueel geïndiceerd;
- matige verwaarlozing: wanneer een interventie geen effect had of er een matige schade aan het kind gebeurde, kan een instantie ingeschakeld worden;
- ernstige verwaarlozing: bij ernstige, lange termijn of permanente schade aan het kind. In dit geval dient een instantie en het wettelijke systeem ingelicht te worden.¹⁰⁸

Verwaarlozing in woonvoorziening

Het beoordelen van een kind dat vuil is, is niet altijd evident: kinderen worden vuil gedurende de dag; de geur van een kind kan echter zo overweldigend zijn dat de mogelijkheid van persistent falen van zorg vermoed moet worden. Verschillende factoren spelen hierin mee: de sterkte van de geur, het tijdstip van de dag wanneer kind op consultatie komt,...¹⁰⁹ Verwaarloosde kinderen hebben meer risico op een verminderde cognitieve ontwikkeling.¹¹⁰

Bij klinisch onderzoek zijn er soms enkele specifieke tekens van verwaarlozing terug te vinden, zoals afname van subcutaan weefsel, dermatitis, verlittekening en/of ulcera door chronische hypovitaminose en slechte hygiëne (schimmelintertrigo, luizen, schurft).

Het is moeilijk een onderscheid te maken tussen verwaarlozing en materiële armoede; hierbij is het nodig om gezinsituaties, met gelijkaardige omstandigheden, te vergelijken in hoe deze omgaan met de noden van het gezin.

Wees bedacht op verwaarlozing bij het herhaaldelijk zien of horen van problemen in de huisomgeving:

- slechte hygiënische omstandigheden die de gezondheid van het kind aantasten;
- inadequate hoeveelheden voedsel ter beschikking van het kind;
- een onveilige omgeving in overeenkomst met het ontwikkelingsstadium van het kind.

Malnutritie

Onder- en overvoeding kan zowel op korte als lange termijn gezondheidsproblemen bij kinderen veroorzaken. Bij een afwijkende groeicurve zonder duidelijke medische verklaring moet de arts aan kindermishandeling denken.

Bij ondervoede kinderen is het gewicht voor de lengte aangetast. De *cutt-off* is moeilijk te bepalen; gewicht onder het tweede percentiel is vermoedelijk ondervoeding. Sommige congenitale of genetische aandoeningen kunnen hiervan ook de oorzaak zijn, een volledig onderzoek van het kind is aangewezen. Obesitas kan ook wijzen op overprotectie, voedingsproblemen of andere medische redenen en moet dus met de nodige voorzichtigheid benaderd worden als uiting van verwaarlozing.

Malnutritie is meestal geassocieerd met persoonlijke, familiale en sociale problemen; hierdoor is de juiste oorzaak moeilijk te bepalen.¹¹¹

Supervisie

Een goede balans tussen risico's inschatten en kinderen hun vrijheid geven is niet evident. Als ouders persistent falen om te anticiperen op mogelijk gevaar en geen voorzorgen nemen om hun kinderen te beschermen voor risico's, dan moet aan verwaarlozing gedacht worden.

Aangepaste medische zorg en behandeling

Er is een relatie tussen niet vaccineren en mishandeling, er is geen relatie specifiek voor verwaarlozing.¹¹² In verband met het niet opvolgen van preventiecampagnes is het nodig twee groepen van ouders te onderscheiden: zij die een weloverwogen geïnformeerde beslissing maken en zij die geen moeite doen.¹¹³

Basis voor aanbeveling

Deze aanbeveling is gebaseerd op de NICE-richtlijn¹¹³ en verschillende kleinere studies met eerder lage evidentie. Daarom werden deze laatste ook aan Vlaamse experts voorgelegd.

Slechte leefomstandigheden

Er is slechts één longitudinale studie van lage kwaliteit die het verband aantoont tussen verwaarlozing en het risico op verminderde cognitieve ontwikkeling.¹¹⁴ Op de cognitieve index (GCI) scoorden ze 17,6 punten minder, maar het betrouwbaarheidsinterval was heel breed (95%-BI: 3,3-31,9).

Malnutritie

Vijf studies onderbouwen het verband tussen malnutritie en verwaarlozing.¹¹⁵

Eén studie vond een statistisch significante ‘catch up’ lengte-toename ($p=0,001$) maar geen gewichtstoename, wanneer kinderen in een pleeggezin geplaatst worden in vergelijking met diegenen die thuis bleven.¹¹⁶

Een tweede studie vond een laag gewicht in verhouding met de lengte in vergelijking met niet-verwaarloosde kinderen (OR 16,6; 95%-BI:1,9-145,0).¹¹⁷ Hier is ook weer een zeer breed betrouwbaarheidsinterval. Verwaarloosde kinderen lijken meer blootgesteld aan obesitas (OR 1,56; 95%-BI: 1,14-2,14).¹¹⁸ In een andere studie werd dit verband echter niet gevonden (OR 1,25; 95% BI:-0,05-3,00).¹¹⁹

Een laatste studie vond een verband tussen verwaarlozing en obesitas (OR 4,66; 95%-BI: 1,65-13,16), recurrente gewichtsveranderingen en fysieke mishandeling (OR 3,63; 95%-BI: 1,58-8,36), en seksueel misbruik (OR 3,02; 95%-BI: 1,26-7,24) en strikt dieet en lichamelijke mishandeling (OR 2,96; 95%-BI: 1,26-6,91).¹²⁰

ROL VAN DE HUISARTS

Wat is de rol van de huisarts bij het overwegen/ vermoeden van kindermishandeling?

Aanbeveling

Wees alert voor signalen van kindermishandeling (*punt voor goede praktijkvoering*).

De huisarts heeft het recht kindermishandeling te signaleren en te melden (*punt voor goede praktijkvoering*).

Neem maatregelen wanneer het kind beschermd moet worden, ook als de huisarts naast het kind ook de ouders als patiënt heeft of als het kind niet zijn patiënt is, maar wel deel uitmaakt van het gezin van de patiënt (*punt voor goede praktijkvoering*).

Verwijs naar/ werk samen met gespecialiseerde hulpverlening en instanties zo nodig (*punt voor goede praktijkvoering*).

Toelichting

Doordat de combinatie van signalen en kennis over de leef-situatie (met eventuele risicofactoren) van het gezin zeer belangrijk is om kindermishandeling te kunnen herkennen, heeft de huisarts een bijzondere rol. Als gezinsarts is de huisarts meestal ook de behandelaar van de andere gezinsleden; in het geval van kindermishandeling kan hij dus een dubbele loyaliteit hebben. Hij heeft een zorgplicht voor de ouders of opvoeders als mogelijke daders, wat het bespreken van de problematiek moeilijker kan maken. In dergelijke situaties geldt dat het de professionele verantwoordelijkheid van de arts is dat hij kinderen beschermt.¹²¹

Extra aandacht van huisartsen tijdens wachtdiensten is gewenst. Op wachtposten komen vaak meer kinderen dan bij de eigen huisarts, omdat dit de mogelijkheid biedt om de

eigen huisarts te ontwijken. De signalen van kindermishandeling worden hier vaak onvoldoende herkend.¹²²

Basis voor de aanbeveling

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op de Delphi-consensusprocedure en richtlijn.¹²¹ De consensus werd in de eerste ronde bereikt.

Dient de (huis)arts kindermishandeling bespreekbaar te maken met het slachtoffer en omgeving, en zo ja hoe?

Aanbeveling

Maak kindermishandeling bespreekbaar met de dader(s) en bij voorkeur met het kind zelf, maar enkel wanneer de veiligheid van het kind dit toelaat (*punt voor goede praktijkvoering*).

Bij vermoeden van kindermishandeling dient dit bespreekbaar gemaakt te worden met de ouders en bij voorkeur met het kind zelf, op voorwaarde dat dit kan gebeuren op deskundige wijze en in voor het kind veilige omstandigheden (*punt voor goede praktijkvoering*).

Indien de arts kindermishandeling vermoedt en hij ziet het kind alleen (zonder ouders) op raadpleging, dan bespreekt hij dit vermoeden direct met het kind alleen (*punt voor goede praktijkvoering*).

Als een vermoeden van kindermishandeling door derden aan de arts geuit wordt, dan verwijst hij deze persoon naar het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (VK) voor melding (*punt voor goede praktijkvoering*).

Toelichting

Het bespreekbaar maken van kindermishandeling is de eerste stap naar de beëindiging ervan. Wanneer een kind hiermee zelf naar buiten komt, is dit een cruciale factor om een interventie te initiëren en de negatieve effecten op lange termijn te verminderen. Het is belangrijk dat dit gesprek in een kindvriendelijke en veilige omgeving plaatsvindt. Het kind mag door zijn mededelingen geen slachtoffer worden van wraakacties.

De veiligheid van het kind, maar ook van andere gezinsleden en de beroepsbeoefenaar dienen altijd in acht te worden genomen. Hiervoor voert men, indien mogelijk, een risicotaxatie uit en worden direct maatregelen genomen om de situatie veilig (genoeg) te maken om het gesprek wel te kunnen voeren.

In principe wordt met het kind het vermoeden van kindermishandeling besproken. Het is belangrijk dat dit op een deskundige wijze gebeurt. In de eerste plaats om het verkrijgen van vals-positieve of vals-negatieve informatie te vermijden en om te voorkomen dat het kind psychische schade oploopt.¹²³ Het wordt ook aangeraden om een observator uit te nodigen bij het gesprek of indien dit te beangstigend is voor het kind, een video-opname te maken.

Veel slachtoffers van kindermishandeling zijn niet bereid om hun ervaringen bekend te maken en zouden actief kunnen ontkennen wanneer er direct naar gevraagd wordt.¹²⁴ Nochtans is 'disclosure' vaak cruciaal in de initiatie van een interventie, behandeling, legale vervolging en kindbescherming. Om valselijke ontkenningen te vermijden, dienen interviewers zo snel mogelijk onbereidwillige kinderen te identificeren en hen helpen om dit te overwinnen zodat ze er wel over praten.

Basis voor aanbeveling

Deze aanbeveling is gebaseerd op de CBO-richtlijn.¹²³

In de richtlijn zijn de aanbevelingen gebaseerd op consensus. Er bestaat een brede consensus over het principe dat kindermishandeling of het vermoeden daarvan met de ouders en bij voorkeur ook met het kind zelf wordt besproken, waarbij het essentieel is dat dit op deskundige wijze gebeurt, ten eerste om het verkrijgen van vals-positieve of vals-negatieve informatie te voorkomen en ten tweede om te voorkomen dat het kind psychische schade oploopt. Deze consensus vanuit de CBO-richtlijn is gebaseerd op een internationale richtlijn en onderzoek.¹²⁵ In een kwalitatief onderzoek met dertig interviews bij forensische verpleegkundigen kwamen vijf thema's naar boven: een kindvriendelijke omgeving, een 'building rapport' constructief contact, actief luisteren, onvoorwaardelijk geloof en het potentieel voor vals-positieve uitlatingen.¹²⁶

In een studie over 'disclosure' van kinderen uit een review-artikel vonden de onderzoekers dat meer dan een derde (36%) van de vermeende slachtoffers van seksueel misbruik dit ontkent bij een ondervraging, zelfs wanneer er zeer duidelijke bewijzen waren dat dit was gebeurd; hierin bestond wel een grote variabiliteit afhankelijk van de context van het interview en de manier waarom het gesprek verliep.¹²⁷ Wanneer voorheen een informele bekentenis werd gegeven of wanneer zeer bevestigend bewijs van mishandeling werd gevonden, was er minder weerstand om te bekennen bij een formeel interview. In onderzoek naar non-verbale gedragingen van kinderen concludeerden de auteurs dat non-verbaal gedrag, in het bijzonder tekenen van fysieke (on)betrokkenheid, geassocieerd is met het openbaren of ontkennen van mishandeling.¹²⁷

Er bestaat een internationale brede consensus dat een specifieke opleiding in gesprekstechnieken nodig is om deze interviews met kinderen te doen.¹²⁸ In de Delphi-procedure was er evenmin consensus over de stelling dat elke arts in staat is om een gesprek met de betrokkenen te voeren.

Hoe kan de (huis)arts bij vermoeden van kindermishandeling dringendheid en ernst inschatten?

Aanbeveling

Geef bij ernstige en levensbedreigende situaties hulp en eerste zorg en stuur zo nodig door naar spoedeisende hulp (GRADE 1C).

Schat bij vermoeden van kindermishandeling op fysiek vlak de medische ernst in (GRADE 1C).

Schakel gespecialiseerde hulp in voor de evaluatie van de psychologische weerslag en veiligheid (GRADE 1C).

Toelichting

De huisarts is voldoende in staat de medische ernst van de letsels in te schatten op basis van vitale parameters, de uitgebreidheid en ernst van de letsels. Hoewel er noch in de literatuur specifieke instrumenten zijn voor de risico-inschatting door huisartsen noch consensus in de Delphi-consensus was voor het gebruik van een instrument, geven we toch een aantal indicaties mee.

Over al deze stellingen was consensus in de eerste ronde van de Delphi-procedure:

- De arts moet snel ingrijpen bij het vaststellen van ernstige fysieke letsels (schedeltrauma, meerdere breuken,...) die kunnen wijzen op kindermishandeling.
- De arts moet snel ingrijpen bij het vaststellen van recent traumatisch seksueel contact.
- De arts moet snel ingrijpen bij het vaststellen van ernstige psychische symptomen die kunnen wijzen op kindermishandeling.
- De duur van de kindermishandeling is een belangrijke factor die moet worden meegewogen ter inschatting van de ernst van de situatie.
- De intensiteit van de kindermishandeling is een belangrijke factor die moet worden meegewogen ter inschatting van de ernst van de situatie.
- De (kans op) herhaling van het optreden van de kindermishandeling is een belangrijke factor die moet worden meegewogen ter inschatting van de ernst van de situatie.
- Een eerdere suïcidepoging bij een van de ouders is een belangrijke factor die moet worden meegewogen ter inschatting van de ernst van de situatie.
- De eventuele extra kwetsbaarheid van het kind is een belangrijke factor die moet worden meegewogen ter inschatting van de ernst van de situatie.
- De aanwezigheid van alcoholverslaving bij de ouder(s) is een belangrijke factor die moet worden meegewogen ter inschatting van de ernst van de situatie.
- De aanwezigheid van druggebruik bij de ouder(s) is een belangrijke factor die moet worden meegewogen ter inschatting van de ernst van de situatie.
- Het in huis zijn van wapens is een belangrijke factor die moet worden meegewogen ter inschatting van de ernst van de situatie.
- Het aanwezig zijn van een 'niet-pluisgevoel' bij de arts is een belangrijke factor die moet worden meegewogen ter inschatting van de ernst van de situatie.
- Bij het overwegen van kindermishandeling en problematische opvoedingssituaties dient altijd bij voorkeur met andere hulpverleners overlegd te worden. Indien een formele evaluatieprocedure door een daartoe competente instantie zoals Vertrouwenscentrum kindermishandeling (VK), Comité bijzondere jeugdzorg (CBJ) of Kind en Gezin (K&G) kan worden uitgevoerd, heeft dit de voorkeur.

Een procedurele aanpak is altijd effectiever dan het gangbare klinische oordeel.¹²⁹ Anderzijds moet er ruimte zijn voor het aparte

klinische oordeel van de hulpverlener en de niet-gewelddadige omgeving van het kind of de mondige adolescent.

Een stapsgewijze procedure voor evaluatie dient aandacht te besteden aan de medische urgentie van lichamelijke letsels, de psychologische urgentie (suïcidaliteit), de vereisten voor directe medicolegale vaststelling (bv. seksueel misbruik).

Basis van aanbeveling

Deze aanbeveling is gebaseerd op een richtlijn¹³⁰, reviewartikels¹³¹, een systematische review¹³² en studie.¹³³

Een kritische review werd uitgevoerd in België door LUCAS in 2010 in opdracht van de Vlaamse overheid.¹³⁴ Hierbij werd tevens een kwalitatieve analyse uitgevoerd van de aanpak in de Vertrouwenscentra Kindermishandeling. Uitgaande van deze review werd een aangepast protocol voorgesteld. Elementen van deze procedure werden samengevat in een aparte bijlage ten behoeve van de consensusprocedure.

In een case-studie werden 189 gevallen van gedocumenteerde casebesprekingen voor ernstige feiten in Engeland tussen 2005 en 2007 bestudeerd, waarvan veertig kinderen geïdentificeerd werden met overlijden of zware mishandeling; 85% was gezien op de eerste lijn en drie vierde had complexe familieproblemen (bv. ouderlijk partnergeweld, alcohol/drug en/of mentale gezondheidsproblemen).¹³⁵

Het Protocol van Moed is een handleiding voor een stappenplan in de aanpak van kindermishandeling.¹³⁶ Dit draaiboek is tot stand gekomen dankzij de samenwerking tussen verschillende hulpverleners in de regio Antwerpen om in een correcte juridisch-deontologische context samen te werken.

SAMENWERKING MET ANDERE INSTANTIES

Op welke manier kan/dient een (huis)arts samen te werken met andere gespecialiseerde instanties, in dringende situatie en niet-dringende situaties?

Dringende situaties

Aanbeveling

Bied in dringende situaties eerst hulp, zelf of samen met andere hulpverleners (*punt voor goede praktijkvoering*).

Is deze hulp ontoereikend, dan heeft de huisarts het recht de situatie te melden aan de procureur des Konings (*punt voor goede praktijkvoering*).

Verwijs in geval van seksueel misbruik binnen de 24 uur naar een spoedafdeling die beschikt over een Set Seksuele Agressie (*punt voor goede praktijkvoering*).

Toelichting

De arts moet in dringende situaties (ook waar sprake is van levensgevaar) in de eerste plaats hulp bieden (zelf of samen met derden, bv. een Vertrouwenscentrum Kindermishandeling). Wanneer er geen gevaar is voor de integriteit, schakelt men zo mogelijk andere hulpverlening in. Via het Vertrou-

wenscentrum Kindermishandeling van de eigen provincie kan men informatie inwinnen.

Wanneer er gevaar is voor de integriteit of indien andere (langdurige) hulp ontoereikend blijkt, dan kan de procureur des Konings gecontacteerd worden met de vraag naar een beschermende maatregel voor de betrokken minderjarige. Volgens de wetgeving (artikel 458bis Strafwetboek) is er een meldrecht (geen meldplicht), indien men niet zelf (als arts) of met behulp van anderen (andere zorgverleners of het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling) de passende hulp kan bieden. Dat meldrecht is altijd t.a.v. de procureur des Konings (het parket), NIET t.a.v. de politie.

Voorwaarden voor melding in dringende situaties aan de procureur, volgens het Strafwetboek

Er zijn strikte **voorwaarden** voor een melding aan de procureur in het kader van 458bis Strafwetboek:

- ernstig dreigend gevaar voor de psychische of fysieke integriteit van de minderjarige;
- men is niet in staat om zelf of samen met anderen de integriteit van het kind te garanderen;
- het is niet noodzakelijk dat men het kind zelf heeft onderzocht of hiervoor in vertrouwen is genomen; informatie door derden kan ook leiden tot een melding bij de procureur;
- het beroepsgeheim mag enkel doorbroken worden in het belang van het kind en niet om de dader te bestraffen.

Naast het doorbreken van het beroepsgeheim volgens artikel 458bis Strafwetboek bestaat ook de **noodtoestand**. In deze situatie kan men dit melden bij de politie of het parket of praten met andere hulpverleners. De volgende drie voorwaarden moeten vervuld zijn:

- actueel, zeer ernstig en zeker gevaar;
- in principe beschermen van fysieke integriteit, maar het kan ook een exclusief materieel of moreel belang zijn; men doorbreekt het beroepsgeheim om een hogere waarde te beschermen;
- men kan op geen andere manier bescherming bieden tenzij men het beroepsgeheim breekt.

Bij *verkrachting* is een klinisch onderzoek essentieel binnen een termijn die korter of gelijk is aan 24 uur sinds de feiten en tevens na 24 uur als er verdachte biologische vlekken vastgesteld worden.

De Seksuele Agressie Set dient hierbij toegepast te worden in een daartoe aangewezen spoeddienst om:

- de vaststellingen betreffende verkrachting of aanranding van de eerbaarheid te uniformeren;
- te verzekeren dat bewijsmateriaal over schuld of onschuld van een verdachte wordt verzameld, dankzij de vaststelling van de genetische afdruk van de dader;
- de psychologische verwarring te beperken en secundaire victimisering te vermijden.

Niet elke spoedafdeling beschikt over een Seksuele Agressie Set. Vooraleer te verwijzen neemt men best eerst contact op met de spoedafdeling, om na te gaan of zij effectief over deze set beschikken. Vraag naar de arts die in dat ziekenhuis dit soort onderzoek in het kader van seksueel misbruik uitvoert, zodat men rechtstreeks kan afspreken en men zeker is naar de juiste plaats en persoon te verwijzen.

Basis van aanbeveling

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op consensus bij Vlaamse experts. Bij navraag op een aantal spoeddiensten bleek dat veel artsen niet op de hoogte zijn van het gebruik van de Set Seksuele Agressie. Sommige diensten hebben een draaiboek, anderen niet. Daarom is het best om eerst contact op te nemen voor doorverwijzing.

Niet-dringende situaties

Aanbeveling

Iedere arts die kindermishandeling vermoedt/vaststelt, heeft het recht dit te melden bij de Vertrouwenscentra Kindermishandeling (punt voor goede praktijkvoering).

De arts zet zijn melding ook door als de ouders, na hen geïnformeerd te hebben, hiertegen bezwaar maken (punt voor goede praktijkvoering).

Als een vermoeden van kindermishandeling door derden aan de arts meegedeeld wordt, dan verwijst de arts deze persoon naar het centraal meldpunt 1712 (punt voor goede praktijkvoering).

Toelichting

De zorg voor het kind primeert steeds en de vertrouwensrelatie moet zoveel mogelijk gevrijwaard worden.

Bij het overwegen van kindermishandeling en problematische opvoedingssituaties dient altijd bij voorkeur met andere hulpverleners overlegd te worden. Indien een formele evaluatieprocedure door een daartoe competente instantie uitgevoerd kan worden zoals de Vertrouwenscentra Kindermishandeling (VK), het Comité Bijzondere Jeugdzorg (CBJ), Kind en Gezin (K&G) of de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB), heeft dit de voorkeur. Op de website www.jeugdhulp.be kan men terecht voor informatie over en contactgegevens van verschillende hulpverleningsinstanties.

De arts doet een melding bij het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling in beginsel op naam, maar kan desgewenst anoniem blijven ten opzichte van het gezin waarover hij (zonder toestemming) informatie verstrekt, als dit noodzakelijk is in verband met de veiligheid van de cliënt/patiënt of anderen, met de vertrouwensrelatie met het gezin waartoe het kind behoort of in verband met zijn eigen veiligheid.

Indien de arts een vermoeden van kindermishandeling heeft, dan kan hij bij het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling anoniem terecht voor advies over acties die hij kan ondernemen om meer bevestiging te krijgen. Ook met vragen over op welke manier met de ouders gepraat kan worden, over welke soort hulpverlening kan worden ingezet om het risico af te wenden en over de manier waarop taken en verantwoordelijkheden best verdeeld kunnen worden, kan de arts bij het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling terecht. Verwijzen en samenwerking zijn essentiële onderdelen in de aanpak van kindermishandeling. Een stappenplan kan een hulpmiddel zijn.

Wanneer een multidisciplinaire samenwerking over de omgang rond kindermishandeling noodzakelijk is, is het delen van informatie cruciaal. Vele beroepsbeoefenaars zitten in met het beroepsgeheim, maar men moet afwegen of dit steeds in het belang is van het kind.¹³⁷ De artsen/ hulpverleners kunnen dan in onderling overleg bepalen wie de aan de problematiek gebonden taken en verantwoordelijkheden verder op zich neemt.

Uitwisselen van informatie met andere hulpverleners met beroepsgeheim

Onder bepaalde voorwaarden kan men informatie uitwisselen met andere hulpverleners of andere personen gebonden door het beroepsgeheim. Bepaalde voorwaarden dienen vervuld te zijn alvorens men informatie kan uitwisselen:

- Men mag enkel informatie doorgeven aan een persoon die ook door het beroepsgeheim gebonden is. Daarom is het belangrijk de rol van de gesprekspartner uit te klaren.
- De andere hulpverlener treedt op met dezelfde finaliteit. Overdracht onder gedeeld beroepsgeheim tussen hulpverleners werkzaam in buitengerechtigde context en hulpverleners in gerechtelijke context kan enkel met specifieke toestemming van de cliënt/ patiënt.
- Overdracht onder gedeeld beroepsgeheim tussen hulpverleners werkzaam in buitengerechtigde context en hulpverleners in gerechtelijke context kan enkel met specifieke toestemming van de cliënt/ patiënt.
- Het uitwisselen van cliënt/ patiëntinformatie kan enkel tussen personen betrokken in de hulpverlening en in functie van de lopende hulpverlening.
- De gegevensuitwisseling is noodzakelijk voor de hulpverlening aan de persoon tot wie de jeugdhulp zich richt; enkel die gegevens die noodzakelijk zijn, mogen worden uitgewisseld en enkel in het belang van de cliënt/ patiënt.
- De cliënt/ patiënt moet minstens op de hoogte worden gebracht over welke gegevens aan wie worden doorgegeven. Indien mogelijk, gebeurt het doorgeven van gegevens met toestemming en bij voorkeur in aanwezigheid van de cliënt/ patiënt.

Voor het bespreken van zaken in teamverband moet men niet terugvallen op de strikte regels van het gedeeld beroepsgeheim maar is er een andere constructie, namelijk het *gezaamenlijk beroepsgeheim*.

Let wel, als de cliënt/ patiënt minderjarig is, moet hij over voldoende onderscheidingsvermogen beschikken d.w.z. in staat zijn om de betekenis, draagwijdte en gevolgen van zijn instemming in te schatten, alvorens hij werkelijk toestemming kan geven!¹³⁸

Meldpunt 1712

Op 12 maart 2012 ging het meldpunt 'Misbruik, geweld en kindermishandeling' van start vanuit de Vlaamse regering. Het integreert de bestaande meldpunten, aanspreekpunten, ont-haalwerkingen van de Vertrouwenscentra Kindermishandeling en de Centra Algemeen Welzijnswerk (slachtofferhulp, oudermishandeling, partnergeweld, intrafamiliaal geweld).

Het meldpunt is vlot bereikbaar op het nummer 1712. Achter dit telefoonnummer zit een doorschakeling die de burger doorverbindt met het meldpunt van de provincie vanwaaruit hij belt. Het meldpunt is te contacteren op werkdagen van 9 tot 17 uur.

Basis van aanbeveling

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op het Belgisch strafwetboek¹³⁹ en een protocol¹⁴⁰ en een Delphi-ronde uitgevoerd bij experts.

Uit de Delphi-studie bij Vlaamse experts kwam naar voor dat de (huis)arts nood heeft aan een duidelijk samenwerkingsprotocol waarin volgende zaken zijn opgenomen: door de (huis)arts te nemen stappen bij (vermoedens van) kindermishandeling en een overzicht van alle bestaande hulpverlening in België met een opsomming van hun expertise en contactgegevens.

In België geldt geen meldingsplicht, maar een meldingsrecht aan de procureur des Konings bij bepaalde misdrijven, zoals: verkrachting, aanranding, slagen en verwondingen, genitale verminking,... Er is geen melding mogelijk naar de politie of onderzoeksrechter.¹⁴¹

Bespreek dit (zo mogelijk) met de ouders en/ of het kind zelf.

KLINISCH ONDERZOEK EN DOSSIEROPVOLGING

Moet de huisarts een gericht klinisch onderzoek uitvoeren bij het overwegen/ vermoeden van kindermishandeling?

Aanbeveling

Het lichamelijk onderzoek (voor verdere diagnostiek van kindermishandeling) moet worden uitgevoerd door een arts die geschoold is in het herkennen van symptomen van kindermishandeling. Het diagnostisch onderzoek moet door een multidisciplinair team uitgevoerd worden (GRADE 1C).

Wanneer bij lichamelijk onderzoek aanwijzingen zijn voor overweging of vermoeden van kindermishandeling, noteer dit zo objectief mogelijk in het elektronisch medisch dossier (EMD) (GRADE 1C).

Toelichting

Tijdens een klinisch onderzoek ziet de huisarts soms tekenen die kunnen wijzen op kindermishandeling.

Het lichamelijk onderzoek voor verdere diagnostiek wordt best uitgevoerd door een arts die geschoold is in het herkennen van symptomen van kindermishandeling, verwaarlozing, seksueel en ander geweld.¹⁴²

Naast een klinisch onderzoek moet ook een psychologisch en psychiatrisch onderzoek worden uitgevoerd,¹⁴³ best in een multidisciplinair team.¹⁴⁴

Het tijdstip van onderzoek in relatie tot het incident is ook belangrijk in het observeren van symptomen, maar hierover bestaan zeer weinig studies.¹⁴⁵

Is er sprake van seksueel misbruik, dan dient men binnen de 24 uur te verwijzen naar een spoedafdeling die beschikt over een Set Seksuele Aggressie.

In de Delphi-studie bij Vlaamse experts werd opgemerkt dat de vertrouwensband met de patiënt/slachtoffer soms belangrijker is dan competenties in deze materie.

Basis van aanbeveling

Deze aanbeveling is gebaseerd op richtlijnen¹⁴⁶ en reviewartikels.¹⁴⁷ De aanbeveling werd voorgelegd aan Vlaamse experts in een Delphi-studie.

In tegenstelling tot wat de internationale richtlijnen aanbevelen, vinden Vlaamse experts dat alle artsen dit klinisch onderzoek zouden moeten kunnen uitvoeren, op voorwaarde dat er voldoende scholing is in de basisopleiding en dat hulpverleners hierover permanente navorming volgen. Aangezien we hierover op dit ogenblik geen zekerheid hebben, bevelen we de internationale richtlijnen aan.

Uit een reviewartikel blijkt dat kinderen, waarbij mishandeling of verwaarlozing overwogen/vermoed wordt, aanzien moeten worden als een 'hogeprioriteitpatiëntenpopulatie'.¹⁴⁸ Zij hebben een hoge nood aan goede voorbereiding en ondersteuning tijdens medische handelingen; dit leidt tot vermindering van angst en een betere medewerking tijdens de medische handeling.

Een andere studie gaf aan dat kinderartsen op een spoedafdeling die prepubertaire meisjes genitaal onderzoeken (na een onthulling van seksueel misbruik), in 79% van de onderzoeken tot andere bevindingen komen dan getrainde onderzoekers (telkens werden deze bevindingen door de kinderartsen als abnormaal geprotocolleerd en door de getrainde onderzoekers als normaal).¹⁴⁹ Voor de verwerking van het genitaal onderzoek zelf en voor de verdere verwerking en gevolgen is het noodzakelijk dat het klinisch onderzoek juist is.

Hoe dient een (huis)arts een overwegen/vermoeden van kindermishandeling te documenteren in het medisch dossier?

Aanbeveling

Noteer in het elektronisch medisch dossier (EMD):

- het subjectieve verhaal zo letterlijk mogelijk (GRADE 1C);
- de objectieve vaststelling van de letsels (GRADE 1C);
- de risicofactoren (GRADE 1C);
- de ingestelde hulpverlening/aanpak (GRADE 1C);
- verontrustend gedrag/emotionele toestand van het kind (GRADE 1C);
- de datum en besluiten van gesprekken met ouders en/of andere hulpverleners (punt voor goede praktijkvoering);
- de datum van melding en aan wie melding werd gedaan (punt voor goede praktijkvoering).

Toelichting

Het is belangrijk dat de hulpverlener zijn nota's en het dossier zorgvuldig bijhoudt en dit niet alleen in het belang van het kind, maar ook voor het geval hij ter verantwoording zou worden geroepen.¹⁵⁰

De anamnese en het klinisch onderzoek met eventueel de testresultaten en de impressie van de arts zelf en de acties die werden ondernomen, moeten goed gedocumenteerd zijn. Wanneer een citaat wordt gebruikt van een gesprek of commentaar, dient dit tussen aanhalingstekens te staan en dient

de spreker erbij te staan.¹⁵¹ Idealiter documenteert men zowel de vragen als de antwoorden: geef de antwoorden zo letterlijk mogelijk weer, lees ze terug op voor het kind en eventuele begeleider voor verduidelijking, geef de betrokkenen (met name het kind) de mogelijkheid te corrigeren.

Aantekeningen over alle overlegmomenten en onderzoeken in dit kader dienen zorgvuldig en zo objectief mogelijk bijgehouden worden in het dossier van het kind. Indien achteraf het vermoeden onterecht blijkt, dient dit ook duidelijk in het dossier vermeld te worden.¹⁵²

Ook al leidt maar ongeveer 1% van de situaties die bij Vertrouwenscentrum Kindermishandeling gemeld worden tot gerechtelijk optreden, men dient er toch rekening mee rekening te houden dat een onderzoeksrechter kan overgaan tot een inbeslagname van bepaalde documenten van de hulpverlener indien hij dit nodig acht voor de uitoefening van zijn opdracht.

Volgende principes worden verder voorgesteld:

- chronologische opbouw van het subjectieve verhaal;
- eventuele correcties worden enkel met noteren van moment (datum/uur) aangebracht;
- ook subjectieve professionele inschattingen hebben belang, waarbij men de reden van vermoeden duidelijk dient te geven;
- de bron van informatie en wijze van verzamelen van gegevens moet worden vermeld;
- de beschrijving dient een antwoord te geven op volgende vragen: wat gebeurde er, waar en wanneer en door wie?
- gedragsafwijkingen, leerproblemen, de relatie met de ouders dienen ook opgenomen te worden in de nota's;
- aanbevolen verdere stappen.

Basis voor aanbeveling

Deze aanbeveling is gebaseerd op een richtlijn¹⁵³ en review-artikels.¹⁵⁴

KERNBOODSCHAPPEN

WELKE RISICOFACTOREN MAKEN KINDERMISHANDELING MEER WAARSCHIJNLIJK EN ZIJN BELANGRIJK IN DE OPVOLGING VAN FAMILIES?

Wees bedacht op risicofactoren op het niveau van het kind, ouders, gezin en leefomgeving (GRADE 1B).

BIJ WELKE SIGNALLEN/SITUATIES MOET KINDERMISHANDELING OVERWOGEN/VERMOED WORDEN EN WELKE ARGUMENTEN HELPEN HET VERMOEDEN BEVESTIGEN?

Algemeen

Overweeg kindermishandeling:

- indien er geen verklaarbare uitleg is voor een letsel (GRADE 1C);
- indien er een ongewoon lange tijdsduur is tussen het ontstaan van het letsel en het zoeken van medische hulp (GRADE 1C);
- bij gedragsveranderingen van het kind (GRADE 1B);
- bij dissociatie bij het kind, niet verklaard door een traumatisch voorval (*punt voor goede praktijkvoering*);
- bij een kind dat verantwoordelijkheden heeft waardoor dagelijkse activiteiten niet gedaan kunnen worden (*punt voor goede praktijkvoering*);
- bij zelfpijniging en/of inname van medicatie (*punt voor goede praktijkvoering*);
- bij frequent schoolverzuim waarvan de ouders op de hoogte zijn en er geen rechtvaardiging is voor het schoolverzuim (GRADE 1C);
- wanneer de verklaring van een verwonding een gebrek aan supervisie suggereert;
- wanneer een kind meer dan eenmaal wegloopt of tracht weg te lopen (*punt voor goede praktijkvoering*).

Vermoed kindermishandeling bij:

- een prepubertair kind met dwingend seksueel gedrag of preoccupatie (seksueel misbruik) (GRADE 1C).

Fysieke mishandeling

Overweeg mishandeling indien er geen verklaarbare uitleg is voor een letsel zeker indien er een ongewoon lange tijdsduur is tussen het ontstaan van het letsel en het zoeken van medische hulp (GRADE 1C).

Blauwe plekken

Vermoed kindermishandeling indien een kind blauwe plekken heeft in de vorm van een hand, tandafdruk, een bandafdruk of vingerafdrukken (door te grijpen) (GRADE 1B).

Bijtwenden

Vermoed kindermishandeling bij:

- bijtwenden die lijken van volwassenen te komen en niet van een kind (*punt voor goede praktijkvoering*);
- wonden of littekens zonder verklaarbare uitleg (*punt voor goede praktijkvoering*).

Brandwonden

Vermoed kindermishandeling bij brandwonden (GRADE 1B):

- wanneer het kind niet mobiel is;
- op lichaamsdelen die normaal niet verwacht worden in contact te komen met een heet object (bv. de handrug, billen, rug);
- wanneer de wonde een bepaalde vorm (bv. sigaret,...) heeft;
- wanneer de vorm van de brandwonde lijkt op een geforceerde onderdompeling van bv. billen, beide onderste ledematen, beide handen, waarbij de wonden symmetrisch zijn met sterk afgelijnde randen.

Breuken

Vermoed mishandeling bij een of meer breuken:

- bij een kind dat immobiel is (GRADE 1B);
- bij meerdere breuken van verschillende ouderdom (GRADE 1B).

Intracranieële letsels

Vermoed mishandeling bij een intracranieel letsel in de afwezigheid van een hoogenergetisch trauma of medische oorzaak in een van de volgende omstandigheden (GRADE 1B):

- geen of een niet afdoende uitleg;
- bij een kind jonger dan 3 jaar;
- wanneer er ook retinabloedingen, ribfracturen of andere geassocieerde verwondingen zijn;
- wanneer er verschillende subdurale hemorrhagieën met of zonder subarachnoïdale hemorrhagieën zijn; met of zonder hypoxische ischemische schade aan de hersenen.

Vermoed mishandeling bij een kind met retinabloedingen of een oogletsel in de afwezigheid van een belangrijk accidenteel trauma of een medische oorzaak (GRADE 1C).

Ruggengraatletstels

Vermoed mishandeling bij ruggengraatletstels in afwezigheid van een trauma. Ruggengraatletstels kunnen zich op volgende manier presenteren (GRADE 1B):

- ruggengraatletstels te zien op NMR;
- cervicale letstels in associatie met hoofdletsel;
- thoracolumbale letstels in associatie met een focaal neurologisch letsel of een onverklaarbare kyfose.

Overweeg mishandeling door vergiftiging bij hypernatriëmie zonder een medische verklaring (punt voor goede praktijkvoering).

Vergiftiging

Vermoed mishandeling door vergiftiging (punt voor goede praktijkvoering):

- bij een melding van opzettelijk toedienen van ongepaste middelen (ook medicatie);
- bij een melding of biochemische evidentie van inname van een of meer toxische substanties;
- indien het kind niet onafhankelijk middelen kan inslikken;
- indien de uitleg voor de vergiftiging niet afdoende is;
- er reeds verschillende meldingen van 'vergiftigingen' zijn in het gezin

Münchausen syndroom by proxy/PCF/FDP

Overweeg Münchausen syndroom by proxy indien de anamnese, de fysieke of psychologische presentatie, de bevindingen bij klinisch onderzoek en de technische onderzoeken herhaaldelijk leiden tot discrepantie (punt voor goede praktijkvoering).

Seksueel misbruik

Overweeg seksueel misbruik bij een openstaande anus (zonder neurologische aandoening of ernstige constipatie), bij genitale of anale symptomen (bv. bloeding of etterig verlies) zonder medische verklaring, persisterende of recidiverende dysurie of anogenitale klachten zonder medische verklaring (bv. wormen, urineweginfectie, huidafwijkingen, slechte hygiëne, gekende allergieën,...) en bij persisterende of recidiverende medisch onverklaarbare anale fissuren (scheurtjes) (punt voor goede praktijkvoering).

Genitale en anale symptomen en tekenen

Overweeg ook seksueel misbruik bij het voorkomen van vreemde lichamen in vagina of anus (punt voor goede praktijkvoering).

Vermoed seksueel misbruik indien genitale of anale klachten geassocieerd zijn met veranderingen in emotie of gedrag (punt voor goede praktijkvoering).

Seksueel overdraagbare infecties

Overweeg seksueel misbruik:

- indien een kind <13 jaar hepatitis B of anogenitale wratten heeft, tenzij er duidelijke evidentie is van niet-seksuele transmissie (punt voor goede praktijkvoering);
- indien een jongere tussen 13 en 15 jaar hepatitis B, anogenitale wratten, gonorrhoe, chlamydia, syfilis, genitale herpes, hepatitis C, hiv of trichomonas heeft, tenzij er duidelijke evidentie is van niet-seksuele transmissie of dat de infectie afkomstig is van seksuele betrekkingen met een gelijke (punt voor goede praktijkvoering);
- indien een jongere >15 jaar hepatitis B of C, gonorrhoe, chlamydia, syfilis, genitale herpes, hiv, trichomonas, anogenitale wratten heeft en
 - er geen duidelijke evidentie voor niet-seksuele transmissie is of dat de infectie afkomstig is van seksuele activiteit tussen gelijken;
 - er een groot verschil is tussen de kracht en mentale capaciteit tussen de jongere en de seksuele partner, vooral wanneer de relatie incestueus is of met een persoon in een vertrouwenspositie;
 - men bezorgd is dat er sprake van verkrachting is (punt voor goede praktijkvoering).

Vermoed seksueel misbruik indien een kind <13 jaar gonorrhoe, chlamydia, syfilis, genitale herpes, hepatitis C, hiv of trichomonas heeft, tenzij er duidelijke evidentie is van moeder-kindtransmissie tijdens de geboorte of besmetting via bloed (punt voor goede praktijkvoering).

Zwangerschap

Overweeg seksueel misbruik bij een zwangerschap:

- bij een jongere tussen 13 en 16 jaar (punt voor goede praktijkvoering);
- bij een jongere tussen 16 en 17 jaar en
 - er een duidelijk verschil in mentale capaciteit is tussen de jonge moeder en vader, vooral wanneer de relatie incestueus is of met een vertrouwenspersoon (bv. leraar, trainer, religieuze,...);
 - men bezorgd is dat de seksuele activiteit zonder instemming van de jonge vrouw was;
 - men bezorgd is dat het meisje is uitgebuit (punt voor goede praktijkvoering).

Emotionele mishandeling

Overweeg emotionele kindermishandeling:

- indien de ouder-kindinteractie schadelijk is (*punt voor goede praktijkvoering*);
- wanneer er geen emotionele of een niet-verantwoordelijke relatie is tussen kind en ouder (*punt voor goede praktijkvoering*).

Vermoed emotionele kindermishandeling

- wanneer persisterende schadelijke ouder-kindinteracties worden geobserveerd of verteld;
- bij het persisteren van geen emotionele of een niet-verantwoordelijke relatie tussen kind en ouder (*punt voor goede praktijkvoering*).

Verwaarlozing

Verwaarlozing van een kind is steeds een vorm van kindermishandeling (*punt voor goede praktijkvoering*).

Overweeg verwaarlozing:

- bij ernstige en persisterende infestatie met scabiës of hoofdluis;
- bij consistent dragen van onaangepaste kledij aan de weersomstandigheden;
- bij failure to thrive (indien er geen medische oorzaak aan de basis ligt) als gevolg van te weinig voedsel of geen aangepast dieet (*GRADE 1C*);
- wanneer de omstandigheden voor een letsel kunnen wijzen op gebrek aan supervisie;
- wanneer een jong kind wordt opgepast door een persoon, die niet in staat is om zorg te dragen voor kleine kinderen.

Vermoed verwaarlozing:

- wanneer een kind steeds vuil is of slecht ruikt;
- onaangepaste leefomgeving en onvoldoende eten;
- Indien supervisie wordt overgedragen aan een persoon die geen adequate opvang kan geven (*punt voor goede praktijkvoering*).

WAT IS DE ROL VAN DE HUISARTS BIJ HET OVERWEGEN/VERMOEDEN VAN KINDERMISHANDELING?

Wees alert voor signalen van kindermishandeling (*punt voor goede praktijkvoering*).

De huisarts heeft het recht kindermishandeling te signaleren en te melden (*punt voor goede praktijkvoering*).

Neem maatregelen wanneer het kind beschermd moet worden, ook als de huisarts naast het kind ook de ouders als patiënt heeft of als het kind niet zijn patiënt is, maar wel deel uitmaakt van het gezin van de patiënt (*punt voor goede praktijkvoering*).

Verwijs naar en werk samen met gespecialiseerde hulpverlening en instanties zo nodig (*punt voor goede praktijkvoering*).

DIENT DE (HUIS)ARTS KINDERMISHANDELING BESPREEKBAAR TE MAKEN MET HET SLACHTOFFER EN OMGEVING, EN ZO JA HOE?

Maak kindermishandeling bespreekbaar met de dader(s) en bij voorkeur met het kind zelf, maar enkel wanneer de veiligheid van het kind dit toelaat (*punt voor goede praktijkvoering*).

Bij vermoeden van kindermishandeling dient dit bespreekbaar gemaakt te worden met de ouders en bij voorkeur met het kind zelf, op voorwaarde dat dit kan gebeuren op deskundige wijze en in voor het kind veilige omstandigheden (*punt voor goede praktijkvoering*).

Indien de arts kindermishandeling vermoedt en hij ziet het kind alleen (zonder ouders) op raadpleging, dan bespreekt hij dit vermoeden direct met het kind alleen (*punt voor goede praktijkvoering*).

Als een vermoeden van kindermishandeling door derden aan de arts geuit wordt, dan verwijst hij deze persoon naar het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling voor melding (*punt voor goede praktijkvoering*).

HOE KAN DE (HUIS)ARTS BIJ VERMOEDEN VAN KINDERMISHANDELING DE DRINGENDHEID EN ERNST INSCHATTEN?

Geef bij ernstige en levensbedreigende situaties hulp en eerste zorg en stuur zo nodig door naar spoedeisende hulp (*GRADE 1C*).

Schat bij vermoeden van kindermishandeling op fysiek vlak de medische ernst in (*GRADE 1C*).

Schakel gespecialiseerde hulp in voor de evaluatie van de psychologische weerslag en veiligheid (*GRADE 1C*).

OP WELKE MANIER KAN/DIENT EEN (HUIS)ARTS SAMEN TE WERKEN MET ANDERE GESPECIALISEERDE INSTANTIES?

In dringende situaties

Bied in dringende situaties eerste hulp, zelf of samen met andere hulpverleners (*punt voor goede praktijkvoering*).

Is deze hulp ontoereikend, dan heeft de huisarts het recht de situatie te melden aan de procureur des Konings (*punt voor goede praktijkvoering*).

Verwijs in geval van seksueel misbruik binnen de 24 uur naar een spoedafdeling die beschikt over een Set Seksuele Agressie (*punt voor goede praktijkvoering*).

In niet-dringende situaties

Iedere arts die kindermishandeling vermoedt/vaststelt, heeft het recht dit melden bij het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (*punt voor goede praktijkvoering*).

De arts zet zijn melding ook door als de ouders, na hen geïnformeerd te hebben, daar bezwaar tegen maken (*punt voor goede praktijkvoering*).

Als een vermoeden van kindermishandeling door derden aan de arts meegedeeld wordt, dan verwijst de arts deze persoon naar het centraal meldpunt 1712 (*punt voor goede praktijkvoering*).

MOET DE (HUIS)ARTS EEN GERICHT KLINISCH ONDERZOEK UITVOEREN BIJ HET OVERWEGEN/VERMOEDEN VAN KINDERMISHANDELING?

Het lichamelijk onderzoek (voor verdere diagnostiek van kindermishandeling) moet worden uitgevoerd door een arts die geschoold is in het herkennen van symptomen van kindermishandeling; het diagnostisch onderzoek moet door een multidisciplinair team uitgevoerd worden (*GRADE 1C*).

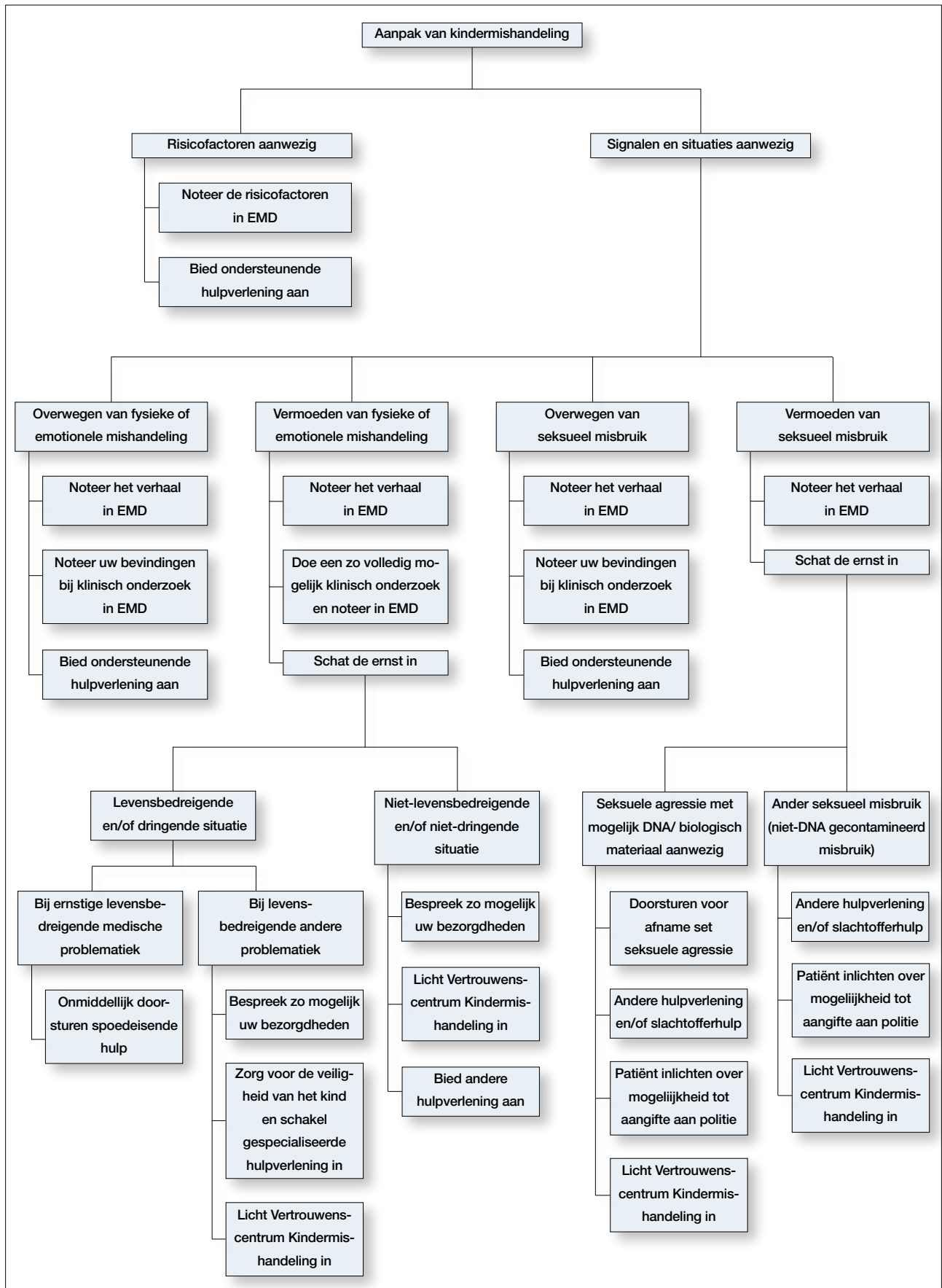
Wanneer bij een lichamelijk onderzoek aanwijzingen zijn voor overweging of vermoeden van kindermishandeling, noteert de (huis)arts dit zo objectief mogelijk in het elektronisch medisch dossier (EMD) (*GRADE 1C*).

HOE DIENT EEN (HUIS)ARTS EEN OVERWEGEN/VERMOEDEN VAN KINDERMISHANDELING TE DOCUMENTEREN IN HET MEDISCH DOSSIER?

Noteer in het elektronisch medisch dossier:

- het subjectieve verhaal zo letterlijk mogelijk (*GRADE 1C*);
- de objectieve vaststelling van de letsels (*GRADE 1C*);
- de risicofactoren (*GRADE 1C*);
- de ingestelde hulpverlening/aanpak (*GRADE 1C*);
- verontrustend gedrag/emotionele toestand van het kind (*GRADE 1C*);
- de datum en besluiten van gesprekken met ouders en/of andere hulpverleners (*punt voor goede praktijkvoering*);
- de datum van melding en aan wie melding werd gedaan (*punt voor goede praktijkvoering*).

STROOMDIAGRAM: AANPAK VAN KINDERMISHANDELING



GRADE

In deze richtlijn wordt de GRADE-classificatie gebruikt. Wanneer de voordelen van een aanbeveling de nadelen of risico's duidelijk overtreffen, spreken we van een 'sterke' aanbeveling en wordt het cijfer 1 toegekend. Wanneer er daarentegen een (twijfelachtig) evenwicht is tussen de voor- en nadelen of risico's van de aanbeveling, spreken we van een 'zwakke' aanbeveling en wordt het cijfer 2 toegekend. Afhankelijk van de kwaliteit van de onderbouwende studies krijgt de aanbeveling ook nog een letter A, B of C, waarbij A betekent dat de aanbeveling onderbouwd is met RCT's of overtuigende observationele studies en GRADE C betekent dat er slechts een onderbouwing is met gewone observationele studies of case studies.

RANDVOORWAARDEN

- Elke huisarts moet over deze richtlijn kunnen beschikken.
- Elke huisarts moet over de gegevens beschikken van de instanties die meer ervaring hebben inzake kindermishandeling om zo gemakkelijk overleg te kunnen plegen.
- Aanpassing van het elektronisch medisch dossier om het noteren van risicofactoren en alarmsymptomen mogelijk te maken.
- Een andere mogelijkheid is een breder debat opzetten over de noodzaak van gespecialiseerde artsen binnen de eerste lijn en de preventieve gezondheidszorg.
- In elke regio is een overzicht nodig van de spoeddiensten die beschikken over de nodige ervaring voor het gebruik van de Set Seksuele Agressie.
- Elke regio beschikt best over een stappenplan met contactpersonen en telefoonnummers zodat geen kostbare tijd verloren gaat in dringende situaties.

TOETSING

Verschillende toetselementen kunnen worden gebruikt om na te gaan of de richtlijn in praktijk wordt gebruikt.

Op niveau van de individuele hulpverlener:

- heeft de huisarts in het dossier een objectieve vaststelling van de letsels beschreven?
- heeft de huisarts risicofactoren genoteerd in het dossier?
- is er een datum en een besluit van gesprekken met ouders en/of andere hulpverleners genoteerd?
- werden aanpak en afspraken errond vermeld in het dossier?

- is er een vermelding van datum en aan wie melding werd gedaan in het dossier?

Op lokaal niveau:

- het aantal keer dat er lokaal afspraken worden gemaakt tussen CB, CLB, huisartsen, Vertrouwenscentra Kindermishandeling, maatschappelijke en juridische diensten,...

RESEARCHAGENDA

Verder onderzoek is nodig naar instrumenten voor risico-inschatting.

Ook is verder onderzoek nodig om na te gaan in welke mate elke arts in staat is om een goed klinisch onderzoek uit te voeren.

Het debat over de noodzaak van het nemen van foto's door de hulpverlener moet dringend gevoerd worden. Hierbij moet met alle ethische en juridische principes rekening gehouden worden.

TOTSTANDKOMING

De auteursgroep is samengesteld uit dr. Nicole Dekker (huisarts en lid commissie richtlijnen Domus Medica), dr. Karen Smets (huisarts en CLB-arts), Koen Kairet (student geneeskunde) en prof. dr. Lieve Peremans (huisarts en lid commissie richtlijnen Domus Medica), met medewerking van dr. Leo Pas (huisarts), dr. Nathalie Claes (huisarts), dr. Jan Van Schoenbeek (huisarts) en dr. Marjan Dierckx (huisarts en CLB-arts). Tijdens het literatuuronderzoek werd een beroep gedaan op de hulp van Louissette Deryck (SSMG).

Voor deze richtlijn werd een literatuurzoektocht tot 15 september 2013 verricht. De tekst zal jaarlijks geactualiseerd worden. Een majeure revisie is voorzien na vijf jaar, tenzij grote veranderingen een snellere revisie noodzakelijk maken.

De auteursgroep kon in alle onafhankelijkheid haar werk doen. Deze richtlijn is niet beïnvloed door opvattingen of belangen van de financierende instantie: de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. De auteurs en de geraadpleegde experts hebben geen banden met de farmaceutische industrie of andere belangengroepen. Belangenconflicten zijn niet gekend.

De uitgebreide beschrijving van de totstandkoming is terug te vinden op: www.domusmedica.be/richtlijnkindermishandeling.

NOTEN

noot 1

- Uit 'Het kind in Vlaanderen 2011'. Jaarverslag Kind en Gezin;2011.

noot 2

- www.kindermishandeling.be (laatst geraadpleegd op 30 augustus 2012).

noot 3

- Le rapport d'activité 2010 de l'ONE.

noot 4

- Artikel 61 (Gewijzigd op 16 november 2002)

§1. Als een geneesheer vermoedt dat een kind wordt mishandeld, seksueel wordt misbruikt of ernstig wordt verwaarloosd dient hij te opteren voor een multidisciplinaire benadering zoals bijvoorbeeld de inschakeling van een voor die problematiek opgerichte specifieke voorziening.

Indien een geneesheer vaststelt dat een kind in ernstig gevaar verkeert dient hij onmiddellijk het nodige te doen om het kind te beschermen. Indien het gevaar dreigend is en er geen andere middelen zijn om het kind te beschermen, kan de geneesheer de procureur des Konings in kennis stellen van zijn bevindingen.

De ouders of de voogd van het kind zullen door de geneesheer geïnformeerd worden over zijn bevindingen en de initiatieven die hij wenst te nemen tenzij dit de belangen van het kind kan schaden.

Alvorens om het even welk initiatief te nemen, dient de geneesheer voorafgaandelijk met het kind te overleggen in de mate dat zijn onderscheidingsvermogen dit toelaat.

§2. Als een geneesheer vermoedt dat een door ziekte, handicap of leeftijd weerloze patiënt wordt mishandeld, misbruikt of ernstig wordt verwaarloosd zal hij, indien de verstandelijke mogelijkheden van de patiënt dit toelaten, zijn bevindingen met de patiënt bespreken. De geneesheer zal de patiënt ertoe aansporen zelf de nodige initiatieven te nemen, zoals onder meer het informeren van zijn naaste verwanten.

Indien deze bespreking met de patiënt niet mogelijk is, kan de behandelend geneesheer met een ter zake bevoegde collega overleggen aangaande diagnostiek en benadering van de problematiek.

Indien de patiënt in ernstig gevaar verkeert en er geen andere middelen zijn om hem te beschermen, kan de geneesheer de procureur des Konings in kennis stellen van zijn bevindingen.

De geneesheer zal de naaste verwanten in kennis stellen van zijn bevindingen en de initiatieven die hij wenst te nemen om de patiënt te beschermen indien dit de belangen van deze laatste niet schaadt.

noot 5

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).

noot 6

- Baer J, Martinez CD. Child maltreatment and insecure attachment: a meta-analysis. *J Reprod Infant Psychol* 2006;24:187-97.
- Van Ijzendoorn MH, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ. Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Dev Psychopathol* 1999;11:225-49.

noot 7

- Klein Ikkink AJ, Boere-Boonekamp MM, De Bont M, et al. Landelijke Eerstelijns SamenwerkingsAfspraak Kindermishandeling. *Huisarts Wet* 2010;53:S15-20.

noot 8

- Sidebotham P, Heron J, ALSPAC Study Team. Child maltreatment in the 'children of the nineties': a cohort study of risk factors. *Child Abuse Negl* 2006;30:497-522.

In deze prospectieve cohortstudie (ALSPAC studie 'the Avon Longitudinal Study of Parents and children') ging het verband na met risicofactoren op vier domeinen (ouders, kind, familiestructuur, socio-economisch vlak).

Ouderfactoren	RR
Leeftijd <20 jaar	3,4
Lage scholing	5
Psychiatrische problematiek (voorafgaand aan de studie)	2,8
Anamnese van kindermishandeling van de ouder	1,9
Socio-economisch	
Enige indicator van armoede	11
Moeder is werkloos (niet-significant)	1,41
Zwak sociaal netwerk	1,9
Familievariabelen	
Grote familie > 3 kinderen	1,6
Alleenstaande moeder	2,6
Nieuw samengesteld gezin	2,6
Geweld	1,6
Kindvariabelen	
ongeplande zwangerschap	1,5
laag geboortegewicht	2,2
weinig positieve eigenschappen aan kind toegeschreven	1,9

noot 9

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).
- Klein Ikkink AJ, Boere-Boonekamp MM, De Bont M, et al. Landelijke Eerstelijns SamenwerkingsAfspraak Kindermishandeling. *Huisarts Wet* 2010;53:S15-20.

noot 10

- Sidebotham P, Heron J, ALSPAC Study Team. Child maltreatment in the 'children of the nineties': a cohort study of risk factors. *Child Abuse Negl* 2006;30:497-522.
- Ellaway BA, Payne EH, Rolfe K, et al. Are abused babies protected from further abuse. *Arch Dis Child* 2004; 89:845-6.
- Sidebotham P, Heron J. Child maltreatment in the 'children of the nineties': the role of the child ALSPAC study. *Child Abuse Negl* 2003;27:337-52.

In deze cohortstudie vonden de auteurs kindeigenschappen die het risico op kindermishandeling van bij de geboorte tot zes jaar doen stijgen. Maar ook al zijn deze risicofactoren significant, het AR is en blijft laag. De houding van de ouders is hierbij belangrijker dan de kindeigenschappen zelf.

	Odds
Laag geboortegewicht	2,08
Ongeplande (daarom niet ongewenste) zwangerschap	2,92
Zwakke gezondheid	1,91
Ontwikkelingsstoornissen	1,99
Toekennen van weinig positieve eigenschappen aan een kind	2,29

- Wu SS, Ma CX, Carter RL, et al. Risk factors for infant maltreatment: a population-based study ALSPAC study. *Child abuse negl* 2004;28:1253-64.

Deze prospectieve cohortstudie bestudeerde 15 risicofactoren, waarvan er 5 een RR hebben van >2: roken (RR=2,8), meer dan twee kinderen (RR=2,7), medicaid (Amerikaanse zorgverzekering) (RR=2,1), ongehuwd (RR=2,0) en een laag geboortegewicht (RR=2,0). Andere positieve factoren zijn: scholing moeder, prenatale zorg, risicoscore van Florida Health Start prenatal risk screen score, moeder <20 jaar, kort interval tussen twee zwangerschappen, vroegere negatieve ervaringen zwangerschap. Geen verband met ras of geslacht van de baby.

Wanneer men van de 5 eerste risicofactoren combinaties maakt, is bij 4/5 positieve risicofactoren het RR=7,4, bij 3/5 RR=3,2; en bij 2/5 RR=1,3.

- Sidebotham P, Gokding J, Child maltreatment in the 'children of the nineties': a longitudinal study of parental risk factors ALSPAC study. *Child Abuse Negl* 2001;25:1177-200.

Een caseseriestudie vond dat jongens meer risico op het shakenbaby-syndroom hebben dan meisjes (jongen/meisje ratio tussen 1,3 en 2,6).

Onder de slachtoffers is er een hogere proportie van premature kinderen (11 tot 21% t.o.v. 7-8% in de algemene populatie).

- Laurent-Vannier A, Nathanson M, Quiriau F, et al, French Society of Physical Medicine and Rehabilitation; French National Authority for Health. A public hearing. Shaken baby syndrome: guidelines on establishing a robust diagnosis and the procedures to be adopted by healthcare and social services staff. Scoping report. *Ann Phys Rehabil Med* 2011;54:533-99.
- Mireau E. Hématome sous-dural du nourrisson et maltraitance. A propos d'une série de 404 cas. Thèse de médecine. Université Paris V; 2005.

noot 11

- Baer J, Martinez CD. Child maltreatment and insecure attachment: a meta-analysis. *J Reprod Infant Psychol* 2006;24:187-97.
- Hindley N, Ali A, Robson C. Risk factors for recurrence of maltreatment: a systematic review. *Arch Dis Child* 2006;91:744-52.
- Govindsbenoy M, Spencer N. Abuse of the disabled child: a systematic review of population-based studies. *Child Care Health Dev* 2007;33:552-8.
- Jones L, Bellis MA, Wood S, et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet* 2012;380:899-907.

noot 12

- Wider LC. Identifying and responding to child abuse in the home. *Home Healthc Nurse* 2012;30:75-81.
- Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H. Child abuse and neglect. *Scand J Surg* 2011;100:264-72.
- Denton J, Newton AW, Vandeven AM. Update on child maltreatment: toward refining the evidence base. *Curr Opin Pediatr* 2011;23:240-8.
- Preer G, Sorrentino D, Ryznar E, et al. Child maltreatment: promising approaches and new directions. *Cur Opin in Pediatr* 2013;25:268-74.

noot 13

- Desair K, Reyniers A, Hermans K. Protocol risicotaxatie in de Vertrouwenscentra Kindermishandeling. Een evidence-based instrument voor het protocolleren van de risicotaxatie in de Vertrouwenscentra Kindermishandeling. Leuven: LUCAS;2010.

noot 14

- Clément ME, Chamberland C. The role of parental stress, mother's childhood abuse and perceived consequences of violence in predicting attitudes and attribution in favour of corporal punishment. *Journal of Child and Family Studies* 2009;18:163-171. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed (laatst geraadpleegd op 6 maart 2014).

noot 15

- Maguire S, Mann MK. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic of suggestive of abuse? A systematic review. *Arch Dis Child* 2005;90:182-6.

noot 16

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).

noot 17

- Chester DL, Jose RM, Aldiyami E. Non-accidental burns in children – are we neglecting neglect? *Burns* 2006;32:222-8.

noot 18

- Maguire S, Hunter B, Hunter L, et al. Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenulum and other intra-oral injuries. *Arch Dis Child* 2007;92:1113-7.

noot 19

- Welsh Child Protection Systematic Review Group, Cardiff University; 2008. www.core-info.cardiff.ac.uk (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).

noot 20

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).

noot 21

- Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H. Child abuse and neglect. *Scand J Surg* 2011;100:264-72.

noot 22

- Kitzmann KM, Gaylord NK, Holt AR, et al. Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:339-52.
- Bolger KE, Patterson CJ. Developmental pathways from child maltreatment to peer rejection. *Child Dev* 2001;72:549-68.

noot 23

- Maas C, Herrenkohl TI, Sousa C. Review of research on child maltreatment and violence in youth. *Trauma, violence, and abuse: a review journal* 2008;9:56-67.

noot 24

- Antao V, Maddocks A, Street E, et al. A case-control study of somatic and behavioural symptoms in sexually abused boys. *Arch Dis Child* 1996;75:237-8.

noot 25

- Zolotor A, Kotch J, Dufort V, et al. School performance in a longitudinal cohort of children at risk of maltreatment. *Matern Child Health* 1999;3:19-27.

noot 26

- Lansford JE, Dodge KA, Pettit GS, et al. A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. *Archives of pediatrics and adolescent medicine* 2002;156:824-30. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed (laatst geraadpleegd op 6 maart 2014).

noot 27

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013)

noot 28

- Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull* 1993;113:164-80.

noot 29

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013)

noot 30

- Welsh Child Protection Systematic Review Group, Cardiff University;2008. www.core-info.cardiff.ac.uk (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).

noot 31

- Royal College of Pediatrics and Child Health. The physical signs of child sexual abuse. An evidence-based review and guidance for best practice. London: RCPCH;2008. www.rcpch.ac.uk/Research/Research-Activity/Completed-Projects/CSA-Handbook (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).

noot 32

- Maguire S, Moynihan S, Mann M, et al. A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. *Burns* 2008;34:1072-81.

noot 33

- Goldman J, Salus MK, United States Department of Health and Human Services. A coordinated response to child abuse and neglect: The Foundation for Practice;2003. www.childwelfare.gov/pubs/usermanuals/foundation/foundation.pdf (laatst geraadpleegd op 12 april 2013).

noot 34

- Wider LC. Identifying and responding to child abuse in the home. *Home Healthc Nurse* 2012;30:75-81.

noot 35

- Maguire S, Mann MK. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic of suggestive of abuse? A systematic review. *Arch Dis Child* 2005;90:182-6.

noot 36

- Maguire S, Mann MK, Sibert J, et al. Can you age bruises accurately in children? *Arch Dis Child* 2005; 90:187-9.

noot 37

- Wood J, Rubin DM, Nance ML, et al. Distinguishing inflicted versus accidental abdominal injuries in young children. *J Trauma* 2005;59:1203-8.

noot 38

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).
- Richtlijn familiaal huiselijk geweld bij kinderen en volwassenen. CBO;2009. www.cbo.nl/Downloads/849/ri_fhg_09.pdf (laatst geraadpleegd op 06 maart 2014).

noot 39

- Maguire S, Mann MK. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic of suggestive of abuse? A systematic review. *Arch Dis Child* 2005;90:182-6.
- Maguire S, Mann MK, Sibert J, et al. Can you age bruises accurately in children? *Arch Dis Child* 2005; 90:187-9

noot 40

- Maguire S, Mann MK. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic of suggestive of abuse? A systematic review. *Arch Dis Child* 2005;90:182-6.

noot 41

- Maguire S, Mann MK, Sibert J, et al. Can you age bruises accurately in children? *Arch Dis Child* 2005;90:187-9.

noot 42

- Pierce MK, Kaczor K, Aldridge S, et al. Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma. *Pediatrics* 2010;125:67-74.

noot 43

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).

noot 44

- Kemp A, Maguire S, Sibert J, et al. Can we identify abusive bites on children? *Arch Dis Child* 2006;91:951.

noot 45

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).

noot 46

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).
- Kemp A, Maguire S, Sibert J, et al. Can we identify abusive bites on children? *Arch Dis Child* 2006;91:951.

noot 47

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).

noot 48

- Maguire S, Moynihan S, Mann M, et al. A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. *Burns* 2008;34:1072-81.
- CORE-INFO. Welsh Child Protection Systematic Review Group;2011. www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/burns (laatst geraadpleegd 12 april 2013).

noot 49

- Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H. Child abuse and neglect. *Scand J Surg* 2011;100:264-72.

noot 50

- Maguire S, Moynihan S, Mann M, et al. A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. *Burns* 2008;34:1072-81.
- CORE-INFO. Welsh Child Protection Systematic Review Group;2011. www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/burns (laatst geraadpleegd 12 april 2013).

noot 51

- Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H, Child abuse and neglect. *Scand J Surg* 2011;100:264-72.

noot 52

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).

noot 53

- Maguire S, Moynihan S, Mann M, et al. A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. *Burns* 2008;34:1072-81.

noot 54

- Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H, Child abuse and neglect. *Scand J Surg* 2011;100:264-72.

noot 55

- Dissanaik S, Wishnew J, Rahimi M, et al. Burns as child abuse: risk factors and legal issues in west Texas and eastern New Mexico. *J Burn Care Res* 2010;31:176-83.

noot 56

- Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H. Child abuse and neglect. *Scand J Surg* 2011;100:264-72.
- Kemp A, Dunstan F, Harrison S, et al. Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. *Brit Med J* 2008;337:a1518.

noot 57

- Day F, Clegg S, McPhillips M, et al. A retrospective case series of skeletal surveys in children with suspected non-accidental injury. *J Clin Forensic Med* 2006;13:55-9.
- Krishnan J. Patterns of osseous injuries and psychosocial factors affecting victims of child abuse. *Australian and New Zealand Journal of Surgery* 1990;60:447-59.

noot 58

- Day F, Clegg S, McPhillips M, et al. A retrospective case series of skeletal surveys in children with suspected non-accidental injury. *J Clin Forensic Med* 2006;13:55-9.
- Krishnan J. Patterns of osseous injuries and psychosocial factors affecting victims of child abuse. *Australian and New Zealand Journal of Surgery* 1990;60:447-59.

noot 59

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).

noot 60

- Day F, Clegg S, McPhillips M, et al. A retrospective case series of skeletal surveys in children with suspected non-accidental injury. *J Clin Forensic Med* 2006;13:55-9.
- Krishnan J. Patterns of osseous injuries and psychosocial factors affecting victims of child abuse. *Australian and New Zealand Journal of Surgery* 1990;60:447-59.

- Loder RT. Orthopaedic injuries in children with nonaccidental trauma: demographics and incidence from the 2000 kids' inpatient database. *J Pediatr Orthop* 2007;27:421-6.

- Hui C, Joughin E, Goldstein S, et al. Femoral fractures in children younger than three years: the role of non-accidental injury. *J Pediatr Orthop* 2008;28:297-302.

noot 61

- Prosser I, Maguire S, Harrison S, et al. Review. How old is this fracture? Radiological dating of fractures in children: a systematic review. *Am J Roentgenol* 2005;184:1282-6.

noot 62

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).

noot 63

- Kemp A, Dunstan F, Harrison S, et al. Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. *Brit Med J* 2008;337:a1518.
- Prosser I, Maguire S, Harrison S, et al. Review. How old is this fracture? Radiological dating of fractures in children: a systematic review. *Am J Roentgenol* 2005;184:1282-6.

noot 64

- Ravichandiran N, Schuh S, Bekjuk M, et al. Delayed identification of pediatric abuse-related fractures. *Pediatrics* 2010;125:60-6.

noot 65

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).

noot 66

- Maguire SM, Pickerd N, Farewell D, et al. Which clinical features distinguish inflicted from non-inflicted brain injury? A systematic review. *Arch Dis Child* 2009;94:860-7.
- www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/neurological (2010) (laatst geraadpleegd op 12 april 2013).

noot 67

- Maguire SM, Pickerd N, Farewell D, et al. Which clinical features distinguish inflicted from non-inflicted brain injury? A systematic review. *Arch Dis Child* 2009;94:860-7.

noot 68

- Laurent-Vannier A, Nathanson M, Quiriau F, et al. French Society of Physical Medicine and Rehabilitation; French National Authority for Health. A public hearing. 'Shaken baby syndrome: guidelines on establishing a robust diagnosis and the procedures to be adopted by healthcare and social services staff'. Scoping report. *Ann Phys Rehabil Med* 2011;54:533-99.
- Kemp AM, Jaspan T, Griffiths J, et al. Neuroimaging: what neuroradiological features distinguish abusive from non-abusive head trauma? A systematic review. *Arch Dis Child* 2011;96:1103-12.

noot 69

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).
- Laurent-Vannier A, Nathanson M, Quiriau F, et al. French Society of Physical Medicine and Rehabilitation; French National Authority for Health. A public hearing. 'Shaken baby syndrome: guidelines on establishing a robust diagnosis and the procedures to be adopted by healthcare and social services staff'. Scoping report. *Ann Phys Rehabil Med* 2011;54:533-99.

noot 70

- Maguire SM, Pickerd N, Farewell D, et al. Which clinical features distinguish inflicted from non-inflicted brain injury? A systematic review. *Arch Dis Child* 2009;94:860-7.
- www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/neurological (2010) (laatst geraadpleegd op 12 april 2013).
- Kemp AM, Jaspan T, Griffiths J, et al. Neuroimaging: what neuroradiological features distinguish abusive from non-abusive head trauma? A systematic review. *Arch Dis Child* 2011;96:1103-12.
- Maguire SA, Watts PO, Shaw AD, et al. Retinal haemorrhages and related findings in abusive and non-abusive head trauma: a systematic review. *Eye* 2013;27:28-36.
- Piteau SJ, Ward MGK, Barrowman NJ, et al. Clinical and radiographic characteristics associated with abusive and nonabusive head trauma: a systematic review. *Pediatrics* 2012;130:315-23.

noot 71

- Case ME. Inflicted traumatic brain injury in infants and young children. *Brain Pathol* 2008;18:571-82.
- Preer G, Sorrentino D, Ryznar E, et al. Child maltreatment: promising approaches and new directions. *Cur Opin in Pediatr* 2013;25:268-74.

noot 72

- Case ME. Inflicted traumatic brain injury in infants and young children. *Brain Pathol* 2008;18:571-82.

noot 73

- Maguire SA, Watts PO, Shaw AD, et al. Retinal haemorrhages and related findings in abusive and non-abusive head trauma: a systematic review. *Eye* 2013;27:28-36.

noot 74

- Piteau SJ, Ward MGK, Barrowman NJ, et al. Clinical and radiographic characteristics associated with abusive and nonabusive head trauma: a systematic review. *Pediatrics* 2012;130:315-23.

noot 75

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).

noot 76

- Case ME. Inflicted traumatic brain injury in infants and young children. *Brain Pathol* 2008;18:571-82.

noot 77

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).

noot 78

- Case ME. Inflicted traumatic brain injury in infants and young children. *Brain Pathol* 2008;18:571-82.

noot 79

- Dine MS, McGovern ME. Intentional poisoning of children - an overlooked category of child abuse: report of seven cases and review of the literature. *Pediatrics* 1982;70:32-5.

noot 80

- www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/spinal (2009) (laatst geraadpleegd op 12 april 2013).
- Clément ME, Chamberland C, The role of parental stress, mother's childhood abuse and perceived consequences of violence in predicting attitudes and attribution in favour of corporal punishment. *Journal of Child and Family Studies* 2009;18:163-171. <http://cwrp.ca/publications/1978> (laatst geraadpleegd op 6 maart 2014).

noot 81

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).

noot 82

- Clément ME, Chamberland C, The role of parental stress, mother's childhood abuse and perceived consequences of violence in predicting attitudes and attribution in favour of corporal punishment. *Journal of Child and Family Studies* 2009;18:163-171. <http://cwrp.ca/publications/1978> (laatst geraadpleegd op 6 maart 2014).

noot 83

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).

noot 84

- Denton J, Newton AW, Vandeven AM. Update on child maltreatment: toward refining the evidence base. *Curr Opin Pediatr* 2011;23:240-8.
- Dine MS, McGovern ME. Intentional poisoning of children - an overlooked category of child abuse: report of seven cases and review of the literature. *Pediatrics* 1982;70:32-5.

noot 85

- Case ME. Inflicted traumatic brain injury in infants and young children. *Brain Pathol* 2008;18:571-82.

noot 86

- Dine MS, McGovern ME. Intentional poisoning of children - an overlooked category of child abuse: report of seven cases and review of the literature. *Pediatrics* 1982;70:32-5.

noot 87

- Hobbs Ch, Physical evidence of child sexual abuse. *Eur J Pediatr* 2012;171:751-55.
- Preer G, Sorrentino D, Ryznar E et al. Child maltreatment: promising approaches and new directions. *Cur Opin in Pediatr* 2013;25:268-74.

noot 88

- Wider LC. Identifying and responding to child abuse in the home. *Home Healthc Nurse* 2012;30:75-81.
- Goldman J, Salus MK, United States Department of Health and Human Services. A coordinated response to child abuse and neglect: The Foundation for Practice;2003. www.childwelfare.gov/pubs/usermanuals/foundation/foundation.pdf (laatst geraadpleegd op 12 april 2013).

noot 89

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).

noot 90

- Denton J, Newton AW, Vandeven AM. Update on child maltreatment: toward refining the evidence base. *Curr Opin Pediatr* 2011;23:240-8.

noot 91

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).
- Richtlijn familiaal huiselijk geweld bij kinderen en volwassenen. CBO;2009. www.cbo.nl/Downloads/849/rl_fhg_09.pdf (laatst geraadpleegd op 6 maart 2014).

noot 92

- Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H, Child abuse and neglect. *Scand J Surg* 2011;100:264-72.
- Preer G, Sorrentino D, Ryznar E et al. Child maltreatment: promising approaches and new directions. *Cur Opin in Pediatr* 2013;25:268-74.

noot 93

- Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H. Child abuse and neglect. *Scand J Surg* 2011;100:264-72.

noot 94

- Royal College of Paediatrics and Child Health. The physical signs of child sexual abuse. An evidence-based review and guidance for best practice. London: RCPCH;2008. www.rcpch.ac.uk/Research/Research-Activity/Completed-Projects/CSA-Handbook (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).

noot 95

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013)

noot 96

- Wider LC. Identifying and responding to child abuse in the home. *Home Healthc Nurse* 2012;30:75-81.

noot 97

- Denton J, Newton AW, Vandeven AM, Update on child maltreatment: toward refining the evidence base. *Curr Opin Pediatr* 2011;23:240-8.

noot 98

- Hammerschlag MR, Guillen CD. Medical implications of testing for sexually transmitted infections in children. *Clin Microbiol Rev* 2010;23:493-506.

noot 99

- Syrjanen S. Current concepts on human papillomavirus infections in children. *APMIS* 2010;118:494-509.

noot 100

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).

noot 101

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).
- Richtlijn familiaal huiselijk geweld bij kinderen en volwassenen. CBO;2009. www.cbo.nl/Downloads/849/rl_fhg_09.pdf (laatst geraadpleegd op 6 maart 2014).

noot 102

- Flaherty, EG, Sege, R, Binns, et al. Health care providers' experience reporting child abuse in the primary care setting. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:489-93.

noot 103

- Wider LC. Identifying and responding to child abuse in the home. *Home Healthc Nurse* 2012;30:75-81.
- Tonmyr L, Draca J, Crain J, et al. Measurement of emotional/psychological child maltreatment: a review. *Child Abuse Negl* 2011;35:767-82.

noot 104

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).

noot 105

- Tonmyr L, Draca J, Crain J, et al. Measurement of emotional/psychological child maltreatment: a review. *Child Abuse Negl* 2011;35:767-82.
- Wider LC. Identifying and responding to child abuse in the home. *Home Healthc Nurse* 2012;30:75-81.

noot 106

- Tonmyr L, Draca J, Crain J, et al. Measurement of emotional/psychological child maltreatment: a review. *Child Abuse Negl* 2011;35:767-82.

noot 107

- Feerick MM, Knutson, JF, Trickett, et al. Child abuse and neglect: Definitions, classifications and a framework for research. Baltimore: Paul H. Brooks;2006.

noot 108

- Wider LC. Identifying and responding to child abuse in the home. *Home Healthc Nurse* 2012;30:75-81.

noot 109

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).

noot 110

- Strathearn L, Gray PH, O'Callaghan F, et al. Childhood neglect and cognitive development in extremely low birth weight infants: a prospective study. *Pediatrics* 2001;108:142-51.

noot 111

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).

noot 112

- Stockwell MS, Brown J, Chen S, et al. Is underimmunization associated with child maltreatment? *Ambulatory Pediatrics* 2008;8:210-13.

noot 113

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013)

noot 114

- Strathearn L, Gray PH, O'Callaghan F, et al. Childhood neglect and cognitive development in extremely low birth weight infants: a prospective study. *Pediatrics* 2001;108:142-51.

noot 115

- Taitz LS, King JM. Growth patterns in child abuse. *Acta paediatrica Scandinavia* 1998;343:62-72.

- Karp RJ, Scholl TO, Decker E, et al. Growth of abused children. Contrasted with the non-abused in an urban poor community. *Clin Pediatr* 1989;28:317-20.
- Whitaker RC, Phillips SM, Orzol SM, et al. The association between maltreatment and obesity among preschool children. *Child Abuse Negl* 2007;31:1187-12.
- Noll JG, Zeller MH, Trickett PK, et al. Obesity risk for female victims of childhood sexual abuse: a prospective study. *Pediatrics* 2007;120:61-7.
- Johnson JG, Cohen P, Kasen S, et al. Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry* 2002;159:394-400.

noot 116

- Taitz LS, King JM, Growth patterns in child abuse. *Acta paediatrica Scandinavia* 1998;343:62-72.

noot 117

- Karp RJ, Scholl TO, Decker E, et al. Growth of abused children. Contrasted with the non-abused in an urban poor community. *Clin Pediatr* 1989;28:317-20.

noot 118

- Whitaker RC, Phillips SM, Orzol SM, et al. The association between maltreatment and obesity among preschool children. *Child Abuse Negl* 2007;31:1187-12.

noot 119

- Noll JG, Zeller MH, Trickett PK, et al. Obesity risk for female victims of childhood sexual abuse: a prospective study. *Pediatrics* 2007;120:61-7.

noot 120

- Johnson JG, Cohen P, Kasen S, et al. Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry* 2002;159:394-400.

noot 121

- Klein Ikkink AJ, Boere-Boonekamp MM, De Bont M, et al. Landelijke Eerstelijns SamenwerkingsAfspraak Kinder mishandeling. *Huisarts Wet* 2010;53:S15-20.

noot 122

- Goren SS, Raat AMC, Broekhuijsen-van Henten DM, et al. Kindermishandeling vaak niet herkend op de huisartsenpost. *Ned Tijdschr Geneesk* 2009;153:222-7.

noot 123

- Richtlijn familiaal huiselijk geweld bij kinderen en volwassenen. CBO;2009. www.cbo.nl/Downloads/849/rl_fhg_09.pdf (laatst geraadpleegd op 6 maart 2014).

noot 124

- London K, Bruck M, Ceci SJ, et al. Disclosure of child sexual abuse: What does the research tell us about the ways that children tell? *Psychology, Public Policy, & Law* 2005;11:194-226.

noot 125

Vanuit CBO:

- Boer F, Verwaarlozing, mishandeling en seksueel misbruik. In: Verhulst FC, Verheij F (red.). *Kinder- en jeugdpsychiatrie – onderzoek en diagnostiek*. Assen: Van Gorcum;1992.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the forensic evaluation for children/adolescents who may have been sexually abused. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997;36(Suppl. 10):37S-56S.
- Department of Health and Children. *Children First: national guidelines for the protection and welfare of children*. Dublin: The Stationary Office - Government Publications;2004.

noot 126

- Finn C. Forensic nurses' experiences of receiving child abuse disclosures. *J Spec Pediatr Nurs* 2011;16:252-62.

noot 127

- Katz C, Hershkowitz I, Malloy LC, et al. Non-verbal behaviour of children who disclose or do not disclose child abuse in investigative interviews. *Child Abuse Negl* 2012;36:12-20.

noot 128

- Richtlijn familiaal huiselijk geweld bij kinderen en volwassenen. CBO;2009. www.cbo.nl/Downloads/849/rl_fhg_09.pdf (laatst geraadpleegd op 6 maart 2014).

noot 129

- Desair K, Reynders A, Hermans K. Protocol risicotaxatie in de Vertrouwenscentra Kindermishandeling. Een evidence-based instrument voor het protocolleren van de risicotaxatie in de Vertrouwenscentra Kindermishandeling. Leuven: LUCAS;2010.
- Carter YH, Bannon MJ, Limbert C, et al. Improving child protection: a systematic review of training and procedural interventions. *Arch Dis Child* 2006;91:740-3.

noot 130

- Laurent-Vannier A, Nathanson M, Quiriau F, et al. French Society of Physical Medicine and Rehabilitation; French National Authority for Health. A public hearing. 'Shaken baby syndrome: guidelines on establishing a robust diagnosis and the procedures to be adopted by healthcare and social services staff'. Scoping report. *Ann Phys Rehabil Med* 2011;54:533-99.

noot 131

- Hui C, Joughin E, Goldstein S, et al. Femoral fractures in children younger than three years: the role of non-accidental injury. *J Pediatr Orthop* 2008;28:297-302.

- Desair K, Reynders A, Hermans K. Protocol risicotaxatie in de Vertrouwenscentra Kindermishandeling. Een evidence-based instrument voor het protocolleren van de risicotaxatie in de Vertrouwenscentra Kindermishandeling. Leuven: LUCAS;2010.

noot 132

- Carter YH, Bannon MJ, Limbert C, et al. Improving child protection: a systematic review of training and procedural interventions. *Arch Dis Child* 2006;91:740-3.

noot 133

- Woodman J, Brandon M, Bailey S, et al. Healthcare use by children fatally or seriously harmed by child maltreatment: analysis of a national case series 2005-2007. *Arch Dis Child* 2011;96:270-5.

noot 134

- Desair K, Reynders A, Hermans K. Protocol risicotaxatie in de Vertrouwenscentra Kindermishandeling. Een evidence-based instrument voor het protocolleren van de risicotaxatie in de Vertrouwenscentra Kindermishandeling. Leuven: LUCAS;2010.

noot 135

- Woodman J, Brandon M, Bailey S, et al. Healthcare use by children fatally or seriously harmed by child maltreatment: analysis of a national case series 2005-2007. *Arch Dis Child* 2011;96:270-5.

noot 136

- Protocol van Moed http://wvg.vlaanderen.be/jeugdhulp/09_antwerpen/protocol/Protocol_van_moed_toegankelijke_tekst_druk.pdf (laatst geraadpleegd op 16 januari 2013).

noot 137

- Denton J, Newton AW, Vandeven AM. Update on child maltreatment: toward refining the evidence base. *Curr Opin Pediatr* 2011;23:240-8.

noot 138

- Maguire S, Moynihan S, Mann M, et al. A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. *Burns* 2008;34:1072-81.

noot 139

- Belgisch Strafwetboek www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=1867060801 (laatst geraadpleegd op 16 januari 2013).

noot 140

- Protocol van Moed http://wvg.vlaanderen.be/jeugdhulp/09_antwerpen/protocol/Protocol_van_moed_toegankelijke_tekst_druk.pdf (laatst geraadpleegd op 16 januari 2013).

noot 141

- Het hervormd artikel 458 Bis van het Belgisch strafwetboek zegt dat: Eenieder, die uit hoofde van zijn staat of zijn beroep houder is van geheimen

en die hierdoor kennis heeft van een misdrijf zoals omschreven in de art. 372 tot 377, 392 tot 394, 396 tot 405ter, 409, 423, 425 en 426, gepleegd op een minderjarige of op een persoon die kwetsbaar is ten gevolge van zijn leeftijd, zwangerschap, een ziekte dan wel een lichamelijk of geestelijk gebrek of onvolwaardigheid kan, onverminderd de verplichtingen hem opgelegd door art. 422 bis, het misdrijf ter kennis brengen van de procureur des Konings hetzij wanneer er een ernstig en dreigend gevaar bestaat voor de psychische en fysieke integriteit van de betrokken minderjarige of de bedoelde kwetsbare persoon en hij deze integriteit niet zelf of met behulp van anderen niet kan beschermen, hetzij wanneer er aanwijzingen zijn van een gewichtig en reëel gevaar dat andere minderjarigen of bedoelde kwetsbare personen het slachtoffer worden van de in voormelde artikelen bedoelde misdrijven en hij deze integriteit niet zelf of met hulp van anderen kan beschermen.

• www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=1867060801 (laatst geraadpleegd op 16 januari 2013).

noot 142

- Hobbs Ch. Physical evidence of child sexual abuse. *Eur J Pediatr* 2012;171:751-5.
- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).

noot 143

- Berkoff MC, Zolotor AJ, Makoroff KL et al. Has this prepubertal girl been sexually abused? *JAMA* 2008;300:2779-92.

noot 144

- Kathi L, Makoroff, Jamie L, et al. Genital examinations for alleged sexual abuse of prepubertal girls: findings by pediatric emergency medicine physicians compared with child abuse trained physicians. *Child Abuse Negl* 2002;26:1235-42.

noot 145

- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).

noot 146

- Richtlijn familiaal huiselijk geweld bij kinderen en volwassenen. CBO;2009. www.cbo.nl/Downloads/849/r1_fhg_09.pdf (laatst geraadpleegd op 6 maart 2014).
- When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline;2009. www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf (laatst geraadpleegd op 22 maart 2013).

noot 147

- Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H. Child abuse and neglect. *Scand J Surg* 2011;100:264-72.

- Little M, Meier ME. Children with a history of abuse or neglect. Cincinnati Children's Hospital Medical Center;2010.

- Berkoff MC, Zolotor AJ, Makoroff KL, et al. Has this prepubertal girl been sexually abused? *JAMA* 2008;300:2779-92.

- Preer G, Sorrentino D, Ryznar E, et al. Child maltreatment: promising approaches and new directions. *Cur Opin in Pediatr* 2013;25:268-74.

- Kathi L, Makoroff, Jamie L, et al. Genital examinations for alleged sexual abuse of prepubertal girls: findings by pediatric emergency medicine physicians compared with child abuse trained physicians. *Child Abuse Negl* 2002; 26:1235-42.

noot 148

- Berkoff MC, Zolotor AJ, Makoroff KL, et al. Has this prepubertal girl been sexually abused? *JAMA* 2008;300:2779-92.

noot 149

- Kathi L, Makoroff, Jamie L, et al. Genital examinations for alleged sexual abuse of prepubertal girls: findings by pediatric emergency medicine physicians compared with child abuse trained physicians. *Child Abuse Negl* 2002;26:1235-42.

noot 150

- The role of first responders in child maltreatment cases: disaster and non-disaster situations. US department of health and human services;2010.

noot 151

- Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H. Child abuse and neglect. *Scand J Surg* 2011;100:264-72.

noot 152

- Klein Ikkink AJ, Boere-Boonekamp MM, De Bont M, et al. Landelijke Eerstelijns SamenwerkingsAfspraak Kindermishandeling. *Huisarts Wet* 2010;53:S15-20.

noot 153

- Baer J, Martinez CD. Child maltreatment and insecure attachment: a meta-analysis. *J Reprod Infant Psychol* 2006;24:187-97.
- Klein Ikkink AJ, Boere-Boonekamp MM, De Bont M, et al. Landelijke Eerstelijns SamenwerkingsAfspraak Kindermishandeling. *Huisarts Wet* 2010;53:S15-20.

noot 154

- Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H. Child abuse and neglect. *Scand J Surg* 2011;100:264-72.

- Krishnan J. Patterns of osseous injuries and psychosocial factors affecting victims of child abuse. *Australian and New Zealand Journal of Surgery* 1990;60:447-50.

- www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/neurological (2010) (laatst geraadpleegd op 12 april 2013).

VERTROUWENSCENTRA KINDERMISHANDELING

www.kindermishandeling.be

Vertrouwenscentrum Antwerpen

Adres: Prof. Claraplein 1 - 2018 Antwerpen
Telefoon: 03 230 41 90
Fax: 03 230 45 82
E-mail: info@vkantwerpen.be

Antenne Mechelen

Adres: Maurits Sabbestraat 119 - 2800 Mechelen
Telefoon: 015 20 21 31
E-mail: info@vkmechelen.be

Antenne Turnhout

Adres: Koningin Astridlaan 54 - 2300 Turnhout
Telefoon: 014 42 22 03
Fax: 014 42 18 66
E-mail: info@vkturnhout.be

Vertrouwenscentrum Brussel

Adres: Sainctelette Square 17 - 1000 Brussel (ingang Akenkaai 1)
Telefoon: 02 477 60 60
Fax: 02 477 87 50
E-mail: kindinnood@uzbrussel.be

Vertrouwenscentrum Limburg

Adres: Boerenkrijgsingel 30 - 3500 Hasselt
Telefoon: 011 27 46 72
Fax: 011 27 27 80
E-mail: info@vklimburg.be

Vertrouwenscentrum Oost-Vlaanderen

Adres: Brugsesteenweg 274 A - 9000 Gent
Telefoon: 09 216 73 30
Fax: 09 216 73 39
E-mail: info@vkgent.be

Vertrouwenscentrum Vlaams-Brabant

Adres: Justus Lipsiusstraat 71 (3e verdieping) - 3000 Leuven
Telefoon: 016 30 17 30
Fax: 016 30 17 31
E-mail: info@kvvlaamsbrabant.be

VK HOV-rand

Adres: Maurits Sacréstraat 23, 1785 Merchtem
Consultatie Halle: A. Demaeghtlaan 51, 1500 Halle
Telefoon: 0471/111 222

Vertrouwenscentrum West-Vlaanderen

Adres: Blankenbergse Steenweg 112 - 8000 Brugge
Telefoon: 0800 97 0 79 of 050 34 57 57 (centraal secretariaat)
Fax: 050 33 37 08 (centraal secretariaat)
E-mail: info@vertrouwenscentrumwvl.be

Deze richtlijn kwam tot stand onder de coördinatie van de Commissie Richtlijnen van Domus Medica vzw (dr. Hilde Philips, prof. dr. Paul Van Royen, dr. Hanne Cloetens, dr. Nicole Dekker, dr. Nicolas Delvaux, dr. Philip Koeck, dr. Esther van Leeuwen en Ineke Meul) en met de steun van Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

© **Domus Medica vzw**
Lange Leemstraat 187
2018 Antwerpen

Tel. 03 425 76 76
Fax 03 218 51 84
E-mail: info@domusmedica.be

www.domusmedica.be